



Parâmetros de
análise dos planos
de flexibilização e
retomada das
atividades
presenciais
escolares no Estado
do Rio de Janeiro e
Municípios

*Aspectos sanitários, pedagógicos e
intersectoriais*

Diretriz Técnica



INFORMAÇÃO TÉCNICA Nº: 261/2021

23 de Março de 2021

DIRETRIZ TÉCNICA Nº: 004/2021

Nº MPRJ: 2021.00107455

SOLICITANTE: CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE
TUTELA COLETIVA DE PROTEÇÃO À EDUCAÇÃO

ENDEREÇO (Do contratante ou local da diligência):

RUA MÉXICO, Nº: 128 - CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ

CEP: 20.031-142







Política Nacional de Vigilância em Saúde. Vigilância
Epidemiológica. 1 - Serviço técnico: Elaboração de diretriz técnica.



**Leia o QR code
com seu celular.**



Sumário

1. Introdução	3
2. Desenvolvimento	4
2.2. Contexto Sanitário	9
2.2.1. Aspectos Epidemiológicos da Covid-19	9
2.2.2. Covid-19 em crianças e adolescentes.....	11
2.2.3. Aspectos sociais da Covid-19 em crianças e adolescentes	14
2.2.4. Aspectos Clínicos da Covid-19 na Infância.....	15
2.2.4.1. Síndromes Inflamatórias associadas à Covid-19.....	17
2.3. O Retorno às Atividades Presenciais	17
2.4. Uma proposta de modelo circular-transversal para a retomada segura das aulas presenciais.....	18
2.4.1. Eixos Transversais	19
 Saúde	20
 Intersetorialidade.....	24
 Educação	25
 Comunicação.....	28
2.4.2. Componentes Circulares	29
 Domicílio.....	31
 Deslocamento	32



Entrada na Escola.....33



Escola.....33



Eventos sentinelas.....37

3. Considerações Finais.....36

4. Referências Bibliográficas.....37

Lista de Gráficos e Figuras

Gráfico 1 - Casos de Covid19 por faixa etária no Município do Rio de Janeiro. Fonte SMS/Rio de Janeiro.....12

Gráfico 2 - Casos de SRAG por Covid-19 por faixa etária no Município do Rio de Janeiro. Fonte: SMS/Rio de Janeiro12

Figura 1 - Proposta de Modelo Circular19

Figura 2 - Proposta de Modelo Circular com ícones19

Figura 3 - Representação das tecnologias possíveis na identificação de casos de Covid-1922



1. Introdução

O mundo vive, hoje, a pandemia da Covid-19, que atinge diretamente o direito mais importante e fundamental da humanidade, que é o direito à VIDA. O Brasil, com a chegada do novo coronavírus em seus territórios, no início de 2020, vê de forma crescente e avassaladora o aumento do número de pessoas infectadas e perdas de vida irreparáveis e, dessa forma, o direito à vida e aos demais direitos sociais previstos na Constituição Federativa do Brasil - como o direito inalienável à saúde, à educação, à assistência social - forte e duramente atingidos.

A resposta à pandemia no Brasil não conseguiu conter a expansão da Covid-19. Com a prevalência de uma conduta eminentemente clínica, desvinculada de critérios econômicos e sociais, a pandemia revelou, ainda mais, paradoxos existentes em nossa sociedade, tornando-se imperativo e não mais adiável, a atenção aos campos das políticas públicas voltados para a saúde, a educação, a ciência, a tecnologia. É preciso o cumprimento da Constituição Federal do nosso país.

O fechamento total das escolas de educação básica foi uma medida adotada em praticamente todos os países, na busca da redução da transmissão da contaminação da Covid-19, tendo como fundamentos pandemias anteriores, como a da Gripe Espanhola. No entanto, pode-se afirmar que todos os conhecimentos são provisórios, principalmente face ao desconhecido, ao ainda não vivido, ao não experienciado. Estudos e pesquisas nacionais e internacionais podem servir de base para um planejamento sistêmico e intersetorial de ações articuladas entre diferentes setores, pois a volta ao ensino presencial não é exclusivamente competência do setor educacional.

Não há certezas, especialmente em se tratando de como pensar os sistemas educacionais, face às diversidades existentes, a falta de mapeamento das necessidades e, conseqüentemente, de planos intersetoriais. Vários países estão tentando responder a esse desafio, principalmente no que se refere à retomada das aulas presenciais. É importante ressaltar que as pesquisas realizadas nos últimos meses apontam, quase como regra, a precária e desigual oferta de atividades remotas em grande parte das redes de ensino (públicas e privadas) do Brasil.

Praticamente, nenhum país do mundo estava preparado para transferir intempestivamente, de um dia para outro, a educação presencial para o ensino remoto. Tem-se, portanto, um intenso processo de aprendizagem, especialmente em países que não veem investindo em educação e tecnologia, e com a inexistência quase que total de adequações estruturais e sanitárias nas escolas públicas, além de outros aspectos que fazem parte da rede de atenção básica para a abertura das escolas, com segurança, como o funcionamento adequado de transporte público, acesso à rede de



abastecimento de água e sanitários, entre outras necessidades estruturais, para o enfrentamento do aumento das desigualdades sociais, entre outras consequências.

Não há dúvida, entretanto, da essencialidade da educação presencial e dos profissionais da educação que atuam diretamente nas instituições escolares. Neste sentido, pode-se afirmar que a pandemia gerou um consenso social sobre a importância central da escola e de seus profissionais nas comunidades escolares, referenciando-a como equipamento público que garante o acesso às atividades pedagógicas, à alimentação escolar, com o potencial de, articulada à saúde, produzir diagnósticos e ações para controlar e mitigar a pandemia nos territórios e bairros da cidade. A questão central no momento é: como retornar com às atividades escolares, assegurando o direito à educação presencial de milhões de estudantes brasileiros, com condições dignas de funcionamento, para cumprirem o seu inegável e imprescindível papel social, preservando vidas?

2. Desenvolvimento

2.1. Contexto Educacional

A crise sanitária que o Brasil vive, em decorrência da pandemia causada pelo novo coronavírus em todo o mundo, tem que ser tratada com muita responsabilidade e sensibilidade. Não renunciando ao princípio de que a VIDA é fator primeiro, absoluto e prioritário, é preciso ter presente as demandas da população, de todas as camadas sociais, das mais populares, que precisam do básico para sobreviver, aos grupos que não enfrentam essas desumanas necessidades de subsistência, dentre esses, aqueles que com suas empresas e negócios são fontes de empregos à população mais desfavorecida socialmente.

Em relação à educação nesse crítico e sofrido período de pandemia, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) tem a clareza de que o debate sobre o retorno ou não das aulas presenciais no Brasil, em especial no Estado do Rio de Janeiro, não pode retirar o lugar central da Educação na sociedade e, portanto, a discussão sobre o tema não se restringe a uma decisão bilateral entre retornar ou não às aulas presenciais.

A retomada de atividades escolares presenciais em qualquer nível do sistema de educação - nacional, estadual ou local - precisa estar amparada em políticas públicas e fazer parte de Plano Articulado, conduzido democraticamente e pautado no direito à educação com qualidade socialmente referenciada para todos e todas, e ancorado na Constituição Federal, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação e no Plano Nacional de Educação (PNE/2014).



Compete ao Sistema Educacional, mesmo em situação pandêmica, cumprir a Legislação. Porém, o retorno das atividades escolares presenciais precisa acontecer de modo articulado entre medidas de saúde pública para controle da pandemia e ações voltadas ao atendimento pedagógico dos estudantes. É preciso estreita integração entre redes escolares, universidades e centros de pesquisa com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) nos diferentes territórios, no sentido de estabelecer políticas intersetoriais e assegurar recursos, face às necessidades sanitárias e pedagógicas que o contexto social exige.

É preciso não perder de vista os princípios Constitucionais de uma educação democrática e inclusiva, garantindo o caráter público, gratuito, laico, de gestão pública e de qualidade socialmente referenciada, num processo ativo de superação das desigualdades socioeconômicas, respeito aos direitos humanos, valorização da ciência e da informação, reconhecimento e valorização da diversidade e de outros saberes e fazeres¹.

Os governos e a sociedade civil precisam se mobilizar para que a retomada das atividades escolares presenciais aconteça de forma segura para estudantes, profissionais da educação, e seus familiares, e para garantir o direito à educação de qualidade para os /as estudantes, de todas as etapas e modalidades da educação.

É preciso, também, considerar, que os/as estudantes apresentam idades, perfis, condições socioeconômicas, emocionais e necessidades diversas, envolvendo os quilombolas, indígenas, povos do campo, povos da floresta, povos itinerantes e povos das águas, população ribeirinha e comunidades tradicionais, jovens e adultos excluídos da escola regular, adolescentes, jovens e adultos em situação de privação de liberdade, crianças, adolescentes, jovens e adultos com necessidades especiais, sujeitos do direito que estão matriculados nos sistemas de ensino.

Torna-se imprescindível e urgente planejamentos e ações coletivas, com a participação de fóruns, redes, entidades e demais representações sociais, principalmente nos campos da educação, da saúde, das políticas públicas e da ciência e tecnologia, para o cumprimento da Constituição Federal no tocante aos direitos sociais, em especial da saúde, educação e assistência social.

É recomendável que os princípios, as diretrizes e os protocolos gerais definidos nessa Diretriz sejam observados pelos Comitês Intersetoriais, pela Secretaria de Estado de Educação

¹ Fonte: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/MANIFESTO_OCUPAR-ESCOLAS-PROTEGER-PESSOAS-RECRIAR-A-EDUCACAO_2-1.pdf



(SEEDUC), pela Sistema Estadual de Ciência e Tecnologia (SECTI) e pelas Secretarias de Municipais de Educação no processo de elaboração de seus Planos de Retorno às Aulas, da mesma forma que pelas instituições educacionais públicas e particulares pertencentes ao Sistema de Ensino do Estado, na elaboração de seus próprios procedimentos administrativos, sanitários e pedagógicos, a partir da criação de comissões interinstitucionais e interdisciplinares, envolvendo representações sindicais, de mantenedoras, de conselhos escolares e de estudantes, em todos os níveis do processo, preservando a autonomia das instituições educacionais.

Como princípios gerais, destaca-se:

- I- Garantia dos direitos humanos fundamentais de crianças, adolescentes e adultos, de suas famílias, bem como dos profissionais da educação;
- II- Preservação da saúde, em especial contra a contaminação pelo novo coronavírus;
- III- Acolhimento e adaptação da comunidade escolar, considerando sentimentos como perdas, medos, ansiedade, entre outros, com prevalência do afeto e da solidariedade;
- IV- Criação de ambiente educativo que favoreça a convivência solidária, de forma que a comunidade escolar possa se sentir segura no ambiente institucional
- V- Garantia de igualdade e equidade de condições de acesso ao aprendizado;
- VI- Estabelecimento de prioridades na alocação de recursos e ações voltadas ao retorno às aulas;
- VII- Criação de canais de comunicação com a comunidade como estratégias de retorno às aulas, para prevenir a evasão, tendo em vista o possível abandono escolar.

Como diretrizes operacionais gerais, destacam-se²:

- I- Acesso dos profissionais da educação às suas instituições de ensino, previamente higienizadas, anteriormente ao retorno dos estudantes, com a finalidade de planejar o retorno dos mesmos, a partir do projeto pedagógico da escola e da organização de avaliações formativas e diagnósticas que permitam identificar as ações pedagógicas necessárias para os diferentes coletivos, e individuais, quando necessário;
- II- Participação da comunidade escolar ou de seus representantes, em especial dos Conselhos Escolares, em se tratando da Educação Infantil e Básica, na organização da instituição escolar em relação aos horários de funcionamento, aos usos dos espaços coletivos e aos critérios de agrupamento dos estudantes, quando for o caso;

² Ver Anexo da Deliberação CEE nº 384 de 2020 que regulamenta o processo de retomada das atividades presenciais no âmbito do Sistema de Ensino do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.



- III- Participação da comunidade universitária ou de seus representantes institucionais dos diferentes segmentos na organização da instituição em relação aos horários de funcionamento, aos usos dos espaços coletivos e aos critérios de agrupamento dos estudantes, quando for o caso;
- IV- Garantia da segurança de estudantes e da totalidade de profissionais da educação e familiares, nos ambientes das instituições educacionais, na prevenção ao contágio por coronavírus;
- V- Formação e orientação contínua e atualizada dos profissionais da educação incluindo, prioritariamente, as áreas de Educação, Saúde, Psicologia e Assistência Social;
- VI- Formação continuada na instituição educacional que proporcione momentos de escuta e de troca de experiências nesse novo contexto;
- VII- Oferta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) necessários e adequados para a realização do trabalho na instituição escolar;
- VI- Atenção à saúde física e mental de profissionais de educação e estudantes.

As questões relativas ao retorno das atividades presenciais são complexas e, por isso, precisam que as autoridades competentes ouçam as representações da sociedade civil, e, especialmente, os profissionais da educação, os estudantes e suas famílias. É preciso debater a valorização do espaço da escola e das atividades educacionais, priorizando a escuta dialógica com a comunidade escolar.

De igual modo, é imprescindível a efetivação de políticas públicas intersetoriais com a garantia de financiamento adequado face aos enormes desafios sanitários, pedagógicos e sociais. Torna-se imprescindível avaliar, nas diferentes regiões, em cada município e cada bairro, qual a situação da infraestrutura das escolas, a condição das famílias, das crianças, adolescentes e jovens e de profissionais da educação, inventariando as reais necessidades sanitárias, pedagógicas e sociais e buscando a garantia do direito à educação com qualidade-equidade e socialmente referenciada.³

Com o agravamento da pandemia e consequente prorrogação da suspensão das aulas presenciais, é necessário que todas as crianças, jovens e adultos tenham oportunidade de acesso ao conhecimento. Assim, é fundamental que o Estado assuma o dever de assegurar educação para todos e todas, criando as condições necessárias para o enfrentamento das desigualdades sociais,

³ https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/MANIFESTO-_OCUPAR-ESCOLAS-PROTEGER-PESSOAS-RECRIAR-A-EDUCACAO_2-1.pdf



encontrando soluções adequadas a cada realidade específica, em diálogo permanente com as escolas, professores/as, estudantes e famílias.

É preciso conhecer o cotidiano da escola para a tomada de decisões que podem, aparentemente, parecer simples, meramente administrativas, mas que no espaço escolar assumem dimensões administrativo-pedagógicas que só os profissionais da educação que atuam no chão da escola serão capazes de perceber as suas implicações.

É o caso, por exemplo, do distanciamento físico previsto entre esses profissionais e as crianças da educação infantil e das séries iniciais do ensino fundamental. Como não levar ao colo crianças que estão chorando, sentindo, talvez, a falta de seus responsáveis, ou por tantos outros motivos que as podem deixar inseguras? Os princípios básicos da educação das crianças de até cinco anos e onze meses, em creches e pré-escolas, é de natureza essencialmente interacional, como reconhecido e afirmado nas normas exaradas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Reforça-se que os eixos estruturantes da Educação Infantil são interações e brincadeiras, na medida em que criam condições para a promoção do desenvolvimento infantil, conforme o CNE.

Portanto, é na escola, a partir de sua autonomia didática prevista em lei e com o conhecimento das relações concretas com a realidade dos estudantes, que o currículo tem que ser elaborado, como também as soluções específicas para a organização da carga horária letiva, observando os parâmetros legais estabelecidos.

Importante destacar que grande parte das escolas públicas têm estrutura física precária e que a condição socioeconômica da maior parte das famílias que as frequentam também é precária, além da falta de valorização dos profissionais da educação por governantes, tanto no que se refere aos planos de cargos e salários quanto à formação continuada. Essas questões, entre outras, são desveladas mais fortemente na pandemia que o país vive, influenciando, decisivamente na complexidade do retorno às aulas.

Dados do Censo Escolar de 2020 revelam que 17% das escolas públicas do Estado do Rio de Janeiro não têm rede pública de esgoto, 12% não tem abastecimento de água pela rede pública, 71% não tem acesso à internet para estudantes, uma em cada cinco escolas não dispõem de banheiros para os funcionários e duas em cada cinco escolas não possuem banheiros adaptados para crianças e pessoas com deficiências. Também chama atenção que o Estado do Rio de Janeiro esteja posicionado entre os estados com menor progresso quanto à cobertura de matrículas de 0 a 3 anos no período de 2013 a 2018, conforme Relatório do 3º Ciclo de Monitoramento das Metas do Plano Nacional de Educação, publicado em 2020.



Necessário, portanto, dada a essencialidade da educação e, em consequência, da escola, a exigência de investimentos, preparação e acompanhamento permanente das ações, para que ajustes sejam feitos desde o início do processo de adequação do ensino presencial ao contexto da pandemia, considerando como fundamentação das tomadas de decisão e continuamente.

2.2. Contexto Sanitário

Em dezembro de 2019, inúmeros pacientes, em Wuhan, República Popular da China, desenvolveram Pneumonia e Insuficiência Respiratória de forma semelhante ao verificado na epidemia de SARS em 2003. Em princípios de janeiro de 2020, um novo betacoronavírus, posteriormente denominado SARS-Cov-2, foi isolado a partir de amostras de lavado brônquico (Zhou 2020). Pouco depois, a doença recebeu o nome de Covid-19. Inicialmente o vírus se espalhou para vários países asiáticos antes de chegar ao Irã e à Itália, onde causou um elevadíssimo número de casos e óbitos, provocando as primeiras situações de colapso dos sistemas de saúde, e que se seguiram em vários outros países da Europa e Américas, inclusive o Brasil.

Rapidamente a doença se propagou por todos os continentes, inicialmente levada por viajantes e logo havendo forte transmissão comunitária. Em 23 de março de 2021, pouco mais de um ano após o início da pandemia, havia 124.419.193 casos notificados com Sars-Cov-2 em todo o mundo, com 2.737.888 óbitos (letalidade de 2,2%).

Nem todos os casos são notificados ou também, o número de testes aplicados é muito abaixo do necessário, tanto para diagnóstico quanto para análise epidemiológica, situação vivenciada também no Brasil, especialmente por existirem casos assintomáticos ou oligossintomáticos e assim o número de casos e óbitos certamente é bem superior.

Durante a primeira parte de 2020, inúmeras novas variantes do SARS-CoV-2 surgiram o que acarretou aumento da transmissão, fato vivenciado hoje no Brasil com a circulação confirmada, no Rio de Janeiro, das linhagens de Manaus e da Grã-Bretanha.

2.2.1. Aspectos Epidemiológicos da Covid-19

Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de Pandemia Global provocada pelo Covid-19 e determinou a necessidade de adoção de medidas estratégicas para



contenção dos inevitáveis danos gerados pela rápida transmissão desse novo vírus. Mesmo com o cenário de supressão e quarentena generalizada, estratégia inicialmente adotada, apesar de mais adequado e com maior potencial de salvar vidas, ocorreram fortes pressões ao sistema de saúde, além de custos socioeconômicos consideráveis, ensejando, além da necessidade de articular medidas diretamente relacionadas ao combate à transmissão do vírus, articular também medidas de proteção social e econômica à população.

O sucesso das ações (de confinamento/isolamento horizontal) passava pela precocidade de sua adoção (as intervenções precisam ser implementadas bem antes que a capacidade de assistência em saúde seja sobrecarregada), pela velocidade na implementação nas ações de suporte socioeconômicas e de ordenamento público, pelo grau de controle das ações adotadas e pela flexibilização do grau de isolamento social ordenada e gradativa ao longo do tempo. Ao passo que estas medidas, em maior ou menor grau, foram sendo adotadas, a comunidade científica, empresas farmacêuticas e governos passaram a investir em diferentes tecnologias de imunização, com uma celeridade nunca vista, em função principalmente das enormes perdas de vidas sofridas em todos os continentes e em especial no nosso país.⁴

No Brasil, em 21 de março de 2021, havia 11.998.233 casos notificados (Incidência de 5.644,65/100.000), com 294.042 óbitos (Mortalidade de 138,33/100.000 e Letalidade de 2,4%). Estes dados colocam o país dentre aqueles com maior incidência e mortalidade do mundo. O Estado do Rio de Janeiro por sua vez, contava na mesma data com 621.991 casos (Incidência de 3.602/100.000) e 35.131 óbitos (Mortalidade de 203/100.000 e Letalidade de 5,6%), situação bem acima da média do país, sendo a letalidade inferior apenas ao Estado do Amazonas. O Município do Rio de Janeiro contribui para a elevação dos dados do Estado do Rio de Janeiro com uma Incidência de 3.220/100.000 (216.413 casos), ligeiramente abaixo da verificada no Estado, mas com uma Mortalidade de 291,4/100.000 e Letalidade de 9,0% (19.583 óbitos) maiores, em que pese toda a estrutura da rede de saúde local.

Desde que a OMS declarou pandemia pelo novo coronavírus e denominou a doença causada por sua infecção de Covid-19, estudos internacionais e nacionais mostram que as medidas de

⁴ As vacinas são as principais formas de contenção da doença e nas últimas semanas elas foram, finalmente, disponibilizadas pelo SUS no Brasil, embora ainda em quantidades bem limitadas e com foco em grupos populacionais bem restritos. Os objetivos principais de uma vacina são o de se alcançar o máximo possível de eficácia, tanto individual quanto coletiva, e, também, reduzir a incidência de quadros graves da doença, internações e óbitos. Atualmente, estão liberadas pela ANVISA, desde 17 de janeiro de 2021, para uso emergencial, após estudos desenvolvidos no Brasil, a Coronavac (Sinovac), produzida pelo Instituto Butantan, e a AstraZeneca desenvolvida pela Universidade de Oxford em parceria com a Fiocruz, que está sendo, atualmente, importada do Instituto Serun, da Índia.



distanciamento social devem ser rigorosas, no sentido de evitar um crescimento rápido de infecção e perdas de vida pelo coronavírus. Em consequência, e com o agravamento da situação, países, incluindo o Brasil, interromperam as aulas presenciais como forma de evitar a disseminação do vírus, reduzir a ocupação de leitos e a letalidade.

O retorno às aulas presenciais tem sido, desde então, um dos grandes desafios para todas as nações, pois mesmo aquelas que conseguiram controlar a epidemia e reduzir casos e óbitos tiveram, em alguns momentos, que retornar ao fechamento das instituições educacionais, após surtos nos espaços escolares, entre estudantes, profissionais da educação e familiares.

A OMS e vários estudos internacionais e brasileiros recomendam critérios para planejar a retomada das atividades presenciais, a partir de normas científicas, sempre em favor da vida.

2.2.2. Covid-19 em crianças e adolescentes

A doença, a exemplo do que se passa em todo o mundo, é menos frequente na infância e adolescência. No Município do Rio de Janeiro o número de casos de Covid-19 é de 2.536 em menores de 10 anos (1,25% do total de casos) como evidenciado no Gráfico 1. Quanto a manifestações pulmonares graves, como a Síndrome Respiratória Aguda por Covid-19 (Gráfico 2), o número de casos registrados vai de 438 em menores de 5 anos a 29.476 casos na população acima de 60 anos, embora, ressalte-se, o número de testes realizados em crianças seja bem menor que em adultos, em função das dificuldades de realização em menores e pelo fato de os quadros clínicos serem em geral bem mais brandos, levando os responsáveis a não realizarem os exames.

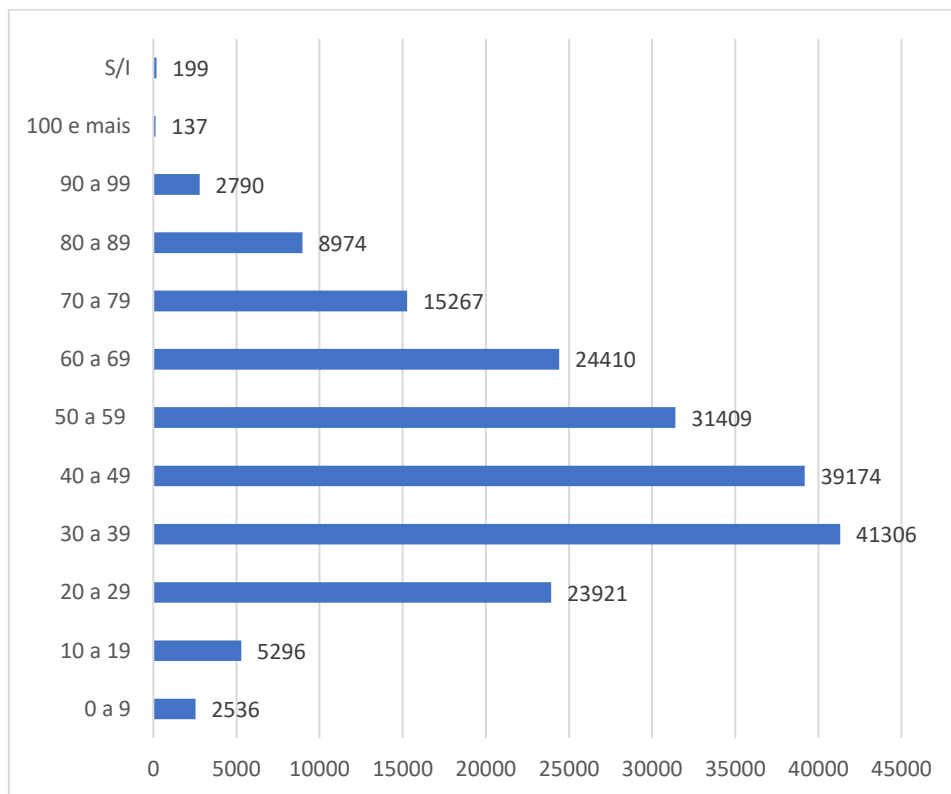


Gráfico 1 - Casos de Covid19 por faixa etária no Município do Rio de Janeiro. Fonte SMS/Rio de Janeiro

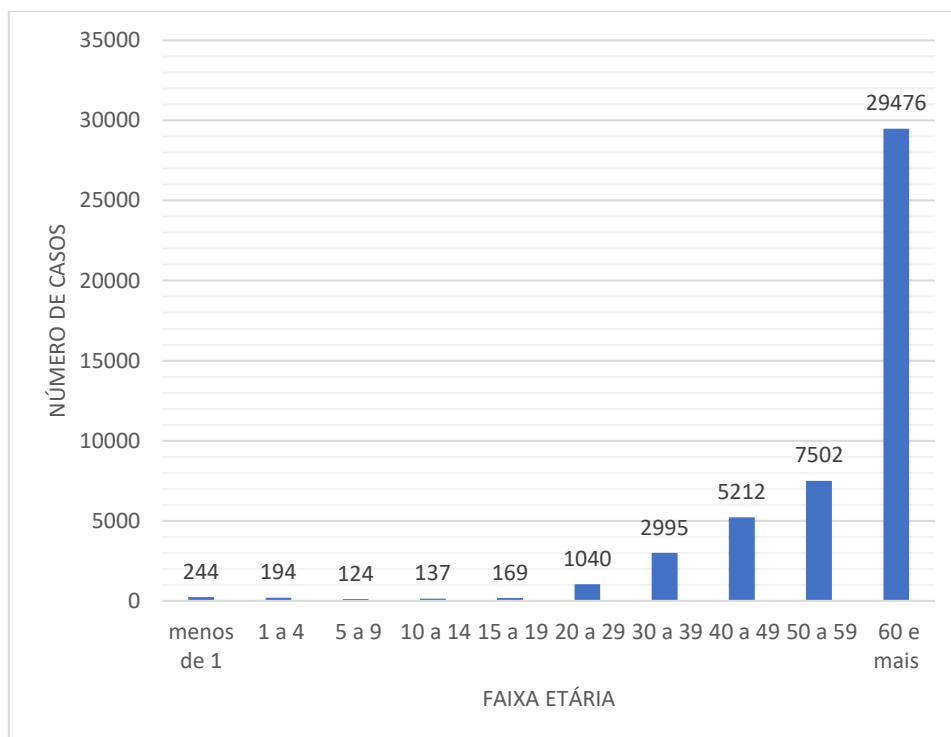


Gráfico 2 - Casos de SRAG por Covid-19 por faixa etária no Município do Rio de Janeiro. Fonte: SMS/Rio de Janeiro



Crianças e adolescentes de qualquer faixa etária são, portanto, susceptíveis à infecção pelo SARS-Cov-2. Estudos realizados durante o ano de 2020 na China e EUA relataram uma mediana que vai de 7 a 17 anos na população estudada, com uma distribuição bem uniforme entre as faixas etárias. Estes estudos também apontaram para uma ligeira predominância do sexo masculino (55%) e com histórico de contato intradomiciliar sintomático, em geral adultos. ⁵

Em relação a hospitalizações, dados do Centro de Controle e Prevenção e Doenças americano (CDC) demonstram que a hospitalização por Covid-19 parece ser incomum (entre 2,5% e 4,1%) e ainda mais rara é a necessidade de tratamento em UTI (< 1%), situação verificada também em estudos realizados na China, Itália, França e Espanha. As crianças abaixo de 1 ano de idade e, também, aquelas que com comorbidades foram mais susceptíveis a necessidade de internação hospitalar (Dong et al 2020, Zheng et al 2020, Hoang et al 2020).

Vários estudos e inquéritos epidemiológicos foram e estão sendo realizados para entender a transmissão entre crianças e adolescentes, a maioria deles apontam fortemente para a possibilidade de que elas são menos susceptíveis à infecção pelo SARS-Cov-2, com menor soroprevalência e quadros clínicos menos severos se comparado a adultos (Castagnoli 2020, Viner 2020, Merckx 2020, Zimmermann 2020, Parri 2020, Ludvigsson 2020). O comportamento deste vírus em crianças é bem diferente, por exemplo, do observado nas infecções pelo Vírus Sincicial Respiratório, frequentemente envolvido nos quadros de Bronquiolite e Pneumonia nas faixas etárias mais baixas, que muitas vezes podem ser fatais.

As consequências da pandemia de Covid-19 sobre a saúde de crianças e adolescentes, em que pese a menor incidência e mortalidade, no Brasil, assim como em outros países da América Latina, têm potencial muito mais negativo do que o que vem sendo relatado em países da Europa e América do Norte. Alguns fatores devem ser considerados e enfrentados sob o risco de aumento na morbimortalidade pela doença, como, por exemplo, a composição demográfica da população brasileira abaixo dos 20 anos, um expressivo contingente de crianças com agravos crônicos e com acompanhamento e controle insuficientes, desafios no acesso e qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde, além de problemas relacionados ao acesso a um cuidado pediátrico de maior complexidade e qualidade, particularmente em tempos de grande pressão no sistema hospitalar, levando, inclusive, à desativação de leitos pediátricos e, por fim, ao aumento da vulnerabilidade social.

⁵ Uma experiência de uma equipe de São Paulo relatada em julho de 2020, com 66 pacientes diagnosticados com Covid-19 por RT-PCR, revelou dados semelhantes aos descritos, com mediana de idade em torno de 7 anos, predominância do sexo masculino e 41% deles com histórico de contato com sintomáticos respiratórios.



Algumas situações relacionadas ao comportamento do Covid-19 em crianças e adolescentes ainda não estão muito bem compreendidas e são de grande importância quando se iniciam os processos de flexibilização que culminam nos retornos às atividades escolares, com a maior segurança possível. Dentre estas, destaca-se o tamanho do peso de crianças e adolescentes na cadeia de infecção e transmissão do Sars-Cov-2. Nestas faixas de idade há evidências da capacidade de transmissão do vírus, a exemplo de qualquer indivíduo, embora esta importância na disseminação do Covid-19 pareça ser pequena, ao contrário do que ocorre em outras infecções respiratórias comuns na infância, como os quadros provocados pelos Vírus Influenza e o Sincicial Respiratório, que causam infecções de vias aéreas superiores e inferiores, quando de fato as crianças podem se transformar em importantes vetores para a dinâmica de transmissão na comunidade.

2.2.3. Aspectos sociais da Covid-19 em crianças e adolescentes

No início da Pandemia no Brasil, foram tomadas diversas medidas de isolamento social e o fechamento das escolas, universidades, clubes, praças, parques e locais de atividade física são uma das poucas medidas que persistem em sua totalidade ou em parte, levando as crianças e os adolescentes ao afastamento do convívio social e forçados ao isolamento. Estas medidas se fizeram necessárias para tentar diminuir a transmissão, em especial porque o papel das crianças e adolescentes neste processo é pouco conhecido. Tais medidas certamente provocaram efeitos diretos, como a própria doença, e indiretos, tais como prejuízos no ensino, na socialização e desenvolvimento, em função do fechamento de creches e escolas, além do afastamento do convívio familiar ampliado, com amigos, amigas e com toda rede de apoio.

Deve-se ressaltar também que o estresse gerado por esta situação afeta a saúde mental de crianças e adolescentes, podendo gerar sintomas de depressão e ansiedade. Outros prejuízos detectados envolvem o aumento da violência contra crianças, adolescentes e mulheres, além de uma consequente diminuição da procura pelo atendimento aos serviços de proteção, da queda, que já vinha sendo observada anteriormente, nas coberturas vacinais no Brasil, do agravamento da epidemia de sedentarismo e obesidade, do exagero no uso de mídias e telas (computadores, *tablets* e *smartphones*) e do aumento do risco alimentar pelo fechamento de escolas e creches, dentre outras consequências. **Todas estas situações de agravos e vulnerabilidades devem ser analisadas antes e durante o processo de volta às atividades educacionais presenciais ou não, além das ações de prevenção, vigilância, assistenciais e pedagógicas a serem adotadas.**



2.2.4. Aspectos Clínicos da Covid-19 na Infância

O período de incubação da Covid-19 em crianças vai de 3 a 7 dias, em média, podendo variar de 1 a 14 dias, sendo que o início dos sintomas clínicos, quando aparecem, varia de 5 a 8 dias após a infecção. As Taxas de Hospitalização são maiores na faixa etária de 0 a 4 anos, se comparadas com a faixa de 5 a 9 anos. A presença de comorbidades é frequente entre as crianças que chegam a necessitar de hospitalização.

As manifestações clínicas da Covid-19 na infância podem envolver quaisquer aparelhos e sistemas. São relatados desde quadros assintomáticos até óbitos. Quando os sintomas se fazem presentes, os de origem respiratória são os mais frequentemente relatados, além dos gastrointestinais. Recentemente foram descritas as síndromes inflamatórias associadas à Covid-19.

De acordo com as faixas etárias, os sintomas clínicos mais comuns são:

Sintomas CDC (0-9 anos):

Febre, Tosse e Respiração Rápida – 63%;

Febre – 46%;

Tosse – 37%;

Cefaleia – 15%;

Diarreia – 14%;

Rinorreia – 13%;

Náusea e Vômito – 10%;

Mialgia – 10%;

Respiração rápida – 7%;

Dor abdominal – 7%;

Perda do Olfato ou do Paladar – 1%

Sintomas CDC (10-19 anos):

Tosse – 41%;

Cefaleia – 42%;

Febre – 35%;

Mialgia – 30%;

Respiração Rápida – 16%;

Diarreia – 14%;



- Náusea e Vômito – 10%;
- Perda do Olfato ou do Paladar – 10%;
- Rinorreia – 8%;
- Dor Abdominal – 8%.

Dentre os sinais e sintomas respiratórios, os mais frequentes na pediatria são os do resfriado comum (infecção das vias aéreas superiores), como coriza, obstrução nasal, prurido nasal, odinofagia, tosse, laringite e faringite com ou sem febre. A infecção também pode acometer o trato respiratório inferior com manifestações semelhantes a Pneumonia, Laringotraqueobronquite, Bronquite e Bronquiolite. As crianças e adolescentes com patologias pulmonares subjacentes (Doença Pulmonar Crônica e Asma Grave) podem apresentar quadros mais severos.

O Ministério da Saúde definiu os casos suspeitos de Covid-19 aqueles que preenchem os seguintes critérios clínicos:

Síndrome Gripal (SG): Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Em crianças, além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Na suspeita de Covid-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): Indivíduo com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças, além dos sinais e sintomas anteriores, devem ser observados os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência. O trato gastrointestinal pode ser acometido isoladamente ou não. Sinais e sintomas como inapetência, vômitos, diarreia, dor abdominal, com ou sem desidratação — leve, moderada ou grave — já foram descritos. Manifestações neurológicas e ou psiquiátricas diversas como meningoencefalites, encefalopatias, psicoses, encefalomielite disseminada aguda, mielites, acidentes vasculares cerebrais, síndrome de Guillain Barré, plexopatias braquiais, neurites (anosmia e ageusia), retinites, entre outras, também já foram descritas na população infantil.

Manifestações cutâneas também foram relatadas, entre elas as chamadas acrosíndromes — acometimento de dedos e/ou extremidades — lesões exantemáticas, urticariformes, vesiculares, eczematosas, purpúricas, papulares e petequeais.



As alterações da coagulação em Pediatria podem ocorrer em qualquer faixa etária e parecem mais frequentes em adolescentes obesos.

2.2.4.1. Síndromes Inflamatórias associadas à Covid-19

As chamadas Síndromes Inflamatórias associadas à Covid-19 têm se apresentado no Brasil com alguma frequência e os Pediatras devem estar atentos. Essas manifestações podem ser divididas em três grupos com características clínicas por vezes sobrepostas, de tal forma que muitos acreditam se tratar de um espectro clínico diverso de uma mesma doença.

A primeira é a síndrome febril aguda associada a alterações laboratoriais com marcadores inflamatórios elevados — VHS, Proteína C Reativa (PCR), Procalcitonina ou BNP.

A segunda forma é a Doença de Kawasaki — clássica ou incompleta.

E a terceira é a Síndrome Multissistêmica Inflamatória da Criança (MIS-C). O acometimento cardiovascular em Pediatria com quadros graves e choque cardiogênico geralmente está associado a MIS-C. Um sinal precoce pode ser a presença de taquicardia para idade, sem outra explicação aparente.

2.3. O Retorno às Atividades Presenciais

Desde meados do ano de 2020, o debate sobre a retomada segura das aulas presenciais começou em todo o mundo, especialmente nos países que tomaram a decisão de suspender as atividades educacionais por completo. Vários países estabeleceram então protocolos gerais, combinando estratégias que incluem um controle do acesso, com controle de casos, inclusive de contatos domiciliares, quarentenas quando indicadas, mobilização da Atenção Básica local e dos sistemas de Vigilância Epidemiológica, intervenções no ambiente escolar com vistas a redução de risco de contágio e disseminação da doença, reforço nas medidas de higiene pessoal, uso de saneantes no ambiente e ventilação, dentre outras medidas.

A maioria dos países europeus decidiu reabrir as escolas por considerar que um possível incremento do número de casos seria menos danoso que as perdas educacionais e sociais. Embora até o momento sejam poucos os relatos de surtos provenientes destes países, o monitoramento rigoroso dos espaços escolares fornecerá novas informações a respeito da dinâmica das transmissões



entre crianças e entre crianças e adultos após a reabertura das escolas. Este conhecimento, aliado a possibilidade de novas ondas, como a vivenciada neste momento em várias regiões do Brasil, pode levar, a exemplo do que já ocorreu em países como EUA, Áustria, Polônia, Grécia, Portugal e Itália, ao novo fechamento, total ou parcial, das escolas e universidades.

Os processos de retorno às atividades escolares presenciais devem seguir, inicialmente, todas medidas de prevenção de contágio pelo SARS-Cov-2, sempre se baseando pelo fato de que o vírus é facilmente transmissível tanto por sintomáticos quanto por assintomáticos, principalmente em ambientes fechados e/ou cheios. Essas regras são:

- Uso de máscaras em espaços públicos ou onde existam portadores do vírus;
- Preservação de um espaço de 1,5 a 2 metros entre as pessoas;
- Lavar as mãos com sabão frequentemente e usar álcool em gel, guardando os necessários cuidados de sua utilização pelas crianças;
- Limitar o número de pessoas nos ambientes, especialmente naqueles fechados;
- Evitar espaços sem ventilação;
- Evitar espaços refrigerados, principalmente aqueles onde não seja possível realizar a renovação do ar;
- Evitar em todas as circunstâncias os ambientes cheios, fechados ou não, e barulhentos, onde as pessoas precisam elevar o tom da voz para se comunicarem.

2.4. Uma proposta de modelo circular-transversal para a retomada segura das aulas presenciais

A retomada das aulas presenciais demanda uma constante análise dos cenários intra e extraescolar, bem como uma preparação cuidadosa e um monitoramento regular. É esperado que esses processos caminhem de forma integrada, se retroalimentando e se potencializando ao longo do tempo. Esses processos não são estáticos, podendo e devendo se adaptar ao longo do tempo. Propõe-se para tal um modelo de análise, monitoramento e integração em 04 eixos que perpassam todas as ações envolvidas no processo de retomada, que denominamos de *eixos transversais* e 05 pontos de atuação integrados, denominados de *componentes circulares*, como esquematizado nas Figuras 1 e 2.

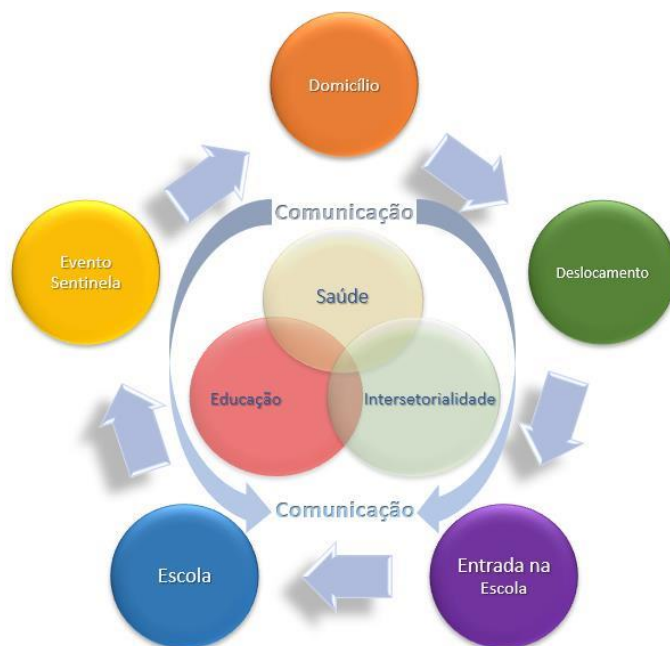


Figura 1 - Proposta de Modelo Circular



Figura 2 - Proposta de Modelo Circular com ícones

2.4.1. Eixos Transversais



Saúde

Quando falamos das ações de Saúde, ou dos protocolos sanitários no processo de retomada das aulas presenciais, estamos falando das ações de Vigilância em Saúde e de sua esperada integração com a Assistência em Saúde, marcadamente com a Atenção Primária em Saúde.

Segundo Paim & Almeida Filho (2000), a Vigilância em Saúde pode ser entendida como uma rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indicando um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS. É apoiada no conceito positivo do processo saúde-doença, deslocando o olhar sobre o objeto da saúde pública da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Pode ser entendida como uma “proposta de ação” e uma “área de práticas”, apresentando algumas características:

- Intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos;
- Adoção do conceito de risco;
- Articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras;
- Atuação intersetorial;
- Ação sobre o território;
- Intervenções sob a forma de operações

Segundo ainda esses autores, a Vigilância em Saúde pode ser entendida como uma combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, sendo reconhecida então como um “modelo de atenção”, ou como um “modo tecnológico de intervenção em saúde”, ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade do SUS.

A Vigilância em Saúde é fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planejamento em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.) e pode ser descrita de uma forma reducionista em frentes que se complementam:



1. Vigilância Epidemiológica – voltada para o reconhecimento das principais doenças de notificação compulsória, investigação de epidemias, e controle de doenças em territórios específicos;

2. Vigilância Ambiental - prioriza as interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde, como, por exemplo, o controle de vetores de transmissão de doenças;

3. Vigilância Sanitária – foca nas ações de controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, bem como na fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, parques e centros comerciais, bem como os processos produtivos que podem causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde é definida como uma política pública de Estado e função essencial do SUS, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua efetivação depende de seu fortalecimento e articulação com outras instâncias do sistema de saúde, enquanto sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público.⁶ Tendo na análise de situação de saúde e nas ações laboratoriais, atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.

O território deve direcionar a integração do processo de trabalho entre a equipe de Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. A territorialização é a base do trabalho das equipes de Atenção Básica para a prática da vigilância em saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

São exemplos de ações gerais das equipes de atenção básica:

- Realizar diagnóstico do território em que atuam;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde de prevenção de doenças e agravos de vigilância em saúde e ações educativas individuais e coletivas investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares;
- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;
- Mobilizar a comunidade;
- Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

⁶ Instituída em 12 de junho de 2018 através da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

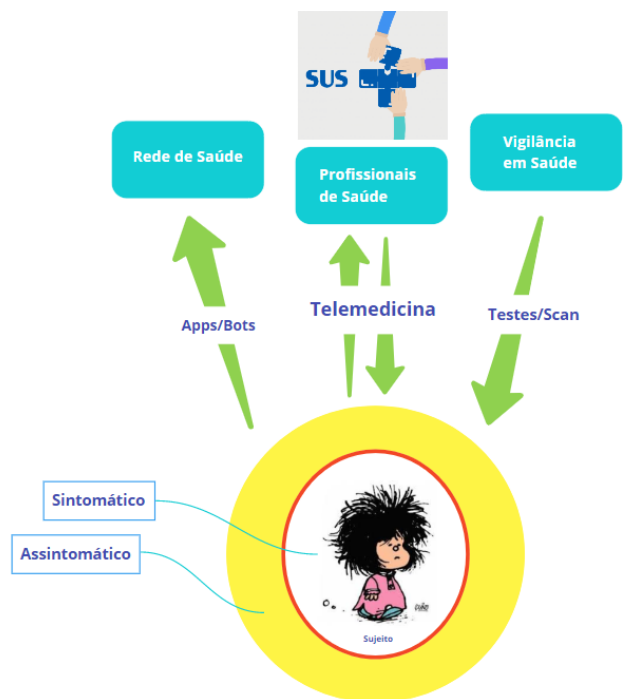


Figura 3 - Representação das tecnologias possíveis na identificação de casos de Covid-19

No contexto da Pandemia de Covid-19 e, tendo em vista o alto risco de contágio em unidades de saúde (tanto de profissionais quanto de usuários), a Atenção Básica torna-se ainda mais um lugar estratégico e privilegiado no seu enfrentamento. A capilarização das ações da Atenção Básica vai ao encontro das medidas de isolamento social, sejam generalizadas, sejam pontuais, que a epidemia demanda. Todavia, tais ações, mesmo que próximas aos usuários do sistema, também devem preservar algum grau de distanciamento ditado por um referencial “clínico-epidemiológico”, bem como fluxo separado entre usuários com Covid-19 e usuários sem Covid-19.

Para tanto, cabe aos gestores do SUS implementarem as mais diversas estratégias e tecnologias, como a utilização de telemedicina, aplicativos de monitoramento, testes laboratoriais e *scan* de temperatura – objetivando identificar e cuidar do maior número possível de casos de Covid-19. Vale destacar, que tais ações, devem ser integradas ao cardápio de atividades das equipes de atenção básica, objetivando potencializar as ações territoriais de Atenção Básica-Vigilância em Saúde, sem o qual, correm o risco de fragmentação e pouca efetividade.

A relação entre os setores de Educação e de Saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas por ser baseada na universalização de direitos fundamentais e com isso favorecer



maior proximidade territorial com cidadãos e cidadãs. As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. Dentro dessa perspectiva, da Saúde na Escola, a escola é *locus* de cuidado em saúde, onde ações de promoção/prevenção em saúde que vão desde a análise das condições sanitárias das escolas até a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola.

Dentro da lógica da Vigilância em Saúde, e como protagonistas corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida das populações onde estão inseridas, as equipes de Saúde da Família (ESF)/Atenção Básica devem se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar territorialmente. Essa capilaridade e relação intrínseca e inevitável com a comunidade e seus recursos, e com o universo escolar, faz com que a Atenção Básica, por meio da Vigilância em Saúde, ancore estrategicamente as escolas no processo de retomada das atividades presenciais.

Este processo requer dos gestores e agentes públicos, na interface educação-saúde-território, a adoção de medidas adequadas e imprescindíveis para evitar ou minimizar a possibilidade de disseminação do vírus no ambiente escolar, pactuadas com as comunidades escolares em seus territórios, considerando o diagnóstico dos riscos, o planejamento das ações e a comunicação, conforme as recomendações apresentadas a seguir:

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Definição do Risco Municipal para a Pandemia, com pactuação das condições de retorno;
2. Identificação de estudantes em grupos de risco para Covid-19;
3. Identificação de estudantes residindo com pessoas em grupos de risco para Covid-19;
4. Identificação dos professores e trabalhadores em geral em grupos de risco para Covid-19;
5. Ampliação do acesso à testagem para estudantes e profissionais de educação – pesquisa de antígeno ou RT-PCR;
6. Potencialização das ações de Saúde Mental para crianças e adolescentes;
7. Suporte em Saúde Mental para professores e trabalhadores em geral;
8. Suporte pela Unidades de Atenção Básica da comunidade escolar;
9. Referência de Urgência e Emergência para a comunidade escolar;
10. Potencialização da triagem de contactantes;



11. Monitoramento de reinfecções;
12. Vacinação para profissionais de educação o quanto antes;
13. Monitoramento das curvas de casos, internações e óbitos por Covid-19 em crianças e adolescentes;
14. Monitoramento dos casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica;
15. Estabelecimento de comunicação com a comunidade escolar solicitando o recebimento de informações sobre casos confirmados de Covid-19 que tenham frequentado a unidade escolar;
16. Desenvolvimento de procedimentos específicos de verificação do estado de saúde dos profissionais de educação e estudantes de forma a identificar possíveis suspeitas de contaminação pelo novo COVID-19;



Intersetorialidade

Segundo Nascimento (2010), a intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução delas. Segundo Sousa, Esperidião & Medina (2017), dentre os vários conceitos de intersetorialidade, há convergência de que pode ser compreendida como a articulação entre diferentes setores e atores, compartilhamento de poderes e de saberes com o objetivo de atuar de forma integrada sobre problemas e demandas em busca de melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

Seja por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que visa a integração e a articulação permanente entre as políticas de educação e de saúde, ou a partir da integração de outras políticas, com outros setores e atores, a intersetorialidade é fundamental na costura possível para o avanço socialmente responsável nesse processo de retomada. A escola isoladamente não é a solução para todos os males sociais que vivenciamos. Há diversas políticas públicas (atenção básica em saúde, saúde mental, assistência social, cultura, lazer) e mecanismos de proteção que têm peso equivalente e



que desde o dia zero da pandemia deveriam ter sido potencializados, compartilhados e publicizados, mas sempre de uma forma coordenada e integral, conforme destacado abaixo:

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Formação de uma “Comissão de Reabertura das Escolas” com a finalidade de planejar, preparar e monitorar a rede escolar para a retomada de atividades presenciais, composta por lideranças das regionais, representantes das Secretarias de Educação, Saúde e Assistência Social, Conselhos de Educação, Conselhos Escolares, representações sindicais e estudantis;
2. Realização de Censo de Vulnerabilidades para levantamento de aspectos de vulnerabilidade social, econômica e psíquica da comunidade escolar;
 - 2.1. Definição de rotina de identificação e busca ativa de estudantes que não retornaram às aulas presenciais, mesmo com suspeita das situações de violência a partir de prévio mapeamento;
3. Mapeamento das redes de apoio;
4. Potencialização de ações de esporte, cultura e lazer.



Educação

O MPRJ, atento ao cumprimento do direito Constitucional à Educação, tem promovido e participado de encontros, reuniões, seminários, estudos entre outras atividades por ele organizadas, ou por outras Instituições e Movimentos Sociais, especialmente nos anos de 2020 e 2021, face à pandemia também instalada no Estado do Rio de Janeiro. Entre tantos importantes eventos, pode-se destacar:

- Reuniões com profissionais e especialistas da educação⁷;
- Reuniões com Instituições e Organizações Sociais⁸;

⁷ Reuniões por videoconferência com a finalidade de escutar e refletir sobre a importância de aspectos pedagógicos que contribuam para a elaboração de protocolos pedagógicos, visando ao retorno presencial das atividades escolares

⁸ Reunião por videoconferências, com a participação do Conselho Estadual de Educação; do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Proteção à Educação (CAO Educação); da 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Educação; da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; do Ministério Público do Trabalho do Rio de Janeiro (MPT-RJ); do Grupo de Atuação Especializada em Educação (GAEduc); da Secretaria de Estado de



- Seminários virtuais com especialistas⁹;
- Estudos específicos de Planos de Retomada às aulas presenciais elaborados por Municípios do Estado do Rio de Janeiro¹⁰;
- Informação Técnico-Jurídico n° 001/2001 do CAO Educação¹¹;
- Encontros com representantes de pais e responsáveis de estudantes da rede privada de ensino e conselheiros tutelares do município de Campos, como exemplo de outros encontros de natureza semelhante¹².

Essas escutas, diálogos, narrativas, estudos serviram de base para o MPRJ refletir sobre orientações administrativas e pedagógicas referentes à preparação para a reabertura e às ações pós-abertura, considerando o momento indicado como adequado pelas instâncias competentes para a reabertura das escolas.

Neste cenário, o levantamento das medidas pedagógico-administrativas imprescindíveis para a retomada das atividades presenciais, como as elencadas abaixo, devem considerar a articulação da gestão educacional e escolar com os protocolos de biossegurança.

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Priorização e investimentos para adequar e melhorar a infraestrutura das escolas, garantindo segurança aos estudantes e profissionais da educação;
2. Inclusão dos profissionais da educação, considerando a essencialidade de suas funções, na lista prioritária para a vacinação contra a Covid-19, a semelhança da

Educação; da Fundação de Apoio à Escola Técnica (Faetec); União dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime-RJ); da União Nacional dos Conselhos Municipais de Educação (Uncme); do Fórum Estadual de Educação do Rio de Janeiro (FEERJ); da Associação Nacional pela Formação dos Profissionais da Educação (Anfope); da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd); da Pró-Reitoria de Graduação da UERJ; da Reitoria da UEZO; do Sindicato Estadual dos Profissionais de Educação do Rio de Janeiro (SEPE/RJ); da Federação dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Ensino no Estado do Rio de Janeiro (Feteerj); do Sindicato de Estabelecimentos de Ensino Particular (Sinepe-RJ); da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Ensino (Contee); da Associação dos Estudantes Secundaristas do Estado do Rio de Janeiro (AERJ); da União Estadual dos Estudantes do Rio de Janeiro (UEE-RJ); da Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ); do Grupo Articulador dos Conselhos Escolares (Gafce-RJ); do Instituto Superior de Educação do Rio de Janeiro (Iserj); do Sindicato das Entidades Mantenedoras dos Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado do Rio de Janeiro (Semerj); da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE).

⁹ Reunião de Trabalho com o tema “A retomada das aulas presenciais sob a perspectiva pedagógica: avaliação diagnóstica, propostas curriculares, desafios em tempos de pandemia” com a presença do Professor Luiz Fernando Dourado da Universidade Federal de Goiás, dirigente da ANPAE e do FNEP.

¹⁰ Estudos realizados pela Equipe Técnica do CAO Educação.

¹¹ Informação Técnico-Jurídica sobre “Política pública educacional. **Processo de retomada das atividades escolares presenciais.** Considerações jurídicas sobre as ações relativas ao processo de retomada das atividades educacionais presenciais pelas gestões administrativas. Diagnóstico do problema. Planos e protocolos. Pontos preliminares de análise e controle. Proposta de atuação coordenada pelo MPRJ.”

¹² Coleta de informações sobre o retorno às aulas híbridas e/ou presenciais na cidade, durante a pandemia do novo coronavírus, ouvidos, também, representantes da Secretaria Municipal de Educação, Ciência e Tecnologia e de Saúde, da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, da Subprocuradoria-geral do município de Campos, do Sindicato dos Estabelecimentos de Ensino no Estado (SINEPE).



- Indiana e do Mississippi, nos EUA, da Argentina, da França, do Reino Unido, do Uruguai, do Chile;
3. Monitoramento e contenção de casos isolados de Covid-19, fortalecendo o alinhamento entre órgãos de educação e saúde, **especialmente a vigilância em saúde e a atenção básica;**
 4. Comunicação clara e eficiente com a população, com protocolos de comunicação e transparência;
 5. Elaboração de Plano Articulado para o Retorno às Aulas orientado por princípios, diretrizes e protocolos gerais pedagógicos e de saúde, definidos na presente Diretriz Técnica, respeitando as orientações da OMS e das autoridades sanitárias brasileiras, bem como pela legislação educacional, em vigor;
 6. O Plano Articulado deve prever 3 momentos: (1) antes de reabrir; (2) monitoramento durante abertura; (3) abertura com as possibilidades de retorno ao isolamento;
 7. Criação de "Comissão de Reabertura das Escolas", por regiões administrativas do estado, dos municípios, com a participação de órgãos intermediários de gestão, e das representações educacionais, sindicais e estudantis locais;
 8. Participação das Secretarias de Educação na "Comissão de Reabertura das Escolas", tendo em vista o retorno das atividades presenciais;
 9. Indicação aos órgãos competentes da identificação de estudantes que não retornaram às aulas;
 10. Encaminhamento dos casos suspeitos para atendimento pela vigilância epidemiológica ou vigilância em saúde e com a equipe de saúde da atenção primária no serviço de saúde para rastreamento dos contatos e definição dos parâmetros para adoção de medidas de proteção como, por exemplo, a suspensão de aulas em casos de excessiva transmissibilidade no ambiente escolar ou no território;
 11. Indicação aos órgãos competentes de dados que auxiliem a identificação dos estudantes que moram com pessoas em grupos de risco para a Covid-19;
 12. Indicação aos órgãos competentes de dados que identifiquem profissionais da educação que fazem parte do grupo de risco para a Covid-19;
 13. Indicação aos órgãos competentes de dados que auxiliem o mapeamento das situações de violência envolvendo crianças e adolescentes, estudantes da educação básica;
 14. Organização de ações pedagógicas ligadas às áreas de esporte, cultura, lazer e saúde mental, sob a responsabilidade das Secretarias de Educação e seus órgãos intermediários de gestão, bem como das escolas, inseridas como atividades curriculares, respeitando o Projeto Pedagógico das instituições educacionais, em



- parceria com setores específicos e com a comunidade local, além de ações previstas por outras organizações sociais;
15. Reorganização do guia de orientação para subsidiar a matriz curricular de cada escola com a definição dos conhecimentos prioritários/ essencialidades;
 16. Atualização dos projetos político pedagógicos das escolas;
 17. Diagnóstico sobre as condições de acesso à internet e aos equipamentos tecnológicos pelos estudantes e professores para o planejamento de atividades pedagógicas remotas, considerando as demandas das escolas;
 18. Levantamento das ferramentas pedagógicas não presenciais que visem o atendimento de estudantes;
 19. Formação pedagógica dos profissionais de educação para uso das tecnologias pedagógicas, protocolos sanitários e apoio a estudantes;
 20. Registro e monitoramento do acesso e efetividade às atividades pedagógicas presenciais e não presenciais;
 21. Desenvolvimento de estratégias diferenciadas para os anos finais da educação básica e para os cursos em fase de conclusão;
 22. Formação dos profissionais de educação que manipulam alimentos a fim de orientar sobre a forma adequada de armazenar alimentos, confeccionar e servir as refeições, usar os uniformes, calçados e objetos nos ambientes de separação e manipulação de alimentos.



Comunicação

O sucesso/segurança das ações de retomada das aulas presenciais passa centralmente pelas mais diversas estratégias de comunicação, já que estamos falando de uma série de medidas sanitárias, aprimoradas ao longo do tempo, dinâmicas, complexas, e que não estão tão presentes na cultura cotidiana nos territórios. Estamos falando de uma mudança profunda na cultura de cuidado em saúde, fruto de anos de amadurecimento de políticas públicas diversas, que devem ocorrer numa velocidade não vivenciada antes e no meio de uma pandemia. Não é possível experimentar esse processo de retorno às aulas, sem que haja esse entendimento, e isso somente será possível com mecanismos bem definidos de comunicação com toda a comunidade escolar.



Com efeito, o Parecer CNE/CP nº 11/2020 expedido pelo Conselho Nacional de Educação, destaca que as experiências internacionais de retomada das atividades pedagógicas presenciais nas escolas reforçam que “o planejamento da reabertura deve ser acompanhado por intensa comunicação com as famílias, estudantes, professores e profissionais de educação, explicando com clareza os critérios adotados no retorno gradual das escolas e os cuidados com as questões de segurança sanitária”. A participação, o controle social, o engajamento das famílias e da sociedade têm o potencial de construir níveis de confiança e credibilidade nas medidas adotadas.

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Estabelecimento de um canal constante de comunicação transversal entre a Comissão de Reabertura das Escolas, as organizações, as instituições, a sociedade, as comunidades escolares, em especial com diretores, funcionários de escola, professores, pais e responsáveis;
2. A comunicação transversal da Comissão deve: (1) prever a elaboração de materiais de divulgação voltado para o público infantojuvenil, bem como de materiais sobre a Covid-19 e dos protocolos sanitários para toda a comunidade escolar; (2) divulgar as condições e a data de retorno para a comunidade escolar (3) comunicar sobre a suspensão de atividades de turmas e em escolas da comunidade, se for o caso.

2.4.2. Componentes Circulares



Para o retorno às atividades educacionais presenciais é necessário, de início, um amplo conhecimento da situação epidemiológica local. Vários Estados e Municípios vêm adotando um **sistema de bandeiras**, estratificando o risco nas diferentes regiões que compõem seus territórios, que devem servir de balizamento para as estratégias de flexibilização e, também, de recuos em face



da piora dos indicadores. As unidades escolares devem se preparar para a recepção de estudantes, com base, principalmente, em diferentes documentos e protocolos de biossegurança elaborados para auxiliar sistemas e redes de ensino para o processo de retomada das aulas. Importante salientar que essa preparação independe do estatuto epidemiológico local, e deve ocorrer, por exemplo, mesmo que haja um indicativo epidemiológico para a suspensão temporária das aulas presenciais.

Além das normas técnicas de segurança em saúde, estes documentos devem conter amplas recomendações pedagógicas e sociais, que devem ser seguidas não só pelos integrantes das comunidades escolares, mas também por todo sistema de Vigilância em Saúde, Assistência em Saúde, Programa Saúde nas Escolas, Assistência Social e Educação. A participação na elaboração destes protocolos deve respeitar também as realidades locais, devendo de preferência contar com a participação, em sua elaboração, dos Conselhos locais de Educação, dentre outros órgãos. **O sistema privado de ensino também deve seguir as estratégias e os protocolos elaborados.**

- Tomada a decisão de retorno às aulas, todo o processo deverá ser feito de forma gradual, buscando uma segurança sanitária que propicie um ambiente com riscos minimizados ao máximo. Diversos Organismos e Instituições elaboraram documentos com ações e medidas gerais de proteção e prevenção ao Covid-19, como, por exemplo, OMS, UNICEF e UNESCO, Consed¹³, Undime¹⁴. Vários destes documentos optaram por seguir **fases de implementação de protocolos de volta às aulas**. A OMS, por exemplo, sugere que sejam considerados níveis de intensidade da transmissão da Covid-19, associando-se uma cor a cada uma delas para facilitar a compreensão, passando pelo Azul (nenhum caso), Verde (transmissão esporádica), Amarela (transmissão em grupos específicos) e Vermelha (transmissão comunitária).

Nos períodos anteriores ao processo de retomada, é fundamental que os gestores das redes escolares realizem um levantamento das necessidades de cada unidade escolar, que vai desde a infraestrutura material e de pessoal até a necessidade de se preparar ações de Informação, Comunicação e Capacitações, com permanentes ações de sensibilização dos corpos discentes e docentes, bem como dos pais ou responsáveis.

As medidas a serem adotadas na área da saúde devem, de acordo com o Guia de Implementação de Protocolos de Retorno das Atividades Presenciais nas Escolas de Educação Básica (Ministério da Educação) ser desdobradas em:

- Medidas gerais independentes da fase da Covid-19 em que se encontra a região;

¹³ Conselho Nacional de Secretários de Educação

¹⁴ União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação



- Recomendações sobre medidas de segurança sanitária que deverão fazer parte do Plano de Retorno das atividades escolares presenciais;
- Cuidados com o transporte escolar, com as áreas comuns, com o uso da biblioteca, com o uso de equipamentos de proteção individual e de proteção coletiva e com a ventilação dos ambientes;
- Medidas mais adequadas dentro das salas de aula de acordo com a cor da fase em que se encontra a região e as estratégias a serem adotadas para garantir o distanciamento físico entre grupos;
- Uso de máscaras.

O Guia destaca também a necessidade de “recomendações específicas para o retorno de crianças da educação infantil, de estudantes com deficiência, da educação escolar indígena, quilombola e do campo”.

Portanto, entendemos que as ações necessárias para a retomada segura das aulas presenciais passam por ações contínuas, formando um continuum de intervenções, num movimento circular constante de aprimoramento, integração e monitoramento. Agrupamos essas ações em 05 componentes separados, para fins didáticos, espacialmente.



Domicílio

Reabrir o espaço físico das escolas é necessário e para isso é importante que primeiro se pense como e especialmente quem será priorizado, para que assim se possa pensar em quando, tomando como base os cenários epidemiológicos do momento. E do ponto de vista sanitário, para além de testes e monitoramento dos indivíduos em grupos de risco para Covid, um mapeamento ativo e multidisciplinar de todas as vulnerabilidades envolvendo crianças e adolescentes nos territórios é urgente. Portanto, uma parcela importante das ações necessárias para a retomada deve se dar antes das crianças e adolescentes saírem de suas casas.

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Dimensionamento de estudantes que não retornarão às aulas presenciais;
2. *Checklist* diário de sinais e sintomas;
3. Protocolo para suspeita de Covid-19;



4. Potencialização das ações de Educação em Saúde
 - Apresentação dos protocolos sanitários escolares;
5. Adoção de quarentena de viajantes;
6. Interlocação das equipes de saúde da família e vigilância em saúde com a comunidade escolar.



Deslocamento

Um dos maiores riscos na retomada das aulas presenciais é o de aumento da circulação do novo coronavírus justamente pelo incremento nos deslocamentos pelas cidades, com formação de aglomerações nos eixos de deslocamento. Se considerarmos o universo escolar *lato sensu*, estamos falando de um aumento muito relevante na circulação de indivíduos no ambiente escolar e dos cuidados a serem observados no trajeto casa-escola-casa. Considerando ainda a relevância da transmissão por aerossóis, os espaços internos dos transportes públicos ou escolar serão foco potenciais de propagação do novo coronavírus. Assim, esses riscos precisam ser antecipados, com intervenções do poder público, por exemplo, que propiciem uma menor ocupação dos transportes, independente das oscilações de demanda.

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Mapeamento das condições de transporte até a escola;
2. Adoção de distanciamento físico nos transportes escolares;
3. Garantir do uso de máscaras dentro do transporte escolar;
4. Manutenção das janelas abertas quando possível;
5. Protocolo de suspeita de Covid dentro do transporte;
6. Orientações aos profissionais de transporte escolar sobre as medidas de segurança;
7. Sanitização diária do transporte escolar.



Entrada na Escola

O primeiro contato físico com a escola é certamente um momento de atenção e deve ser planejado cuidadosamente, tentando-se antever todos os riscos potenciais de contágio, como a formação de aglomerações, a entrada de pessoas não usuais, a conduta no caso de suspeita de Covid-19. O longo período de afastamento e isolamento social traz consigo uma gama de sofrimentos psíquicos familiares, com uma angústia crescente, que deve ser foco de atuação tanto no eixo Saúde, quanto no componente Domicílio. Na ausência dessas medidas, muito desse sofrimento “represado” pode, justamente nesse primeiro contato físico com as escolas, produzir efeitos coletivos que aumentem a exposição ao novo coronavírus. Por isso, deve ocorrer uma definição clara e prévia dos protocolos sanitários específicos desse espaço, das entradas das escolas.

Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Monitoramento das portarias de acesso;
2. Triagem de sinais e sintomas na entrada;
3. Checagem de uso adequado de EPIs;
4. Protocolo de suspeita de Covid na entrada da escola;
5. Adoção de espaços de observação para casos suspeitos;
6. Restringir a entrada de voluntários, visitantes e responsáveis;
7. Escalonar os horários de entrada de estudantes e comunicar aos responsáveis.



Escola

A escola deve ser, certamente, o foco de maior atenção das ações sanitárias, considerando que nela ocorrem as relações intersubjetivas, o desenvolvimento do ensino-aprendizagem, os riscos de aglomeração e, por outro lado, a maior confluência de ações intersetoriais, especialmente da Educação e da Saúde, capazes de implementar respostas eficazes para assegurar o direito a aprendizagem e proteger a vida.



Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Garantir o distanciamento físico;
2. Proteção individual e coletiva – fornecimento de insumos, saneantes, álcool em gel;
 - Uso de máscaras
 1. Fornecimento pelas escolas;
 2. até 02 anos: não usar;
 3. 02 até 05 anos: estimular uso, mas com supervisão constante;
 4. 06 até 11 anos: recomendável o uso, mas com supervisão constante;
 5. acima de 12 anos: uso obrigatório;
 6. garantir que estudantes e profissionais possuam máscaras individuais para cada período de 3 horas.
 - Uso de protetor facial por profissionais de educação.
3. Rodízio
 - favorecer o distanciamento e garantir um fluxo seguro no ambiente escolar;
 - estabelecer “bolhas” - grupos de estudantes fixos, guardados os princípios da inclusão -, para garantir que estudantes se relacionem sempre com o mesmo grupo, permitindo uma maior rastreabilidade e diminuição do risco de propagação do vírus para a comunidade escolar;
4. Ventilação/climatização/renovação do ar
5. Adequação física
 - disponibilizar tapetes de higienização de calçados;
 - distribuir em locais de circulação da escola totens para higienização das mãos com álcool em gel 70%;
 - organizar o mobiliário dos espaços de salas de aula e refeitório, reduzindo o número de cadeiras e mesas ou marcando as mesmas, garantindo o distanciamento físico, em conformidade com a publicação “Recomendações para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar no retorno presencial às aulas durante a pandemia



da Covid-19: educação alimentar e nutricional e segurança dos alimentos”, elaborada e distribuída pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE);

- garantir o distanciamento social, respeitando o afastamento mínimo de 1,5m (um metro e meio) entre mesas e cadeiras nas salas de aula;
 - demarcar, sempre que possível e em especial nas séries mais avançadas, a área do professor em sala de aula;
 - realizar marcação no piso de modo a organizar o sentido da circulação de pessoas;
 - divulgar cartazes e informações visuais sobre as normas para lavagem das mãos, uso de álcool e de máscaras, manutenção do distanciamento;
 - rever a rede hidráulica da escola para assegurar que não haja desabastecimento e, com isso, inviabilidade de higienização de mãos e dos espaços
 - restringir acesso dos banheiros a uma pessoa por vez;
 - lacrar ou remover torneiras a jato que permitam contato direto entre a boca e o bebedouro, que deverão ser substituídas por equipamentos que possibilitem a retirada de água por recipiente de uso individual, que será levado pelo aluno;
 - restringir o uso de áreas comuns, como bibliotecas, pátios, quadras e parquinhos;
 - suspender o uso de armários compartilhados.
6. Estabelecer áreas de isolamento/observação para casos suspeitos;
 7. Implantar centros de atendimento para validação de sintomas/orientações/checagem de sinais vitais;
 8. Estabelecer protocolos de alimentação conforme orientação do FNDE/PNAE;
 9. Estabelecer protocolos de sanitização diária dos espaços físicos da escola;
 10. Mapear as áreas críticas dentro da escola: aglomeração de pessoas; compartilhamento de equipamentos; impossibilidade de manter o distanciamento; baixa renovação do ar;
 11. Definir estratégia de fiscalização das intervenções necessárias para adoção dos protocolos sanitários;



12. Orientar estudantes e comunidade escolar a evitarem contatos próximos como abraços, beijos e apertos de mão;
13. Atender ao público e realizar reuniões de professores e pais por canais remotos;
14. Estabelecer protocolo de contato com responsáveis;
15. Organizar encontros para profissionais da educação, estudantes e seus familiares, para esclarecimentos quanto a orientações sanitárias indispensáveis para o retorno do ensino presencial;
16. Estabelecer rotinas nas escolas, considerando as suas especificidades, a fim de evitar o contágio do coronavírus, e permitir o desenvolvimento de atividades pedagógicas previstas no currículo de cada instituição (dúvida quanto ao texto);
17. Organizar encontros na modalidade educação continuada para profissionais da educação atuantes nas escolas, visando ao planejamento de atividades de acolhimento à comunidade escolar;
18. Realizar reuniões para avaliação diagnóstica da escola e dos estudantes;
19. Organizar encontros para planejamento e avaliação do currículo, considerando o diagnóstico realizado e atendendo às especificidades educacionais prevista na Lei de Diretrizes e Base da Educação- Lei 9394/1996 - Educação de Jovens e Adultos, Educação Especial, Educação Profissional e Tecnológica, Educação escolar Indígena, Educação Escolar Quilombola, conforme as características de cada escola e os níveis de atuação;
20. Realizar avaliação diagnóstica para construção de planos de recuperação de aprendizagem, para fins de replanejamento e seleção das ferramentas utilizadas para a oferta das atividades pedagógicas não presenciais;
21. Apresentar plano de apoio/reforço pedagógico dirigido a estudantes que apresentam dificuldade de aprendizagem, a fim de assegurar equidade;
22. Estabelecer critérios objetivos para mensuração da carga horária das atividades efetivamente realizadas (remotas e presenciais), comprovando, neste sentido, o cumprimento da carga horária anual e a garantia do direito à educação, estabelecidos na Constituição Federal, legislações e atos normativos sucedâneos;
23. Verificar previamente e manter as dependências, salas de aula e espaços físicos ventilados com janelas e portas, sempre que possível, permanentemente abertas;



24. Levantar o número de funcionários que realizarão a limpeza dos diversos espaços e ambientes, considerando o afastamento daqueles que têm comorbidades;
25. Definir os trabalhadores que realizarão a limpeza dos diversos espaços e ambientes e os profissionais que organizam os fluxos de estudantes nas entradas, saídas e intervalos;
26. Levantar o número necessário de profissionais de educação para manter a organização dos fluxos de estudantes na entrada, saída e intervalos;
27. Alterar o sistema de distribuição das refeições de modo a garantir distanciamento de estudantes;
28. Fazer marcações no refeitório para que seja respeitado o distanciamento mínimo de 1m a 1,5m entre estudantes e evitar a exposição de alimentos sem proteção adequada;
29. Disponibilizar uma dependência/área para isolamento de pessoa com base em eventual suspeita de caso de Covid no ambiente escolar até o seu retorno para casa.



Eventos sentinelas

A reabertura das escolas para a retomada das atividades pedagógicas presenciais, inclusive híbridas, requer que os gestores educacionais e escolares envidem esforços e ações para evitar a propagação da Covid-19 no ambiente escolar. Por isso, é imprescindível desenvolver práticas de vigilância sobre eventos que indiquem casos suspeitos ou contaminação, a fim de informar a elevação do número de casos e controlar a pandemia no território, assegurar a segurança sanitária da comunidade escolar e a preservação da vida.

Todo o planejamento sanitário deve ser para evitar, ao máximo, a ocorrência de infecções na comunidade escolar. Portanto, a contenção da propagação do vírus internamente passa pelo diagnóstico precoce e triagem de contactantes, bem como pelo estabelecimento de condutas padronizadas para tal – dentro e fora das escolas -, de identificação desses eventos sentinelas. A definição de critérios públicos e rígidos de retorno às aulas é importante, tanto individualmente, quanto coletivamente, no caso de um surto localizado, que atinja apenas uma turma ou ano de escolaridade, ou mesmo a unidade escolar inteira.



Sugestões de medidas a serem adotadas:

1. Definição de plano de contingência para identificação, isolamento e acompanhamento de pessoas com suspeita de Covid-19;
2. Monitoramento dos casos suspeitos que foram afastados pelas escolas com encaminhamento das informações para a Vigilância em Saúde e equipe de saúde da Atenção Primária, para rastreamento de contatos, controle da transmissibilidade na escola e avaliação sobre a suspensão das aulas na unidade escolar e em outras unidades do mesmo território, conforme protocolo estabelecido;
3. Definição de protocolo de retorno às aulas presenciais;
4. Protocolo para suspensão de turmas ou fechamento temporário da escola diante de casos suspeitos e confirmados de Covid-19;
5. Interlocução com equipes de saúde locais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O MPRJ, por meio do CAO Educação e do GATE, tendo sempre presente o compromisso social que o caracteriza, apresenta documento contendo Diretriz Técnica para apoiar o trabalho das Promotorias Educacionais e de Saúde do Estado, no acompanhamento e indicação de pontos de atenção que fortaleçam o retorno das escolas de educação básica públicas, particulares e comunitárias, no atendimento ao direito Constitucional à educação de qualidade social.

O objetivo da presente Diretriz é, portanto, apresentar procedimentos imprescindíveis que devem ser observados para a reabertura das escolas. Neste sentido, sem a pretensão de ser exaustiva, buscou estabelecer os parâmetros essenciais que devem nortear a ação dos gestores e orientar a elaboração dos Planos de Retorno às atividades presenciais no contexto da pandemia da Covid-19.

Reitera-se, porém, que não basta só a apresentação de protocolos. É fundamental que eles sejam organizados atendendo a duas principais dimensões: (1) ao indicado pela OMS e pelas autoridades sanitárias locais; (2) ao indicado por profissionais e especialistas educacionais como básico para o reinício do processo pedagógico presencial com qualidade social.

Dessa forma, os Planos Articulados de Retorno às atividades de ensino presenciais devem incluir, não só protocolos sanitários e administrativo-pedagógicos, como ações que indiquem políticas de formação inicial e continuada, estruturação e fortalecimento das carreiras, salário digno para os profissionais da educação. Se constitucionalmente a educação é essencial, seus profissionais também



o são. Portanto, é imprescindível, o cuidado com a comunidade escolar, em especial com os profissionais que atuam nas escolas. É preciso, principalmente, cuidar dos profissionais educadores

Outros aspectos mereceram destaque, principalmente nesse momento pandêmico:

- A necessidade de integrar os sistemas educativos com os serviços do SUS com ações conjuntas em apoio às comunidades escolares, em particular com o Programa Saúde na Escola;
- O monitoramento rigoroso dos espaços escolares é indispensável para atualização de informações a respeito da dinâmica das transmissões entre crianças e entre crianças e adultos após a reabertura das escolas;
- As escolas, os profissionais de educação e estudantes, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade, precisam ter acesso a equipamentos e à internet, sem ônus, garantidos pelo poder público;
- A reorganização das escolas por meio de Planos não pode ser interpretada com a simples apresentação de medidas burocráticas, padronizadas e descontextualizadas do trabalho educacional, no processo de substituição ou reposição de aulas, ou elaboração de calendário escolar, devendo considerar as características de cada território, de cada escola e de sua comunidade, e a presença de vulnerabilidades;
- Não podem ser aceitos retrocessos nas políticas de educação inclusiva ou deixarem de ser cumpridas as orientações de Convenção Internacional assinada pelo Brasil;
- As avaliações diagnósticas e formativas devem ser prevalentes, considerando a perspectiva emancipatória de educação, sem ranqueamentos;
- As escolas, com os seus coletivos, e a partir dos protocolos sanitários e pedagógicos, devem ter autonomia para planejar e efetivar tempos, espaços e saberes que deem conta da essencialidade da educação presencial, garantindo o cumprimento da Constituição;
- O Estado não pode transferir à iniciativa privada, sob forma de privatização ou terceirização, seus deveres com a educação pública, inclusive no que tange à formação continuada;
- A pandemia da Covid-19 fortalece a necessidade de cumprimento da Constituição Federal, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, do Sistema Único de Saúde e do Plano Nacional de Educação, tendo em vista o direito à saúde e à educação pública com qualidade e equidade.



Por fim, é imprescindível ressaltar que essa Diretriz Técnica exarada pelo MPRJ só terá efeito quando o cenário epidemiológico indicar, de acordo com rigores científicos, a possibilidade de uma volta segura às atividades escolares.

MARIA DE FÁTIMA MAGALHÃES DIAS
Pedagoga - Equipe Técnica
CAO Educação/MPRJ
Matrícula 9092

MALVINA TANIA TUTTMANN
Pedagoga - Técnica
GATE/MPRJ
Matrícula 9095

PATRÍCIA PÁSSARO DA SILVA TOLEDO
Técnico Pericial - GATE - Núcleo Ciências da Saúde
Matr.: 9015

LEONARDO ARAÚJO DE SOUZA
Técnico Pericial - GATE - Núcleo Ciências da Saúde
Matr.: 7368

VICTOR AUGUSTO LOURO BERBARA
Técnico Pericial - GATE - Núcleo Ciências da Saúde
Matr.: 7005



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CASTAGNOLI, R. et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, v. 174, n. 9, p. 882, 1 set. 2020.

Centers for Disease Control and Prevention. Community, Work, and School. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/operation-strategy.html>>

Centers for Disease Control and Prevention. Getting schools ready for in-person learning: How to Plan and Execute a COVID-19 Mitigation Walkthrough. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/321420-Walkthrough.pdf>>

CHENG, Z. J.; SHAN, J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. *Infection*, v. 48, n. 2, p. 155–163, 1 abr. 2020.

CONASS. Instrumento Orientador-Conass-Conasems-VERSÃO-FINAL-3.pdf, [s.d.]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>

CONASS. Estratégia de Gestão-Covid-19-atualizado.julho_.pdf, [s.d.]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Estrate%CC%81gia-de-Gesta%CC%83o-Covid-19-atualizado.julho_.pdf

Conselho Europeu. Roteiro Europeu Comum com vista a levantar as medidas de contenção da COVID-19. Disponível em: <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_eu_roadmap_lifting_covid19_containment_measures_pt.pdf>. Acesso em: 9 set. 2020

DONG, Y. et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. *Pediatrics*, v. 145, n. 6, 1 jun. 2020.



European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19, first update. p. 8, [s.d.].

FIOCRUZ. Recomendações para o planejamento de retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia de Covid-19. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/contribuicoes_para_o_retorno_escolar_28_fev2021.pdf>

HOANG, A. et al. COVID-19 in 7780 pediatric patients: A systematic review. *EClinicalMedicine*, v. 24, p. 100433, 1 jul. 2020.

KAMPS & HOFFMANN. SARS Reference | Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) | Medical Textbook. 2003. www.SARSReference.com

LUDVIGSSON, J. F. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica*, v. 109, n. 6, p. 1088–1095, 2020b.

MERCKX, J.; A. LABRECQUE, J.; S. KAUFMAN, J. Transmission of SARS-CoV-2 by Children. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 117, n. 33–34, p. 553–560, jul. 2020.

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. nº24. 2009

NASCIMENTO, S. DO. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, n. 101, p. 95–120, mar. 2010.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. *A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PARRI, N. et al. Characteristic of COVID-19 infection in pediatric patients: early findings from two Italian Pediatric Research Networks. *European Journal of Pediatrics*, v. 179, n. 8, p. 1315–1323, 1 ago. 2020.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. 2020



SOUSA, M. C. DE; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1781–1790, jun. 2017.

UNICEF. Considerações para medidas de saúde pública relacionadas às escolas no contexto da COVID-19. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/media/10526/file/consideracoes-medidas-saude-publica-relacionadas-a-escolas-no-contexto-da-covid-19.pdf>>

VINER, R. M. et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 infection amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. [s.l.] *Public and Global Health*, 24 maio 2020.

World Health Organization. Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/public-health-criteria-to-adjust-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>>

World Health Organization. Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail-redirect/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>>

YONKER, L. M. et al. Pediatric SARS-CoV-2: Clinical Presentation, Infectivity, and Immune Responses. *The Journal of Pediatrics*, v. 0, n. 0, 19 ago. 2020.

ZHENG, F. et al. Clinical Characteristics of Children with Coronavirus Disease 2019 in Hubei, China. *Current Medical Science*, v. 40, n. 2, p. 275–280, 1 abr. 2020.

ZHOU, P. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, v. 579, n. 7798, p. 270–273, mar. 2020.

ZIMMERMANN, P.; CURTIS, N. Why is COVID-19 less severe in children? A review of the proposed mechanisms underlying the age-related difference in severity of SARS-CoV-2 infections. *Archives of Disease in Childhood*, p. archdischild-2020-320338, 1 dez. 2020.