

Parte III - Estratégias de enfrentamento e vigilância

23. Retorno às atividades escolares no Brasil em vigência da pandemia Covid-19

André Reynaldo Santos Périssé
Patricia Canto Ribeiro
Hermano Albuquerque de Castro

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PÉRISSE, A. R. S., RIBEIRO, P. C., and CASTRO, H. A. Retorno às atividades escolares no Brasil em vigência da pandemia Covid-19. In: FREITAS, C. M., BARCELLOS, C., and VILLELA, D. A. M., eds. *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2021, pp. 377-395. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-049-8. <https://doi.org/10.7476/9786557081211.0024>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Retorno às Atividades Escolares no Brasil em Vigência da Pandemia Covid-19

*André Reynaldo Santos Périssé, Patricia Canto Ribeiro e
Hermano Albuquerque de Castro*

Dados das Nações Unidas de agosto de 2020 indicavam que a pandemia de Sars-CoV-2, iniciada no final de 2019, afetava no meio de abril de 2020 cerca de 1,6 bilhão de estudantes em mais de 190 países e todos os continentes, chegando a 99% de impacto em países de baixa e média rendas (UN, 2020). No mesmo documento se afirma, ainda, que o impacto pode ser geracional a longo prazo, anulando décadas de progresso educacional, e resultar em abandono ou falta de acesso à escola adicional de quase 24 milhões de crianças e jovens em 2021, ampliando ainda mais a disparidade entre os países ricos e aqueles periféricos.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), as crianças podem se tornar vítimas invisíveis da pandemia (Unicef, 2020a). Aspectos como disparidades no acesso à internet, na disponibilidade de computador pessoal e no acesso à água corrente, insegurança alimentar e violência doméstica são fatores importantes que ampliam a vulnerabilidade infantil na pandemia. Dados do Unicef para o Brasil indicam que 48% dos lares no país possuem acesso à internet e que 52% têm computador. 61% das escolas no país possuem serviços básicos de higiene instalados, em 35% delas o acesso a esses serviços é classificado como limitado e 4% não possuem nenhum serviço de higiene. Os dados indicam ainda que, ao passo que 96% das crianças em idade para a escola primária estão matriculadas, esses números caem para 87% nas faixas etárias iniciais e para 70% nas idades finais da escola secundária. Tais informações representam um claro desafio ao já deficitário e desigual quadro educacional brasileiro.

O debate sobre o retorno às atividades escolares é fundamental e deve ser priorizado nas discussões públicas. Sabe-se que não é uma discussão simples, dado que vários fatores relacionados ao impacto das crianças e adolescentes na disseminação do vírus

ainda não estão completamente elucidados (Couzin-Frankel, Vogel & Weiland, 2020). Qual a real probabilidade de uma criança adquirir ou transmitir o Sars-CoV-2 dentro e fora do ambiente escolar? Há alguma diferença no papel das crianças de acordo com as faixas etárias? As escolas são responsáveis pelo espalhamento do vírus nos territórios onde estão inseridas? As evidências científicas relacionadas a esses e a outros fatores ainda são poucas e conflitantes (Heald-Sargent *et al.*, 2020; Leeb *et al.*, 2020; Panovska-Griffiths *et al.*, 2020; Stage *et al.*, 2020). Entretanto, sabe-se que, no mundo, o controle comunitário da infecção e medidas como higiene pessoal, distanciamento físico e uso de máscaras no ambiente escolar foram fundamentais e indispensáveis para todas as experiências de sucesso de retorno seguro às aulas (Vozes da Educação, 2020).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

No fim de semana de 12-13 de dezembro de 2020, o mundo chegará à marca de 70 milhões de casos da infecção pelo Sars-CoV-2 e mais de 1,6 milhão de mortes (WHO, 2020a). Mais de 50 milhões de casos e 1,3 milhão de óbitos estão concentrados em apenas duas das seis regiões que fazem parte da Organização Mundial da Saúde (OMS): Américas (43% e 49%, respectivamente) e Europa (32% e 30%, respectivamente). Estados Unidos da América do Norte, EUA (15.404.889 casos e 290.133 óbitos), Índia (9.826.775 casos e 142.628 óbitos) e Brasil (6.781.799 casos e 179.765 óbitos) representavam, juntos, 46% dos casos e 38% dos óbitos registrados no mundo. No Brasil, São Paulo é o estado com o maior número de casos ($n=1.333.763/20\%$) e óbitos ($n=43.971/25\%$), seguido por Minas Gerais ($n=464.545/6,9\%$), Bahia ($n=443.465/6,5\%$) e Santa Catarina (426.095/6,3%) em número de casos e pelo Rio de Janeiro ($n=23.718/13,1\%$) em número de óbitos (Conass, 2020).

Vários dados coletados ao redor do mundo têm demonstrado que tanto a infecção quanto a evolução com gravidade de óbito são distribuídos de forma desigual conforme algumas variáveis. Assim, pessoas do sexo masculino, da raça negra e grupos vulneráveis como moradores de favelas e indígenas têm maior risco de adquirir a doença, ao passo que idosos e pessoas com comorbidades têm maior risco de evoluir com gravidade e óbito (Angelo *et al.*, 2020a; Angelo *et al.*, 2020b; Cobre *et al.*, 2020; Peckham *et al.*, 2020; Williamson *et al.*, 2020). Por outro lado, por uma razão ainda pouco compreendida, os percentuais de contágio e óbito entre as crianças têm se mantido baixos quando comparados com os de outras faixas etárias. A Academia Americana de Pediatria dos EUA compilou dados e resumiu as informações públicas de 49 estados e quatro cidades e indicou que as crianças representavam 12% ($n=1.460.905$) dos casos notificados no boletim de 03/12/2020 e que tal número representava um aumento de

23% ao longo de duas semanas, observando que a definição de criança varia entre os estados, podendo indicar desde indivíduos de 0-14 até pessoas de 0-20 anos (AAP, 2020). Em relação aos dados de internação, por sua vez, as crianças representavam entre 1,1% e 3% do total de hospitalizações no país, sendo que até 5% das crianças com Covid-19 necessitaram de internação, com menos de 0,23% de mortes. Dados da França para a semana epidemiológica (SE) 49 indicavam uma taxa de incidência de 52 por 100 mil para crianças entre 0 e 14 anos, dado que representava redução de 12% em relação à SE 48 (France, 2020). No continente sul-americano, a Argentina voltou a reduzir o número total de casos notificados, e em 12/12/2020 contava com 1.489.328 casos da Covid-19 confirmados, sendo apenas 2,7% entre crianças com 0-9 anos, 5,8% para indivíduos com idades entre 10 e 19 anos, sendo que apenas 0,3% dos 40.606 óbitos notificados ocorreram na faixa etária de 0-19 anos (Argentina, 2020).

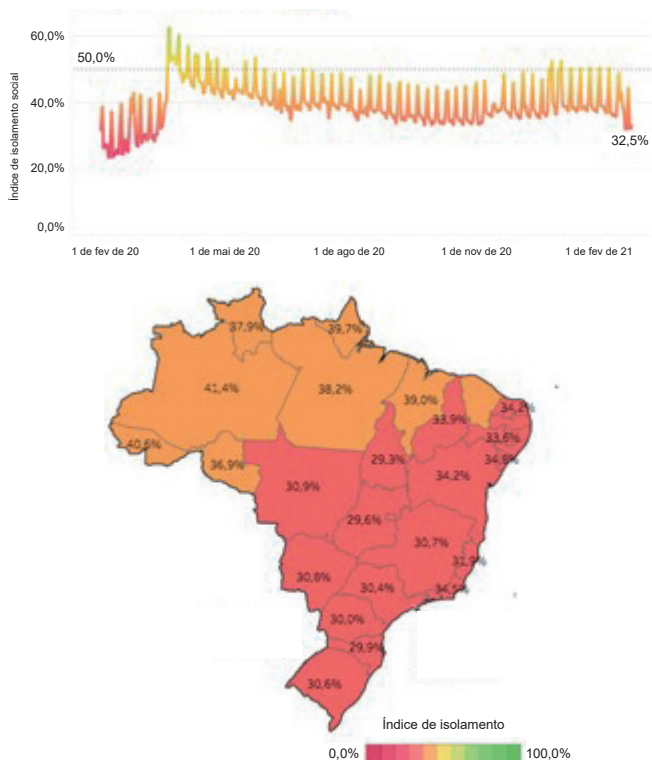
A baixa ocorrência de casos e óbitos parece ser também a regra em estados e municípios do Brasil. No estado de São Paulo (n=1.333.763), 2,5% dos casos notificados ocorreram em crianças com até 9 anos e 5% entre aquelas com 10-19 anos. Dos 43.971 óbitos, apenas 0,1% ocorreu em crianças com até 9 anos e 0,2% entre aquelas com 10-19 anos. A cidade de São Paulo apresentou, para o mesmo período, informações similares para seus 371.468 casos e 14.944 óbitos (São Paulo, 2020). Para a cidade do Rio de Janeiro, há dados disponíveis apenas para o número de casos e, entre os 151.210 casos notificados até 12/12/2020, 1,2% ocorreu em crianças até 9 anos e 2,4% em crianças de 10-19 anos (Rio de Janeiro, 2020). Outros dois estados brasileiros bastante impactados pela Covid-19, Amazonas e Ceará, apresentam dados semelhantes. O Amazonas apresenta, entre seus 185.932 casos notificados, 3,6% de casos entre meninos com até 5 anos e 2,6% entre meninas; 2,3% entre meninos e 2% (meninas) para a faixa etária de 5-9 anos; e 6,7% (meninos) e 7,9% (meninas) para aqueles entre 10-19 anos, sendo os óbitos menores que 1% nas três faixas etárias em meninos e meninas (FVS, 2020). O estado do Ceará apresentou 2,2% dos seus 315.328 casos confirmados entre crianças de 0-4 anos, 1,8% entre 5 e 9 anos e 2,3% para pessoas entre 10 e 14 anos, tendo os óbitos para as três faixas etárias indicadas ficado abaixo de 0,5% (Ceará, 2020). O último dado nacional de soroprevalência disponível coletado pela Universidade de Pelotas indicou a prevalência de 2,2% para crianças entre 0 e 4 anos, de 1,9% para aquelas entre 5 e 9 anos e de 0,9% para a faixa etária de 10 a 19 anos (UFPel, 2020).

INFORMAÇÕES SOBRE ISOLAMENTO E CONTÁGIO

Índice de isolamento no Brasil

O índice de isolamento tem sido utilizado para avaliar as políticas públicas não farmacológicas definidas para manter as pessoas em casa, com orientação sobre quais atividades são essenciais para reduzir casos e morte por Covid-19. Durante a primeira onda na Europa e em outros países que adotaram a política de bloqueio parcial ou total, conhecido como *lockdown*, estes mantiveram esse índice acima de 70%, por período suficiente capaz de diminuir os impactos da pandemia. No Brasil, nunca atingimos esse índice; tivemos nosso pico de isolamento social em 22/03/2020, com índice de 62,2%, e ficamos a maior parte do tempo abaixo de 50%, na média, o que significa funcionamento de atividades consideradas não essenciais contribuindo para aumento de casos e óbitos. A Figura 1 contém os índices de isolamento social no Brasil, ao longo da pandemia (Inloco, 2020).

Figura 1 – Índice de isolamento social no Brasil até 22 fev. 2021



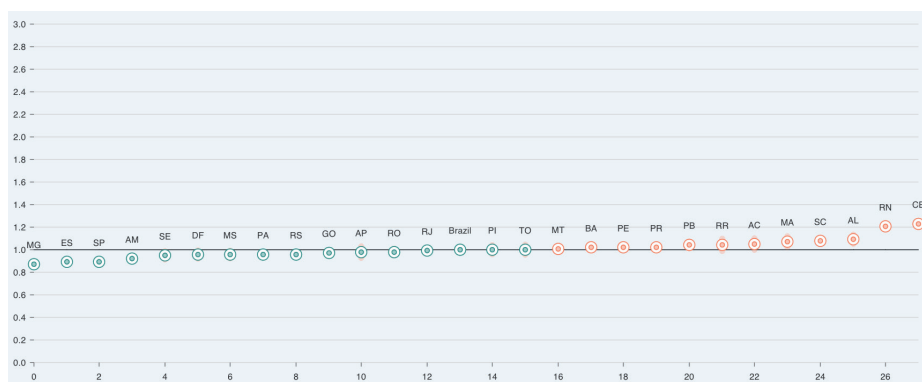
Fonte: Inloco, 2020.

TAXA DE CONTÁGIO NO BRASIL

Um indicador utilizado para avaliar a taxa de contágio pelo vírus Sars-CoV-2 da Covid-19 é o R_0 (R zero) ou número básico de reprodução. O R_0 mede a transmissibilidade do agente infeccioso e seu valor informa quantas pessoas podem ser contaminadas a partir de uma ou mais pessoas infectadas; de acordo com os especialistas da OMS, 1 pessoa é capaz de infectar entre 2 e 3 outras. As políticas de distanciamento social servem para reduzir essa taxa de contágio. Estudos mostram que medidas de distanciamento suficientemente fortes e robustas podem controlar com mais eficácia a transmissão e o contágio da Covid-19 (Anderson *et al.*, 2020). O cálculo do R_0 leva em consideração o fato de a população não estar vacinada, o número de infectados e casos em dado momento. Uma das suas limitações metodológicas está na presença de subnotificação e na baixa testagem no país.

O valor de R_t indica taxa de contágio em uma região; o ideal é que esteja abaixo de 0,5. Quanto maior o valor, maior será a chance de contágio. Valores acima de 1 mostram que a região está com contágio ascendente e abaixo de 1, que a curva de contágio está descendente. A Figura 2 mostra a comparação do valor de R_t entre os estados, do melhor para o pior (Loft, 2021).

Figura 2 – Valor de R_t entre os estados brasileiros, dados de 22 fev. 2021



Fonte: Loft, 2021.

Nos dez meses de pandemia no Brasil, poucos foram os períodos em que estivemos com R_t abaixo de 1, e não conseguimos atingir valores abaixo de 0,5, o que revela a manutenção da pandemia em níveis longe do aceitável, como aconteceu em vários países, após a primeira onda.

INDICADORES DE RETORNO ÀS ATIVIDADES ESCOLARES

No momento de recrudescimento da pandemia é necessário reavaliar cada indicador e tomá-los como orientadores para restringir flexibilizações autorizadas anteriormente. A OMS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) recomendam a adoção de alguns critérios no planejamento da retomada das atividades escolares e alertam que a diminuição de casos e mortes pela Covid-19 não é o único indicador para retorno das atividades em geral nos países. Por isso, é necessária a construção de um conjunto de indicadores para orientar o retorno dessas atividades. No Brasil, utilizamos os indicadores construídos e orientados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), sobre taxa de ocupação de leitos, taxa de positividade de RT-PCR na população e outros (Conasems, 2020).

INDICADORES DE SAÚDE PARA CONTROLE DA PANDEMIA COVID-19 E RETORNO ÀS AULAS

1. Redução da transmissão comunitária: número de casos novos por dia por 100 mil habitantes, nos últimos 7 dias (Quadro 1).
2. Indicadores de medidas sanitárias a serem implementadas nas escolas (Quadro 2).
3. Taxa de contágio - valor de $R < 1$ (ideal 0,5) por um período de pelo menos 7 dias.
4. Disponibilidade de leitos clínicos e leitos de UTI, na faixa de 25% livres (Faixa verde - Conass/Conasems).
5. Redução de 20% ou mais em número de óbitos e casos de síndrome respiratória aguda grave (Srag) na última SE finalizada em relação à antepenúltima SE (Faixa verde - Conass Conasems).
6. Taxa de positividade para Covid-19 menor que 5% - número de positivos/número de amostras para Sars-CoV-2 realizadas em determinado período.
7. Porcentagem de testes positivos de RT-PCR na comunidade durante os últimos 7 dias.
8. Capacidade para detectar, testar (RT-PCR), isolar e monitorar pacientes/contactantes. Diagnosticar pelo menos 80% dos casos no município ou território. Este indicador se relaciona diretamente com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o investimento necessário na Atenção Primária à Saúde (APS) e no nível de atenção especializada e hospitalar para atender com qualidade a população.

Quadro 1 – Indicadores de casos, positividade de RT-PCR

Indicadores	Baixo risco de transmissão nas escolas	Risco moderado de transmissão nas escolas	Elevado risco de transmissão nas escolas	Elevadíssimo risco de transmissão nas escolas
Número de novos casos por 100 mil habitantes nos últimos 7 dias*	0-9	10-49	50-99	> 100
Porcentagem de testes RT-PCR positivos nos últimos 7 dias**	<5%	5% a 7,9%	8% a 9,9%	≥ 10%

Fonte: CDC, 2020a.

* O número total de novos casos por 100 mil pessoas nos últimos 7 dias é calculado adicionando-se o número de novos casos nos últimos 7 dias dividido pela população e o multiplicando por 100 mil.

** A porcentagem de RT-PCR de diagnóstico e triagem positivos durante os últimos 7 dias é calculada dividindo-se o número de testes positivos durante os últimos 7 dias pelo número total de testes resultantes nos últimos 7 dias.

Quadro 2 – Indicadores de medidas sanitárias para as escolas

Indicadores	Baixíssimo risco de transmissão nas escolas	Baixo risco de transmissão nas escolas	Risco moderado de transmissão nas escolas	Elevado risco de transmissão nas escolas	Elevadíssimo risco de transmissão nas escolas
Capacidade da escola para implementar 5 estratégias principais de mitigação: <ul style="list-style-type: none"> • Uso correto e constante de máscaras • Distanciamento social o máximo possível • Higiene respiratória e das mãos • Limpeza e desinfecção • Rastreamento • de contato em colaboração com departamentos de saúde locais 	5 estratégias implementadas de forma correta e constante	5 estratégias foram implementadas corretamente, mas de forma inconsistente	3-4 estratégias foram implementadas de forma correta e consistente	1-2 estratégias foram implementadas de forma correta e consistente	As estratégias não foram implementadas

Fonte: CDC, 2020a.

PLANEJAMENTO DE RETORNO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS NAS ESCOLAS

Diante da enorme diversidade de cenários epidemiológicos nos estados, municípios e Distrito Federal, o retorno às atividades escolares presenciais requer um planejamento territorializado e que, necessariamente, contemple as participações da saúde, da educação e de toda comunidade escolar. O diálogo com a APS garante a vigilância e a promoção da saúde mais adequadas ao território e pode dar suporte às ações de assistência e, fundamentalmente, compor a participação no plano de retorno às atividades presenciais.

Para manter a comunidade escolar o mais segura possível, as medidas não farmacológicas permanecem como a melhor opção para redução da transmissão da doença.

Na reabertura, a prioridade deve ser a saúde de alunos, dos profissionais da educação e dos familiares de todos (Unicef, 2020b). A avaliação da situação de cada uma das escolas deve incluir a infraestrutura e a condição sanitária, com garantia de fornecimento de água, materiais de higiene e mesmo reformas e adequações com cronogramas definidos. A realidade de muitas de nossas escolas já mostrava nossos desafios nesses quesitos, antes mesmo do início da pandemia, quando até o fornecimento de água era precário em vários territórios.

Segundo as recomendações do Centers for Diseases Control and Prevention (CDC/EUA) apresentadas no Quadro 2 (CDC, 2020a), as escolas devem ser capazes de garantir alguns quesitos, detalhados a seguir.

Estratégias que garantam o correto uso das máscaras por toda a comunidade escolar

As medidas ditas não farmacológicas, aí incluídas o uso de máscaras, distanciamento social e a adequada higiene das mãos, são, até o momento, a maior arma no combate à infecção pelo Sars-CoV-2, uma vez que sua transmissão ocorre prioritariamente através de gotículas respiratórias e do contato próximo. A infecção por aerossóis ainda está sendo melhor estudada.

O uso de máscaras por toda a comunidade é uma medida de proteção tanto individual quanto coletiva. Para a população em geral, recomenda-se o uso de máscaras de pano, de camada tripla (Jotz & Bittencout, 2020). É importante que as máscaras sejam utilizadas seguindo-se as recomendações de uso adequado (Mayo Clinic, 2020).

O CDC/EUA não recomenda o uso de máscaras por crianças menores de 2 anos de idade ou por pessoas com algum grau de deficiência ou alteração da consciência que possa prejudicar a capacidade de retirar a máscara sem auxílio. No Reino Unido, crianças

com menos de 11 anos não são obrigadas a usá-las. No Brasil, a **lei n. 14.019/20** prevê que crianças com menos de 3 anos estão dispensadas do uso obrigatório de máscaras (**Brasil, 2020**).

Segundo a OMS, a orientação para a confecção das máscaras de pano é que tenham pelo menos três camadas de materiais diferentes: uma interna com material absorvente como algodão, uma camada intermediária de materiais não tecidos como polipropileno (filtro) e uma camada externa de material não absorvente, como poliéster ou uma mistura (**Opas, 2020**).

Pessoas com sintomas gripais não devem frequentar o ambiente escolar e devem comunicar-se imediatamente com o serviço de saúde mais próximo para o devido acompanhamento e o controle dos contatos. As escolas, dentro de seu plano de retorno, devem contemplar o afastamento de casos e suspeitos com o devido processo de vigilância, já organizado na APS.

Distanciamento social

Distanciamento social ou distanciamento físico significa manutenção de um espaço seguro entre você e outras pessoas que não são de sua casa. Para praticar o distanciamento social ou físico, deve-se manter uma distância de pelo menos 1,5 a 2 m (cerca de 2 braços de comprimento) de outras pessoas que não sejam de sua casa em espaços internos e externos. O distanciamento social deve ser praticado em combinação com outras ações preventivas cotidianas para reduzir a propagação de Covid-19, incluindo o uso de máscaras, evitando tocar o rosto com as mãos não lavadas e lavando frequentemente as mãos com água e sabão por pelo menos 20 segundos.

Manter a distância mínima de 1,5 a 2 m entre os alunos e entre estes e demais profissionais é considerado ideal para redução dos riscos de infecção. Além disso, é importante garantir a adequada ventilação das salas, evitando o uso do ar-condicionado e privilegiando atividades ao ar livre ou em ambientes abertos. A redução do número de alunos por turmas é necessária, o que implica a necessidade de manutenção de opções de ensino remoto.

Sempre que possível, as refeições devem ser feitas ao ar livre ou nas salas de aula, em vez de em um refeitório comunitário, mantendo-se a distância social (pelo menos 1,5 a 2 m de distância) tanto quanto possível (**CDC, 2020a**).

Higiene das mãos

O estímulo à higiene frequente das mãos deve ser adotado. As escolas devem oferecer locais com disponibilização de álcool em gel a 70% e, fundamentalmente, o fornecimento regular de água e sabão. Crianças pequenas e alunos com deficiência devem receber ajuda para realizar a adequada higiene das mãos (United Kingdom, 2020). A facilidade de acesso aos locais com água e sabão para a lavagem das mãos ou a pontos com álcool em gel é fundamental para o estímulo da higienização regular.

Uma observação importante é a limpeza de cisternas e caixas d'água se as escolas estiverem fechadas por longos períodos, para a prevenção de doenças transmitidas pela água ou da contaminação ambiental por potenciais patógenos após a reabertura da escola (WHO, 2020b).

Limpeza e desinfecção

No tocante à limpeza e desinfecção, o primordial é contarmos com o fornecimento regular de água para todas as escolas. O uso de sabão e água sanitária é o recomendado para esse processo; o uso de álcool a 70% também pode ser uma opção para superfícies.

A limpeza reduz germes, sujeiras e impurezas de superfícies ou objetos e funciona com o uso de sabão (ou detergente) e água para a remoção física dos germes de superfícies. Após a limpeza, deve-se proceder à desinfecção, ou seja, à utilização de produtos químicos que matem ou inativem os germes (CDC, 2020b).

Atenção especial deve ser dispensada a locais e objetos de uso comum ou possivelmente compartilhado, como maçanetas e interruptores de luz. Todas as superfícies devem ser limpas pelo menos uma vez ao dia e entre o uso por alunos diferentes ou entre os turnos, antes da chegada à sala dos alunos, antes e após as refeições, antes do retorno dos intervalos (recreio) e ao final do dia.

Rastreamento de contatos em parceria com a equipe de saúde local

Conforme indicamos no documento *Contribuições para o Retorno às Atividades Escolares Presenciais no Contexto da Pandemia Covid-19*, o rastreamento por sintomas de casos confirmados ou suspeitos e também de seus contatos é a estratégia recomendada em um contexto onde a realização de testes pode ser um dificultador, ou mesmo impedimento para a vigilância (Fiocruz, 2020).

Os sintomas mais comuns de Covid-19, até o momento, são: febre, tosse, falta de ar, cefaleia, calafrios, dor de garganta, diarreia, anosmia (perda do olfato) ou hiposmia, ageusia (perda do paladar), mialgia e astenia, de acordo com nota técnica da Anvisa (Anvisa, 2020).

Diante de qualquer um desses sintomas, é importante considerar a possibilidade de Covid-19 e manter as medidas de isolamento, conforme Quadro 2. O contato com o serviço de saúde do território para as medidas de vigilância adequadas e o acompanhamento do caso é fundamental, como também o informe à comunidade escolar para a tomada de decisão conforme o plano elaborado.

No Quadro 3 estão as condutas a serem adotadas em cada uma das situações passíveis de serem consideradas casos suspeitos ou confirmados (Fiocruz, 2020).

Quadro 3 – Vigilância de casos e contatos nas escolas

	Isolamento de caso de Covid-19 (suspeito ou confirmado)		Isolamento de contato próximo
	Isolamento de pessoas SINTOMÁTICAS	Isolamento de pessoas ASSINTOMÁTICAS	Isolamento de contato próximo de caso de Covid-19 (suspeito ou confirmado)
Situação	Pessoa da comunidade escolar com sintomas sugestivos de Covid-19	Pessoa da comunidade escolar com teste RTPCR com Sars-CoV-2 detectado, sem sintomas e que permanecerem sem sintomas	Pessoa da comunidade escolar que teve contato próximo com alguém com infecção por Covid-19 (suspeita ou confirmada) nos 2 dias antes a 10 dias depois da data do início dos sintomas (nos assintomáticos, da data de coleta do teste RT-PCR com Sars-CoV-2 detectado)
Conduta	Afastamento das atividades presenciais da escola; encaminhamento para realização de teste RT-PCR e avaliação de contatos próximos	Afastamento das atividades presenciais da escola; encaminhamento para realização de teste RT-PCR e avaliação de contatos próximos	Afastamento das atividades presenciais da escola; encaminhamento para realização de teste RT-PCR e avaliação de contatos próximos
Critérios e tempo para retorno à atividades presenciais na escola após isolamento (independentemente da realização do RT-PCR)	<ul style="list-style-type: none"> • 10 dias após o aparecimento dos primeiros sintomas (ou 20 dias quando doença grave por Covid-19) e • 24 horas sem febre, sem o uso de medicamentos para baixar a febre e • Melhora dos sintomas de Covid-19. 	Retorno à escola após 10 dias desde o dia da coleta do teste viral para Covid-19 positivo. Se a pessoa da comunidade escolar desenvolver sintomas após o teste RT-PCR com Sars-CoV-2 detectado, deverá seguir os critérios de isolamento descritos no campo "Isolamento de pessoas sintomáticas"	Retorno à escola após 14 dias desde o último dia que teve contato próximo com alguém com infecção por Covid-19 (suspeita ou confirmada). Em caso de sintomas, seguir os critérios de isolamento descritos no campo "Isolamento de pessoas sintomáticas"

Fonte: Fiocruz, 2020.

DESAFIOS PARA UM RETORNO PRESENCIAL SEGURO

Um ponto central para o retorno seguro é a necessidade de um plano estratégico nacional de enfrentamento da pandemia da Covid-19, com políticas públicas bem articuladas entre os entes federativos, nas áreas de saúde, educação, assistência social e trabalho, com participação da sociedade civil organizada na busca de soluções e enfrentamento da desigualdade social.

Como visto aqui, o conhecimento das características locais da circulação do Sars-CoV-2 e controle efetivo da pandemia, a implementação de medidas preventivas não farmacológicas como distanciamento físico, uso de máscaras e hábitos de higiene pessoal e a vigilância em saúde são medidas fundamentais para que possamos pensar em um retorno seguro às atividades escolares presenciais. Mesmo com a implementação de tais medidas, não há garantia de um retorno que não venha a gerar casos entre os diferentes atores que fazem parte da comunidade escolar, e por isso uma vigilância bem planejada, integrada com as escolas e atuante é fundamental para o acompanhamento da reabertura e para a rápida tomada de decisões na eventualidade da ocorrência de casos em unidades escolares.

Durante a segunda onda da pandemia no hemisfério Norte, vários países optaram por adotar medidas restritivas, mantendo, entretanto, as escolas abertas, mas em nenhum país tal abertura foi possível sem que as medidas preventivas estivessem implementadas (*Frente pela Vida, 2020*). Ou seja, para que a reabertura seja possível, é preciso investimento e planejamento em um ambiente escolar distinto do que existia antes da pandemia, onde medidas de redução das turmas, implementação de “coortes” de alunos e maior fixação de professores, uso obrigatório de máscaras e distanciamento físico entre as diversas pessoas que integram a comunidade escolar têm que fazer parte da rotina. A experiência prévia de outros países é essencial para que possamos organizar a volta às aulas presenciais de forma segura, mas não podemos esquecer as peculiaridades e diferenças regionais de um país continental como o Brasil, que sofre com grande desigualdade no acesso à educação e com grande número de escolas com deficiências estruturais que impedem a implementação de medidas para evitar a disseminação do Sars-CoV2. Por isso, é fundamental que comecemos a gerar informações próprias sobre a reabertura das escolas nas diferentes partes do país.

O planejamento para um retorno seguro às atividades escolares não pode ser tarefa apenas da área da saúde e tem que envolver, necessariamente, amplo debate entre todas as áreas envolvidas, seja da esfera pública ou da sociedade civil. Diversos setores das três esferas da gestão pública devem ser envolvidos, como a própria saúde, a educação, a

assistência social, a área de transportes e a área econômica, entre outros. Sindicatos patronais e dos trabalhadores, representações dos estudantes e dos pais e organizações da sociedade civil que atuam na área da educação têm que participar ativamente das discussões e da implementação dos planos de retorno seguro das atividades escolares.

Embora seja necessária a elaboração de protocolos e planos abrangentes, é importante que sejam feitas adequações respeitando as peculiaridades dos territórios onde as unidades escolares estão inseridas. Isso só será possível se garantida ampla participação dos atores sociais locais, maiores conhecedores das características e desafios que podem assegurar ou impedir a implementação de medidas para um retorno seguro das atividades escolares nos territórios. A implementação de comitês locais que possam, juntamente com setores da educação e da saúde, auxiliar no diagnóstico inicial do território no que diz respeito à estrutura física das unidades escolares, à necessidade de equipamentos de proteção individual, a características da força de trabalho disponível para o retorno, às necessidades pedagógicas das crianças e adolescentes das unidades escolares e ao nível de integração da unidade escolar com a unidade de saúde de referência é fundamental para o sucesso de qualquer plano de retorno às atividades escolares presenciais.

O desafio é muito grande. Planejamentos e discussões já deveriam estar em curso desde o momento em que as escolas foram fechadas no início de 2020, principalmente em razão da conhecida burocracia e lentidão da gestão pública na liberação de financiamento para execução de obras públicas e contratação de pessoal, fundamentais para um retorno seguro. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, dados de janeiro de 2021 indicavam a existência de 1.543 unidades escolares em funcionamento, com 644.138 alunos, 39.178 professores e 13.721 funcionários de apoio administrativo (Rio de Janeiro, 2021a). Ou seja, são cerca de 700 mil pessoas que deverão conviver nas unidades escolares e circular pela cidade ao longo de 2021, isso sem levar em conta as escolas estaduais, prioritariamente de ensino médio, e as escolas privadas. Devemos acrescentar a esses números, ainda, os responsáveis pelas crianças e jovens que deverão circular pela cidade em transportes coletivos.

Dados do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro indicavam que, em 2019, cerca de 70% das unidades escolares em funcionamento eram consideradas precárias, ou seja, “funcionavam de maneira não satisfatória para o conforto dos alunos e professores, servindo de sinalização para que medidas mais densas por parte da Secretaria Municipal de Educação pudessem ser tomadas” (Rio de Janeiro, 2021b). Tal percentual passou de 14,4% em 2008 para 57,9% em 2017, ao passo que as escolas com condições estruturais consideradas boas passaram de 48,5% em 2008 para 3,6% em 2017, variação que indica “uma diminuição drástica que vem ocorrendo ao longo

dos anos dos recursos destinados às unidades escolares, principalmente, aquele que tem como objetivo dotar a escolas de verbas para uso em sua manutenção” (Rio de Janeiro, 2021c). Esses dados permitem afirmar que há grande número de alunos e profissionais da educação atuando em escolas sem condições ideais de utilização, situação anterior à pandemia que já indicava grande desigualdade no acesso à educação na cidade. A não ser que haja uma opção política clara pelo investimento em educação em 2021, dificilmente conseguiremos solucionar, ou pelo menos minimizar, os problemas estruturais das unidades escolares para que estas tenham condições de implementar medidas de prevenção da disseminação do Sars-CoV-2, como redução da circulação escolar, distanciamento físico e higiene pessoal.

Para que uma vigilância epidemiológica seja efetiva, os sistemas de saúde e educação devem estar perfeitamente integrados, dentro de uma vigilância que pode ser chamada de “vigilância da Covid-19 nas unidades escolares”. Cabe lembrar que a vigilância em saúde é uma tarefa do poder público que está inserida entre as atribuições da APS dentro do SUS brasileiro. A vigilância sanitária deverá ser capaz de orientar e aprovar os protocolos locais das unidades escolares, públicas e privadas, e deverá, juntamente com a vigilância epidemiológica, atuar na prevenção da disseminação do vírus no ambiente escolar e no território em seu entorno, em atividades como detecção precoce dos casos, orientações preventivas e rastreamento de contatos. As coordenadorias regionais de educação e as unidades escolares deverão atuar em estreita cooperação com as coordenadorias de saúde e unidades de APS responsáveis pelos territórios onde estão inseridas as unidades escolares para que o impacto de eventuais casos de Covid-19 na comunidade escolar seja minimizado.

Desafio para manutenção das aulas presenciais diante da persistência da pandemia

Desde o início da pandemia os especialistas da Fiocruz se somaram ao conjunto dos cientistas para enfrentar a maior crise sanitária vivida em 2020. O fechamento das atividades econômicas e sociais incluíram, de imediato, o fechamento das escolas em todo o mundo e o início do ensino remoto em larga escala, com enormes consequências e impactos sobre a educação. À medida que o conhecimento sobre a pandemia avançava, os desafios para retorno às aulas presenciais para milhares de alunos foram se desenhando e, nesse contexto, a Presidência da Fiocruz elaborou uma portaria para que um grupo de trabalho (GT) pudesse se dedicar ao tema de retorno às aulas.

De acordo com estudo desenvolvido por Vozes da Educação (2020), os principais pontos comuns aos países que tiveram retorno às aulas de forma satisfatória foram a curva de contágio estável ou decrescente, medidas sanitárias e distanciamento social

implementados com bons resultados, monitoramento e contenção dos casos isolados, reaberturas faseadas, adoção de políticas específicas para profissionais pertencentes aos grupos de risco e boa comunicação, com transparência, das políticas governamentais. Entre os países com reabertura satisfatória, a maioria reabriu as escolas antes ou no mesmo momento da reabertura das atividades econômicas, mas sempre com controle da pandemia.

Possivelmente, 2022 ainda será um ano de grandes desafios para a educação. A vacinação não pode ser encarada como condição para o retorno das atividades presenciais plenas e o contexto epidemiológico deve ser o norteador para a reabertura.

Deve-se considerar o retorno às aulas como atividade essencial e, para isso, é necessário um planejamento entre a saúde e a educação. Esse planejamento deve ser interdisciplinar e participativo, incluindo toda a comunidade escolar. Para que a abertura das escolas no ano de 2021 possa ocorrer, todo esforço e planejamento deve ser envidado imediatamente.

As atitudes assumidas neste momento mostrarão às futuras gerações como enfrentamos uma das maiores crises sanitárias da humanidade e o que foi considerado por nós como essencial para reduzirmos as inúmeras perdas a que fomos submetidos ao longo de 2020. Reduzir o contágio por meio das medidas de controle como uso de máscaras, lavagem das mãos e distanciamento social, vigilância epidemiológica e políticas públicas territorializadas está em nossas mãos, só nos resta agir e reagir.

Nosso agradecimento especial aos membros do GT instituído pela portaria n. 5.608 de 1 de setembro de 2020, que elaborou o documento *Contribuições para o Retorno às Atividades Escolares Presenciais no Contexto da Pandemia de Covid-19*: Adriana Coser Gutiérrez (Vice-Presidência de Educação, Informação e Comunicação), Ana Cristina Garcia Ferreira (Gerência Regional de Brasília), Ingrid D'Avilla Freire Pereira (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio) e, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Livia Almeida de Menezes, Márcio Fernandes Nehab e Maria Martha Duque de Moura.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota técnica n. 04-2020 GVIMS-GGTES-Anvisa atualizada. Disponível em: <www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf/@@download/file/NOTA%20TECNICA%20GVIMS_GGTES_ANVISA%2004_2020%20-%2025.02.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Children and Covid-19: state-level data report (Critical updates on Covid-19). Disponível em: <<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-Covid-19-infections/children-and-Covid-19-state-level-data-report/>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ANDERSON, S. C. *et al.* Quantifying the impact of Covid-19 control measures using a Bayesian model of physical distancing. *PLoS Computational Biology*, 16(12): e1008274, 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/ploscompbiol/article?id=10.1371/journal.pcbi.1008274>>. Acesso em: 20 set. 2021.

ANGELO, J. R. *et al.* 2. *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas*, n. 2, 2020a. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44450>. Acesso em: 13 dez. 2020.

ANGELO, J. R. *et al.* *Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas*, n. 01, 2020b. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42662>. Acesso em: 13 dez. 2020.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Nuevo coronavirus Covid-19: información epidemiológica. Disponível em: <www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-Covid-19/sala-situacion>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Combate ao coronavírus: lei sobre uso de máscaras é sancionada. Disponível em: <www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2020/julho/lei-sobre-uso-de-mascaras-e-sancionada>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Epidemiológico Novo Coronavírus (Covid-19)*. Disponível em: <<https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Operational strategy for K-12 schools through phased prevention. Disponível em: <www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/indicators.html#thresholds>. Acesso em: 20 dez. 2020a.

CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC). Cleaning and disinfecting in school classrooms. Disponível em: <www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community/schools-childcare/cleaning-disinfecting-school-classrooms.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020b.

COBRE, A. F. *et al.* Risk factors associated with delay in diagnosis and mortality in patients with Covid-19 in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, supl. 2: 4.131-4.140, 2020. Disponível em: <www.scielo.br/j/csc/a/8ZkCwsPy9WdjY9P5Jkyr46v/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 set. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Covid-19, Estratégia de Gestão. Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na estratégia local*. Brasília: Conasems, 2020. Disponível em: <www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-Gestaoo-Covid-19-2-1.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (C). Painel Conass Covid-19. Disponível em: <www.conass.org.br/painelconassCovid-19/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

COUZIN-FRANKEL, J.; VOGEL, G. & WEILAND, M. School openings across globe suggest ways to keep coronavirus at bay, despite outbreaks. *Science*, 369(6.501): 241-245, 2020. Disponível em: <www.sciencemag.org/news/2020/07/school-openings-across-globe-suggest-ways-keep-coronavirus-bay-despite-outbreaks>. Acesso em: 13 dez. 2020.

FRANCE. Santé Publique. *Covid-19: point épidémiologique du 10 décembre 2020*. Disponível em: <www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-10-decembre-2020>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FRENTE PELA VIDA. Manifesto: Ocupar escolas, proteger pessoas, valorizar a educação, nov. 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/11/manifesto-ocupar-escolas-protoger-pessoas-valorizar-a-educacao-e-atualizado/>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS (FVS). Painel Covid-19 Amazonas. Disponível em: <<http://saude.am.gov.br/painel/corona/>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Contribuições para o Retorno às Atividades Escolares Presenciais no Contexto da Pandemia Covid-19*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/contribuicoes_para_o_retorno_escolar_-_08.09_4_1.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Data to inform the Covid-19 response, Apr. 2020a. Disponível em: <<https://data.unicef.org/resources/data-to-inform-the-covid-19-response/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Reabrir as escolas com segurança: recomendações para a construção de um processo adequado de retorno às aulas para prevenir e combater a violência contra as crianças nas escolas e fora delas, jul. 2020b. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/reabertura-segura-das-escolas#wash>. Acesso em: 20 dez. 2020.

HEALD-SARGENT, T. *et al.* Age-related differences in nasopharyngeal severe acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Sars-CoV-2) levels in patients with mild to moderate Coronavirus disease 2019 (Covid-19). *Jama Pediatrics*, 174(9): 902-903, 2020. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2768952>>. Acesso em: 20 set. 2021.

INLOCO. Mapa brasileiro da Covid-19. Disponível em: <<https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

JOTZ, G. P. & BITTENCOURT, A. G. Why we need to use and which mask types are effective against the Novel Coronavirus (Covid-19)? *International Archives of Otorhinolaryngology*, 24(3), 2020.

LEEB, R. T. *et al.* Covid-19 trends among school-aged children: United States, March 1-September 19, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(39): 1.410-1.415, 2020. Disponível em: <www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e2.htm>. Acesso em: 13 dez. 2020.

LOFT. R_i do Covid-19 por estado no Brasil. Disponível em: <<https://loft.science/>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

MAYO CLINIC. How well do face masks protect against coronavirus? Disponível em: <www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-mask/art-20485449>. Acesso em: 20 dez. 2020.

ORAGNIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Iris – Repositório Institucional para Troca de Informações. Orientação sobre o uso de máscaras no contexto da Covid-19. Orientação provisória. Junho, 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52254>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

PANOVSKA-GRIFFITHS, J. *et al.* Determining the optimal strategy for reopening schools, the impact of test and trace interventions, and the risk of occurrence of a second Covid-19 epidemic wave in the UK: a modelling study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(11): 817-827, 2020. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30250-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30250-9/fulltext)>. Acesso em: 20 set. 2021.

PECKHAM, H. *et al.* Male sex identified by global Covid-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nature Communications*, 11: 6.317, 2020. Disponível em: <www.nature.com/articles/s41467-020-19741-6>. Acesso em: 20 set. 2021.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Painel Rio Covid-19. Disponível em: <<https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Educação. Educação em números. Disponível em: <www.rio.rj.gov.br/web/sme/educacao-em-numeros>. Acesso em: 16 fev. 2021a.

RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Ofício conjunto n. 01/2020. Junho de 2020. Disponível em: <www.cnte.org.br/images/stories/2020/2020_06_22_pedido_ nao_retorno_aulas_rj.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021b.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro. Programa de visitas às escolas. Disponível em: <<https://app.tcm.rj.gov.br/VisitaEscolas/Noticia?NoticialD=13817>>. Acesso em: 16 fev. 2021c.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. *SP Contra o Novo Coronavírus: boletim completo*. Disponível em: <www.seade.gov.br/coronavirus/#>. Acesso em: 12 dez. 2020.

STAGE H. B. *et al.* Shut and re-open: the role of schools in the spread of Covid-19 in Europe. *medRxiv*, 2020. Disponível em: <www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.24.20139634v2>. Acesso em: 20 set. 2021.

UNITED KINGDOM. Guidance: Actions for schools during the coronavirus outbreak. Disponível em: <www.gov.uk/government/publications/actions-for-schools-during-the-coronavirus-outbreak/guidance-for-full-opening-schools>. Acesso em: 20 dez. 2020.

UNITED NATIONS (UN). Policy Brief: education during Covid-19 and beyond, Aug. 2020. Disponível em: <<https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-education-during-covid-19-and-beyond>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS (UFPEL). 4ª fase do EPICovid-19 mostra desaceleração do coronavírus no Brasil, 15 set. 2020. Disponível em: <www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/sala_imprensa/4-fase-do-epiCovid-19-mostra-desaceleracao-do-coronavirus-no-brasil.php?noticia=3149>. Acesso em: 5 dez. 2020.

VOZES DA EDUCAÇÃO. Levantamento Internacional de Retomada das Aulas Presenciais, ago. 2020. Disponível em: <<http://vozesdaeducacao.com.br/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

WILLIAMSON, E. J. *et al.* Factors associated with Covid-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*, 584: 430-436, 2020. Disponível em: <www.nature.com/articles/s41586-020-2521-4>. Acesso em: 20 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus Diseases (Covid-19) Dashboard. Disponível em: <<https://Covid-19.who.int/>>. Acesso em: 12 dez. 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Checklist to support schools re-opening and preparation for Covid-19 resurgences or similar public health crises, 11 Dec. 2020b. Disponível em: <www.who.int/publications/i/item/9789240017467>. Acesso em: 20 dez. 2020.