

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM
LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - LAESCENTE



SAÚDE E BEM-ESTAR

CUIDADOS COM CRIANÇAS DE 0-5
ANOS NA VOLTA ÀS AULAS DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19





**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Saúde e bem-estar [livro eletrônico] : cuidados com crianças de 0-5 anos na volta às aulas durante a pandemia covid-19 / Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado. -- 1. ed. -- Viçosa, MG : Universidade Federal de Viçosa, 2021.
ePub

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-00-24374-1

1. COVID-19 - Pandemia 2. Educação infantil 3. Saúde pública

21-68365

CDD-370.115

Índices para catálogo sistemático:

1. COVID-19 : Pandemia : Controle e prevenção :
Educação 370.115

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Autores

Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado

Enfermeira, Doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. Professora de Enfermagem na Saúde da criança e adolescente e da mulher do Departamento de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

Layza Moraes Campos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa.

Sara Ferreira Oliveira Ramos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa.

Wesley Abijaude

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa.

Millena Mayra Ferreira

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa.

Amanda de Souza Gutierrez

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa.

Silas Teixeira de Souza

Enfermeiro pela Universidade Federal de Viçosa. Residente em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade Pequeno Príncipe.

Camila Mendes dos Passos

Doutora em Enfermagem pela UFMG. Professora de Enfermagem na Saúde da criança do adolescente e da mulher do Departamento de medicina e enfermagem da UFV.

Pedro Paulo do Prado Junior

Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFJF. Doutor em Ciências da Nutrição pela UFV. Professor de Enfermagem do Departamento de medicina e enfermagem da UFV.

Brenda Silveira Valles Moreira

Especialista em UTI Neonatal e Pediátrica. Enfermeira Coordenadora da UTI Pediátrica e da Ala Clínica COVID-19 do Hospital São Sebastião – HSS/VIÇOSA. Doutoranda em Saúde Pública pela Fiocruz/RJ.

Bruno David Henriques

Enfermeiro Doutor em Saúde da Criança pela UFMG. Professor de Enfermagem na Saúde da criança do adolescente e da mulher do Departamento de medicina e enfermagem da UFV. Assessor Especial de Saúde da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários da UFV.

Brunnella Alcântara Chagas de Freitas

Especialista em Pediatria pela Associação Médica Brasileira. Doutora em Ciência da Nutrição pela UFV. Professora e Coordenadora do curso de Medicina do Departamento de medicina e enfermagem da UFV.

Lilian Fernandes Arial Ayres

Especialista em Enfermagem na Atenção da Saúde da Mulher pela Instituição Fernandes Figueira. Doutora em Biociências pela UNIRIO. Professora de Enfermagem na Saúde da criança do adolescente e da mulher do Departamento de medicina e enfermagem da UFV.

Luciana Ramos de Moura

Doutora em Saúde da Criança e Adolescente pela Faculdade de Medicina da UFMG. Professora de Enfermagem na Saúde da criança do adolescente e da mulher do Departamento de medicina e enfermagem da UFV.

Wilmara Lopes Fialho

Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela UFV. Mestranda em Ciências da Saúde pela UFV. Professora do curso de Medicina do Departamento de medicina e enfermagem da UFV.

PREFÁCIO

No dia 11 de março de 2020, foi decretado pela Organização Mundial da Saúde, a situação de pandemia da Covid-19, doença causada pelo novo Coronavírus (Sars-CoV-2).

Assim, foram suspensas as atividades em todas as instituições de ensino ao redor do globo, frente a iminência de contaminação. Todavia, passado algum tempo, alguns países começaram a adotar medidas de retorno na área de educação infantil, em virtude da dificuldade em implantar o ensino remoto exclusivo para essa faixa etária, vislumbrando uma melhor qualidade do ensino.

Dito isso, a Liga Acadêmica de Enfermagem da Saúde da Criança e do Adolescente (LAESCENTE), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa - UFV, e discentes e docentes do Departamento de Medicina e Enfermagem - DEM, se uniram para elaborar um plano de volta às aulas com segurança, para as escolas do município de Viçosa-MG. A LAESCENTE, atua nos três pilares: ensino, pesquisa e extensão, buscando compartilhar e agregar conhecimentos a respeito do público-alvo (crianças e adolescentes), com a comunidade escolar e população de Viçosa.

Contudo, esse manual foi escrito para orientar os pais, educadores e profissionais que atuam na área escolar sobre os procedimentos que devem ser adotados no retorno às aulas durante a pandemia, com intuito de minimizar a possibilidade de contágio entre servidores, alunos e familiares, além de fomentar um espaço com informações e orientações quanto as formas de transmissão e as possíveis ações de prevenção.

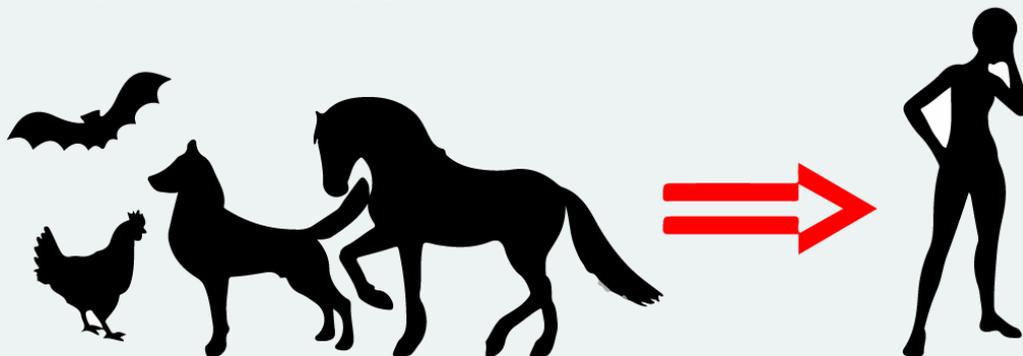
SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	COMPORTAMENTO DA COVID-19 NO PÚBLICO INFANTIL.....	9
3.	QUADRO CLÍNICO.....	9
4.	SINAIS DE ALERTA.....	10
	4.1. IDENTIFICANDO SINAIS DE ALERTA.....	12
5.	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.....	13
6.	EVITANDO O CONTÁGIO DE CRIANÇAS PELA COVID-19.....	15
7.	USO DE MÁSCARAS EM MENORES DE 2 ANOS.....	15
8.	COMO EXPLICAR AS MUDANÇAS DA PANDEMIA PARA CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS?.....	15
9.	REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ENSINO PRESENCIAL.....	16
10.	ORIENTAÇÕES PARA A ESCOLA NA POSSIBILIDADE DE UM RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS.....	17
11.	ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO.....	19
	11.1. FUNCIONÁRIOS DA LIMPEZA, PROFESSORES E COLABORADORES.....	20
12.	ORIENTAÇÕES AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS	21
13.	ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCDs)	22
14.	PREPARAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO.....	23
	14.1. LIMPEZA E DESINFECÇÃO.....	24
15.	ADAPTAÇÕES FÍSICAS, NOVAS PRÁTICAS E ROTINAS	25
	15.1. NA ESCOLA	25
	15.2. NA SALA DE AULA	25
16.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

A Covid-19, doença causada pelo coronavírus Sars-Cov-2 apresenta um amplo espectro clínico envolvendo casos assintomáticos a graves. Os coronavírus são uma família de vírus de origem zoonótica, ou seja, são transmitidos de animais para humanos (1).

ORIGEM DO VÍRUS



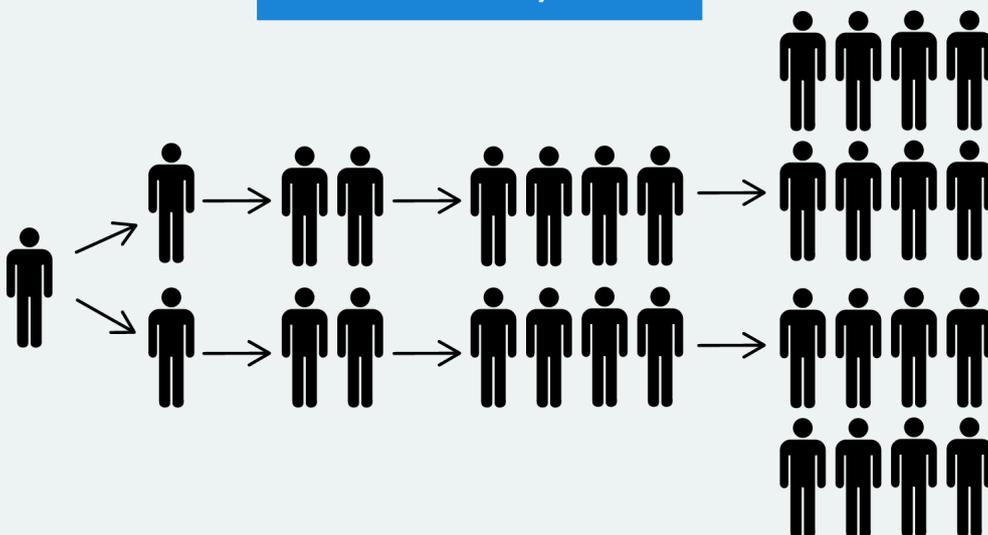
O novo coronavírus (Sars-CoV-2) foi identificado pela primeira vez na província de Hubei, em Wuhan, China. As atenções se voltam para o vírus quando em dezembro de 2019, o governo da China registra um surto de pneumonia onde a causa era desconhecida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30/01/2020 Emergência em Saúde Pública de importância internacional pois, a doença já estava presente em outros países. No Brasil, o primeiro caso foi registrado em 26/02/2020 na cidade de São Paulo. Em 11/03/2020 a doença já havia se espalhado por todos os continentes e então a OMS a declara como uma pandemia [2].

A pandemia do novo coronavírus, trouxe impactos de caráter global para a saúde, economia, política e cultura de todos. As deficiências estruturais bem como a incapacidade dos serviços de saúde em atender o elevado número de casos fez do distanciamento e isolamento social, recomendações importantes no enfrentamento da pandemia, visto que a COVID-19 demonstra alto nível de contágio interpessoal. O isolamento social foi, portanto, uma medida necessária no sentido de evitar a disseminação da doença e, conseqüentemente, sobrecarga dos serviços, prevenindo ainda, um possível colapso do sistema de saúde [1].

O Sars-cov-2 possui alto poder de disseminação. Cálculos estatísticos evidenciam a probabilidade de uma pessoa infectada transmitir a doença para, em média, mais três pessoas. A infecção possui crescimento exponencial, ou seja, os números de contaminados e a velocidade de contaminação aumentam juntos [3].

CRESCIMENTO EXCEPCIONAL

QUAL A RAPIDEZ DE PROPAGAÇÃO DO VÍRUS?



Por se tratar de um vírus novo, estudos ainda estão em andamento. Apesar de novo, sabe-se que a transmissão pode ocorrer diretamente, pelo ar, por gotículas, partículas de aerossóis ou indiretamente, pelo contato com objetos, superfícies ou pessoas contaminadas. A infecção se dá pelo contato do vírus com a mucosa dos olhos, nariz ou boca [1].

TRANSMISSÃO



ESPIRRO



TOSSE



CATARRO



GOTÍCULAS DE SALIVA



CONTATO PRÓXIMO, COMO TOQUE OU APERTO DE MÃO



CONTATO COM OBJETO OU SUPERFÍCIES CONTAMINADAS

2. COMPORTAMENTO DA COVID-19 NO PÚBLICO INFANTIL

Através, de evidências científicas disponíveis até o momento, as crianças são menos afetadas e com menor gravidade pela COVID-19. Porém, essas têm as mesmas chances de se infectar com o vírus que os adultos, mas, se apresentam em sua maioria assintomáticas ou quando possuem sintomas, acontece de uma forma mais branda, sendo assim o risco de desenvolver casos graves da doença é menor [4]. Por serem em sua maioria assintomáticas, os testes diagnósticos existentes até o momento não são realizados com frequência em crianças o que aumenta a taxa de subnotificação de casos.

Atualmente, a melhor hipótese para o menor risco de adoecimento entre as crianças é retardada pelo fato de que nesse grupo o tecido pulmonar ainda está em desenvolvimento e os receptores de Angiotensina 2 ainda estão imaturos. Esses receptores são, justamente, o local em que o vírus se liga para invadir as células e se multiplicarem, causando a infecção [5].

Nesse contexto, um ponto crucial a ser determinado é o papel das crianças na transmissão do SARS-CoV-2. Apesar de frequentemente apresentarem formas assintomáticas ou leves da doença, as crianças são suscetíveis à infecção por SARS-CoV-2, representando, ainda, fonte substancial de infecção junto à comunidade. Estudos epidemiológicos robustos, capazes de esclarecer as incertezas por trás do papel exato que as crianças desempenham na transmissão da SARS-CoV-2 são urgentemente necessários [4].

3. QUADRO CLÍNICO

Os sintomas da COVID-19 podem variar desde sintomas leves a graves, caracterizado por, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: sensação febril ou febre, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, até casos graves, como pneumonia severa. Em média, o período de incubação é estimado entre 4 e 5 dias, podendo variar de 0 a 14 dias. Sendo os sintomas mais comuns: tosse, febre, coriza, dor de garganta, dispneia (dificuldade para respirar), perda de olfato (anosmia), perda do paladar (ageusia), distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia), cansaço (astenia), diminuição do apetite (hiporexia), que são indicativos do Covid-19[1].

Para a caracterização dos quadros sintomáticos, observa-se:

Síndrome Gripal – SG: quadro sintomático agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida, ou seja, relatada pelo paciente), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos (anosmia) ou distúrbios gustativos (ageusia) [1].



Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG: apresenta, juntamente aos sinais e sintomas anterior, dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. Em crianças, importa avaliar, além dos padrões supracitados, batimentos de aletas/asas de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência, pois podem sinalizar sofrimento e agravamento do quadro e, assim, sendo passível de avaliação imediata [1].

4. SINAIS DE ALERTA

Em tempos de pandemia, a formação dos educadores deve preconizar não somente a preparação para o desenvolvimento pedagógico, mas também para a avaliação do processo de saúde e doença das crianças, de tal modo que seja reduzido o risco de contaminação e adoecimento entre elas durante o período que permanecem nas instituições de ensino. O conhecimento do processo de saúde e doença deve estar voltado para as patologias que acometem as crianças e, devido ao contexto atual de pandemia da COVID-19, na identificação dos sinais e sintomas da infecção do vírus Sar-COV-2 nesse público [9].

A Síndrome gripal é um conjunto de sintomas que caracterizam uma infecção viral. Em sua grande maioria, o indivíduo apresenta febre de início súbito, acompanhada de dor de garganta ou tosse, podendo também apresentar cefaleia, mialgia ou artralgia. Em crianças menores de dois anos, além dos sintomas já citados acima, a febre pode vir acompanhada de sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal) [9]. Não obstante, aos sinais e sintomas de gravidade, pode também apresentar: inapetência para amamentação ou ingestão de líquidos, piora nas condições clínicas de doenças de base, alteração do estado mental, confusão, letargia e convulsão [27].

A infecção respiratória aguda de origem viral é popularmente chamada de Gripe e comumente causada pelo vírus Influenza. Ocorre durante todo o ano e possui grande potencial de transmissão devido a sua facilidade de propagação. Os vírus influenza A e B causam as epidemias sazonais de gripe, sendo o A, responsável pelas pandemias. Os principais sintomas da gripe são: febre (acima de 37,5°C), dor de garganta, tosse, dor no corpo e dor de cabeça. Em especial, nas crianças, a temperatura pode atingir níveis altos (acima de 39°C), e é possível avaliar o aumento dos linfonodos cervicais (estruturas arredondadas, encontradas nas laterais do pescoço, que possuem células do sistema imunológico e que auxiliam no combate à infecções), além de poder vir acompanhado de bronquite, bronquiolite e sintomas gastrointestinais (diarreia e vômito). Os sintomas supracitados são de aparecimento gradual [9].

Alguns sinais e sintomas da gripe podem ser de aparecimento súbito, tais como: calafrios, mal-estar, cefaleia (dor de cabeça), mialgia (dor muscular), dor nas juntas (local de união entre dois ossos ou mais/articulações), prostração (fraqueza, abatimento, moleza), secreção nasal excessiva (secreção de coloração transparente/ coriza). Sintomas menos frequentes incluem a rouquidão, olhos avermelhados e lacrimejantes. Geralmente a gripe evolui com uma resolução espontânea em sete dias, mas a tosse, mal-estar e fadiga podem permanecer por mais tempo. Alguns sinais de agravamento da gripe são: dispneia (dificuldade para respirar), taquipneia (frequência respiratória aumentada), hipoxemia $SpO_2 < 94\%$ (quantidade de oxigênio presente no sangue, que em crianças deve ser superior a 94%), ou exacerbação de alguma doença já pré-existente. Importante ressaltar que ter idade inferior a cinco anos configura-se fator de risco para complicação da gripe, visto que crianças nessa faixa etária possuem o sistema imunológico em formação estando, assim, mais vulneráveis a infecções [9].

O resfriado comum é a infecção respiratória mais frequente em crianças, causada quase unicamente por vírus, mas mesmo sendo benigna e autolimitada, os sintomas gerados interferem negativamente nas atividades diárias. Infecção das vias aéreas superiores são comuns na infância, podendo uma criança menor de cinco anos ser acometida por cinco a oito episódios de resfriado por ano. Por ocasionar inflamação na mucosa nasal, a infecção pode obstruir os óstios nasais (estrutura presente na cavidade nasal) e, por isso, permitir uma infecção secundária de origem bacteriana, como sinusite e otite. Os sintomas mais comuns do resfriado são: tosse, congestão nasal, coriza, dor do corpo e leve dor de garganta [10].

Normalmente, frente à infecção da COVID-19, os sintomas iniciais se caracterizam por febre, dor de cabeça e garganta, dor no corpo, dor torácica, prostração alternada com irritabilidade, coriza clara (substância transparente que escorre do nariz) e tosse seca (sem presença de secreção/catarro), além de distúrbios gastrointestinais, como náuseas, vômitos e diarreia. Todavia, é importante ressaltar que as crianças nem sempre irão manifestar febre, uma vez que maioria apresentam sintomas leves de COVID-19, sem febre ou pneumonia. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros dias e vão atenuando no passar dos dias. Algumas crianças podem apresentar sintomas mais graves, como dificuldade respiratória (barulho para respirar; criança faz força para respirar; os músculos do pescoço são forçados durante a respiração; as asas do nariz podem se mexer na respiração), lábios e extremidades roxas (cianose), além de irritabilidade e prostração. Qualquer uma das evidências de dificuldade respiratória se configura em sinal de alerta e a criança e a criança deve ser levada ao Pronto Socorro [10].

Sintomas frequentes	Coronavírus <small>Os sintomas vão de leves a severos</small>	H1N1	Gripe <small>Início repentino dos sintomas</small>
 Febre	✓	✓	✓
 Prostração/ irritabilidade	✓		✓
 Tosse	✓	✓	
 Espirros			
 Dores no corpo e mal-estar	✓	✓	✓
 Coriza ou nariz entupido	✓		✓
 Dor de garganta	✓	✓	
 Diarreia	✓		
 Dor de cabeça	✓	✓	✓

4.1. IDENTIFICANDO SINAIS DE ALERTA

Para a identificação dos sinais de alertas mencionados acima, é necessário observar, cotidianamente, o comportamento das crianças. Para isso, é necessário conhecer como cada criança se comporta, seus hábitos, como é sua alimentação, disposição, sono, frequência de eliminação intestinal, para que assim, seja possível reconhecer alguma anormalidade e se tal situação se enquadra em algum dos sinais ou sintomas de alerta. Para avaliar a febre, pode ser usado um termômetro axilar, que deve ser colocado a ponta mais fina e metálica no meio da axila para medir corretamente a temperatura. Há termômetros digitais de frente (testa) que podem medir a temperatura sendo posicionados em frente a testa, sendo menos invasivos e mais higiênicos. É válido ressaltar a importância de higienizar o termômetro antes e após o uso com algodão e álcool a 70% [10].

Ao notar alguma mudança de comportamento da criança:

- **Incentive-a** falar o que está sentindo.
- **Se dor**, peça para apontar o local do corpo que dói.

- **Se presenciar dificuldade respiratória**, pergunte a criança se sente algo no nariz. Caso positivo, peça que criança descreva o que sente.
- **Crianças normalmente ativas**, e que começam a não realizar atividades habituais, permanecem deitadas ou quietas, devem chamar a atenção dos responsáveis e/ou equipe escolar, visto que esses sintomas são indicativos de prostração.
- **Observar a frequência** de evacuações, com atenção a eliminação superior a três (3) vezes ao dia, bem como consistência líquida, odor e coloração, a fim de maior atenção a quadros de diarreia.
- **Verificar a ingestão de líquidos e de alimentos**, a falta de apetite, sede, ou déficit de ingestão hídrica.

Descarte, todos os sinais e sintomas acima devem ser avaliados de acordo com os hábitos fisiológicos e sociais de cada criança. Os cuidadores devem estar atentos aos comportamentos e ações que não são do costume da criança, com atenção às alterações que fogem do controle dos responsáveis, sendo necessário direcionamento ao atendimento profissional, a fim de descartar gravidades[10].

Vale ressaltar que os pais das crianças devem ser alertados sobre o quadro clínico supracitado. Em caso do aparecimento de qualquer um deles, a criança deve permanecer em casa, os pais devem procurar os serviços de saúde e comunicar à equipe da creche/escola.

5. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

O diagnóstico da Covi d -19 ocorre por meio de critérios que se dividem em:

5.1. Diagnóstico clínico: realizado pelo médico que avalia a possibilidade da doença, principalmente pela presença de sintomas como: febre (presente no momento do exame ou referida pelo paciente), tosse, coriza, dor de garganta, mialgias, diarreia, vômitos, náuseas, anosmia e ageusia. Em crianças, além dos itens anteriores, considera-se também a obstrução nasal, a desidratação e a falta de apetite (inapetência), na ausência de outro diagnóstico específico [1].

5.2. Diagnóstico clínico-epidemiológico: esse diagnóstico considera casos de paciente com os sintomas supracitados, SRAG ou óbitos por SRAG, associados ao contato direto com pacientes confirmados por exame laboratorial nos últimos 14 dias [1].

5.3. Diagnóstico clínico-imagem: casos de sintomas respiratórios mais febre, SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível confirmar ou descartar por exame laboratorial e que apresente alterações tomográficas [1].

5.4. Diagnóstico laboratorial: através de biologia molecular, RT-PCR em tempo real, padrão ouro para detecção do novo coronavírus, o ideal é que seja realizado entre o 3º e 7º dia, do início dos sintomas, pois após o 7º dia, a sensibilidade começa a cair, atingindo a 45% após 15 dias da doença [26]. Esse período é válido para ter melhores chances de um diagnóstico positivo em detrimento de um falso negativo, mesmo sendo o teste ‘padrão ouro’.

5.5. Imunológicos: o teste Imunológico detecta, ou não, a presença de anticorpos em amostras a partir do oitavo dia do início dos sintomas sendo eles: ensaio imunoenzimático (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay - ELISA), imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos, imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA), pesquisa de antígenos: resultado reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno [26].

Teste rápido: demonstra apenas de forma qualitativa se o indivíduo tem ou não anticorpos IgM/IgG. Os testes podem ser realizados nos serviços de Atenção Primária à Saúde e podem ser utilizados como ferramenta diagnóstica alternativa e auxiliar e podem contribuir no rastreamento da infecção pelo COVID-19 após o décimo quarto dia do início dos sintomas. [26]. O uso destes testes rápidos tem como grupo alvo TODO indivíduo SINTOMÁTICO que não tenha sido submetido anteriormente a testagem por RT-PCR [26].

Para facilitar a visualização dos pais e/ou responsáveis, segue tabela:

EXAMES/TESTES 	RT-PCR em tempo real 	TESTE SOROLÓGICO 
Período ideal para coleta	Entre o 3º e o 7º dia	A partir do 14 dia do contato com casos positivos ou do início dos sintomas.
Material a ser coletado	Amostras do trato respiratório inferior	Sangue
Resultados	Reagente (positivo) e não reagente (negativo)	IgG (infecção já ocorrida). IgM (infecção presente).

6. EVITANDO O CONTÁGIO DE CRIANÇAS PELA COVID-19

Para evitar o contágio da SARS-CoV-2 entre crianças, alguns cuidados fazem-se necessários:

- **Higienização das mãos:** seja com Álcool à 70% ou com sabonete, sendo feito da maneira correta, evita o contágio do vírus. (Ex: maçaneta infectada criança coloca a mão e leva a mão na boca) [1].
- **Uso de máscaras adequadas:** necessários quando o isolamento é impossibilitado, evita o contato direto com aerossóis no ambiente ou vindos de outra pessoa [1].
- **Uso de máscaras adequadas:** necessários quando o isolamento é impossibilitado, evita o contato direto com aerossóis no ambiente ou vindos de outra pessoa [1].
- **Cartão Vacinal Atualizado:** principalmente nas crianças, onde se encontram o maior número de vacinas, é importante mantê-lo em dia, para fortalecimento do sistema imunológico[7].

7. USO DE MÁSCARAS EM MENORES DE 2 ANOS

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), menores de 2 anos não devem usar máscara pelo risco de sufocamento que ela provoca. O risco ocorre porque crianças nesta faixa etária não conseguem retirar a máscara em casos de emergência. Além disso, crianças nessa idade podem babar, colocar a mão na máscara repetidas vezes, se incomodarem, tornando o uso das máscaras um fator propício para maiores chances de contraírem o vírus[8].

8. COMO EXPLICAR AS MUDANÇAS DA PANDEMIA PARA CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS?

Com as mudanças causadas pela pandemia e distanciamento social, as crianças começam a questionar o que está acontecendo e o porquê de tais mudanças. De forma simples e linguagem adequada à faixa etária de cada criança, explique que há um vírus chamado de coronavírus que causa uma nova gripe nos seres humanos (nas pessoas) e que ainda não existe uma forma de impedir que esse vírus cause doença e, por isso, cuidados de higiene como lavar as mãos, uso do



álcool em gel, uso de máscaras (crianças acima de 2 anos de idade) e manter distância das pessoas (para evitar que se contaminem e que contaminem aqueles que gostam) são fundamentais. Ademais, reforce que o distanciamento social necessita ser realizado, pois é através de conversas próximas, abraços e beijos que ocorre a contaminação e que se todos seguirem essas práticas, mais rápido será possível combater a doença.

Fique sempre atento às reações das crianças e, se elas apresentarem sentimento de medo, explique que é um sentimento natural e que se mantiverem os cuidados de higiene elas estarão seguras. Use de estratégias lúdicas para incentivar a adoção das medidas de proteção pelas crianças. Uma dica para que lavem sempre as mãos é desenhar nelas com caneta, algum personagem ou animal que gostem e sugerir que as mãos devem ser lavadas várias vezes durante o dia, em momentos diferentes, até que o desenho tenha saído por completo. Se possível, ofereça máscaras coloridas, com desenhos e personagens, além disso é possível que educadores e pais decorem as máscaras junto das crianças, deixando-as personalizadas, incentivando o uso dessas.

9. REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ENSINO PRESENCIAL

Por se tratar de um grupo muito ativo socialmente, as crianças podem acabar experimentando do inúmeros prejuízos a sua saúde socioemocional durante o período de isolamento. A escola configura-se como uma das primeiras amostragens de convívio em sociedade e, a impossibilidade de frequentá-la, implica na falta de interação entre colegas e ambiente [11].

O confinamento dos pequenos em um único ambiente pode proporcionar ainda sentimentos de estresse, culpa, raiva e depressão, que se mesclam com obstáculos ainda maiores gerados durante a pandemia, como a instabilidade financeira e emocional experimentada por muitas famílias. Nesse contexto os pais são, na maioria das vezes, os únicos responsáveis pelos cuidados oferecidos à essas crianças, o que dificulta tanto a produtividade no trabalho quanto a interação com seus filhos. Diante a excepcionalidade de retorno ao trabalho, as famílias encontrarão empecilhos envolvendo a distribuição do cuidado voltado a outros familiares, carga paralela de funções ou impossibilidade de assumir o serviço [11,12].

Quanto ao ensino remoto, este nem sempre parece ser a melhor alternativa para crianças entre 0 e 5 anos, sendo limitado pela baixa capacidade motora e cognitiva, além do método dificultar ainda a manutenção da concentração por parte das crianças. Outrossim, problemáticas envolvendo desigualdades socioeconômicas podem macular a implementação exclusiva desse ensino, tendo base nas fragilidades em que boa parte da população brasileira se encontra, não sendo prontamente responsiva às demandas de adequação tecnológica [11].

Contudo, na prática concreta, múltiplas dúvidas pairam sobre os educadores e familiares. Há garantia de retorno de crianças e jovens para a escola? E, se assim feito, quais os mecanismos para tal? Haveria prioridade entre as faixas etárias? Como ter certeza de que a escola não protagonizará um foco de contágio e proliferação do vírus?

É válido trazer à luz os países que obtiveram sucesso ao optarem pelo retorno das atividades escolares, sobretudo por adotarem medidas de higiene pessoal, etiqueta respiratória e distanciamento social, além de medidas de utilização de áreas externas para algumas atividades e permissão de boa circulação de ar nas salas de aula. Arelado a isso, observou-se incentivo estrutural para realização de testagem RT-PCR para as crianças suspeitas e seus contatos adscritos, culminando em baixas incidências de contaminação nesses ambientes [13,14,15,16].

A Dinamarca, por exemplo, foi o primeiro país do Reino Unido a retornar com o ensino presencial. O retorno foi feito com crianças de até 11 anos, intercalando grupos pequenos de alunos, de forma a se evitar encontros desnecessários antes, durante e depois das aulas. Também foi adotado rotina de lavagem frequente das mãos e uma maior utilização dos espaços externos, tendo esse planejamento o objetivo principal de limitar a propagação do vírus. Ainda, segundo o estudo, os protocolos adotados se mostraram eficazes no controle da disseminação do vírus da Covid-19, cumprindo seu foco central [11].

Em contrapartida, diante da não implementação de um protocolo para a volta às aulas, Israel teve dificuldades em controlar a disseminação do vírus, pois as classes não ofereciam espaços suficientes para adotar medidas mínimas de distanciamento social entre os alunos. Ademais, foi constatado que a utilização de ar-condicionado nas salas de aula provavelmente foi um dos fatores principais que contribuíram para a contaminação. Nesse sentido, nota-se a promissora - embora recente - possibilidade de retorno escolar, desde que as instituições envolvidas estejam cientes da responsabilidade frente a essa ação, de modo a garantir sistematizada estrutura de amparo e segurança pública [17].

Certamente, um tortuoso caminho permanece entre essa ação e o desenrolar das respostas que, pedem por incentivos constantes de estudos, preparados por parte de todos os setores da sociedade, para que se vislumbre, acima de tudo, o bem-estar biopsicossocial dos pequenos e daqueles que os rodeiam.

10. ORIENTAÇÕES PARA A ESCOLA NA POSSIBILIDADE DE UM RETORNO ÀS AULAS PRESENCIAIS

- **Organizar**, para cada turma, **horários diferentes** de entrada e saída da escola, evitando aglomerados de pessoas frente ao recinto; [18,19,20,21].
- **Realizar rodízios entre os alunos**, de forma evitar aglomerações entre os alunos; [18,19,20,21].

- **Organizar**, para cada turma, **horários diferentes** de entrada e saída da escola, evitando aglomerados de pessoas frente ao recinto; [18,19,20,21].
- **Realizar rodízios entre os alunos**, de forma evitar aglomerações entre os alunos; [18,19,20,21].
- **Colocar marcações** relacionadas à **distância de 1 metro**, seja no pátio, quadras, salas de aula, laboratórios, refeitórios e bibliotecas; [18,19,20].
- **Utilizar**, sempre que possível, **a mesma sala** para o mesmo grupo de alunos; [18].
- **Restringir movimentação desnecessária** de alunos (ex: não chamar alunos para realizar exercícios no quadro); [18,19].
- **Fornecer álcool em gel 70%** nos ambientes da escola; [18,19,20,21].
- **Manter as portas abertas**, evitando manuseio repetitivo por várias pessoas; [18,19].
- Promover o **desencontro de intervalos**, conforme os horários diferentes; [19,20,21].
- **Desestimular a interação** entre estudantes de outras classes; [19,21].
- **Escalonar o uso do refeitório**, sendo este prontamente higienizado entre a troca das turmas, mantendo o distanciamento recomendado entre os estudantes. Caso possível, realizar as refeições em sala de aula; [18,19].
- **Definir a quantidade máxima de estudantes** que poderão utilizar o banheiro ao mesmo tempo, de acordo com a disponibilidade espacial; [19,21].
- **Optar por atividades físicas** que permitam o desempenho **individual e ao ar livre**; [18,20].
- **Suspender** todos os jogos, apresentações, competições, festas, reuniões, comemorações ou **qualquer atividade que envolva a coletividade**; [18,19,20,21].
- **Vetar a entrada de pessoas** que não sejam estudantes e funcionários, sendo somente permitido para ocasiões especiais, conforme avaliação e permissão da diretoria; [19,21].
- **Capacitar todos os profissionais** da educação e colaboradores, em especial a equipe responsável pela limpeza, sobre as ações necessárias para evitar a exposição e propagação do Sars-CoV-2; [19,21].

- **Construir cartazes** e meios de comunicação sobre lavagem das mãos, uso de máscaras, descarte correto, etiqueta respiratória e medidas de proteção individuais e coletivas; [19,21].
- **Comunicar-se** constante com funcionários, pais/responsáveis e estudantes, coordenada com as autoridades locais de saúde, para a definição das ações de promoção de conhecimento e prevenção ao Sars-Cov-2; [19,21].
- **Criar redes de apoio socioemocional** que identifiquem e atendam as demandas psicológicas de alunos e funcionários; [19,21].

Recomenda-se a elaboração de um fluxo de comunicação entre escolas e ESF, para que os casos suspeitos e confirmados sejam eficientemente manejados, e as ações de promoção da saúde e prevenção da Covid-19 ocorram de modo efetivo (16).

11. ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Um dos principais desafios à volta às aulas, está no preparo dos profissionais para receberem diversos estudantes de forma segura e adequada. Para isso, é necessário que esses passem por um período preparatório cercado de orientações, a fim de reduzir os riscos de contágio e garantir o aprendizado aos alunos. Essa capacitação envolve o entendimento das mudanças no ambiente físico bem como na rotina da escola. Como citado anteriormente, cabe o profissional implementar as ações propostas como, redução do número de alunos por sala, levando em consideração o distanciamento mínimo de um metro, estimular aulas ao ar livre, evitar trabalhos em grupos e outras medidas como já citado. Além das mudanças no ambiente escolar, é necessário que os profissionais estejam cientes e capacitados quanto as orientações do documento [19].

Uma das formas de prevenção, que deve ser adotada pelo profissional na execução de seu trabalho, é a higienização das mãos. Essa medida é de suma importância uma vez que será utilizada tanto pelo profissional quanto pelo aluno, sendo o professor o mediador dessa informação para o estudante [1].

Abaixo, podemos observar a forma correta de higienização das mãos de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde: [24].

HIGIENIZE BEM AS MÃOS!



A MELHOR PROTEÇÃO É A PREVENÇÃO

11.1.FUNCIONÁRIOS DA LIMPEZA, PROFESSORES E COLABORADORES

A maioria das adaptações destes profissionais estão relacionadas ao uso adequado dos materiais de proteção (EPI), bem como práticas de higienização.

- Deve-se usar máscara, dentro das recomendações do Ministério da Saúde, associado ao protetor facial (face shield), ou outros EPI's quando disponibilizado pela escola ou instituição [22].

- Os funcionários da limpeza, devem usar máscara de tripla camada (trocada conforme orientações deste documento), protetor facial (face shield), protetor ocular quando não houver disponibilidade de protetor facial, frasco individual de álcool ou álcool em gel 70%, avental de manga longa, luvas de proteção descartáveis e botas ou sapatos impermeáveis. Sugere-se ainda, que a capacitação deste documento seja iniciada pelas equipes responsáveis pela limpeza, manutenção, alimentação, transporte e de atendimento ao público, tendo em vista a garantia de um ambiente em condições sanitárias adequadas [22].
- Organizar rotina e escala de limpeza, de forma sistematizada, possibilitando o período de fechamento para desinfecção de áreas mais comuns, principalmente banheiros e salas de aulas. Além disso, o cronograma deve cobrir a higienização adequada de maçanetas, carteiras, interruptores, portas, materiais didáticos e outros objetos/ambientes de alta rotatividade [22].

12. ORIENTAÇÕES AOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

- **Uso obrigatório de máscara facial**, descartável ou feita de pano, para todas as crianças maiores de 02 anos; [19,20,21].
- **Disponibilizar unidades extras de máscaras**, (3 máscaras para um período de 4 horas) descartáveis ou feitas de pano, para que possam ser trocadas quando úmidas ou sujas, conforme recomendação do Ministério da Saúde, ou durante alguma imprevisibilidade; [19,20].
- **Orientar os filhos sobre a higienização das mãos** com água e sabão ou álcool em gel 70%, por pelo menos 20 segundos, especialmente após ida ao banheiro, antes de entrar na sala de aula, antes de comer e depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar; [19,20].
- **Fornecer aos estudantes garrafas de água próprias**, evitando a utilização de bebedouros coletivos e o compartilhamento de objetos; [19,20].
- **Participar**, sempre que puder, das **reuniões remotas**; [20].
- **Informar à escola** se o estudante possuir alguma **comorbidade**; [19,20].

O retorno às aulas presenciais de estudantes com doenças crônicas – como asma, hipertensão e diabetes –, síndromes, disfunções da imunidade e cardiopatias congênitas, por exemplo, deve ser avaliado caso a caso, em uma análise conjunta entre os pais/responsáveis, profissionais de saúde e profissionais de educação [19].

- **Afastar o aluno** das atividades escolares, caso desenvolva **sintomas sugestivos de COVID-19**, e ser redirecionado para o atendimento clínico; [19,20,21].
- **Comunicar a escola**, caso a criança ou membros da família apresentem **resultado positivo para o SARS-CoV-2**, sendo o seu retorno condicionado à melhora dos sintomas e não antes de 10 dias, a contar do primeiro dia do surgimento dos sintomas ou 14, a partir do contato próximo e/ou domiciliar com caso confirmado; (16-17-18-28).
- **Conscientizar** as crianças sobre a importância de **não compartilhar objetos pessoais**, tais como celulares, copos, lápis, estojos, cadernos, brinquedos, dentre outros pertences; [21].
- **Reforçar a etiqueta respiratória** e higienização correta, como: ao tossir ou espirrar, cubra nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos; evite tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; ao tocar, lave sempre as mãos como já indicado; mantenha uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; evite abraços, beijos e apertos de mãos. Adote um comportamento amigável sem contato físico, mas sempre com um sorriso no rosto; higienize com frequência o celular e brinquedos das crianças; não compartilhe objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; evite aglomerações e mantenha os ambientes limpos e bem ventilados; se estiver doente, evite contato físico com outras pessoas, principalmente, idosos e doentes crônicos e fique em casa até melhorar; [1,19,20,21].
- **Conscientizar** as crianças a **evitarem episódios de contato**, como abraços e aperto de mãos; [18,19,20].
- **Incentivar a rotina de estudos domiciliar**, principalmente quando atividades ocorrerem a distância; [20,21].
- **Recomenda-se que os objetos pessoais das crianças sejam nomeados**, inclusive suas mochilas, vestimentas e fraldas, visando a não confusão e a troca de pertence entre os alunos; [22].
- Deverão ser enviadas no mínimo três mudas de roupas, para a troca na chegada, após o banho e para alguma eventualidade. Orienta-se também o envio de sacolas plásticas, para armazenagem das vestimentas; [22].

13. ORIENTAÇÕES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCDS)

- **Fornecer atenção especial aos pais surdos** , ou com outra deficiência, que tenham crianças matriculadas na educação básica, para que recebam as informações em Libras; [19].
- **Reforçar a limpeza de objetos e superfícies** utilizados por PCDs (ex: reglete e punção, usados por deficientes visuais, ou Tadoma e língua brasileira de sinais tátil, usados por deficientes surdocegos.); [19].
- **Reforçar o uso e a distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI)** para o estudante e para os terceiros de contato próximo, que se fazem necessário para a permanência deste na escola; [19].
- **Promover o uso de máscaras transparentes** para melhor comunicação com estudantes surdos e com deficiência auditiva sinalizastes e/ou oralizados; [19].
- **Proteger estudantes autistas** de hiper estimulação visual ou auditiva e de ambientes desorganizados; [19].
- **Orientar guias-intérpretes** a usar luvas e máscaras transparentes, além de higienizar as mãos com frequência, visto o contato físico indispensável que exercem; [19].
- **Redobrar a atenção** quanto aos estudantes **com deficiência múltipla**, uma vez que podem ter sua saúde agravada por combinar dois ou três tipos de deficiências diferentes; [19].

14. PREPARAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO

Atualmente, o sistema educacional tem passado por uma série de mudanças, buscando adaptar-se às condições submetidas pelo período de “quarentena” de forma a não prejudicar os alunos. A priori, uma das medidas adotadas foi o ensino a distância. No entanto, tem-se discutido a volta das aulas presenciais, e isto tem gerado uma série de dúvidas a respeito de como realizá-la de forma segura. Para isso, diversas medidas devem ser tomadas antes que de fato haja esse retorno às aulas presenciais, desde mudanças físicas no ambiente como limpeza, número de alunos por sala à capacitação dos profissionais atuantes no ambiente escolar.

O vírus causador do COVID-19 é capaz de sobreviver de horas a dias, variando esse tempo de acordo com a superfície em que se encontra. A tabela abaixo apresenta o tempo estimado de sobrevivência do vírus de acordo com cada superfície [23]:

SUPERFÍCIE	20° C	30° C	40° C
Polímero Australiano	28 dias	7 dias	2 dias
Cédula de papel	28 dias	21 dias	2 dias
Aço inoxidável	28 dias	7 dias	2 dias
Vidro	28 dias	7 dias	2 dias
Vinil	28 dias	3 dias	2 dias
Tecido de algodão	28 dias	3 dias	1 dia

Desse modo, uma vez que o vírus permanece por tempo determinado nas superfícies e nos ambientes, é necessário que se faça, de forma correta, a limpeza e desinfecção deles.

14.1.LIMPEZA E DESINFECÇÃO

A limpeza e a desinfecção de todos os espaços das escolas de forma adequada, dificulta a transmissão do vírus. Logo, algumas medidas são fundamentais no manejo desses ambientes [20,24,25]:

* Garantir que os ambientes estejam arejados, com janelas e portas abertas, dificulta a proliferação do vírus.
* Higienizar as áreas das calçadas da escola com solução a base de água + água sanitária (proporção: 1 parte de alvejante para 9 partes de água; exemplo: em 1L de solução 900ml de água + 100ml de alvejante). Realizar a limpeza uma vez ao dia, por turno ou por semana, conforme o rodízio estabelecido pela escola.
* Para uma limpeza mais eficaz, recomenda-se que comece a limpeza de cima para baixo; do fundo para a porta; do mais limpo para o mais sujo e em um único sentido.
* Corrimões, maçanetas, interruptores de luz ou quaisquer objetos ou superfícies compartilhadas devem ser limpos com álcool 70%, assim como as mãos, após tocarem esses locais.
* É recomendável fazer a higienização de pisos e banheiros no mínimo duas vezes ao dia, com água sanitária diluída em água. A utilização de álcool 70% por todas as superfícies também é recomendada.
* Os panos de limpeza devem ser higienizados diariamente.
* Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
* Está recomendado o uso de solução de hipoclorito de sódio a 0,5% para limpar superfícies e de álcool a 70% para pequenos objetos.
* Tapetes com solução higienizadora para limpeza dos calçados antes de adentrar na escola; dosadores de álcool gel na entrada de todas as escolas para que os alunos higienizem as mãos quando entrarem e saírem da escola.
* Ao término da aula - final de cada turno - realizar a limpeza da área de uso comum da escola com solução de água + água sanitária.
* Realizar a limpeza do refeitório. Após cada uso, as superfícies de mesas e cadeiras devem se higienizadas com álcool 70% ou hipoclorito.
* Manter a higienização das torneiras com frequência.

15.ADAPTAÇÕES FÍSICAS, NOVAS PRÁTICAS E ROTINAS

Além de mudanças nos hábitos de limpeza das escolas, serão necessárias adaptações físicas e inserção de novos hábitos a fim de prevenir e dificultar a transmissão do vírus, tornando o ambiente apto ao retorno às aulas. A lista abaixo apresenta algumas das adaptações a serem realizadas: [20,24,25].

15.1.NA ESCOLA

- 1.Segundo a Anvisa, é necessário que haja, no ambiente escolar, um local ou locais adequados para a higienização das mãos com sabonete antissépticos inodoros e álcool 70%;
- 2.Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes;
- 3.A escola deve propiciar ambientes arejados, com aberturas de janelas. Atividades ao ar livre devem ser estimuladas;
- 4.Desativação de bebedouros com disparo para boca e incentivo à utilização de garrafinhas individuais;
- 5.Prioridade para o uso de materiais descartáveis de uma maneira geral;
- 6.Higienize com frequência o celular e os brinquedos das crianças;
- 7.Cabe à escola evitar aglomerações, na entrada, saída de alunos ou intervalos, criando horários alternativos para as turmas;
- 8.Sinalização de rotas dentro das escolas para que os alunos mantenham distância entre si;
- 9.Rotinas de revezamento dos horários de entrada, saída, recreação, alimentação e demais deslocamentos coletivos dos estudantes no ambiente escolar;
- 10.Controle de temperatura de estudantes e servidores;
- 11.Higienização das mãos frequentemente, especialmente antes e após as refeições e a ida ao banheiro. Reforçar a técnica adequada, conforme orientada pelo Ministério da Saúde, com duração mínima de 40 segundos utilizando água e sabão ou de 20 segundos quando utilizado álcool gel;
- 12.Álcool em gel deve ser disponibilizado para alunos que possam utilizá-lo com segurança e responsabilidade. Manter higienizadores de mãos em sala de aula, corredores, banheiros e na entrada e saída da escola;

15.2.NA SALA DE AULA

- Deve-se considerar a metragem quadrada de espaço individual da sala, para delimitar o número de alunos;
- As cadeiras devem ser posicionadas a, pelo menos, **1,5 metros** de distância umas das outras;
- Orientar o não compartilhamento de materiais escolares, mas quando realizado, o mesmo deverá ser higienizado com álcool 70% após o uso;
- Ter disponível na entrada da sala de aula álcool em gel 70% para higienização das mãos;
- Jogos, competições, festas, reuniões, comemorações e atividades que envolvam coletividade devem ser temporariamente suspensos;
- Limpar a sala de aula após cada encontro pedagógico.

Além do preparo físico e estrutural do ambiente, bem como mudanças nos hábitos, faz-se necessário realizar capacitações com os profissionais, uma vez que estes conduzirão a rotina escolar.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário que os profissionais da instituição entendam o processo de mudança que a escola se encontra, uma vez que estes deverão colocar em prática e conduziram para que as aulas sejam realizadas de forma segura, sejam elas físicas, ou mudanças de hábitos, bem como a forma de ensino.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília-DF, 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf> Acesso em: 25 de fev. de 2021
2. OPAS/OMS BRASIL. Doenças transmissíveis e análises de situação de saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-comopandemia&Itemid=812>. Acesso em: 25 fev. 2021.
3. Medium. COVID-19: compreendendo o processo de disseminação e avaliando possíveis impactos no Brasil. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://medium.com/@rogerio_oliveira/covid-19-compreendendo-o-processo-de-disseminacao-e-avaliando-possiveis-impactos-no-brasil-f9b80eddd7ba>. Acesso: 23 de ago. 2020.
4. SAFADI, Marco Aurélio Palazzi. As características intrigantes da COVID-19 em crianças e seu impacto na pandemia. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 96, n. 3, p. 265-268, June 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572020000300265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2020.

5. FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. Ago. 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaocrianca/covid-19-saudecrianca-e-adolescente>>. Acesso em: 01 de out. 2020.
6. Instituto de Oncologia do Paraná: Alimentação na ajuda contra o Coronavírus (COVID-19). IOP, 2020. Disponível em: <<http://iop.com.br/nutricao/alimentacao-na-ajuda-contra-o-coronavirus-covid19/>> Acesso em: 23 de jun. de 2020.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria: Calendário Vacinal da Criança e a Pandemia pelo Coronavírus. SBP, 2020. Disponível em <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/nt-sbpsbim-calendariodacrianca-pandemiacovid-200324.pdf > Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. O uso de máscaras faciais em tempo de Covid-19 por crianças e adolescentes: uma proposta inicial. 29 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22543c-NA_-_O_uso_mascaras_faciais_em_COVID19_por_crc_e_adl.pdf>. Acesso em: 01 de Outubro de 2020.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gripe (Influenza): causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 03 ago. 2020.
10. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Dicionário de Pediatria. Resfriado Comum. Rio Grande do Sul, RS. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/textecc/textquim/Dicionarios/CatPed/contextos.php?id=400>> Acesso em 03 de agosto de 2020.
11. Fantini M.P.; Reno C.; Biserni G.B.; Savoia E.; Lanari M. COVID-19 and the reopening of schools: a policy maker's dilemma. Ital J Pediatr. 2020 Jun 9;46(1):79. doi: Disponível em: <<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-020-00844-1>>. Acesso em: 25 fev. 2021.
12. Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. Lancet Child Adolesc Health. 2020; 4(5):397-404. Disponível em: < [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)>. Acesso em 25 de fevereiro de 2021.
13. Armitage R.; Nellums L.B. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. Lancet Glob Health. 2020 May;8(5):e644. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32222161/>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

14. ELACOURT C.; GRAS-LE GUEN C.; GONZALES E. Retour à l'école et COVID-19: il est urgent de maîtriser nos peurs et aller de l'avant pour le bien des enfants: Tribune [Back to school and COVID-19: It is urgent to control our fears and move forward for the good of children]. J Pediatr Pueric. 2020 Jun;33(3):99-100. French. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260493/pdf/main.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2021.
15. Gray DJ, Kurscheid J, Mationg ML, Williams GM, Gordon C, Kelly M, Wangdi K, McManus DP. Health-education to prevent COVID-19 in schoolchildren: a call to action. Infect Dis Poverty. 2020 Jul 1;9(1):81. Disponível em: <<https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00695-2>>. Acesso em: 25 fev. 2021.
16. Levinson M, Cevik M, Lipsitch M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. N Engl J Med. 2020 Jul 29. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2024920>>. Acesso em: 25 fev. 2021.
17. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, Libal E, Bitan M, Cardash T, Cayam R, Miskin I. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. Euro Surveill. 2020 Jul;25(29):2001352. Disponível em: <<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.29.2001352>>. Acesso em: 25 fev. 2021.
18. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Saúde E Atividades Diárias Medidas de prevenção e controle da COVID-19 em estabelecimentos de ensino. Lisboa: 2020. Disponível em: <<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/manualvol3ensino.pdf>> Acesso em: 25 fev. 2021.
19. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Orientações para reabertura das escolas da educação básica de ensino no contexto da pandemia da COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1116677/reabertura_escolas_educacao_basica_ensino_covid-19.pdf> Acesso em: 25 fev. 2021.
20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Covid-19 e a Volta às Aulas. 2020. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/covid-19-e-a-volta-as-aulas>> Acesso em: 21 de fev. 2021.
21. Conselho Nacional de Secretários de Educação. Diretrizes para protocolo de retorno às aulas presenciais. 2020. Disponível em: <<http://www.consed.org.br/central-de-conteudos/consed-lanca-diretrizes-para-protocolos-de-retorno-as-aulas>>. Acesso em 25 de fev. 2021.

22. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Guia de implementação de protocolos de retorno das atividades presenciais nas escolas de educação básica. Disponível em: <<https://www.gov.br/mec/pt-br/assuntos/GuiaDeretornodasAtividadesPresenciaisnaEducaoBsica.pdf>> Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.

23. Riddell, S., Goldie, S., Hill, A. et al. The effect of temperature on persistence of SARS-CoV-2 on common surfaces. *Virol J* 17, 145 (2020). Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12985-020-01418-7>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

24. BRASIL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Educação. HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE ESCOLAR. 2020. Disponível em: <<https://educacao.rs.gov.br/seduc-orienta-sobre-boas-praticas-de-higienizacao-e-preparo-de-alimentos-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

25. CONSED. Diretrizes para protocolo de retorno às aulas presenciais. 2020. Disponível em: <<http://www.consed.org.br/central-de-conteudos/consed-lanca-diretrizes-para-protocolos-de-retorno-as-aulas>>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

26. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático de gestão em saúde no trabalho para Covid-19. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Pra%CC%81tico-de-Gesta%CC%83o-em-Sau%CC%81de-no-Trabalho-para-COVID-19_20-07-20.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

27. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária a saúde. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude-versao-9/>. Acesso em: 09 mar. 2021

28. UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA. Departamento de Medicina e Enfermagem. Telessaúde COVID: teleatendimento e telemonitoramento de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 no município de Viçosa-MG. 28 de maio de 2020. Disponível em: http://www.unimedmg.coop.br/informe/centraldecomunicacao/Manual_UFV_covid.pdf. Acesso em: 9 de março de 2021.