



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

NOTA TÉCNICA

RETORNO ÀS ATIVIDADES ESCOLARES PRESENCIAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS

Autores: Alexandre Resende Fraga, Médico, Intensivista Pediátrico, Mestre em Pediatria UFMG, CRMMG 30583^(a). Flávia Pereira Costa, Médica, Especialista em Medicina do Trabalho, em Medicina Preventiva e Social, em Medicina Legal e Perícia Médica, Especialização em Saúde Mental, Especialização em Direito Médico e Hospitalar (em andamento), Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG, CRMMG 36584^(b). Karina Alves Ramos, Farmacêutica, Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, Doutoranda em Saúde Coletiva na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)^(c). Kércia Lima de Aguiar Santos, Médica, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Médica Legista da Polícia Civil de Minas Gerais, Especialização em Saúde Mental, Especialização em Direito Médico e Hospitalar (em andamento), CRMMG 25983^(b). Marcela Damásio Ribeiro de Castro, Médica, Pediatra e Neuropediatra, Especializanda em Perícia Médica, Mestre em Medicina pela UFMG, Saúde da Criança, CRMMG 17758, Advogada^(d). Maura Aparecida Meira Maia, Médica, Especialista em Geriatria, CRMMG 15253^(b). Milene Sandra Saldanha Caldeira Nümm, Médica, Especialista em Medicina Preventiva e Social, Medicina do Trabalho e Psiquiatria, CRMMG 31921^(b).

(a) Analista Pericial da 19ª Promotoria de Saúde, MPMG.

(b) Analista Pericial da CEAT (Central de Apoio Técnico), Procuradoria Geral de Justiça de Minas Gerais.

(c) Analista em Saúde Pública do CAOSAÚDE, Procuradoria Geral de Justiça de Minas Gerais.

(d) Estagiária de Pós-Graduação do CAOSAÚDE, Procuradoria Geral de Justiça de Minas Gerais.

Objeto: Consolidação de dados recolhidos a partir dos estudos científicos publicados até o presente momento, bem como a partir da consulta aos atos normativos sanitários aplicáveis ao contexto da pandemia do Novo Coronavírus pelo Grupo Técnico COVID-19 do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG) sobre os critérios epidemiológicos e recomendações disponíveis que possam respaldar o retorno seguro, do ponto de vista sanitário e de Saúde do Trabalhador, às atividades escolares presenciais para crianças e adolescentes.

Nota Técnica elaborada em dezembro de 2020



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Sumário

1. INTRODUÇÃO	3
2. CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELO SARS-COV-2	5
2.1 Aspectos clínicos da COVID 19 em crianças e adolescentes	5
2.2. Epidemiologia da COVID 19 em crianças e adolescentes	9
3. IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO BRASIL E NO MUNDO	14
4. EXPERIÊNCIAS COM A RETOMADA/MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES ESCOLARES PRESENCIAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19.....	21
4.1 No Mundo	21
4.1.1 Experiências não exitosas	24
4.1.2 Principais conclusões com relação às medidas sanitárias	26
4.2 NO BRASIL.....	27
4.2.1 Experiência do Estado do Amazonas	28
4.2.2 Experiência do Estado do Paraná	29
4.2.3 Outras experiências	30
5. RECOMENDAÇÕES SANITÁRIAS PARA O RETORNO SEGURO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	31
6. RECOMENDAÇÕES SANITÁRIAS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, QUANTO AO RETORNO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO AO TRABALHO PRESENCIAL.....	37
7. CONCLUSÃO	43
8. REFERÊNCIAS.....	45



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas) e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais, aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório¹.

A vacinação é uma das medidas mais custo-efetivas para controlar a pandemia de COVID-19 e diminuir os impactos na saúde, economia e sociedade. No entanto, até o momento, as vacinas para essa doença estão em testes e ainda não são disponibilizadas à população no Brasil. Dessa forma, é fundamental a manutenção das medidas de proteção contra a doença recomendadas pelas autoridades sanitárias. Até o dia 08 de dezembro de 2020, foram confirmados no mundo 67.210.778 casos de COVID-19 e 1.540.777 mortes².

A Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional foi declarada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº188/2020, após a OMS ter declarado Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro de 2020. Para dar andamento a essas ações de saúde e, também, a outras áreas do poder público, o governo federal editou e o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.979/2020, que traz as medidas de enfrentamento à emergência e a seus efeitos.

Desde o final do mês de março de 2020, as aulas presenciais nas escolas de todos os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal foram suspensas. No final de abril, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou parecer com regras sobre a educação durante a pandemia, incluindo autorização para que as atividades remotas sejam consideradas como dias letivos. Em junho, o parecer foi homologado pelo Ministério da Educação (MEC)³. Considerando esse contexto de emergência sanitária, a maioria

¹ Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>, acesso em 08, Dez.2020.

² Portal da Organização Pan-americana da Saúde – OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>, acesso em 08, Dez.2020.

³ UNESCO. Situação da educação no Brasil (por região/estado). Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/covid-19-education-Brasil>, acesso em 08, Dez.2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

dos governos de todo o mundo fechou, temporariamente, as instituições educacionais na tentativa de conter a pandemia da COVID-19, o que vem ocasionando altos custos sociais e econômicos para a sociedade.

No mês de setembro deste ano, o Comitê Extraordinário Covid-19 da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG, por meio da Deliberação nº 89, aprovou o retorno das atividades presenciais na rede pública estadual de ensino infantil, fundamental e médio, a partir de 5 de outubro de 2020, nos municípios localizados nas regiões qualificadas como Onda Verde, conforme classificação e organização regional do Plano Minas Consciente do estado. Para orientar a volta às aulas presenciais em Minas Gerais, foi publicado o protocolo sanitário da Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) com orientações detalhadas para os gestores escolares.

No município de Belo Horizonte, a suspensão das aulas nas escolas foi determinada pelo Chefe do Executivo Municipal, por meio do Decreto nº 17.304, de 18 de março de 2020, Secretaria Municipal de Educação (SMED/BH), através da Portaria SMED nº 102/2020, e recomendação do Conselho Municipal de Educação de Belo Horizonte (CME/BH), por meio do Ato da Presidência do CME/BH nº 002/202000.

O Ministério Público de Minas Gerais (MPMG), por meio da Promotoria de Justiça de Defesa da Educação de Belo Horizonte, expediu, no dia 27 de outubro, uma Recomendação à Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) para que adote providências que minimizem os impactos negativos aos estudantes em decorrência do prolongado prazo de interrupção das aulas. Uma das medidas recomendadas é a reanálise e divulgação semanal das informações e critérios epidemiológicos utilizados para manter a suspensão das aulas presenciais.

Após provocação da Promotoria de Justiça de Defesa da educação de Belo Horizonte, a PBH encaminhou ao Ministério Público o ofício nº 896, contendo esclarecimentos a respeito da suspensão temporária dos Alvarás de Localização e Funcionamento das escolas de educação infantil, escolas de ensino fundamental e médio, escolas superiores e centros de formação profissional.

Na mesma época, a PBH publicou os Protocolos Para Atividades Ainda Não Autorizadas a Funcionar, que incluem os Protocolo de funcionamento do Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Ensino Superior e Profissional, de modo a orientar as direções das unidades de ensino no planejamento e na organização dos espaços escolares para o retorno às atividades presenciais.

Em meio a esse contexto, no qual estão sendo debatidas medidas no sentido de organizar um planejamento do retorno seguro das aulas presenciais, o Grupo Técnico Covid-19 do Ministério Público de Minas Gerais elaborou esta Nota Técnica, com o objetivo de analisar o que apontam as evidências científicas a respeito do retorno das atividades escolares presenciais neste momento, em que a pandemia não foi controlada e a vacinação ainda não está disponível.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

2. CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELO SARS-COV-2

2.1 Aspectos clínicos da COVID 19 em crianças e adolescentes

- **Desenvolvimento do sistema imunológico**

Ao contrário do que inicialmente se imaginou, e que foi um dos fundamentos para que 107 países tenham decretado a suspensão das atividades escolares presenciais até março de 2020, o impacto e a dinâmica do vírus SARS-CoV-2 entre as crianças evidenciaram comportamento diferente daquele observado nas epidemias causadas por vírus influenza, nas quais o fechamento das escolas tinha sido considerado uma das estratégias necessárias de controle da transmissão em quatro revisões sistemáticas.^{4,5}

A COVID-19 é uma doença complexa na qual um estreito equilíbrio entre a resposta imune do hospedeiro e o desenvolvimento do processo inflamatório nos órgãos desempenha um papel crítico na determinação da evolução clínica⁶. A menor incidência e a menor gravidade da COVID-19 em crianças em comparação com adultos suscitaram questões quanto a patogênese e transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2 e as diferenças entre a resposta imune das crianças e dos adultos ao vírus.

As possíveis explicações para o menor impacto na faixa etária pediátrica incluem achados tais como: o receptor da síndrome respiratória aguda grave produzida pelo SARS-CoV-2, ACE2, está presente em menores concentrações no trato respiratório inferior das crianças; quadros gripais comuns frequentes nas crianças podem ter um papel no desenvolvimento de imunidade humoral cruzada e imunidade relacionada as células T desencadeadas por outros coronavírus; as respostas imune T *helper* 2, tem papel protetor em crianças; a eosinofilia associada aos T *helper* 2 pode ser também desempenhar função protetora; e finalmente, crianças geralmente produzem menos citocinas inflamatórias⁷.

⁴ Jackson C, Mangtani P, Vynnycky E. **Impact of school closures on an influenza pandemic: scientific evidence base review**. London: Public Health England, 2014.9.

⁵ Jackson C, Mangtani P, Hawker J, Olowokure B, Vynnycky E. **The effects of school closures on influenza outbreaks and pandemics: systematic review of simulation studies**. PLoS One 2014; 9: e9729.

⁶ La Torre Francesco et al. **Immunological basis of virus-host interaction in COVID-19**. Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology. 2020 Nov; 31 Suppl 26(Nov):75-78. doi: 10.1111/pai.13363.

⁷ Steinman, Jonathan Baruch et al. **Reduced development of COVID-19 in children reveals molecular checkpoints gating pathogenesis illuminating potential therapeutics**. PNAS October 6, 2020 117. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012358117>.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A associação destes fatores, dentre outros em estudo, desempenham papel importante no controle da carga viral e modulação da resposta inflamatória, fazendo com que crianças raramente apresentem casos graves.

- **Curso natural da doença na criança conforme a literatura médica**

Um aspecto desta pandemia que se demonstra consistente em todos os países do mundo, é que, do ponto de vista clínico, as crianças e adolescentes apresentam quadros, em sua maioria, leves e ou assintomáticos⁸, com menos repercussão sistêmica do que em adultos.

A apresentação clínica da COVID-19 varia nas crianças, de acordo com as faixas etárias. Crianças menores de 1 ano e crianças com morbidades (asma ou doença pulmonar crônica, diabetes, afecções neurológicas, metabólicas ou genéticas, imunodeficiências, malformações cardíacas, obesidade) tem maior risco de desenvolver formas mais graves da doença⁹. Em geral, a doença se manifesta, nesta faixa etária, por febre, tosse, congestão nasal, dor de garganta, cefaleia, dor no corpo e diarreia.

Dentre os vários estudos disponíveis na literatura, o estudo realizado por Dong e cols. com a maior coorte retrospectiva de pacientes pediátricos com COVID-19 relatados até o momento, incluíram 2.134 crianças, definiram a gravidade do COVID-19 em infecções assintomáticas, leves, moderadas, graves e críticas, com base nas características clínicas, testes laboratoriais e imagem de raios-X. Nesta coorte, 4,4% das crianças infectadas eram assintomáticas, enquanto as demais crianças apresentavam quadro leve(50,9%), ou doença moderada (38,8%), respectivamente. Apenas 5,2% tiveram doença grave, enquanto 0,6% tiveram doença crítica com cuidados intensivos. A proporção de casos graves e críticos foi de 10,6%, 7,3%, 4,2%, 4,1% e 3,0% para a faixa etária de <1, 1-5, 6-10, 11-15 e > 16 anos, respectivamente. Esses dados mostram que a soma de quadro leve e moderado somam 89% dos casos. O estudo mostra que a gravidade é maior nas faixas etárias menores, situação semelhante à maioria das viroses respiratórias em crianças.¹⁰

⁸ Cevik M, Bamford CGG, Ho A. **COVID-19 pandemic — a focused review for clinicians.** Clin Microbiol Infect 2020;26:8 4 2-7

⁹ Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. **Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China.** *Pediatrics.* March 2020, e20200702. Disponível em:<https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>.

¹⁰ Dong Y, et al. **Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019. Coronavirus Disease in China.** *Pediatrics*-2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Assim como nos adultos, crianças com quadros graves de COVID-19 podem evoluir com falência respiratória, miocardite, choque, insuficiência renal aguda, coagulopatia e falência de múltiplos órgãos. Algumas crianças podem desenvolver cetoacidose diabética e intussuscepção.^{11,12}

A hospitalização na faixa etária pediátrica responde a aproximadamente 2 a 3% do total de admissões hospitalares pela COVID-19.

Rara e eventualmente pode haver a ocorrência da síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIMP)¹³ após uma infecção pelo SARS-CoV-2.

- **Mortalidade**

A mortalidade relacionada a COVID-19 na faixa etária pediátrica é baixa, e menor do que a decorrente da influenza, para a qual já existe vacina disponível para crianças.¹⁴

Segundo o CDC (*Center for Disease Control and Prevention*), as mortes entre 0 e 19 anos por COVID 19 representam 0,3% do total de óbitos pela doença nos Estados Unidos.

Dados similares são encontrados no Brasil, onde menos de 1% das mortes por COVID-19 ocorreram na população até 19 anos, apesar desta população representar 25% da população do país.

Os dados da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, com relação aos óbitos por COVID no estado, corroboram a literatura.

¹¹ Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, et al. **Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units.** *JAMA Pediatrics*.

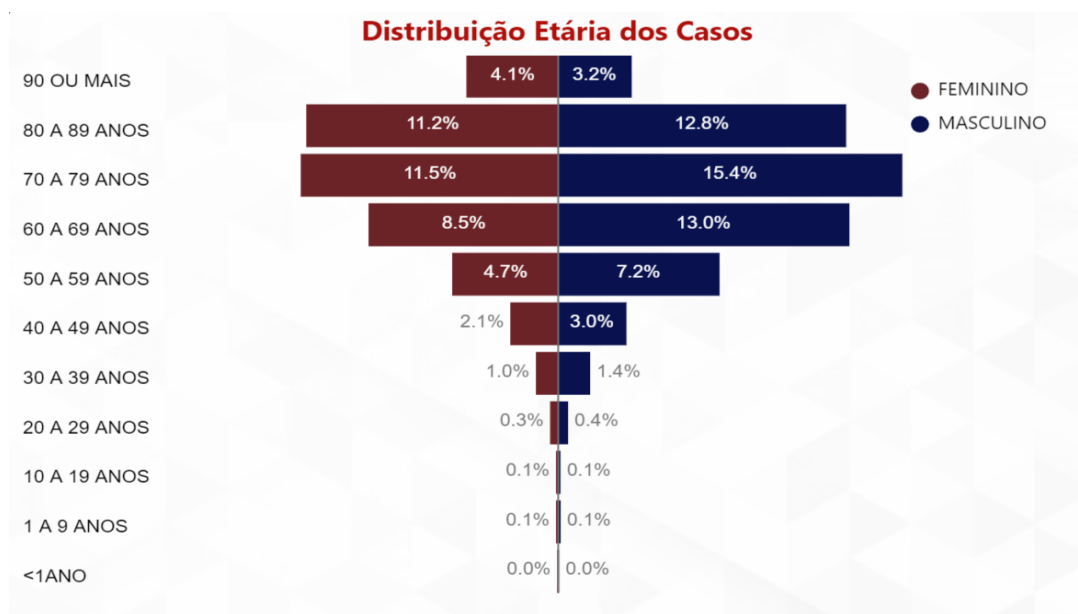
¹² Sun D, Li H, Lu XX, et al. **Clinical features of severe pediatric patients with COVID-19 in Wuhan: a single center's observational study.** *World Journal of Pediatrics*.

¹³ SBP. Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19. 25 de setembro de 2020, PDF, disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/SBP-RECOMENDACOES-RETORNO-AULAS-final.p.

¹⁴ S. Bhopal, J. Bagaria, R. Bhopal. **Children's mortality from COVID-19 compared with all-deaths and other relevant causes of death: epidemiological information for decision-making by parents, teachers, clinicians and policymakers.** *Publ Health*, 185 (2020), pp. 19-20.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS



Fonte: FormSUSRedCap/e-SUS VE COES MINAS COVID19/SESMG. Atualização 04/12/2020.

- **Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica**

A literatura indica que a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) que segue a exposição ou infecção pelo SARS COV 2 em crianças e adolescentes é rara, afetando 2 por 100.000 indivíduos menores de 21 anos, numa série entre março e maio de 2020.¹⁵ Com diagnóstico precoce e tratamento, a evolução e o prognóstico no curto prazo são bons.^{16,17}

A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica ocorre 2 a 4 semanas após o início dos sintomas da COVID-19 e se manifesta por com febre persistente, marcadores inflamatórios elevados e inflamatórios e acometimento de múltiplos órgãos, inclusive complicações cardíacas graves, com hipotensão, choque e falência cardíaca aguda.¹⁸

¹⁵ Dufort EM, Koumans EH, Chow EJ, et al. **Multisystem inflammatory syndrome in children in New York State.** N Engl J Med 2020; 383: 347-58.

¹⁶ Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, et al. **Multisystem inflammatory syndrome in U.S. children and adolescents.** N Engl J Med 2020; 383: 334-46.

¹⁷ Whittaker E, Bamford A, Kenny J, et al. Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2. JAMA 2020 June 8.

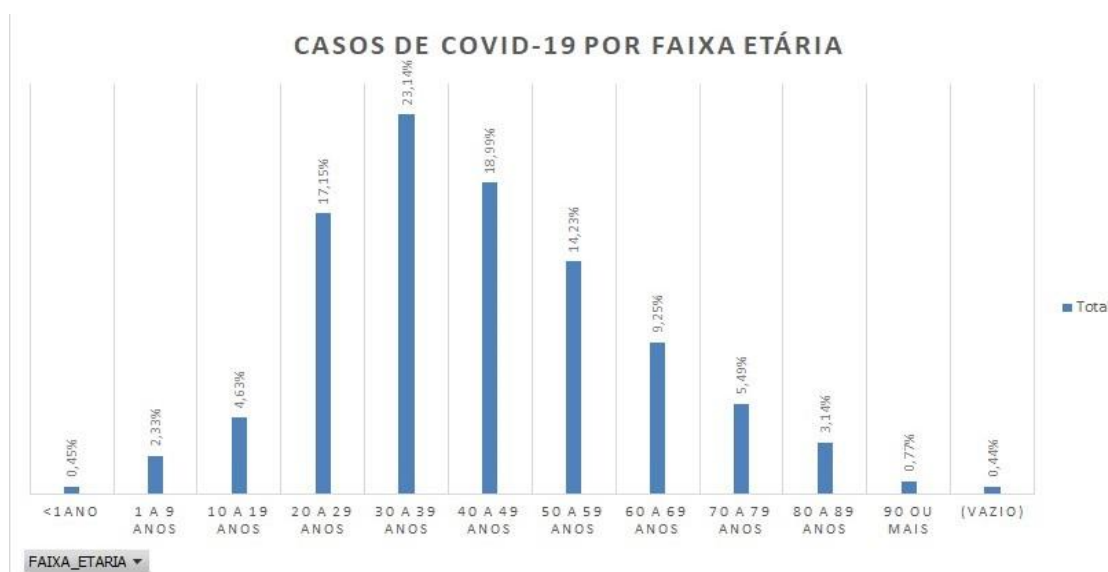
¹⁸ Belhadj Z., Meot M., Bajolle F., Khraiche D., Legendre A., Abakka S. et al. **Acute heart failure in multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in the context of global SARS-CoV-2 pandemic.** Circulation. 2020; ([Epub ahead of print]).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Dados da SES/MG, referentes a Minas Gerais, confirmam que a morte é rara, apesar da gravidade da doença. Até a Semana Epidemiológica 47, atualizados em 28 de novembro de 2020, mostram que foram notificados 101 casos suspeitos e confirmados de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica em Minas Gerais, que deram entrada no sistema de notificação obrigatória do agravo. 39 casos foram confirmados para SIM-P.

Corroborando a literatura, nenhum óbito em decorrência da Síndrome foi registrado no estado, até o presente momento.



Fonte: REDcap-FormSUS SIM-P-CIEVS-MG/CDAT/DVAT/SVE/SUBVS/SESMG- 28/11/2020.

2.2. Epidemiologia da COVID 19 em crianças e adolescentes

- **Aspectos epidemiológicos da COVID 19 em crianças e adolescentes**

A menor susceptibilidade de crianças e adolescentes ao SARS-CoV-2 está bem definida na literatura. No mundo, as crianças e adolescentes representam cerca de 8% dos casos notificados, enquanto como grupo, representam 29% da população mundial.

Uma revisão sistemática¹⁹ publicada pela revista JAMA em setembro de 2020, incluindo 32 estudos em diferentes países, revelou que crianças e adolescentes menores de 20 anos têm 44% menos razão de chance de se infectar após exposição com contato infectado pelo SARS-CoV-2 em comparação com adultos maiores de 20 anos. O resultado é ainda mais marcante entre crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos.

¹⁹ Russell M. Viner et al. **Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adolescents Compared With Adults: A Systematic Review and Metaanalysis.** JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.4



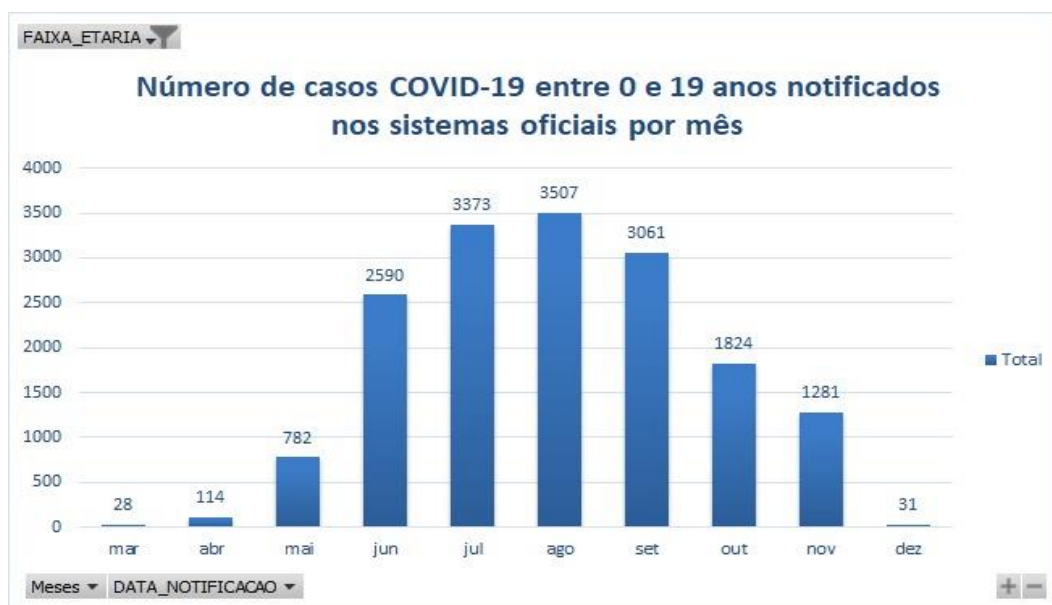
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A literatura médica indica que a susceptibilidade à infecção pelo SARS-CoV-2 geralmente aumenta com a idade²⁰, sendo a distribuição de casos menos frequente em menores de 10 anos.

Vários estudos demonstram que a dinâmica da transmissão entre contatos familiares se dá majoritariamente pelos adultos. A fonte mais comum de infecção segundo grande estudo multicêntrico realizado na Europa, é um dos pais, considerado caso index em 56% das crianças infectadas. Em 4%, um irmão²¹ foi identificado como fonte da infecção. Nos demais 40% o caso index foi alguém fora do círculo familiar ou desconhecido.

A conclusão do estudo encontra respaldo na realidade e corrobora uma realidade social evidente no Brasil. Os pais, ou pelo menos um deles, já estão saindo diariamente para o trabalho, muitos usando transporte coletivo e, enfrentando condições precárias de isolamento social. As crianças se infectam mais em casa, através dos próprios familiares expostos.

Neste contexto socioeconômico, na ausência do espaço escolar, pais que trabalham precisam recorrer a cuidadores informais, avós ou vizinhos idosos, em ambientes sem protocolos de biossegurança, o que aumenta a exposição deste grupo de risco, com consequente sobrecarga dos serviços de saúde.



Fonte: Sala de Situação/SubVS/SES-MG; E-SUS VE; SIVEP-Gripe. Dados parciais, sujeitos a

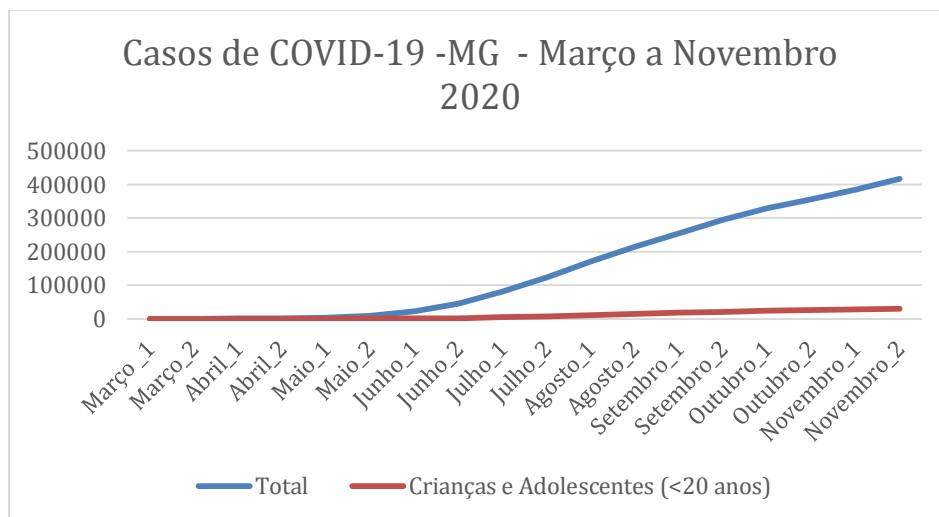
²⁰ Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. **On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community.** July 28, 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/1.1101/2020.07.19.20157362v1>).

²¹ Götzinger, Florian et al. **COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study.** The Lancet Child and Adolescent. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30177-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30177-2).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

alterações. Atualizado em 04/12/2020.



Fonte: Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

Nesta comparação de número total de casos de COVID-19 em relação a menores de 20 anos – MG, observa-se que apesar do aumento exponencial no número de casos total, o número de casos apresentados em menores de 20 anos encontra-se estável em torno de 7% desde a primeira onda em agosto de 2020. Este fato corrobora as novas evidências científicas do reduzido número de casos em crianças e adolescentes.

- **Transmissibilidade do SARS COV 2 por crianças e adolescentes**

Há consenso que crianças podem ser infectadas e transmitir o vírus SARS-CoV-2 para contatos. No entanto, não há consenso quanto à extensão da infecciosidade (capacidade de transmissão do SARS-CoV-2) pelas crianças. Em um primeiro momento, imaginou-se que o SARS-CoV-2 teria comportamento similar ao do vírus da influenza e as dúvidas justificaram o isolamento precoce até que as evidências científicas bem fundamentadas fossem construídas. Evidências foram construídas ao longo da pandemia a partir de rastreamento de casos e contactantes mostram que as crianças são menos susceptíveis a infecção pelo novo Coronavírus do que adultos e que há uma prevalência mais baixa da doença COVID-19 em crianças do que em adultos.

Os estudos mostram que, na maioria dos casos, as crianças adquirem o vírus por contato com um adulto e há poucos relatos de transmissão criança-criança²². Estudo desenvolvido na Coreia com

²² P.C.M. Williams, A.R. Howard-Jones, P. Hsu, P. Palasanthiran, P.E. Gray, B.J. McMullan, *et al.* **SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings.** Pathology. (2020), 10.1016/j.pathol.2020.08.001. Epub ahead of print. PMID: 32888706; PMCID: PMC743753.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

contatos intra e extra domiciliares, sugere que crianças infectadas menores de 10 anos de idade são menos contagiosas que adultos infectados.²³ Em outro estudo, na Grécia, com crianças infectadas, um adulto membro da família foi o caso index em 125 (66.8%) das infecções familiares. Transmissão da criança para um adulto foi identificada em apenas um caso.²⁴ A infecciosidade aumenta com a idade.

No Estados Unidos, país com maior número de casos no mundo, segundo a Academia Americana de Pediatria e *Children's Hospital Association*, o número acumulado de casos infantis de COVID-19 representa em torno de 10% de todos os casos. Em relação à gravidade, esta população representou na média de 2% do total de hospitalizações nos EUA por COVID-19. Crianças representam de 0% a 0,33% de todas as mortes de COVID-19 no país.²⁵

Similarmente aos adultos, o vírus foi detectado no nariz, boca e garganta de crianças infectadas, porém, por menor período de tempo²⁶. A carga viral nas crianças ocorre logo após o início dos sintomas e evolui com rápido declínio. Em contraste, crianças apresentam eliminação viral mais prolongada pela via gastrointestinal, após o desaparecimento do vírus das vias respiratórias. Porém a infecciosidade viral nas fezes é incerta. A carga viral não é o único fator envolvido na infecciosidade.

No que se refere à COVID-19 no ambiente escolar, ampla revisão recente do Organização Mundial de Saúde²⁷ revelou que na maioria dos casos de COVID-19 em crianças a infecção foi adquirida em casa. Mais surtos foram relatados no ensino médio do que no fundamental. Estudos sugerem que as crianças menores de 10 anos são menos susceptíveis e menos infecciosas. Há correlação entre surtos em ambientes educacionais e a incidência regional de COVID-19, sendo certo que o aumento da transmissão comunitária oferece mais oportunidades de introdução do SARS-CoV-2 no ambiente escolar²⁸.

²³ Park YJ, Choe YJ, Park O, et al. **Contact tracing during coronavirus disease outbreak, South Korea, 2020.** *Emerg Infect Dis* 2020; 26(10).

²⁴ Maltezou Helena C. et al. **Children and Adolescents With SARS-CoV-2 Infection: Epidemiology, Clinical Course and Viral Loads.** *The Pediatric infectious disease journal.* 2020 Oct; doi: 10.1097/INF.0000000000002899.

²⁵ Children and COVID-19: State-Level Data Report. Disponível em: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>, visto em 07/12/2020.

²⁶ Terry C. Jones, Barbara Mühlemann¹, Talitha Veith¹, Guido Biele, Marta Zuchowski, Jörg Hofmann¹, Angela Stein, Anke Edelmann, Victor Max Corman, Christian Drosten. **An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age.** Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125484>.

²⁷ What we know about COVID-19 transmission in schools THE LATEST ON THE COVID-19 GLOBAL SITUATION & THE SPREAD OF COVID-19 IN SCHOOLS LAST UPDATE: 21 October 2020.

²⁸ Sharif A Ismail, Vanessa Saliba, Jamie Lopez Bernal, Mary E Ramsay, Shamez N Ladhani. **SARS-CoV-2 infection and transmission in educational setting: a prospective, cross section analysis of infection clusters**



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Nos surtos em escolas, mais provavelmente o vírus foi introduzido no ambiente escolar por um adulto. A transmissão no ambiente escolar se dá, mais provavelmente, de profissional para profissional, sendo menos comum entre profissional e estudante, e raro de estudante para estudante. Em resumo, embora haja evidências de transmissão de adultos para crianças em ambientes domésticos, há poucas evidências de que isso ocorra no ambiente escolar. O fechamento das escolas reduziu menos a transmissão comunitária do que outras intervenções no distanciamento social.

De forma sucinta, a transmissibilidade em crianças, num primeiro momento e por precaução, foi admitida ser semelhante a aquela dos adultos, posteriormente com diversas evidências científicas observou-se que as crianças transmitem menos que adultos e que no ambiente escolar a transmissão adulto-criança é baixa e criança-criança é rara. Portanto, quanto menores as crianças, menor a probabilidade de transmissão e a medida em que a faixa etária vai crescendo este risco de transmissão aumenta.

• Perspectivas quanto à vacinação de crianças e adolescentes contra a COVID

Em casos de pandemia, a única maneira segura de reduzir a transmissão e conter o processo é por meio da vacinação da população, com a disponibilização de uma ou mais vacinas seguras e efetivas em tempo recorde. Crianças e adolescentes não foram incluídos na maioria dos ensaios clínicos para análise de segurança e eficácia das vacinas que estão sendo desenvolvidas contra a COVID-19, e só serão inseridas, após a conclusão definitiva da segurança em adultos²⁹.

Tendo em vista o impacto da doença sobre as demais faixas etárias e ainda, a velocidade recorde com que tais estudos estão sendo conduzidos em virtude da gravidade da pandemia, a opção por protelar a inclusão desta faixa etária nos ensaios é compreensível.

No entanto, dado que o papel das crianças na transmissibilidade do SARS-CoV-2 ainda não se encontra totalmente esclarecido e ao impacto direto da doença sobre esta população, autores consideram que a demora em incluir as crianças nos estudos pode atrasar a luta contra a COVID-19 e, desnecessariamente, prolongar o impacto sobre a saúde, educação, bem estar mental e emocional e acesso equitativo a oportunidades para as crianças³⁰.

and outbreaks in England. The Lancet, infectious disease. Published 8, dec, 2020. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30882-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30882-3).

²⁹ Russell Fiona M, Greenwood Brian. **Who should be prioritised for COVID-19 vaccination?** Human vaccines & immunotherapeutics. 2020 Nov; 1-5. doi: 10.1080/21645515.2020.1827882.

³⁰ Anderson Evan J, Campbell James D, Creech C Buddy, Frenck Robert, Kamidani Satoshi, Munoz Flor M, Nachman Sharon, Spearman Paul. **Warp Speed for COVID-19 Vaccines: Why are Children Stuck in Neutral?** Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2020 Sep; doi: 10.1093/cid/ciaa1425. pii: ciaa1425.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Desta forma não é possível condicionar a reabertura escolar à disponibilidade de uma vacina contra o novo coronavírus, uma vez que as vacinas estão sendo disponibilizadas no momento para grupos de risco para a COVID-19. Quantidade de vacinas escassas, segurança ainda duvidosa e a pouca morbimortalidade da COVID-19 em crianças, colocam estas como último grupo a ser vacinado.

3. IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, NO BRASIL E NO MUNDO

A literatura das principais entidades ligadas à saúde das crianças e dos adolescentes aponta como efeitos indiretos da COVID-19 na saúde das mesmas:

- Prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento, visto que escolas de educação formal que oferecem educação básica (creche, pré-escola, ensino fundamental e ensino médio) e de ensino superior, além das escolas que oferecem educação não formal (cursos livres, como idiomas, esportes e música) tiveram que ser fechadas.
- O afastamento do convívio familiar ampliado, com amigos e com toda rede de apoio agravando vulnerabilidades.
- O estresse (e sua toxicidade associada) afeta enormemente a saúde mental de crianças e adolescentes, gerando um claro aumento de sintomas de depressão e ansiedade.
- Aumento da violência contra a criança, o adolescente e a mulher, e a consequente diminuição da procura pelo atendimento aos serviços de proteção.
- Quedas nas coberturas vacinais em todo o mundo, levando a efeitos devastadores em conquistas de anos de investimento e planejamento na erradicação e diminuição de doenças imunopreveníveis.
- Queda na cobertura de programas de triagens universais, como o Teste do Pezinho.
- Aumento da epidemia de sedentarismo e obesidade.
- Exagero no uso de mídias/telas, como televisão, computadores, tablets e smartphones.
- Crianças e adolescentes sofrem as consequências do enorme impacto socioeconômico nas famílias, com aumento do desemprego e impossibilidade de trabalho para serviços não essenciais.
- Aumento da fome e do risco alimentar em parte pelo fechamento das escolas, além de perdas nas receitas familiares. Impedimento da circulação da população e dos meios de transporte para serviços não essenciais, aliados ao medo da COVID-19 e a reconfiguração dos sistemas de saúde geraram uma redução no acesso aos serviços



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

tanto da Atenção Primária quanto da Atenção Especializada, incluindo a redução de cirurgias eletivas e até mesmo tratamentos oncológicos e de cuidados de emergências em saúde.

- **Alterações de desenvolvimento, obesidade, adoecimento mental de crianças e adolescentes**

Experiências internacionais alocam as pandemias ao lado das catástrofes naturais, guerras e acidentes como desastres, sendo estes explicados como eventos traumáticos em larga escala capazes de alterar os sujeitos individual e coletivamente, de forma micro e macrosocial (HOWEN; AMSEL; TYANO, 2019). Estima-se que cerca de um terço de uma população exposta a um desastre, como a COVID-19, pode apresentar manifestações psicopatológicas se nenhuma intervenção psicossocial for realizada (FIOCRUZ, 2020).

Em crianças e adolescentes, o conhecimento sobre o desenvolvimento esperado torna-se um grande aliado nessa avaliação, em que alguns desvios e regressões podem ocorrer como reações agudas às adversidades ambientais.

O estresse pode ser um desafio importante para o desenvolvimento - estresse positivo -, pode ser um estresse tolerável ou ainda aquele que ultrapassa nossa capacidade de lidar - estresse tóxico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Considerando o ambiente estressor da COVID-19, podemos reconhecer três grupos de fatores de risco: a infecção viral pelo Sars-Cov-2, tratamentos antivirais e os efeitos diretos e indiretos do confinamento social e da experiência coletiva da pandemia (VIGO et al, 2020). Os dois primeiros grupos possuem efeitos discretos até o momento, composto por manifestações neuropsiquiátricas agudas e crônicas por ação direta do patógeno e pelas medidas intervencionistas durante o manejo clínico da doença.

Os efeitos do confinamento e do trauma coletivo, sejam pelo impacto globalmente observado e/ou pelas variadas formas possíveis de intervenção, são os maiores responsáveis pelas repercussões em saúde mental. A intensidade do distanciamento social, a qualidade das relações familiares e o tempo de duração deste isolamento são variáveis importantes na avaliação dos prejuízos emocionais dessa medida (BROOKS et al, 2020).

Até o momento, inquéritos populacionais vêm corroborando a importante premissa que embora menos susceptíveis às formas clínicas graves da COVID-19, crianças e adolescentes não são indiferentes ao seu impacto, quando considerada a dimensão mental (WANG et al, 2020). A partir de questionários online respondidos por pais numa amostra de 320 crianças e adolescentes (três a 18 anos), Jiao et al (2020), identificaram a presença dos seguintes sintomas e condições: dependência excessiva dos pais



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

(36%), desatenção (32%), irritabilidade (31%), preocupação (29%), pedidos constantes de atualização (28%), medo de adoecimento de familiares (21%), problemas de sono (21%), hiporexia (18%), pesadelos (14%), desconforto e agitação (13%). Ainda que a triagem não tenha permitido uma formatação diagnóstica, os autores puderam avaliar uma maior gravidade nos sintomas de dependência, desatenção e irritabilidade.

Orgilés et al (2020) concluíram que 85,7% dos 1143 pais espanhóis e italianos relataram mudança no comportamento de seus filhos (três a 18anos) durante a quarentena; esse estudo, cujos dados foram obtidos virtualmente, apontou a dificuldade de concentração como o principal sintoma na amostra (76,6%). Tédio (52%), irritabilidade (39%), nervosismo (38%), sentimentos de solidão (31%) e preocupações (30,1%) vieram em seguida. Um dado relevante dessa publicação foi a correlação da magnitude dos sintomas nas crianças e adolescentes conforme a descrição de estressores nos pais, corroborando a associação entre os sintomas familiares e ambientais com os sintomas infanto-juvenis (BRONFENBRENNER, 1996).

Um inquérito online conduzido por Xie et al. (2020) respondido por 2330 escolares chineses identificou a prevalência de sintomas depressivos em 22,6% e de sintomas ansiosos em 18,9% dessa amostra. Os autores argumentam que o aumento dessa prevalência está associado às privações sociais e pela redução de atividades ao ar livre, sugerindo que a pandemia influencia diretamente a saúde mental de crianças e adolescentes, como uma experiência traumática.

O período de confinamento amplia o risco de consumo de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas e ilícitas; atenção é necessária com o público adolescente. Ainda, cabe observação do risco de normalização da prática do consumo de substâncias psicoativas pelas famílias para lidar com os sentimentos de medo e pânico (FIOCRUZ, 2020; FEGERT et al., 2020).

É fundamental um cuidado assistencial às crianças e adolescentes com condições crônicas e complexas e/ou portadoras de transtornos mentais; sendo dependentes de diferentes tecnologias, não podem ter sua assistência interrompida, principalmente as que fazem uso regular de psicotrópicos.

Em caso de internação pediátrica durante a pandemia, as visitas de familiares e a presença de acompanhante estão restringidas. O forte e prolongado estresse pode aumentar o risco de desordens psiquiátricas.

A conjuntura da crise econômica e seu imediato impacto na dinâmica familiar, o isolamento social, a temática de morte e do adoecimento são elementos que podem se configurar como gatilhos no espectro suicida, principalmente nos jovens com transtornos mentais.

Os efeitos indiretos da pandemia são relevantes. Dentre estes podemos citar agravos referentes ao estado nutricional (ZAR et al, 2020).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Durante a pandemia as regras de distanciamento social impuseram a necessidade de fechamento de diversos serviços dentre eles as escolas. Este fechamento trouxe impacto negativo não só no direito a educação como em outros direitos humanos como o direito à alimentação de qualidade promovida pelos programas de alimentação escolar (WFP; FAO; UNICEFF, 2020). Um adequado estado nutricional está diretamente relacionado a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, melhor resposta imunológica, redução da morbidade, sendo crucial na recuperação no caso de ocorrência de infecções. A falta de acesso a alimentação traz como consequência o cenário inverso deixando essas crianças e adolescentes mais vulneráveis a agentes infecciosos trazendo impactos significativos no crescimento, desenvolvimento e aumento da morbidade (REIS et al, 2020; SIPIONI et al, 2020; DUNN et al, 2020).

O isolamento em casa e o distanciamento social criam um ambiente desfavorável para a manutenção de comportamentos alimentares saudáveis e de outros estilos de vida, (AHMED, et al, 2020). As crianças e adolescentes que lutam ou não contra a obesidade são mais susceptíveis a esses eventos (RUIZ-ROSO et al, 2020). Além disso, o confinamento pode agravar questões emocionais. O estresse psicossocial pode estar relacionado ao desenvolvimento da obesidade por vias biológicas, comportamentais e psicológicos (HARDING et al, 2014; LAUGERO et al, 2012).

Estudo longitudinal realizado na Itália sobre o comportamento alimentar de crianças e adolescentes com obesidade demonstrou que os comportamentos alimentares, de atividade e de sono mudaram desfavoravelmente três semanas após o confinamento nacional. Os autores observaram que o número de refeições consumidas por dia aumentou, não houve mudanças no consumo de vegetais e aumentou o consumo de frutas, de batatas fritas, carne vermelha e bebidas açucaradas. O tempo de sono e de atividades sedentárias aumentou e o tempo esportivo diminuiu. Estes dados demonstram que a pandemia da COVID- 19 “pode exacerbar todos os fatores de risco para ganho de peso” (DI RENZO et al, 2020).

- **Aumento do número de vítimas de violência doméstica, abusos entre estes grupos etários**

A violência familiar é uma condição prevalente associada a desfechos negativos à saúde física e mental das crianças e jovens. Gritos, xingamentos, insultos são manifestações de violência psicológica e assim como a negligência podem evoluir para violência física. O distanciamento social dificulta o suporte e controle social de situações de violência intrafamiliar.

Estima-se que até 85 milhões de crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos possam ter se somado às já vítimas de todos os tipos de violência física, sexual e psicológica nos primeiros meses de pandemia e as necessárias medidas de isolamento social, incluindo o fechamento de escolas, medida adotada em



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

177 países e que afetou 73% de toda a população estudantil mundial, fazendo com que a maior parte desta permaneça praticamente todo o período em confinamento familiar, como sinaliza um relatório da organização não governamental World Vision (WORLD VISION, 2020). O número alarmante representa um aumento na média anual das estatísticas oficiais que pode variar entre 20% a 32%. Quando estas crianças e adolescentes já sofrem violência intrafamiliar, as vulnerabilidades aumentam sobremaneira.

O vírus e sua propagação avançam e a casa torna-se refúgio de proteção. Mas infelizmente os lares não são lugares seguros para todos, visto que muitos membros vão precisar compartilhar este espaço, incluindo o autor das violências. No caso da violência sexual, por exemplo, é fato comprovado que a maior parte destes crimes são cometidos pelos próprios pais, avós e pessoas do ambiente familiar.

De acordo com dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), dos quase 160 mil registros feitos pelo Disque 100 no ano de 2019, 86,8 mil (55%) tratavam de violações contra crianças ou adolescentes. Isso representa um aumento de 14% em relação a 2018. Negligência (39%) e violências psicológica (23%), física (17%), patrimonial (8%), sexual (6%) e institucional (5%) somam, juntas, quase 100% do total das violações. Apesar do crescimento, a preocupação durante a pandemia deve ser com a subnotificação dos casos, uma vez que as crianças estão longe das escolas e de ambientes comunitários e grande parte das agressões é registrada em ambiente familiar (BRASIL, 2020).

Os temores sobre a pandemia, a sobrecarga de tarefas domésticas, a intensa convivência familiar, a ausência de emprego e renda e a sensação de impermanência diante da realidade que se impõe podem gerar ou agravar conflitos que já ocorriam em muitos lares, sendo crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiências os mais vulneráveis nessa correlação de forças. Escolas e centros comunitários não protegem mais com costumavam fazer nestas circunstâncias porque encontram-se fechados.

- **Repercussões na saúde física e mental do uso indiscriminado de eletrônicos pelas crianças e adolescentes**

Em tempos de pandemia, com necessidade de confinamento e isolamento social, a limitação da circulação e de atividades físicas se impôs subitamente na vida das pessoas, com impacto enorme nas crianças e adolescentes, o que veio agregar mais tempo de tela (televisão, tablet, computador pessoal ou telefone celular), tanto para o entretenimento como para a convivência social (QUEIROZ, 2020).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam, para o bom desenvolvimento físico e psíquico das crianças, pelo menos 60 minutos de atividade física moderada por dia e restrições importantes ao tempo em que elas ficam de frente para as telas (BARROS, 2017; EISENSTEIN et al. 2020). Nas diversas faixas etárias pediátricas (lactentes, pré-



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

escolares, escolares e adolescentes) estão bem estabelecidas as recomendações quanto à necessidade de atividade física e limitações ao tempo de exposição à tela de qualquer tipo, seja televisão, computador ou telefones celulares com acesso à rede mundial de computadores. Essas recomendações variam de tempo 0 (zero) de tela para menores de dois anos até 02 (duas) horas por dia em adolescentes, sendo excluídas as horas que são utilizadas para obrigações como aulas por via remota (RADESKY, 2020).

A atenção com os conteúdos propostos, seja na televisão ou nas redes sociais, requer monitorização constante por parte de quem cuida das crianças e adolescentes. Existem efeitos a curto, médio e longo prazos dessa exposição aumentada a telas, além da tendência à acomodação e sedentarismo, que têm implicação direta com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em idades mais avançadas e até na mortalidade da população adulta (HALL et al. 2020). Ademais, acontecem alterações de humor e sono, que levam a desordens como ansiedade, depressão e até mesmo a comportamentos violentos (DESLANDES; COUTINHO, 2020).

- **Impactos na aquisição de habilidades acadêmicas, inclusive alfabetização, aumento da desigualdade social relacionada a condições heterogêneas de acesso a conteúdos e internet**

Sobre os impactos na aquisição de habilidades acadêmicas, diversas organizações identificaram os impactos negativos do fechamento escolar sobre o bem-estar das crianças, oportunidades de aprendizagem e segurança. Num primeiro momento observa-se a interrupção da aprendizagem, a exacerbação de disparidades particularmente em crianças de grupos populacionais vulneráveis e marginalizados. A falta de acesso à tecnologia ou o acesso rápido e confiável à Internet pode impedir os alunos de áreas rurais e de famílias carentes. A falta de acesso à tecnologia ou boa conectividade com a Internet é um obstáculo para o aprendizado contínuo, especialmente para alunos de famílias desfavorecidas. Em resposta ao fechamento de escolas causado pelo COVID-19, a UNESCO recomenda o uso de programas de ensino à distância e aplicativos e plataformas educacionais abertas que escolas e professores podem usar para alcançar alunos remotamente e limitar a interrupção da educação. Relatório da Rede Europeia de Ombudspersons para Crianças (ENOC) e da Organização das Nações Unidas Internacional Fundo para Crianças (UNICEF) indica que crianças que vivem em condições precárias e/ou de minorias étnicas têm enfrentado mais dificuldades com o ensino a distância, tanto devido à pobreza digital, quanto às dificuldades dos pais em auxiliar no processo de aprendizagem. (UNESCO. Adverse consequences of school closures". UNESCO. 2020-03-10. Retrieved 2020-03-10).

Desta forma observa-se que a disponibilização de conteúdo para aprendizagem de forma à distância encontra diversos desafios, tanto no que concerne as condições de acesso à internet quanto a



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

capacidade dos pais em auxiliarem os filhos no processo, especialmente naquelas crianças que se encontra em fase de alfabetização.

- **Correlação entre as faixas etárias (crianças e adolescentes) e os níveis de prejuízo para o desenvolvimento saudável, assim como aqueles relacionados ao processo de cognição e aprendizagem, resultantes da suspensão das aulas presenciais**

Este tópico aborda os possíveis prejuízos da suspensão das aulas presenciais no processo de aprendizagem e desenvolvimento da criança e do adolescente baseado nos princípios e fundamentos definidos na legislação para orientar as políticas públicas educacionais no Brasil³¹. No caso da educação infantil considera-se, em tese, impactos na socialização estruturada com dificuldades no desenvolvimento de habilidades com foco nas experiências, bem como redução do processo de autonomia e dificuldade de comunicação. No ensino fundamental, no qual ocorre o processo de alfabetização, a falta de amparo escolar pode repercutir na redução das experiências de aprendizagem, dificuldades nas interações entre as pessoas, redução das potencialidades acadêmicas e impacto importante na identificação das diferenças. Existe ainda uma possibilidade de redução nos experimentos que levariam à fixação do aprendizado. Nos anos finais do ensino fundamental, a ausência da escola pode impactar nos processos de ressignificação da aprendizagem, redução de repertório, dificuldades de interação e perda de autonomia. A falta de escola no ensino médio poderia acarretar impactos relevantes no processo de formação geral, indispensáveis ao exercício da cidadania e na inserção no mundo do trabalho. Desta forma, impactaria na construção do projeto de vida dos adolescentes com redução dos desafios necessários para garantir o aprendizado e o desenvolvimento de todas as potencialidades. Isto porque, em conformidade com as diretrizes curriculares nacional, a escola deve assegurar aos estudantes a capacidade de trabalho em equipe, aprendizagem com os pares e estimular a atitudes cooperativas e propositivas para enfrentamento dos desafios da comunidade

³¹ BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. Resolução nº 5, de 17 de dezembro de 2009. Fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de dezembro de 2009, Seção 1, p. 18. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2298-rceb005-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. Resolução nº 7, de 14 de dezembro de 2010. Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos. Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dezembro de 2010, Seção 1, p. 34. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020

BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. Resolução nº 3, de 21 de novembro de 2018. Atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de novembro de 2018, Seção 1, p. 21. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=102481-rceb003-18&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192>. Acessos em: 08 dez. 2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

- **Impactos sobre as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (Programa Saúde na Escola)**

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. O programa visa avaliar as condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública, promoção da Saúde e de atividades de prevenção, bem como o monitoramento dos casos de saúde. Os profissionais estão trabalhando remotamente, cada um na sua área, para produzir conteúdo. A enfermagem fala sobre higienização das mãos, uso de máscara; a equipe pedagógica elabora sugestões de atividades, como inserir rotina de estudo para as crianças; os psicólogos criaram o projeto “escuta voluntária” com atendimento online para pessoas com transtornos de ansiedade, cuidando da saúde mental. Entretanto o impacto, mesmo neste caso é mínima somente com orientações, mas sem o devido monitoramento. Durante a pandemia a avaliação pormenorizada não pode ser realizada devido ao distanciamento social e a falta de instrumentos de monitoramento on-line, tanto por parte dos gestores do programa quanto por parte dos alunos beneficiados pelo programa. Assim, as crianças em situação de vulnerabilidade encontram-se sem assistência adequada durante o fechamento das escolas e a suspensão tácita do programa.³²

4. EXPERIÊNCIAS COM A RETOMADA/MANUTENÇÃO DAS ATIVIDADES ESCOLARES PRESENCIAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PERÍODO DA PANDEMIA COVID-19

4.1 No Mundo

Seguindo a declaração de COVID-19 como uma pandemia global no início de março, muitos países começaram a fechar escolas para limitar a propagação do vírus, apesar das evidências limitadas de que os cuidados infantis e os ambientes educacionais desempenhem um papel na transmissão da SARS-CoV-2. Essas decisões foram baseadas no que se sabe sobre o impacto do fechamento preventivo das escolas na transmissão da pandemia de influenza.

Os efeitos da pandemia na educação foram sentidos das mais diversas formas por diferentes nações. Se por um lado a Itália, que definiu a suspensão temporária das aulas logo na primeira semana de março, decidiu retomar as atividades escolares somente em setembro, há casos como a Dinamarca, que paralisou as aulas no dia 11 de março, mas voltou um mês depois, em 15 de abril, e em que o retorno

³² BRASIL. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola em <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>, acesso em 07/12/2020.

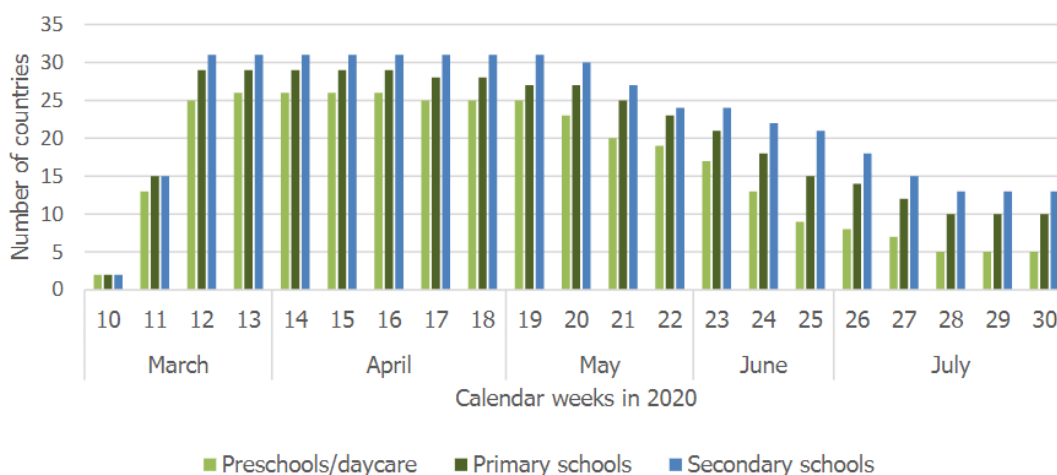


MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

não significou um aumento no número de casos no longo prazo. Há casos mais raros, como a Suécia, que suspendeu temporariamente apenas o ensino médio e superior e manteve os demais anos em funcionamento.

A figura abaixo mostra, de maneira resumida, como se comportaram os países da União Europeia e Reino Unido em relação à adoção de alguma forma de fechamento escolar durante a pandemia.

Número total de países da EU / EEA e UK (N = 31) que promulgaram alguma forma de fechamento de escolas durante a pandemia



Fonte: *European Centre for Disease Prevention and Control.*

A preocupação em relação à reabertura das escolas é um tema intersetorial e que precisa ser entendido como prioritário no contexto da pandemia. Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), a pandemia de Covid-19 causou o fechamento de escolas em mais de 190 países, afetando diretamente 1,6 bilhão de estudantes. Desse total, 40 milhões são crianças na pré-escola, um período crítico para a formação e desenvolvimento infantil.

A crise sanitária mundial exacerbou iniquidades, ampliando ainda mais as disparidades educacionais. Populações mais vulnerabilizadas sofrerão as consequências para além do período imediato da pandemia, colocando cerca de 23,8 milhões de jovens e crianças a mais fora da escola em todo o mundo, como consequência direta da pandemia e do agravamento da crise econômica. Trata-se de uma emergência sanitária que se transformou em uma crise humanitária com a perda de muitas vidas e a degradação da qualidade de vida de uma grande parte da população mundial. Esse contexto traz enormes desafios para a Saúde Coletiva e para a Saúde Pública.

Com a dificuldade de se adaptar para oferecer aulas remotas capazes de preservar a qualidade do aprendizado para crianças e adolescentes, dezenas de países entraram em uma crise educacional cujas



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

consequências, conforme apontam entidades como a Unesco e a OCDE, podem durar mais de uma década.

A Consultoria Vozes da Educação realizou, em agosto de 2020, um levantamento bibliográfico de países que retomaram as atividades escolares presenciais, realizado por meio de consultas em documentos oficiais dos governos de países selecionados, além de publicações de instituições de pesquisas e notícias de jornais locais e/ou internacionais. A escolha dos países levou em conta casos de sucesso no âmbito da educação básica e no controle da pandemia, a variabilidade geográfica e geopolítica, além da disponibilidade de informações de cada um. Os vinte países escolhidos refletem cerca de 10% do quantitativo total de países do mundo (ONU), constituindo apenas uma amostra. São eles: África do Sul, Alemanha, Argentina, Bolívia, Canadá (províncias de Quebec e Ontário), Chile, China (províncias de Hong Kong e Beijing), Dinamarca, Estados Unidos (estados de Georgia, Indiana, Mississippi e Tennessee), França, Índia, Israel, Itália, Nigéria, Nova Zelândia, Peru, Portugal, Singapura, Suécia e Uruguai.

Classificação dos países em relação ao êxito da reabertura das escolas



Fonte: Vozes da Educação. Disponível em <http://vozesdaeducacao.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Levantamento-internacional_Retomada-presencial-das-aulas.pdf>.

O relatório identificou pontos em comum entre alguns dos países que obtiveram resultado satisfatório na reabertura atividades escolares presenciais, que estão listados abaixo. Entretanto, é importante que se reforce a necessidade de analisar todos os dados de maneira integrada, pois não houve um único indicador ou uma medida que isoladamente pudesse levar ao êxito do retorno.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

- **Curva de contágio estável ou decrescente:** Reabertura das escolas se deu quando a curva de contágio estava em fase decrescente ou estabilizada em níveis não elevados. Quando houve abertura com curva ascendente (África do Sul) foi necessário novo fechamento;
- **Monitoramento e contenção dos casos isolados:** Mesmo em países com abertura satisfatória, como Alemanha e França, houve fechamento pontual de escolas e isolamento de estudantes que tiveram a Covid-19. Contudo, isso representou um percentual pequeno da rede. O relatório destaca a necessidade de se monitorar os casos nas escolas e se ter planos de contingência para conter possíveis surtos;
- **Ótima comunicação e transparência dos governos:** Pronunciamentos públicos para responder dúvidas, divulgação de guias com boas práticas a serem adotadas, critérios do retorno divulgados e explicados para a população, entre outras estratégias de comunicação;
- **Redução da resistência da opinião pública:** Ressalvas iniciais aos planos de reabertura foram identificadas em alguns países, mas a adesão do retorno aumentou quando: 1- o governo convidou os sindicatos para participar da construção do plano de retomada (nos casos de Itália e Uruguai) e 2- a abertura gradual foi implementada com bons resultados (nos casos de França e Dinamarca);
- **Medidas para grupos de riscos:** De forma geral, os sindicatos reivindicaram políticas específicas para os profissionais da educação pertencentes aos grupos de risco. Alguns países que tiveram retorno satisfatório e apoio dos professores, como Dinamarca e Nova Zelândia, criaram políticas específicas para esses profissionais. As respostas dos governos variaram entre a possibilidade de esses professores continuarem com ensino remoto ou licença remunerada;
- **Países com boas notas no Programa Internacional de Avaliação de Alunos (PISA):** Esses países tenderam a abrir as escolas antes ou simultaneamente ao comércio. Os dois únicos países analisados que reabriram as escolas antes do comércio estão muito bem posicionados no PISA e contam com um histórico de priorizar a agenda da educação (Singapura, 2º lugar no PISA e Dinamarca, 18º lugar). Não se detectou correlação com a opinião pública, ou seja, esses países também apresentaram resistência moderada ou alta, mas ainda assim priorizaram a reabertura das escolas.

Outro ponto observado é que todos os países em que o retorno foi satisfatório tiveram reaberturas faseadas; entretanto, as etapas escolhidas não demonstram ter correlação com o êxito do retorno.

4.1.1 Experiências não exitosas



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

De acordo com Levantamento realizado pela consultoria Vozes da Educação, Israel e África do Sul não obtiveram êxito em sua experiência de retomada das atividades escolares presenciais.

As escolas israelenses tiveram as atividades temporariamente encerradas em 14 de março. Como o país administrou bem a crise e, entre março e abril, manteve as contaminações sob relativo controle, as expectativas para o retorno às aulas eram bastante positivas. A primeira etapa da retomada ocorreu em 4 de maio. Os primeiros a voltarem às aulas foram crianças de até oito anos e alunos do último ano do ensino médio.

A segunda etapa de retomada, com o retorno do restante dos estudantes, ocorreu em 17 de maio em meio a falhas na comunicação do governo com as escolas. O governo avisou a rede escolar sobre a volta às atividades presenciais com apenas 48 horas de antecedência – além disso, nessa etapa não haveria redução do tamanho de turmas.

O país decidiu voltar às aulas quando a curva estava decrescente. Porém, graças à fragilidade da comunicação entre governo e sociedade, as escolas não tiveram tempo de se preparar. Por isso e por falhas na aplicação de medidas sanitárias, houve um salto de novos casos. Quase mil (977) professores e alunos foram infectados e, como consequência, 22 mil pessoas da comunidade escolar foram colocadas em quarentena. Para controlar a situação, foram fechadas aproximadamente 240 escolas.

Após semanas de grande ansiedade, as escolas entraram em férias no início de julho. Porém, nas férias, os novos casos continuaram subindo em todo o país. No início de setembro, as atividades escolares presenciais voltaram em Israel.

Houve uma segunda onda de casos – muito mais agressiva do que a primeira – e desta vez a reabertura das escolas foi feita em período de curva ascendente. Resultado: em uma semana foram identificados quase 2 mil casos positivos entre alunos e professores. Aproximadamente 25 mil pessoas foram colocadas em quarentena.

Diante do aumento generalizado de casos em todo o país, o governo israelense decretou novo *lockdown* geral, com três semanas de confinamento, a partir de 18 de setembro. Ao lado de Israel, a África do Sul foi um dos países que teve o resultado da retomada das aulas avaliado como insatisfatório. Houve grande número de contaminações entre alunos e professores, o que levou a um novo fechamento das escolas.

O governo sul-africano determinou o fechamento das escolas a partir de 16 de março, quando o país tinha apenas 55 registros de coronavírus. As escolas ficaram fechadas por cerca de 70 dias e, em maio, o governo começou a comunicar a intenção de reabertura para os últimos anos do ensino médio e do ensino fundamental, com os outros anos retornando em seguida. A população reagiu, já que na época o país começava a ter crescimento mais acelerado no número de casos. Os sindicatos de professores se opuseram à reabertura e uma ação na Justiça adiou a retomada.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Os estudantes começaram a voltar às aulas no dia 1º de junho, mediante autorização dos pais. Famílias contrárias à retomada puderam deixar os filhos estudando remotamente. Mas a África do Sul passou por um crescimento generalizado de contaminações nos meses de junho e julho. Para se ter uma ideia, no início de junho havia pouco mais de 32 mil casos e ao final de julho o país se aproximava de meio milhão.

No sistema de ensino, 773 escolas tiveram casos de Covid-19, com a contaminação de mil professores e 500 estudantes. Com isso, o governo decretou recesso para as escolas entre 27 de julho e 24 de agosto. E a instabilidade permanece no país: de um lado, sindicatos de professores pressionam para a paralisação das aulas; de outro, grupos preocupados com o aumento da desigualdade, caso haja um período maior de suspensão de aulas.

O primeiro movimento de retomada no país, em junho, ocorreu quando o país estava com a curva ascendente. Em suas retomadas, África do Sul e Dinamarca estavam com números parecidos de casos. Mas a Dinamarca estava com a curva decrescente, e a África do Sul, ascendente, demonstrando que o que deve ser considerado é a curva e não o número de casos. Em adição, embora a África do Sul tivesse protocolos, eles não foram implementados adequadamente nas escolas.

4.1.2 Principais conclusões com relação às medidas sanitárias

Nas experiências de retomada às atividades escolares presenciais, recomendações de distanciamento social e higienização foram adotadas por todos os países – tanto naqueles com resultado satisfatório quanto naqueles em que o resultado foi insatisfatório.

Os países que tiveram retorno satisfatório tomaram medidas para reduzir ainda mais a densidade de pessoas na escola (ou seja, menos aglomerações e mais espaçamentos).

O uso de máscaras tem se mostrado uma medida popular e aparentemente adequada, na maioria dos países. No entanto, em países onde houve *clusterização* dos estudantes ou garantia de distanciamento agudo (reforçado pela redução dos estudantes por sala e alternância no horário escolar), o uso obrigatório da máscara foi dispensado. Países que reabriram de maneira satisfatória adotaram mais medidas para garantir o distanciamento social do que para monitorar casos ativos de COVID-19 (como checagem de temperatura).

A checagem de temperatura foi adotada igualmente em países com abertura satisfatória e insatisfatória, de maneira que não foi possível inferir seu impacto na contenção da contaminação em ambientes escolares.

A redução da jornada escolar (redução da carga horária diária, ou alternância de dias letivos) e diferenciação de horários para entrada e saída foram medidas adotadas em alguns países. Elas são



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

especialmente interessantes, pois têm um impacto além do ambiente escolar – evitando aglomeração nos meios de transporte e a gerada pelos pais no momento de chegada/saída dos estudantes.

Todos os países analisados que reduziram o número de estudantes por sala tiveram reabertura satisfatória. Esse pode ser um indicativo de que a redução do número de estudantes poderia ajudar no controle do contágio intraescolar. Outra variação desse modelo são os *clusters* ou *cohorts*, nos quais os estudantes ficam em uma única turma, sempre com o mesmo professor³³. Não houve testagem em massa para professores ou estudantes em nenhum dos países analisados. Os testes eram oferecidos normalmente para indivíduos que estavam com sintomas ou tiveram contato com alguém – sendo que em muitos casos, o teste era fornecido pelo próprio governo. Na Alemanha, no estado da Pomerânia, onde houve fechamento de escolas, testes foram fornecidos gratuitamente para professores, estivessem eles com sintomas ou não

Importante ressaltar que as medidas sempre devem ser analisadas em conjunto e de acordo com o contexto do país, pois nenhuma medida isolada se provou imprescindível para a reabertura satisfatória.

4.2 NO BRASIL

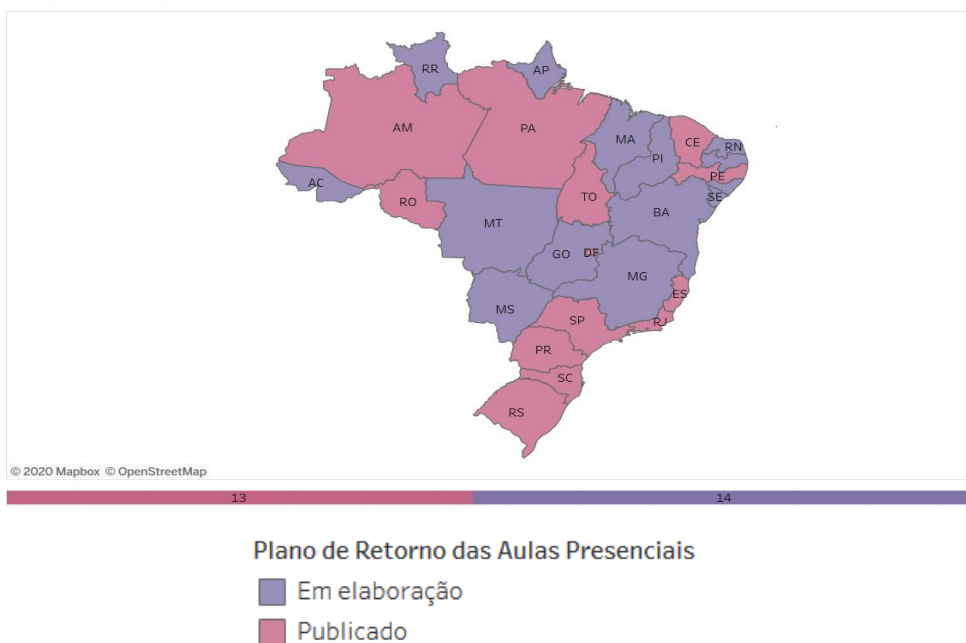
No Brasil, poucos dias após a OMS declarar a pandemia do novo coronavírus, escolas públicas e particulares de todo o país suspenderam suas atividades. Desde então, passaram-se meses, e o país vem dando passos lentos para o retorno às atividades – atualmente a maioria dos estados segue sem aulas presenciais. O Ministério da Saúde divulgou um documento com orientações para a retomada das aulas, mas o manual serve apenas para orientar as ações das escolas. A decisão pelo retorno efetivo às aulas é de responsabilidade dos estados e municípios. De acordo com o mapa abaixo, cerca de metade dos estados brasileiros ainda não tem um plano de retorno das aulas presenciais publicado.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Plano de retorno nos estados

Plano de Retorno



Fonte: <http://educacaoecoronavirus.com.br/consulte-o-levantamento/>. Outubro/2020.

4.2.1 Experiência do Estado do Amazonas

No estado do Amazonas, um total de 4.520 professores e 106.294 mil alunos do Ensino Médio da rede pública estadual participou do retorno às aulas presenciais, em Manaus, no dia 10 de agosto, após uma consulta pública, em que mais de 80 mil pais, responsáveis e servidores foram ouvidos pelo governo. Os dados evidenciaram que 82% dos pais e responsáveis e 97% dos profissionais da educação eram a favor do ensino híbrido. Com relação às medidas necessárias para o retorno às aulas presenciais, a comunidade escolar assinalou as seguintes alternativas: distanciamento, escalonamento para horários de intervalos e saída; uso de máscaras pelos profissionais e estudantes; medição de temperatura diária na entrada das escolas; disponibilização de mais pias e totens de gel; redução da quantidade de alunos nas salas de aulas; e apoio psicológico aos estudantes.

O Plano de Retorno foi publicado e apresentou todos os protocolos e orientações de segurança em saúde, além de explicar a maneira como ocorreria a volta às aulas, de forma gradativa e escalonada, utilizando-se de um ensino híbrido (atividades presenciais e remotas). Além do Plano de Retorno, a secretaria desenvolveu frentes de trabalho, desde a readequação do calendário escolar, a avaliação da aprendizagem do ensino remoto e formação dos profissionais da educação, até políticas de combate ao abandono escolar.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Para o retorno das aulas presenciais, o Governo do Estado investiu mais de R\$ 10 milhões na aquisição de materiais e insumos para a prevenção e combate ao coronavírus no ambiente escolar, sendo esse recurso utilizado na aquisição de máscaras de pano, EPIs, álcool em gel 70% e tapetes sanitizantes, dentre outros itens, além da adequação da infraestrutura nas escolas da rede estadual, com a instalação de pias e ajustes das instalações hidráulicas.

De acordo com o Plano de Retorno, a volta às aulas presenciais da rede pública estadual de ensino do estado seria de maneira gradativa e escalonada, inicialmente em 123 escolas da capital, totalizando cerca de 110 mil alunos, com a execução de todas as medidas de prevenção, conforme protocolo da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), e com lotação das salas limitada a 50% da capacidade.

Prevista também a busca ativa de estudantes das escolas estaduais de Manaus. A iniciativa tem como objetivo assegurar o retorno, por meio do contato (via ligação telefônica e redes sociais) com as famílias e estudantes maiores de idade, daqueles alunos que, por algum motivo, não estavam acompanhando as transmissões do “Aula em Casa”, durante o período de isolamento social ocasionado pela Covid-19.

Na primeira semana de aulas, as escolas estaduais das zonas norte e leste da capital tiveram 77% de comparecimento dos alunos. Em Manaus, todas as 123 escolas de Ensino Médio da rede pública estadual seguem com as atividades presenciais mantidas.

De acordo com informações da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), até o dia 21/08, 534 servidores de 64 unidades de ensino foram testados, sendo que 162 testaram positivo para Covid-19, dos quais 139 com IgM e IgG positivos. Conforme estabelecido no protocolo de retomada das aulas presenciais, os profissionais que testaram positivo foram afastados para o período de isolamento necessário. Importante esclarecer que nem todas as escolas contavam com os insumos previstos para um retorno seguro às salas de aula, como tapete para higienização e até mesmo papel higiênico nos banheiros.

A FVS-AM e a Secretaria de Estado de Educação testaram mais 5.154 servidores da educação da rede pública estadual, que atuam no Ensino Médio, para Covid-19. Segundo os dados do relatório do órgão responsável pelas testagens e monitoramento do novo coronavírus no estado, 94,1% tiveram resultado negativo ou positivo com presença de anticorpos. Esse número representa 4.849 dos testes realizados.

4.2.2 Experiência do Estado do Paraná

A Secretaria da Educação e do Esporte do Paraná (SESA) oficializou um Comitê de retorno das aulas presenciais no pós-pandemia. Estão envolvidos no Comitê, além da Secretaria da Educação e da



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Casa Civil, as secretarias da Saúde e do Planejamento, além dos representantes de escolas particulares e professores.

O Comitê Voltas às Aulas definiu o COMO será o retorno. O QUANDO será definido pela Secretaria de Saúde, com base no desenvolvimento da pandemia.

Nesse intervalo de tempo, a SESA está definindo uma metodologia para determinar, por regionais, quais locais poderão voltar às aulas e quais não podem, com base no avanço ou não da pandemia. Importante destacar ainda que Protocolo determina que pais sejam consultados. Pais que não quiserem que filhos retornem para aulas presenciais podem continuar exclusivamente no Ensino Remoto, uma vez que a vontade das famílias será respeitada.

Em 16 de novembro, a Prefeitura Municipal de Curitiba autorizou a retomada das aulas presenciais para crianças de até 10 anos de idade, nas escolas particulares, obedecendo aos protocolos de segurança.

Em Cascavel, no oeste do Paraná, alunos das séries iniciais do ensino fundamental de escolas particulares, retomaram as aulas presenciais no dia 19 de outubro. Segundo a prefeitura, apenas escolas que apresentaram um protocolo de retorno puderam receber alunos novamente.

Entre as medidas, os alunos devem manter distanciamento e usar máscaras. A entrada das escolas deve acontecer de forma escalonada, e os estudantes devem ter a temperatura aferida. Nas salas de aula, devem haver demarcações para que as mesas fiquem distantes umas das outras. Os colégios também devem disponibilizar ensino totalmente *online* aos alunos que preferiram não retomar as atividades presenciais.

Também em Londrina, duas das 54 escolas particulares filiadas ao Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Ensino do Estado do Paraná (Sinepe), com autorização do Tribunal de Justiça do Paraná (TJ-PR), retomaram as atividades presenciais. Obedecendo protocolos de higiene, e com autorização dos pais, alguns alunos do ensino infantil e fundamental voltaram às salas de aula do dia 19 de outubro.

4.2.3 Outras experiências

Em Belo Horizonte, o Colégio Militar retomou as aulas presenciais no dia 2 de outubro. Em quinta liminar referente ao caso, a Justiça Federal determinou, no dia 28 de setembro que as aulas poderiam ser retomadas. De acordo com a decisão, a escola tomou providências para evitar proliferação do coronavírus e a presença dos alunos é facultativa porque há possibilidade de aulas remotas.

Na nota enviada à imprensa, o Colégio Militar, que pertence ao Exército Brasileiro, afirmou que “reúne excelentes condições para o retorno com segurança de seus alunos às atividades presenciais” e



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

que as atividades voltam “segundo um planejamento minucioso e atendendo aos protocolos sanitários previstos no contexto da pandemia”.

O efeito do fechamento de escolas na transmissão do SARS-CoV-2 é globalmente e amplamente desconhecido, mas o efeito do fechamento de escolas na saúde e no bem-estar das crianças foi bem documentado e pesquisado ao longo dos anos, após pandemias de influenza e fechamentos de escolas durante os meses de verão.

5. RECOMENDAÇÕES SANITÁRIAS PARA O RETORNO SEGURO ÀS ATIVIDADES PRESENCIAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Conforme orientações do Centro de Controle e Prevenção de Doenças Americano (*Center for Disease Control and Prevention – CDC*)³⁴, a reabertura de escolas deve se dar do modo mais seguro e rápido possível, dados os muitos benefícios conhecidos e comprovados do aprendizado presencial. Para viabilizar isso e auxiliar as escolas em seu dia-a-dia, é importante adotar e implementar diligentemente ações para retardar a disseminação do COVID-19 dentro da escola e na comunidade. A vigilância para essas ações irá moderar o risco de transmissão na escola, independentemente da carga comunitária subjacente - com o risco sendo menor se a transmissão na comunidade for baixa e houver fidelidade à implementação de estratégias comprovadas de mitigação.

Quanto ao risco relacionado à situação epidemiológica na comunidade, o CDC propôs uma tabela de indicadores³⁵ (ANEXO A):

³⁴ Centers for Disease Control and Prevention – CDC. **Indicators for Dynamic School Decision-Making. Atualizado em 29 de outubro. Operating schools during COVID-19: CDC's Considerations.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/schools.html>, acesso em 08/12/2020.

³⁵ Centers for Disease Control and Prevention – CDC. **Indicators for Dynamic School Decision-Making.** Atualizado em 15 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/indicators.html>, acesso em 08/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Table of Indicators

Indicators	Lowest risk of transmission in schools	Lower risk of transmission in schools	Moderate risk of transmission in schools	Higher risk of transmission in schools	Highest risk of transmission in schools
Core indicators					
Number of new cases per 100,000 persons within the last 14 days*	<5	5 to <25	25 to <50	50 to <100	>100
Percentage of RT-PCR tests that are positive during the last 14 days**	<2%	2% to <5%	5% to <10%	10% to <15%	>15%
Ability of the school to implement 5 key mitigation strategies: • Consistent and correct use of masks • Social distancing to the largest extent possible • Hand hygiene and respiratory etiquette • Cleaning and disinfection • Contact tracing in collaboration with local health departments Schools should adopt the additional mitigation measures outlined below to the extent possible, practical and feasible.	implemented all 5 strategies correctly and consistently	implemented all 5 strategies correctly and consistently	implemented all 5 strategies correctly and consistently	implemented all 5 strategies correctly and consistently	implemented all 5 strategies

CDC indicators and thresholds for risk of introduction and transmission of COVID-19 in schools

Em geral, o risco de propagação do COVID-19 nas escolas aumenta à medida que se avança da aprendizagem virtual para a híbrida e, desta, para a presencial. O risco é moderado para aprendizagem híbrida e presencial e depende das estratégias de mitigação implementadas e da adesão e extensão com que essas são seguidas. As ações mais importantes para os administradores escolares tomarem antes de reabrir serviços e instalações presenciais são o planejamento e a preparação.

Independentemente do número de casos em uma comunidade, cada escola deve ter um plano em vigor para proteger os profissionais, estudantes e suas famílias da disseminação do COVID-19 e um plano de resposta em vigor para o caso de um aluno, professor ou membro da equipe testar positivo para COVID-19. Este plano deve ser desenvolvido em colaboração com a vigilância em saúde local e a comunidade escolar.

Professores, funcionários, pais, líderes estudantis e outras partes interessadas da comunidade (por exemplo, associações de pais e mestres, centros de saúde, etc.) devem estar envolvidos no desenvolvimento de um Plano de Operações de Emergência (POE). Segundo o CDC, algumas das estratégias que os administradores escolares devem considerar ao desenvolver seu POE, são:

- Protocolo para monitorar dados da COVID-19 na comunidade para acompanhar o nível de transmissão na comunidade, tomar decisões sobre mudanças nas estratégias de mitigação e ajudar a determinar se o fechamento de escolas pode ser necessário. Isso deve incluir a revisão diária dos dados oficiais de saúde pública para a comunidade ao redor da escola.
- Sistemas de compartilhamento de informações (por exemplo, e-mail da escola para os pais ou protocolos de mensagens de texto, reuniões virtuais periódicas com pais/professores, etc.) com a escola e parceiros da comunidade e principais interessados.
- Estratégias de mitigação para promover comportamentos saudáveis que reduzam a disseminação de COVID-19, mantenha ambientes e operações escolares saudáveis e planeje o que fazer se um aluno, professor ou funcionário ficar doente.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

- Critérios transparentes, estabelecidos junto com as autoridades sanitárias locais, para suspensão do aprendizado presencial para interromper ou desacelerar a disseminação do COVID-19, bem como critérios transparentes para quando retomar o aprendizado presencial.
- Estratégias para atender a necessidades especiais dos alunos (como educação continuada, programas de alimentação e outros serviços) incluindo a estratégia para caso o aprendizado presencial seja suspenso ou se um aluno precisar se isolar como resultado de um diagnóstico ou exposição a SARS-CoV-2.

Ainda segundo o CDC, as escolas devem considerar a implementação de várias estratégias para encorajar comportamentos que reduzam a disseminação de COVID-19, tais como:

- Cronograma para aumentar a frequência de limpeza e desinfecção de rotina;
- Incentivar ativamente os funcionários e alunos que estão doentes ou que tiveram contato próximo (menos de 1,5 metros por quinze minutos ou mais) com uma pessoa com COVID-19 a ficar em casa;
- Funcionários e alunos devem ficar em casa se o teste for positivo ou se apresentarem sintomas de COVID-19;
- Funcionários e alunos que recentemente tiveram contato próximo com uma pessoa com COVID-19 também devem ficar em casa para monitorar a saúde.

Além das recomendações acima, de acordo com o CDC devem ser reforçados os procedimentos para higiene das mãos, etiqueta respiratória e uso correto de máscaras por alunos e funcionários da escola.

Embora o uso de máscaras seja fortemente encorajado para reduzir a disseminação da COVID-19, o CDC reconhece que há casos específicos em que esse uso pode não ser viável. Nesses casos, pais, responsáveis, cuidadores, professores, funcionários e administradores da escola devem considerar adaptações e alternativas sempre que possível.

Quanto à infraestrutura das escolas, o CDC também recomenda certificar se há pias acessíveis e suprimentos suficientes para as pessoas higienizarem as mãos e cobrirem a tosse e os espirros. Os suprimentos incluem sabonete, toalhas de papel, lenços, desinfetante para as mãos com pelo menos 60 por cento de álcool, lenços desinfetantes, máscaras (conforme viável) e latas de lixo sem toque, do tipo pedal (de preferência cobertas).

Além disso, devem ser adotados métodos de comunicação acessíveis para a propagação de alertas de medidas de proteção diárias e redução da disseminação da COVID-19.

O Protocolo de Limpeza e desinfecção dos ambientes, de acordo com o CDC inclui:

- Limpeza e desinfecção das superfícies tocadas com frequência (por exemplo, equipamentos de playground, maçanetas, maçanetas de pia, bebedouros) dentro da escola e nos ônibus



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

escolares pelo menos diariamente ou entre o uso tanto quanto possível. O uso de objetos compartilhados (por exemplo, equipamentos de ginástica ou de educação física, materiais de arte, brinquedos, jogos) deve ser limitado, quando possível, ou limpo entre o uso;

- Cronograma para aumentar a frequência de limpeza e desinfecção de rotina;
- Garantia do uso e armazenamento seguros e corretos de produtos de limpeza e desinfecção, incluindo o armazenamento seguro de produtos químicos, longe do alcance das crianças.

Quanto à ventilação dos espaços, deve-se considerar atualizações ou melhorias no sistema de ventilação e outras etapas para aumentar o fornecimento de ar limpo e diluir contaminantes potenciais na escola. Nesse caso, certificar-se de que os sistemas de ventilação operem adequadamente e forneçam uma qualidade de ar interno aceitável para o nível de ocupação atual de cada espaço e aumentar o suprimento total de fluxo de ar para os espaços ocupados, quando possível.

Em áreas onde seja difícil para os indivíduos permanecerem a pelo menos 1,5 de distância (por exemplo, mesas de recepção), devem ser instaladas barreiras físicas, como proteções contra espirros e divisórias.

O CDC também emitiu recomendações para a realização das refeições nas escolas, como a disponibilização dos alimentos em embalagens individuais ou pré-embalados e de não utilização de refeitório comunitário, preferindo, nesse caso, realizar as refeições ao ar livre ou nas salas de aula com o devido distanciamento individual.

Além de todas essas recomendações, o CDC enfatiza a necessidade de proteções para crianças e funcionários de maior risco para COVID-19, por exemplo, oferecendo o teletrabalho ou aprendizagem virtual.

O CDC sugere a divisão de alunos e professores em pequenos grupos para a realização das atividades escolares de forma que haja uma interação mínima ou nenhuma interação entre os grupos. Isso pode ocorrer, por exemplo com o desenvolvimento da programação em horários alternados entre os grupos ou em alternância da aprendizagem virtual e presencial (aprendizagem híbrida).

O CDC ressalta a importância de que as escolas considerem a implementação de várias estratégias de preparação para quando alguém está doente com COVID-19 que incluem:

- Aconselhamento de funcionários e famílias de alunos doentes com COVID-19 sobre os critérios de isolamento de casa;
- Certificação de que os funcionários e as famílias saibam quando devem ficar em casa;
- Isolamento e transporte dos alunos que desenvolverem sintomas durante a escola;
- Limpeza e desinfecção das áreas utilizadas pela pessoa doente;
- Notificação do centro de saúde de referência para encaminhamento de possíveis infectados rastreio dos contatos.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)³⁶ também divulgou documento no qual indica as condições mínimas a serem cumpridas para garantir um retorno seguro às aulas por crianças e adolescentes. O foco recai sobre a proteção da saúde física e mental dos alunos da rede pública e privada de ensino, seus familiares, professores e demais profissionais envolvidos.

Entre as medidas recomendadas pela entidade estão a adoção de um modelo híbrido, combinando aulas presenciais e remotas, de forma a garantir o direito de acesso ao ensino à distância para alunos de grupos de maior risco, assim como às famílias que, por insegurança, optarem por manter as crianças em casa. Mesma prerrogativa deve ser oferecida a professores e funcionários das escolas.

Para aulas presenciais, a SBP defende o uso obrigatório de máscaras por crianças em idade apropriada, a divisão dos alunos em turmas menores, o distanciamento social, a proibição de aglomerações e a restrição da entrada de familiares na escola. Além dessas, devem ser mantidas as medidas básicas de prevenção à Covid-19, como a higienização frequente das mãos e superfícies; o uso de garrafas de água próprias pelos alunos; a adoção de maior espaçamento entre os estudantes em sala de aula (com um a dois metros de distância entre as cadeiras) e a preferência por atividades ao ar livre ou em ambientes arejados e ventilados dentro da unidade escolar.

Essa entidade recomenda que as escolas estejam preparadas para fazer uma triagem de sinais e sintomas indicativos da doença (como febre, tosse e outras manifestações respiratórias e gastrointestinais), com a orientação de familiares para que a escola seja comunicada com rapidez; assim como que sejam reservados espaços para acolher alunos que manifestarem sintomas durante o período de aulas. Ainda, devem ser disponibilizados testes diagnósticos virológicos para as crianças sintomáticas nas unidades de saúde locais.

Para avaliar a implementação dessas medidas, a SBP sugere a criação de comitês para a realização de visitas em que seriam conferidos pontos como, número de banheiros, disponibilidades de pias, capacidade física das salas de aula, e a adoção de protocolos de higiene baseados em consensos rigorosos para funcionários, professores e alunos.

De qualquer modo a SBP considera que existem lacunas em evidências científicas, que não permitem recomendações isentas de incertezas, e reconhece a inexistência de fórmulas únicas para atender às necessidades locais e regionais. Portanto, a SBP ressalta que qualquer opção - voltar às aulas ou manter somente atividades remotas - está sujeita a riscos, alguns potenciais ou eventuais e outros claros e inquestionáveis.

³⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19.** Disponível em: Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19, acesso em 08/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Já o protocolo sanitário de retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia da COVID-19 divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais- SES/MG³⁷, no mês de setembro de 2020, traz definições como, por exemplo, recomendações de inspeção sanitária para reabertura de escolas, critérios mínimos para retomada das aulas presenciais, orientações para os trabalhadores do ambiente escolar, metragem para o fluxo de entrada nas escolas, transporte escolar.

Em situações de casos e surtos no ambiente escolar o protocolo da SES/MG descreve orientações para suspensão temporária das aulas presenciais:

Situação 1 – Caso se constate a ocorrência de um ou mais casos suspeitos ou confirmados no qual os envolvidos convivam na mesma sala de aula e não tenham tido contato com outras turmas, as aulas presenciais, nessa sala, serão suspensas por duas semanas (14 dias) e todos os contatos próximos deverão ser monitorados durante esse período;

Situação 2 – Caso se constate a ocorrência de um ou mais casos suspeitos ou confirmados no qual os envolvidos sejam de salas diferentes ou tenham tido contato com outras turmas no mesmo turno escolar, as aulas presenciais do turno escolar serão suspensas por duas semanas (14 dias) e todos os contratos próximos deverão ser monitorados durante esse período;

Situação 3 – Caso se constate a ocorrência de um ou mais casos suspeitos ou confirmados no qual os envolvidos sejam de salas diferentes ou tenham tido contato com outras turmas/turnos, as aulas presenciais na escola serão suspensas por duas semanas (14 dias) e todos os contatos próximos deverão ser monitorados durante esse período.

Contudo, o protocolo da SES/MG não contempla um planejamento de testagem diagnóstica para monitorização de contatos.

A Prefeitura de BH (PBH)³⁸ também publicou protocolos de funcionamento das escolas no município, do ensino infantil ao superior. Eles valem para escolas estaduais, municipais e particulares que funcionem no município. Em todos os níveis de educação, o turno de aulas deverá ser de, no máximo, quatro horas e, no caso do ensino infantil ao médio, cada turma poderá ter até 12 estudantes, respeitando o distanciamento de pelo menos 2m entre cada um. Os protocolos também exigem mudanças na estrutura dos banheiros e trazem regras específicas para a educação infantil. Os protocolos, não excluem, no entanto, uma avaliação prévia da situação epidemiológica da comunidade. Para tanto, o

³⁷ SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG. **Protocolo sanitário de retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia da Covid-19.** Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/Secret%C3%A1rio_-_Protocolo_sanit%C3%A1rio_aulas_publica%C3%A7%C3%A3o_-_JP.pdf, acesso em: 08/12/2020.

³⁸ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo De Funcionamento 1 2 – Escolas (Ensino Infantil, Fundamental E Médio).** Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/2020/protocolos-escolas-v.-16-11-2020.pdf>, acesso em 08/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Comitê de Enfrentamento a Covid-19 da PBH, na Nota Técnica 002/2020, aponta as recomendações do CDC, dentre os quais, está o monitoramento da taxa de incidência, o percentual de positividade dos testes RT-PCR e a adoção de medidas individuais e coletivas de higiene e indica a taxa de incidência como a de mais fácil operacionalização.

Por fim, embora nenhum dos protocolos acima, estadual ou municipal, cite a realização de testes de Covid-19 na comunidade escolar, é importante enfatizar a orientação contida no protocolo da PBH de Construir interlocução com o Centro de Saúde ou Gerências Regionais de Saúde, próximos à instituição, para orientação e encaminhamento de casos suspeitos.

6. RECOMENDAÇÕES SANITÁRIAS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR, QUANTO AO RETORNO DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO AO TRABALHO PRESENCIAL

As medidas sanitárias de proteção são imprescindíveis para a contenção da contaminação pelo Novo Coronavírus: lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou álcool em gel e cobrir a boca com o antebraço quando tossir ou espirrar (ou utilize um lenço descartável e, após tossir/espirrar, jogue-o no lixo e lave as mãos). É importante manter-se a pelo menos 1 metro de distância das outras pessoas. Quando o distanciamento físico não é possível, o uso de uma máscara também é uma medida de proteção.

Foram confirmados no mundo 69.143.017 casos de COVID-19 (692.166 novos em relação ao dia anterior) e 1.576.516 mortes (13.141 novas em relação ao dia anterior) até 11 de dezembro de 2020. Na Região das Américas, 18.163.379 pessoas que foram infectadas pelo novo coronavírus se recuperaram, conforme dados de 11 de dezembro de 2020. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS estão prestando apoio técnico ao Brasil e outros países, na resposta ao surto de COVID-19.³⁹

As condições informadas pelas autoridades sanitárias municipais e orientações de medidas de restrição à circulação de pessoas devem ser sempre levadas em conta. Dentre os vários indicadores e situações, alguns deles são importantes para que se avalie o controle efetivo da pandemia em um determinado território:

- Medidas de apoio financeiro do poder público às populações mais desfavorecidas economicamente;

³⁹ OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa COVID-19** - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Atualizada em 11 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#trabalho>, acesso em 12/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

- Meios de transporte coletivo em abundância para se evitar aglomerações e observação de proteção aos condutores, cobradores, fiscais e outros trabalhadores do ramo;
- Forte ação de informação sobre o benefício do uso de máscaras em locais públicos e sobre o seu uso correto;
- Medidas efetivas de manutenção do emprego e de estabelecimento de trabalho remoto sempre que possível;
- Manutenção do máximo de isolamento físico e de restrição de circulação de pessoas, seja por atividades de trabalho, de compras ou de lazer, particularmente em recintos fechados;
- Médias móveis de mortes com tendência de declínio, considerando-se a margem de variação de $\pm 15\%$ dentro do período dos últimos 14 ou mais dias;
- Nível de transmissibilidade do município ou região, traduzida pelo Re ou Rt^{40} , que expressa o número efetivo de reprodução da infecção, que deverá estar menor que 1, por duas ou mais semanas.

Segundo o Ministério Público do Trabalho, os planos e/ou autorizações para retomada das atividades presenciais nos estabelecimentos de ensino privados e públicos devem seguir medidas de garantia da proteção à saúde e aos demais direitos fundamentais dos profissionais de educação e demais trabalhadores das escolas, durante o período da pandemia da doença infecciosa COVID-19.

De acordo com as orientações do Ministério Público do Trabalho, a elaboração, o planejamento e a organização dos planos/autorizações de retomada, por meio de comitês ou outras instâncias consultivas instauradas no âmbito municipal ou estadual, deverão contemplar a representação tanto das entidades classistas patronais privadas, como também de representantes dos sindicatos das categorias de trabalhadores do setor de educação.

Os Planos e Autorizações de retomada das atividades escolares presenciais deverão observar as Normas Regulamentadoras de saúde e segurança do trabalho e todas as medidas de vigilância em saúde necessárias para resguardar a saúde dos trabalhadores.

Diante da possibilidade da retomada gradual das atividades presenciais, nas escolas, com a manutenção parcial das atividades remotas de ensino à distância ou do trabalho remoto de caráter administrativo ou de outra natureza, orienta-se que a programação e planejamento devam observar os

⁴⁰ O Re ou Rt nos diz o número de indivíduos que serão contaminados a partir de um indivíduo infectado que servirá como fonte do agente infeccioso. O Re ou Rt é calculado quando se tem uma população não vacinada, sem contato prévio com o patógeno e quando não há formas de controlar sua dispersão. O “novo coronavírus” SARS-CoV-2 se encaixa nestes pré-requisitos. Re ou Rt menor que 1: significa que cada indivíduo infectado gerará menos que um outro indivíduo infectado; Re ou Rt igual a 1: cada indivíduo infectado causa uma nova infecção; Re ou Rt maior que 1: cada indivíduo infectado causa mais que uma nova infecção, isto é, infecta mais que um indivíduo.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

termos da Nota Técnica Conjunta número 11/2020 do Ministério Público do Trabalho⁴¹, que trata da defesa da saúde e demais direitos fundamentais de professoras e professores no trabalho por meio de plataformas virtuais e/ou em home office, durante o período da pandemia da COVID 19.

Deverão ser programadas ações e medidas necessárias para que seja estabelecido o rodízio entre os profissionais de limpeza, portaria, recepção, auxiliares de educação e professores que prestarão suas atividades de forma presencial, fixando-se preferencialmente um regime híbrido de prestação de serviços presencial e remoto.

Todos os locais de trabalho devem ter um protocolo, elaborado com a participação de trabalhadores, devendo ser revisto periodicamente por um comitê misto, de representantes da empresa e de trabalhadores, de acordo com as necessidades e o avanço de conhecimento sobre o vírus. A participação ativa dos trabalhadores, que conhecem a atividade real de trabalho nos seus detalhes, contribui significativamente para o sucesso de medidas preventivas. As informações e orientações devem ser de amplo conhecimento de todos e contemplar vários aspectos, dentre os quais:

- Edificações e veículos de transporte de uso comum (trens, ônibus, vans): mudanças estruturais devem ser feitas para que haja uma adequada ventilação, com taxa de renovação de ar dimensionada ao volume, do ambiente e aos ocupantes, disposição de postos de trabalho distantes pelo menos 2 metros um do outro, áreas de circulação livres, entre outros aspectos.
- Ventilação (fluxo de ar externo para dentro de um edifício e veículos e suas saídas): deve ser adequada para remover e diluir poluentes e agentes infecciosos presentes e para manter adequada a umidade do ar.
- Ventilação adequada: pode ser natural ou com auxílio de uso de equipamentos mecânicos ou mista, e deve ser projetada em conformidade com as dimensões do ambiente e número de pessoas fixas e flutuantes no local.
- Manutenção da umidade ambiental: a umidade relativa do ar deve ser mantida, se necessário, com umidificação artificial, ao redor de 60%.
- Monitoramento individual: todos os trabalhadores devem ser esclarecidos sobre a importância do aparecimento de sintomas compatíveis com COVID-19, sendo-lhes garantido o isolamento físico devidamente remunerado, assim como a confirmação diagnóstica por meio do teste de identificação do vírus (RT-PCR ou similar), no período de 3 a 7 dias desde o aparecimento do

⁴¹ MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Procuradoria Geral do Trabalho. Nota Técnica GT Covid-19 11/2020. Nota Técnica para a atuação do Ministério Público do Trabalho na defesa da saúde e demais direitos fundamentais de professoras e professores quanto ao **trabalho por meio de plataformas virtuais e/ou em home office** durante o período da pandemia da doença infecciosa COVID-19. Disponível em: <file:///Users/flavia/Downloads/PGT.MPT-NOTA-TE%CC%81CNICA-11-PROFESSORES-AS-1.pdf>, acesso em 08/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

quadro clínico. Enquanto não houver o devido esclarecimento, o isolamento deve ser mantido, assim como deve-se proceder à busca ativa de contactantes no trabalho e nos domicílios. Esse monitoramento deve se estender aos familiares.

- Instalação de aparatos e dispositivos de isolamento físico em áreas de maior circulação: anteparos de acrílicos para postos de recepção, portarias, guaritas.
- Sinalização: as áreas devem ser sinalizadas de maneira que se evitem aglomerações, com marcações no piso e cartazes de alerta em elevadores, sanitário, portarias e demais áreas comuns.
- Reorganização do trabalho e jornadas: essas medidas devem ser adotadas, seja com redução do tempo de permanência e/ou alternância de equipes, de maneira que a necessidade de movimentação dos trabalhadores seja restrita e aglomerações sejam evitadas no trajeto, na entrada, na saída e nas áreas comuns.
- Higienização e desinfecção periódica dos banheiros, lavatórios, vestiários e refeitórios, carteiras escolares, mesas e outras superfícies de trabalho, antes da abertura e após o fechamento das atividades escolares e, no mínimo, a cada três horas.
- Higienização e desinfecção dos prédios e salas de aula, em especial superfícies tocadas por muitas pessoas, como maçanetas, interruptores e corrimões, antes do início das aulas de cada turno.
- Higienização de materiais e equipamentos que necessitem ser compartilhados, como impressoras, computadores e livros, evitando-se, o máximo possível, o compartilhamento de objetos e estações de trabalho.
- Equipamentos e instrumentos de trabalho: devem ser higienizados com álcool 70 sempre que haja troca de usuário e o compartilhamento deve ser evitado sempre que possível.
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) com Certificado de Aprovação (CA), definidos no PPRA: kits de máscaras devem ser providenciados para todos os trabalhadores em número suficiente para que trocas possam ser feitas de 4 em 4 horas ou sempre que ficarem úmidas ou sujas. Protetores faciais devem ser providenciados para os trabalhadores de portaria ou em outras situações de contato com o público.
- Fornecimento de sabão e toalhas de papel em todos os banheiros, lavatórios, vestiários e áreas de convivência do estabelecimento escolar, como quadras esportivas e lanchonetes.
- Disponibilização de álcool gel e lixeiras nos ambientes escolares, observada a necessidade de lixeiras específicas para o descarte de máscaras.

Deverão ser tomadas medidas de Vigilância em Saúde do Trabalhador, como a busca ativa dos casos, para prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos casos de infecção pelo SARS-CoV-2 de



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

seus empregados, trabalhadores terceirizados, fornecedores e visitantes. Garantir o imediato afastamento das atividades dos profissionais com sintomas relacionados à COVID-19, nos termos do art. 2º da portaria 454 MS/GM, de 20/03/2020, com vistas a evitar a caracterização do crime previsto no art. 132 do Código Penal, que consiste na “*exposição da vida ou da saúde de outrem a perigo direto e iminente*”. Deverá ser criado protocolo para atendimento e encaminhamento de casos suspeitos e confirmados ao CEREST (Centro de Referência de Saúde do Trabalhador) e à Vigilância Epidemiológica. Fazer a comunicação dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19 à Vigilância Epidemiológica Municipal, sem prejuízo da notificação, pelo profissional de saúde designado pelo empreendimento escolar, dos casos de COVID-19 ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN). Revisar, com a participação dos representantes dos trabalhadores na CIPA ou com outros representantes dos trabalhadores, quando não houver CIPA, os Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), com registro do novo risco biológico SARS-CoV-2 e inserir nos Programas, capítulo específico sobre o Plano de contenção e prevenção de infecção pelo SARS-CoV-2, o qual deverá conter, entre outras medidas.

A literatura científica tem identificado populações com determinadas características e condições de saúde com maior risco de evoluírem para quadros graves, quando infectadas por SARS-CoV-2. São elas:

- a) Idade acima de 60 anos: fator relevante na gravidade do quadro clínico, maiores possibilidades de evoluir para quadros graves e maior risco de mortalidade;
- b) Gestantes: além de existirem evidências de que a gestante compõe um dos grupos suscetíveis a evoluírem para um quadro mais grave de COVID-19, por mudanças imunológicas próprias desse estado de saúde;
- c) Pessoas com neoplasias têm maior risco de terem quadros de COVID-19 graves;
- d) Pessoas com doenças crônicas como diabetes, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma moderada e grave, doença cardiovasculares, entre elas a hipertensão arterial, apresentam maior risco de acometimentos graves e de óbitos.

Estudos indicam de forma consistente que a quarentena a ser observada por indivíduos que estiveram expostos a pessoas infectadas, ou suspeitas de estarem, é importante para a redução da incidência (redução de 44% a 80%) e da mortalidade (redução de 31% a 63%) da doença, comparada a não adoção de medidas durante a pandemia de COVID-19. Assim, aos trabalhadores que tiveram contato com pessoas infectadas ou suspeitas no trabalho ou trajeto, deve ser garantida pela empresa a manutenção do afastamento do trabalho por 14 dias.⁴²

⁴² SANTOS, Ubiratan de Paula, Maeno Maria. **CUIDADOS COM A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**. Disponível em:



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

O desafio para o Ministério da Educação (MEC) é estabelecer as diretrizes com medidas de biossegurança, higienização e monitoramento para retorno das atividades escolares presenciais no país estando a pandemia em diferentes estágios. As decisões devem ser tomadas por estados e municípios considerando a saúde pública, os benefícios e riscos para a comunidade escolar e outros fatores, precisam levar em conta os interesses e manifestações dos estudantes, dos professores e de todos os trabalhadores e profissionais da educação, utilizando as melhores evidências disponíveis.

As políticas das escolas devem ser flexíveis, com estratégias que possam ser revisadas e adaptadas com uma estreita Comunicação entre as autoridades de saúde pública.

É imperiosa adoção de medidas para a reabertura das escolas, com a inclusão dos professores, visando manter a saúde de todos os profissionais envolvidos.

Devem ser implementados critérios de atenção para o bem-estar psicológico e socioemocional para toda a comunidade. As autoridades precisam garantir que os professores e toda a equipe recebam apoio psicossocial contínuo para alcançar seu bem-estar socioemocional. Isso será especialmente crítico para os professores encarregados de fornecer o mesmo apoio aos alunos e famílias. Dever ser feita inclusão de professores e suas organizações representativas nas discussões sobre o retorno à escola. As organizações devem estar envolvidas para identificar os principais objetivos da educação, reorganizar os currículos e alinhar a avaliação com base no calendário escolar revisado. Devem ainda ser consultados sobre questões relacionadas à reorganização da sala de aula. Os trabalhadores do grupo de risco para o desenvolvimento das formas graves da Covid-19, como cardiopatias, doenças pulmonares crônicas, gestantes, portadores de doenças imunossupressora e maiores de 60 anos devem permanecer em isolamento social, não sendo recomendado o retorno presencial.

É imprescindível prover melhores condições de trabalho para todas as pessoas que trabalham nas escolas. Os professores e suas organizações representativas devem ser incluídos no diálogo sobre o desenvolvimento de estratégias de recrutamento rápido, respeitando as qualificações profissionais mínimas e protegendo os direitos e as condições de trabalho dos professores.⁴³

<http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/cuidados-com-a-saude-dos-trabalhadores-no-contexto-da-pandemia-de-covid-19-por-ubiratan-de-paula-santos-e-maria-maeno/>, acesso em 06/12/2020.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Contribuições para o retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia Covid-19**. Ano 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/contribuicoes_para_o_retorno_escolar_-_08.09_4_1.pdf>. Acesso em 06/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

7. CONCLUSÃO

Em que pese o caráter dinâmico da pandemia pelo SARS-CoV-2 e a velocidade inédita com estão sendo produzidas e publicadas as informações científicas referentes à COVID 19 e às formas de interação entre o vírus e as pessoas, além de suas consequências, após extensa revisão da literatura quanto à reabertura das atividades escolares presenciais, o Grupo Técnico COVID-19 do Ministério Público de Minas Gerais verificou sólidas evidências na literatura:

- A COVID-19 tem menor incidência na faixa etária pediátrica do que em adultos, sendo as crianças menores menos susceptíveis que as crianças mais velhas. As manifestações da COVID-19 são mais brandas entre as crianças (exceto menores de um ano) do que em adultos. Os casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIMP) são raros e a letalidade baixíssima. A infecciosidade do SARS-CoV-2 é menor em crianças com menos de 10 anos de idade. No ambiente escolar, a transmissão se dá, majoritariamente de adulto infectado para outro adulto. Há correlação entre os surtos nas escolas e a incidência/transmissão local do vírus e a abertura das atividades escolares presenciais não impacta de forma determinante a transmissão comunitária.
- O prejuízo causado pelo fechamento das escolas para as crianças é inequívoco, especialmente quando se prolonga por muito tempo, como atualmente ocorre na maior parte do Brasil. Evasão escolar, impactos cognitivo e pedagógico, risco de violência, depressão e outros distúrbios da saúde mental, agravos nutricionais, excesso de tela, necessidade de abandono do emprego pelos pais para cuidar das crianças, entre outros, se relacionam às graves consequências associadas ao fechamento dos estabelecimentos de ensino. Quanto mais prolongado o período de fechamento, maiores os danos e suas consequências. Não é possível condicionar a reabertura escolar à disponibilidade de uma vacina contra o novo coronavírus;
- A experiência internacional demonstrou que o retorno às atividades escolares presenciais é factível, com segurança, nas comunidades nas quais as condições epidemiológicas locais, com identificação de baixa transmissão do vírus, condições adequadas nas escolas para implementação efetiva dos protocolos sanitários de biossegurança, criando um ambiente seguro; além da monitorização de contatos para mitigar a transmissão, considerando os aspectos de infraestrutura na rede assistencial da saúde, como disponibilidade de leitos de internação e de UTI.
- A inclusão dos profissionais da educação, tanto no planejamento, quanto na execução do retorno às atividades escolares presenciais, é essencial assegurar êxito na segurança de todos os



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

trabalhadores da educação e crianças envolvidos. Devem ser asseguradas condições sanitárias e acolhimento psicológico para todos os trabalhadores da educação, haja vista ser a educação e, por conseguinte, seus profissionais, considerados essenciais. Os profissionais pertencentes a grupos de risco devem ser mantidos em atividades não presenciais e deve ser mantida estreita ligação entre o sistema de saúde de referência e o corpo de trabalhadores da escola, para troca de informações e celeridade na eventual necessidade de intervenção. As políticas das escolas devem ser flexíveis, com estratégias que possam ser revisadas e adaptadas sempre que necessário.

- O planejamento com ênfase em questões de infraestrutura das escolas (inclusive de transporte público); disponibilidade de materiais; fiscalização, capacitação e proteção dos recursos humanos dos estabelecimentos de ensino, deve ser iniciado como prioridade, inclusive no que se refere a alocação de recursos financeiros o mais precocemente possível de forma a não retardar a reabertura das escolas, tão logo as condições de transmissão comunitária permitam.

Assim, conclui-se que o retorno às aulas presenciais em um ambiente seguro é de extrema importância para a saúde de crianças e adolescentes.

Para atingir este objetivo, há exigências estruturais, higiênicas, sanitárias, de vigilância em saúde do trabalhador e comportamentais que necessitam ser planejadas e implantadas prioritariamente pelos gestores nas escolas e na comunidade antes da abertura. Com vistas a permitir o retorno das atividades escolares presenciais com segurança, os gestores devem garantir que as escolas sejam capazes de cumprir os protocolos de biossegurança determinados, garantir o acesso sem obstáculos da comunidade escolar à rede de saúde, inclusive saúde mental; para identificar, monitorar, rastrear e encaminhar rapidamente surtos, infectados e contatos, mesmo domiciliares e mitigar os efeitos psicológicos do isolamento e reabertura na comunidade escolar.

Neste contexto, a utilização de recursos, tais como a telemedicina, promovem a aproximação necessária entre a escola e a unidade de saúde de referência.

As crianças e os profissionais em grupos de risco devem ser mantidos em atividades remotas.

Independentemente do momento da retomada das atividades presenciais, deve ser garantido o direito de acesso ao ensino não presencial para todos os alunos, de forma equânime e universal, mantendo-o como alternativa de efetivo valor pedagógico e devem ser criadas condições de acolhimento presencial (ações de mitigação de danos) aos integrantes de grupos de maior risco e vulnerabilidade socioeconômica, física e emocional, com vistas a minimizar os prejuízos e riscos a eles impostos até que as atividades presenciais sejam plenamente retomadas. Deve ser garantido, também, o direito de acesso ao ensino não presencial para aqueles que optarem por permanecer em casa por se sentirem inseguros.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Deve, ainda, ser planejado projeto pedagógico para recuperação, por meio de avaliação individualizada, da defasagem decorrente do ano letivo sem atividades presenciais.

Face à recomendação da taxa de transmissão comunitária do vírus estar controlada para permitir a reabertura, é dever aos gestores tomar as medidas necessárias na comunidade para controlar a doença e proteger os ambientes escolares. A Fiocruz alerta que “um dos problemas apontados é a prioridade invertida das autoridades governamentais ao abrirem outras atividades como academias, shoppings e restaurantes, o que pode levar ao aumento do contágio na cidade e atrasar ainda mais a reabertura das escolas de forma segura. A escola deveria ser vista como serviço essencial, para que a sua abertura precedesse a de outros serviços não essenciais e a centralidade fosse na educação e na saúde”⁴⁴.

Belo Horizonte, dezembro de 2020

8. REFERÊNCIAS

PORTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>, acesso em 08, Dez.2020.

PORTAL DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>, acesso em 08, Dez.2020.

UNESCO. Situação da educação no Brasil (por região/estado). Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/covid-19-education-Brasil>, acesso em 08, Dez.2020.

JACKSON C, Mangtani P, Vynnycky E. **Impact of school closures on an influenza pandemic: scientific evidence base review**. London: Public Health England, 2014.9.

⁴⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. Documento sobre retorno às atividades escolares no Brasil em vigência da pandemia Covid-19–20/07/2020. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/documento/contribuicoes-para-o-retorno-atividades-escolares-presenciais-no-contexto-da-pandemia-de-visto> em 08/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

JACKSON C, Mangtani P, Hawker J, Olowokure B, Vynnycky E. **The effects of school closures on influenza outbreaks and pandemics: systematic review of simulation studies**. PLoS One 2014; 9: e9729.

LA TORRE FRANCESCO *et al.* **Immunological basis of virus-host interaction in COVID-19**. Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology. 2020 Nov; 31 Suppl 26(Nov):75-78. doi: 10.1111/pai.13363.

STEINMAN, Jonathan Baruch et al. **Reduced development of COVID-19 in children reveals molecular checkpoints gating pathogenesis illuminating potential therapeutics**. PNAS October 6, 2020 117. <https://doi.org/10.1073/pnas.2012358117>.

CEVIK M, Bamford CGG, Ho A. **COVID-19 pandemic — a focused review for clinicians**. Clin Microbiol Infect 2020;26:8 4 2-7.

DONG Y, Mo X, Hu Y, et al. **Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China**. *Pediatrics*. March 2020, e20200702. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>.

SHEKERDEMIAN LS, Mahmood NR, Wolfe KK, et al. **Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units**. *JAMA Pediatrics*.

SUN D, Li H, Lu XX, et al. **Clinical features of severe pediatric patients with COVID-19 in Wuhan: a single center's observational study**. *World Journal of Pediatrics*.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19. 25 de setembro de 2020, PDF, disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/SBP-RECOMENDACOES-RETORNO-AULAS-final.p.

S. BHOPAL, J. Bagaria, R. Bhopal. **Children's mortality from COVID-19 compared with all-deaths and other relevant causes of death: epidemiological information for decision-making by parents, teachers, clinicians and policymakers**. Publ Health, 185 (2020), pp. 19-20.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DUFORT EM, Koumans EH, Chow EJ, et al. **Multisystem inflammatory syndrome in children in New York State.** N Engl J Med 2020; 383: 347-58.

FELDSTEIN LR, Rose EB, Horwitz SM, et al. **Multisystem inflammatory syndrome in U.S. children and adolescents.** N Engl J Med 2020; 383: 334-46.

WHITTAKER E, Bamford A, Kenny J, et al. **Clinical characteristics of 58 children with a pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2.** JAMA 2020 June 8.

BELHADJER Z.,Meot M.,Bajolle F., Khraiche D.,Legendre A.,Abakka S. et al. **Acute heart failure in multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in the context of global SARS-CoV-2 pandemic.** *Circulation.* 2020; ([Epub ahead of print]).

RUSSELL M. Viner et al. **Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adolescents Compared With Adults: A Systematic Review and Metaanalysis.** JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.4.

GOLDSTEIN E, Lipsitch M, Cevik M. **On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community.** July 28, 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/1.1101/2020.07.19.20157362v1>).

GÖTZINGER, Florian et al. **COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study.** The Lancet Child and Adolescent. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30177-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30177-2).

P.C.M. Williams, A.R. Howard-Jones, P. Hsu, P. Palasanthiran, P.E. Gray, B.J. McMullan, et al. **SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings.** Pathology. (2020), 10.1016/j.pathol.2020.08.001. Epub ahead of print. PMID: 32888706; PMCID: PMC743753.

PARK YJ, Choe YJ, Park O, et al. **Contact tracing during coronavirus disease outbreak, South Korea, 2020.** Emerg Infect Dis 2020; 26(10).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

MALTEZOU Helena C. et al. **Children and Adolescents With SARS-CoV-2 Infection: Epidemiology, Clinical Course and Viral Loads.** The Pediatric infectious disease journal. 2020 Oct; doi: 10.1097/INF.0000000000002899.

Children and COVID-19: **State-Level Data Report.** Disponível em: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>, visto em 07/12/2020.

TERRY C. Jones, Barbara Mühlemann¹, Talitha Veith¹, Guido Biele, Marta Zuchowski, Jörg Hofmann¹, Angela Stein, Anke Edelmann, Victor Max Corman, Christian Drosten. **An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age.** Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125484>.

AAP. **Children and COVID-19: State-Level Data Report.** Disponível em: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novelcoronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>, acesso em 07/12/2020.

What we know about COVID-19 transmission in schools THE LATEST ON THE COVID-19 GLOBAL SITUATION & THE SPREAD OF COVID-19 IN SCHOOLS LAST UPDATE: 21 October 2020.

ECDPC. **COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission**, 6 August 2020. Stockholm: ECDC; 2020. © European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2020.

VINER, RUSSELL M. ET AL. **Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection Among Children and Adolescents Compared With Adults: A Systematic Review and Metaanalysis.** JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.4

SHARIF A Ismail, Vanessa Saliba, Jamie Lopez Bernal, Mary E Ramsay, Shamez N Ladhani. **SARS-CoV-2 infection and transmission in educational setting: a prospective, cross section analysis of infection clusters and outbreaks in England.** The Lancet, infectious disease. Published 8, dec, 2020. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30882-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30882-3).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

RUSSELL Fiona M, Greenwood Brian. **Who should be prioritised for COVID-19 vaccination?** Human vaccines & immunotherapeutics. 2020 Nov; 1-5. doi: 10.1080/21645515.2020.1827882.

ANDERSON Evan J, Campbell James D, Creech C Buddy, Frenck Robert, Kamidani Satoshi, Munoz Flor M, Nachman Sharon, Spearman Paul. **Warp Speed for COVID-19 Vaccines: Why are Children Stuck in Neutral?** Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2020 Sep; doi: 10.1093/cid/ciaa1425. pii: ciaa1425.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola** em <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>, acesso em 07/12/2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 3, de 21 de novembro de 2018. Atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio.** Diário Oficial da União, Brasília, 22 de novembro de 2018, Seção 1, p. 21. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 5, de 17 de dezembro de 2009. Fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil.** Diário Oficial da União, Brasília, 18 de dezembro de 2009, Seção 1, p. 18. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2298-rceb005-09&category_slug=dezembro-2009-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação; Câmara de Educação Básica. **Resolução nº 7, de 14 de dezembro de 2010. Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos.** Diário Oficial da União, Brasília, 15 de dezembro de 2010, Seção 1, p. 34. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb007_10.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **COVID-19 in children and the role of schoolsettings in COVID-19 transmission.** Disponível em <<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>>. Acesso em 7 Dez. 2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

CAMPOS, Carolina et al. **Levantamento Nacional de Retomada das Aulas Presenciais**. Disponível em <<http://educacaoecoronavirus.com.br/consulte-o-levantamento/>>. Acesso em: 08/12/2020.

ISMAIL SA, Saliba V, Lopez Bernal J, Ramsay ME, Ladhani SN. **SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: a prospective, cross-sectional analysis of infection clusters and outbreaks in England**. Lancet Infect Dis. 2020 Dec 8:S1473-3099(20)30882-3. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30882-3. Epub ahead of print. PMID: 33306981.

G1 MINAS. **Colégio Militar de Belo Horizonte retoma aulas presenciais**. Disponível em <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/10/02/colégio-militar-de-belo-horizonte-retoma-aulas-presenciais.ghtml>>. Acesso em 7 Dez. 2020.

VOZES DA EDUCAÇÃO. **Levantamento Internacional de Retomada das Aulas Presenciais**. Disponível em <http://vozesdaeducacao.com.br/wp-content/uploads/2020/10/Levantamento-internacional_Retomada-presencial-das-aulas.pdf>. Acesso em 7 Dez. 2020.

SESTREM, Gabriel Rodrigo. **Volta às aulas pelo mundo: como tem sido a experiência em diferentes países**. Disponível em <<https://www.gazetadopovo.com.br/educacao/volta-aulas-mundo-experiencia-paises/>>. Acesso em 7 Dez. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Protocolo De Funcionamento1 2 – Escolas (Ensino Infantil, Fundamental E Médio). Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/2020/protocolos-escolas-v.-16-11-2020.pdf>, acesso em 08/12/2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **Indicators for Dynamic School Decision-Making. Atualizado em 29 de outubro. Operating schools during COVID-19: CDC's Considerations**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/schools.html>, acesso em 08/12/2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **Indicators for Dynamic School Decision-Making**. Atualizado em 15 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/indicators.html>, acesso em 08/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19.** Disponível em: Reflexões da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre o retorno às aulas durante a pandemia de Covid-19, acesso em 08/12/2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SES/MG. **Protocolo sanitário de retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia da Covid-19.** Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/Secret%C3%A1rio_-_Protocolo_sanit%C3%A1rio_aulas_publica%C3%A7%C3%A3o_-_JP.pdf , acesso em: 08/12/2020.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Protocolo De Funcionamento 1 2 – Escolas (Ensino Infantil, Fundamental E Médio).** Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/2020/protocolos-escolas-v.-16-11-2020.pdf>, acesso em 08/12/2020.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Folha informativa COVID-19** - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Atualizada em 11 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#trabalho>, acesso em 12/12/2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Procuradoria Geral do Trabalho. Nota Técnica GT Covid-19 11/2020. Nota Técnica para a atuação do Ministério Público do Trabalho na defesa da saúde e demais direitos fundamentais de professoras e professores quanto ao **trabalho por meio de plataformas virtuais e/ou em home office** durante o período da pandemia da doença infecciosa COVID-19. Disponível em: <file:///Users/flavia/Downloads/PGT.MPT-NOTA-TE%CC%81CNICA-11-PROFESSORES-AS-1.pdf>, acesso em 08/12/2020.

SANTOS, Ubiratan de Paula, Maeno Maria. **CUIDADOS COM A SAÚDE DOS TRABALHADORES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.** Disponível em: <http://observatoriodamedicina.ensp.fiocruz.br/cuidados-com-a-saude-dos-trabalhadores-no-contexto-da-pandemia-de-covid-19-por-ubiratan-de-paula-santos-e-maria-maeno/>, acesso em 06/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Contribuições para o retorno às atividades escolares presenciais no contexto da pandemia Covid-19.** Ano 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/contribuicoes_para_o_retorno_escolar_-_08.09_4_1.pdf>. Acesso em 06/12/2020.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. **Documento sobre retorno às atividades escolares no Brasil em vigência da pandemia Covid-19–20/07/2020.** Disponível em [https://portal.fiocruz.br/documento/contribuicoes-para-o-retorno-atividades-escolares-presenciais-no-contexto-da-pandemia-de visto em 08/12/2020](https://portal.fiocruz.br/documento/contribuicoes-para-o-retorno-atividades-escolares-presenciais-no-contexto-da-pandemia-de-visto-em-08/12/2020).



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

ANEXO A - Indicadores do CDC para risco de introdução e transmissão de COVID-19 nas escolas.

INDICADORES	MENOR RISCO DE TRANSMISSÃO EM ESCOLAS	BAIXO RISCO DE TRANSMISSÃO NAS ESCOLAS	RISCO MODERADO DE TRANSMISSÃO NAS ESCOLAS	ALTO RISCO DE TRANSMISSÃO NAS ESCOLAS	MAIOR RISCO DE TRANSMISSÃO NAS ESCOLAS INDICADORES ESSENCIAIS
Indicadores Principais					
Número de novos casos por 100.000 pessoas nos últimos 14 dias *	<5	5 a <20	20 a <50	50 a ≤ 200	> 200
Porcentagem de testes RT-PCR positivos durante os últimos 14 dias **	<3%	3% a <5%	5% a <8%	8% a ≤ 10%	> 10%
Capacidade da escola de implementar 5 estratégias-chave de mitigação: - Uso consistente e correto de máscaras; - Distanciamento social o máximo possível; - Higiene das mãos e etiqueta respiratória; - Limpeza e desinfecção; - Rastreamento de contato em colaboração com as unidades de saúde local	Implementou todas as 5 estratégias de forma correta e consistente	Implementou todas as 5 estratégias corretamente, mas de forma inconsistente	Implementou 3-4 estratégias de forma correta e consistente	Implementou 1-2 estratégias de forma correta e consistente	Não Implementou as estratégias



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Indicadores Secundários					
Alteração percentual em novos casos por 100.000 habitantes durante os últimos 7 dias em comparação com os 7 dias anteriores (valores negativos indicam tendências de melhoria)	<-10%	-10% a <-5%	-5% a <0%	0% a ≤ 10%	> 10%
Porcentagem de leitos de internação hospitalar na comunidade que estão ocupados ***	<80%	<80%	80 a 90%	> 90%	> 90%
Porcentagem de leitos de unidade de terapia intensiva ocupados na comunidade ***	<80%	<80%	80 a 90%	> 90%	> 90%
Porcentagem de leitos de internação hospitalar na comunidade ocupados por pacientes com COVID-19 ***	<5%	5% a <10%	10% a 15%	> 15%	> 15%
Existência de surto de Covid-19 em algum local da comunidade *****	Não	Não	Sim	Sim	Sim



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Indicators for Dynamic School Decision-Making. Atualizado em 15 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/indicators.html>, acesso em 15/12/2020.

* O número de novos casos por 100.000 pessoas nos últimos 14 dias é calculado somando o número de novos casos nos últimos 14 dias dividido pela população da comunidade e multiplicando por 100.000.

** A porcentagem de testes de RT-PCR na comunidade que são positivos durante os últimos 14 dias é calculada dividindo o número de testes positivos nos últimos 14 dias pelo número total de testes nos últimos 14 dias. Os testes de diagnóstico são testes laboratoriais de diagnóstico e triagem virais (RT-PCR) (exclui o teste de anticorpos e o teste RT-PCR para fins de vigilância).

*** Leitos hospitalares e leitos de UTI ocupados: corresponde à capacidade do sistema de saúde local de apoiar outras pessoas com doenças graves, incluindo aquelas com COVID-19. Uma comunidade pode ser definida em nível de município, região ou área metropolitana.

**** Aumento repentino no número de casos COVID-19 em um determinado local da comunidade ou área geográfica conforme determinado pelo departamento de saúde local e estadual.