Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86(6):667–668

Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY
www.bjorl.org

EDITORIAL

COVID-19 in children: considerations for returning to school☆

COVID-19 em crianças: considerações sobre o retorno das aulas

O ano de 2020 está sendo marcado pela pandemia causada pelo vírus SARS-Cov2 que se iniciou na China no fim de 2019 e em poucos meses se disseminou por todos os continentes. No Brasil os casos começaram a surgir em março e na tentativa de reduzir a velocidade de crescimento do número de casos diversas medidas foram adotadas pelos poderes nas esferas municipais, estaduais e federal com o objetivo de achatar a curva de casos.

Entre essas medidas podemos citar o isolamento com níveis diferentes de quarentena, campanhas para que as pessoas permaneçam em casa, incentivo ao uso de máscaras, a lavagem frequente das mãos, uso de álcool em gel e o fechamento das escolas e universidades.

O Brasil como um todo se encontra numa fase de platô em número de casos, porém, por se tratar de um país continental, a realidade é bastante diversa em cada região. Em muitos centros, a pandemia já se encontra em caráter de desaceleração do número diário de óbitos. Com a mudança do cenário epidemiológico, gradativamente medidas têm sido tomadas para flexibilizar o isolamento social e permitir o retorno seguro das atividades habituais e seguem protocolos de segurança.

Um tópico que tem sido debatido é quando as aulas nas escolas devem ser retomadas. Alguns pontos devem ser ressaltados para entendermos quais são os riscos na retomada das aulas presenciais.

A incidência dos casos diagnosticados de coronavírus em crianças menores do que 18 anos é de cerca 2% do total dos casos.[1] Se considerarmos que as crianças representam 20% da população total, podemos inferir que a chance de uma criança se infectar é de 1/10 do restante da população. Diversas hipóteses foram elaboradas para explicar a menor incidência em crianças, como um sistema imune inato mais ativo, menor exposição a cigarros e poluentes, imaturidade dos receptores da enzima conversora de angiotensina 2(ECA-2), locais de ligação para a entrada do coronavírus nas células.[1]

Até 90% dos casos de COVID-19 em crianças são assintomáticos ou leves. As manifestações clínicas mais frequentes são tosse (49%), febre (47%) e odinofagia (36%), seguidos por diarreia ou vômito (17%) e rinorreia (9%).[1] Nos adolescentes é relativamente mais comum a ocorrência de tontura, mialgia e calafrios. Os casos graves com necessidade de internação são mais comuns nas crianças com menos de 2 anos, seguidas pelas pré-escolares e escolares. Os casos graves são mais raros nos adolescentes. São raros os casos com necessidade de internação em UTI e a mortalidade foi de 0,03% em um grupo de crianças de 5 a 17 anos.[2]

Ao contrário do que ocorre com o vírus da influenza, o papel das crianças na transmissão do SARS-Cov-2 parece ser pequeno. Os dados sugerem que na maior parte das vezes as crianças adquirem o vírus de algum adulto dentro de casa e são raros os casos de transmissão conhecidos de uma criança para outra.[3] Em um estudo que avaliou a transmissibilidade a partir de 18 casos de crianças infectadas na Austrália, apenas em 2 casos a transmissão ocorreu na escola em um caso por outro adolescente e no outro por uma professora infectada.[3] Na Suécia não foi observado aumento do número de crianças infectadas durante a pandemia, apesar de as escolas permanecerem abertas.[3] Por outro lado, em Israel houve um surto de casos de COVID-19 10 dias após a reabertura das escolas, em um cenário em que as medidas de mitigação como o uso de máscaras não foram seguidas por situações excepcionais de clima quente, o que levou ao fechamento da escola. Considerando a baixa incidência de casos de COVID-19 em crianças, a alta proporção de casos assintomáticos e a baixa transmissibilidade conhecida entre crianças, o fechamento de escolas parece ter pouco impacto como medida de controle da pandemia.[4]

DOI se refere ao artigo:
https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.09.005

☆ Como citar este artigo: Guimarães AC, Mau LB, Maunsell R. COVID-19 in children: considerations for returning to school. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:667–8.

2530-0539/© 2020 Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Não podemos ignorar as consequências negativas que o fechamento das escolas traz às crianças. O nível de sedentarismo aumentou, as crianças de maneira geral praticam menos atividades físicas e ficam mais tempo em frente a telas de celulares, televisões ou computadores. A interação social com outras crianças foi reduzida e a brusca mudança de rotina na vida das crianças tem aumentado o número de transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático, distúrbios do sono e alterações comportamentais.[5] O fechamento das escolas também pode causar problemas na nutrição das crianças, em muitos casos as principais refeições e fontes calóricas das crianças ocorrem no ambiente escolar.

Até o momento no Brasil as escolas permanecem fechadas há mais de 200 dias. Na maior parte dos outros países desenvolvidos, como, por exemplo, Dinamarca, França e Alemanha, as escolas ficaram fechadas por um período muito menor. Possivelmente o fechamento por um tempo maior das escolas pode trazer prejuízos maiores para a sociedade do que a reabertura com alguns cuidados. Crianças com comorbidades pulmonares ou cardiovasculares não controladas apresentam maior risco para desenvolver formas grave da COVID-19 e o retorno delas talvez deva ocorrer posteriormente. Assim como deve ser adiado o retorno daquelas que têm contato domiciliar com grupos de maior risco. É importante também adiar as atividades presenciais para professores e funcionários que pertencem a ou convivem com os grupos de maior risco. A contaminação entre adultos que interagem no ambiente escolar não é maior do que aquela observada em casa ou na comunidade. Com relação à contaminação de adultos por crianças reinseridas na escola: em estudos com crianças com detecção positiva para Covid nos quais houve seguimento dos contactantes, não foi observada positividade em adultos contactantes no ambiente escolar.

Existem evidências limitadas de que a escola tenha papel relevante na transmissão da COVID-19 para a comunidade. No entanto, há indicações de que a transmissão comunitária pode ser importada e refletida dentro da escola. Aparentemente o controle das medidas de mitigação comunitária, como distanciamento, cancelamento de aglomerações em massa, higiene das mãos e isolamento em caso de sintomas, é de máxima importância e seria suficiente para que o retorno ao ambiente escolar não represente um risco maior do que a exposição a outros ambientes.

Qual seria o nosso papel como médicos neste cenário? Consideramos que devemos informar nossos pacientes da real situação e dos riscos para a saúde que as crianças e os adolescentes apresentarão com a reabertura das escolas e ponderar os prejuízos da falta de escola. Também não devemos nos esquecer de orientar os cuidados que devem ser tomados no momento do retorno, principalmente enfatizar que ao apresentar sintomas, mesmo que leves, de um possível quadro de coronavírus devem se afastar da escola até a resolução do quadro. O retorno às atividades presenciais deve ser gradual, opcional e cuidadoso, tanto para os alunos quanto para os pais, professores e outros profissionais.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Zare-Zardini H, Soltaninejad H, Ferdosian F, Hamidieh AA, Memarpoor-Yazdi M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in children: prevalence, diagnosis, clinical symptoms, and treatment.
2. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. JAMA. 2020;324:782–93.
3. Williams PCM, Howard-Jones AR, Hsu P, Palasanthiran P, Gray PE, McMullan BJ, et al. SARS-CoV-2 in children: spectrum of disease, transmission and immunopathological underpinnings. Pathology. 2020, http://dx.doi.org/10.1016/j.pathol.2020.08.001. Epub ahead of print. PMID: 32888706; PMCID: PMC7437539.
4. Davies NG, Klepac P, Liu Y, Prem K, Jit M, CMMID COVID-19 working group, Eggo RM. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. Nat Med. 2020;26:1205–11.
5. Marques de Miranda D, da Silva Athanasio B, Sena Oliveira AC, Simoes-E-Silva AC. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? Int J Disaster Risk Reduct. 2020;51:101845.

Alexandre Caixeta Guimarães [a,*], Luciana Becker Mau [b] e Rebecca Maunsell [a]

[a] *Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil*

[b] *Instituto de Infectologia Emilio Ribas, São Paulo, SP, Brasil*

* Autor para correspondência.

E-mail: alecgxl2@hotmail.com (A.C. Guimarães).