

INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS

Programa Escola Promotora de Saúde

Afastamento Escolar e Doenças Infecciosas: Cuidado e Controle

Maria Angélica Varela MD, MSc

As doenças infecciosas constituem uma grande preocupação para os profissionais de saúde e educação no ambiente escolar. Na maioria das vezes, são situações passíveis de controle através de atitudes preventivas que vão desde orientações de higiene e limpeza até condutas profiláticas específicas, além de uma boa articulação com a unidade assistencial onde a criança tem o acompanhamento ambulatorial.

No momento que a criança sai de casa ela fica mais exposta, mas isto faz parte do processo de amadurecimento e inserção na sociedade. Entretanto, nos dias atuais observa-se a entrada precoce destas crianças num ambiente para o qual ela, seja do ponto de vista imunológico ou psíquico, pode ainda não estar preparada. Isto faz com que as crianças menores de 5 anos, em especial as menores de 2 anos, fiquem mais expostas às doenças infecciosas. Para minimizar o risco, é necessário que toda a comunidade escolar, incluindo educadores e os agentes de saúde, compartilhe a adoção de medidas que possibilitem o melhor controle ambiental. (NESTI & GOLDBAUM, 2007).

Os fatores que influenciam a disseminação de infecções estão relacionados a questões específicas de cada doença, proporção entre funcionários e crianças, *status* de imunização de todos da comunidade escolar, espaço físico e qualidade dos ambientes, além de saneamento e higiene. (CDC, 2019)

A implantação de um sistema de vigilância em saúde é a forma mais eficaz para o controle destas doenças. Implica na detecção precoce dos sinais e sintomas, troca de informações, capacitação e educação de crianças e adultos para as questões de saúde, além da comunicação com as autoridades sanitárias (no caso do INES, ao Serviço de Vigilância em Saúde do Centro Municipal de Saúde Manoel José Ferreira/ AP 2.1). (MS, 2010; OLIVEIRA & CASANOVA, 2009)

Em algumas situações específicas, é necessário o afastamento temporário de alunos ou servidores como única forma de controlar a disseminação de determinadas doenças. Esta providência pode trazer transtornos e “ruídos” na comunicação entre os integrantes da escola. Assim, é muito importante que todos estejam afinados com as propostas discutidas e aprovadas pela escola e as autoridades sanitárias (BALLALLAI, 2010).

Controle das doenças infecciosas na escola

As medidas de controle das doenças infecciosas são baseadas em sua epidemiologia (frequência, grupo etário mais atingido, sazonalidade, locais onde ocorre maior disseminação) e na sua forma de transmissão. Ou seja, é necessário o conhecimento sobre as formas de disseminação do agente infeccioso para que se possa interferir no processo. (AAP, 2017)

A escola é um local diferenciado da residência e tem um impacto na saúde das crianças, especialmente durante a educação infantil. Por este motivo, o conhecimento e implementação das formas de prevenção e cuidado são fundamentais neste ambiente.

Inicialmente é necessário que ocorra o registro das intercorrências infecciosas para a avaliação da equipe de saúde. Deste modo, podem-se conhecer os eventos mais prevalentes de acordo com cada faixa etária e priorizar as intervenções mais adequadas.

Outro dado importante é o conhecimento do “status vacinal” tanto de alunos como de servidores, considerando que vivemos uma época de recrudescimento de doenças imunopreveníveis, como caxumba e sarampo, por conta, entre outras causas, das campanhas de grupos antivacinas e sucateamento da rede primária de saúde, em especial, problemas na disponibilização de vacinas.

Para uma boa cobertura vacinal e manutenção da comunidade fora de risco de epidemias, é necessário que tanto as crianças como os adultos estejam com o calendário atualizado (Quadro I). Entretanto, é necessário frisar que, para os adultos que trabalham em escolas, algumas vacinas são fortemente recomendadas (Quadro II), visto que este local apresenta riscos específicos pelo contato com as crianças e estado de aglomeração. Destacam-se: hepatite A, hepatite B, Tríplice viral (caxumba, rubéola e sarampo), DTP (difteria, tétano e coqueluche) e varicela (para quem não teve catapora), além da vacinação anual contra *influenzae* (gripe).

A vacinação de bloqueio é uma medida realizada após a exposição e possível contaminação do indivíduo. Na escola, é uma ferramenta eficaz para o controle de surtos de sarampo, varicela, rubéola, raiva (MS, 2019) e hepatite A (AAP, 2017). No caso da meningite, é necessário que sejam fortalecidas as rotinas de limpeza dos materiais utilizados (especialmente na educação infantil)¹, que o agente seja identificado e que também seja realizada a profilaxia de grupos específicos (vacinas ou medicamentosas), sendo necessária a articulação com a equipe responsável do ponto de vista sanitário (CAP 2.1).

¹ Existem diversos manuais de boas práticas de higiene e cuidados na educação infantil. Há dois citados nas referências bibliográficas (Coordenação de Vigilância em Saúde da SMS/ SP e o da Secretaria Municipal de Educação/ RJ)

Quadro II: Vacinas recomendadas para os profissionais que atuam em escolas, considerando os riscos ocupacionais específicos para os profissionais e para os alunos (AAP, 2017)

Vacinas	Recomendação
Hepatite A	Sim
Hepatite B	Sim
Meningo C	Não
Pneumo 23	Não
dtPa (difteria, tétano e coqueluche)	Educação infantil
Tríplice viral (caxumba, rubéola e sarampo)	Sim
Varicela	Sim, para quem não teve a doença.
HPV	Não

Crítérios de afastamento temporário da escola

Motivos gerais:

1. Doença que impeça a criança de participar confortavelmente das atividades programadas;
2. Doença que resulte em maior necessidade de cuidado do que os funcionários possam fornecer sem comprometer a saúde e a segurança de outras crianças;
3. Sintomas de doença grave: febre alta, irritabilidade, choro persistente, dificuldade de respirar ou outras manifestações de doença presumivelmente grave.

Motivos específicos:

A criança ou o adolescente devem ficar temporariamente afastados da escola quando apresentarem:

1. Diarreia que não é contida por fraldas ou pelo uso do banheiro associada a surtos por vírus na comunidade ou a outras características que sugerem infecção (febre, vômitos, fezes com sangue ou catarro). Para o retorno, em caso de diarreia infecciosa (gastroenterites causadas por E.coli produtora de toxina shiga, incluindo E coli 0157:H7 e Shigella) são necessárias 2 coproculturas negativas. No caso das salmoneloses, 3 coproculturas negativas (AAP, 2017; CDC, 2019)
2. Vômitos ocorridos duas ou mais vezes nas últimas 24 horas, exceto se esteja associado a outra condição não infecciosa (refluxo gastroesofágico, por exemplo) (AAP, 2017);

3. Lesões na boca associadas à intensificação da salivação, exceto se o médico ateste que **não** está associada à infecção;
4. Manchas vermelhas na pele com febre ou alteração de comportamento, até que o médico tenha avaliado e determinado que não esteja associada a doenças transmissíveis ou que não está em período de transmissão;
5. Conjuntivite com pus, caracterizada como olho vermelho com secreção amarela ou branca associada a cílios grudados ao acordar, até que o médico avalie;
6. Infecções de pele (piodermites): até 24 horas do início do tratamento e manter as lesões cobertas. Não permitir o uso da piscina, tanque de areia, banho de mangueira até a cura.
7. Molusco contagioso: não permitir o uso da piscina e tanque de areia até a cura. O restante das atividades pode ser realizado, desde que as lesões estejam cobertas (AAP, 2017);
8. Pediculose (*piolho*): até 24 horas do início do tratamento. É fundamental associar a ações educativas, mesmo que já tenham sido realizadas de forma sistemática. As crianças não devem ser impedidas de frequentar a escola, visto que o índice de reinfestação é alto (DEVORE & SHUTZE, 2015; MS, 2010);
9. Escabiose (*sarna*): até 24 horas após o término do tratamento. No caso de crianças menores que 5 anos o afastamento será mais prolongado, pois utiliza-se unicamente o tratamento tópico. Em crianças maiores o tratamento é realizado com dose oral única;
10. Tinea corporis (*impinge*): afastamento das atividades desportivas com piscina, mantendo as lesões cobertas.
11. Resfriado e Gripe: A AAP indica afastamento por pelo menos 24 horas após a febre ter cessado, sem o uso de antitérmicos. A secretaria de vigilância em saúde recomenda afastamento por 5 dias a partir do início dos sintomas, quando não existe o risco de transmissibilidade (MS, 2019);
12. Sintomas respiratórios associados a resfriado, asma, pneumonia, otite média ou sinusite: o afastamento ocorre após o diagnóstico ser estabelecido. Nestes casos, o afastamento obedece aos critérios para gripe e resfriado, além da observação se a criança consegue participar das atividades cotidianas com conforto;
13. Faringotonsilites (infecções de garganta) presumivelmente estreptocócicas: após 24 horas do início dos antibióticos e quando a criança puder participar confortavelmente das atividades;
14. Meningite: afastamento até a alta do paciente;

15. Tuberculose: até que a unidade de saúde ateste que o aluno ou servidor não é mais bacilífero (geralmente as crianças não são bacilíferas)- em torno de 15 dias (MS, 2019);
16. Hepatite A: de acordo com o período de transmissibilidade. O MS (2019) orienta 14 dias 2019 e a AAP (2017) indica 7 dias de afastamento após o início dos sintomas;
17. Mononucleose infecciosa: causas gerais de afastamento. O período de transmissibilidade pode durar até 1 ano (AAP, 2018; CDC, 2019; MS, 2010);
18. Coqueluche: cinco dias após o início do tratamento (AAP, 2017). Avaliar vacinação e terapia antimicrobiana pós-exposição de acordo com cada caso (CDC, 2019).
19. Infecções por enterovírus não pólio: coxsackievirose, ecovírus e enterovirose: até 1 semana após o início dos sintomas (AAP, 2017; AAP, 2018; CDC, 2019).
20. Candidíase: avaliar de acordo com a idade do paciente e riscos de transmissão (especialmente para crianças até 2 anos).
21. Doenças exantemáticas febris (Quadro III)

Quadro III: Doenças exantemáticas febris

Doença	Afastamento (geral ou específico)	Tempo de afastamento
Sarampo	Afastamento específico	4 dias após o aparecimento das manchas (MS, 2019). Vacinação da população exposta até 72 horas.
Rubéola	Afastamento específico	7 dias após o aparecimento das manchas (MS, 2019)
Roséola ou exantema súbito	Afastamento por causas gerais	Não se aplica (AAP, 2017)
Eritema infeccioso	Afastamento apenas por causas gerais	Não se aplica (AAP, 2017)
Varicela	Específico	Até que todas as lesões estejam em fase de crosta (MS, 2019) IGHAV para a população vulnerável* (até 4 dias) Vacinação da população exposta não vacinada (até 5 dias) **
Escarlatina	Geral	24 horas do início do uso de antibiótico.

Doença mão pé boca	Geral	5-7 dias após o início dos sintomas (CDC, 2019). Retorno com atestado de liberação (AAP, 2018)
---------------------------	-------	---

*crianças menores que 9 meses, gestantes e pessoas imunodeprimidas.

** crianças 9-11 meses (vacina anti varicela), 12-14 meses (antecipar a tetraviral, nas que já foram vacinadas; 15 meses a 5 anos vacinar de acordo com o PNI; maiores que 5 anos administrar uma dose de varicela. Mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez por 1 mês após a vacinação (MS, 2019).

Quadro IV: Como as medidas de controle de doenças infecciosas podem impactar na escola e nas famílias? (BALLALLAI, 2010)

	Vacinação	Afastamento	Medidas de bloqueio (vacinas e medicamentos)
Eficácia	Ótima se a cobertura vacinal for boa (pode chegar a 100%)	Pequena a média	Apenas em situações específicas
Existência de custos	Sim	Sim	Sim
Impacto para as famílias	Baixo	Alto	Médio
Impacto para a escola	Bom	Ruim	Ruim

Conclusão

Na escola, especialmente na creche e educação infantil, os cuidados relacionados às doenças infecciosas estão relacionados à: higiene pessoal, dos alimentos e do ambiente, vacinação das crianças e dos adultos, afastamentos dos alunos e funcionários nos casos específicos e tratamentos profiláticos.

As medidas de controle dependem do conhecimento das causas mais prevalentes de afastamento escolar em cada unidade de ensino para o estabelecimento de estratégias educacionais e rotinas pactuadas pela comunidade da escola.

Referências Bibliográficas

AAP – AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Managing Infectious Diseases in Child Care and Schools, 2017.

AAP – AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Red Book 2018-2021. 31.^a ed. 2018.

BALLALLAI, I. Doenças Infecciosas na Escola: como prevenir e controlar. **Manual de Saúde Escolar da SOPERJ**. 2010.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Healthy Schools. Disponível em <<https://www.cdc.gov/healthyschools/>> Acesso em 20 de agosto de 2019.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Mononucleosis. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/epstein-barr/index.html>> . Acesso em: 01 de agosto 2019.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Non polio Enterovirus. <<https://www.cdc.gov/non-polio-enterovirus/about/index.html>> Acessado em 05 de agosto de 2019.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Pertussis Disponível em: < <https://www.cdc.gov/pertussis/index.html> >. Acesso em: 06 de agosto 2019.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Understanding professional developments:<https://www.cdc.gov/healthyschools/professional_development/documents/understanding_professional_development.pdf> Acessado em 20 de agosto de 2019.

DEVORE, C.D.; SHUTZE, G. E. Head Lice. **Pediatrics** vol.35, nº 5, pg.E1355-1365. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/135/5/e1355.full.pdf>> Acessado em 02 de agosto de 2019.

MS- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em saúde. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guiabolso.pdf> Acessado em 13 de maio de 2019.

MS- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_volume_unico_2_ed.pdf>> Acessado em 18 de março de 2019.

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de Vigilância em Saúde. 2019. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf> Acesso em: 11 julho 2019.

NESTI, M.M.M.; GOLDBAUM, M. As creches e pré escolas e as doenças transmissíveis. **Jornal de Pediatria**, vol. 83, nº 4, pp. 299-312, 2007.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA, A.O. Vigilância em Saúde no Espaço de Práticas da Atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol 14, n. 3, p. 929- 936, 2009.

Prefeitura do Rio de Janeiro/ RJ – Secretaria Municipal de Educação. Orientações para Profissionais de Educação Infantil. 2010. Disponível em:< <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1053798/DLFE-203708.pdf/ManualdeOrientacoesSMEfinaldeeducacaoinfantil.pdf>> Acessado em 2 de agosto de 2019.

Prefeitura de São Paulo/ SP- Secretaria Municipal de Saúde-Coordenação de Vigilância em Saúde. 2008. Manual de Boas Práticas de Higiene e de Cuidados com a Saúde para Centros de Educação Infantil do Município de São Paulo. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Manual_Boas_Praticas_CEI_2008_1255096_253.pdf> Acessado em 02 de setembro de 2019.

Quadro I: Calendário de Vacinação (Ministério da Saúde, 2019)

<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>

Calendário Nacional de Vacinação 2019																			
Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta/DTP	VIP/VOP	Pneumocócia 10V (conjugada) ¹	Rotavírus Humano	Meningocócica C (conjugada) ²	Febre Amarela ³	Hepatite A ¹	Triplíce Viral ⁴	Tetra viral ^{1,4,5}	Varicela	HPV ⁵	Pneumocócica 23V ⁶	Dupla Adulto	dTpa ⁷	Influenza ⁸	
Crianças	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer																
	2 meses			1ª dose (com penta)	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose												
	3 meses							1ª dose											
	4 meses			2ª dose (com penta)	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose												
	5 meses							2ª dose											
	6 meses			3ª dose (com penta)	3ª dose (com VIP)														
	9 meses								Dose única										
	12 meses					Reforço		Reforço			1ª dose								
	15 meses				1º reforço (com DTP)	1º reforço (com VOP)				Uma dose		Uma dose							Uma ou duas doses (anual)
	4 anos				2º reforço (com DTP)	2º reforço (com VOP)							Uma dose						
5 anos														Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a PNM10v					
9 anos																			
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses (verificar a situação vacinal anterior)					01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal anterior - 11 a 14 anos)	Dose única (verificar a situação vacinal anterior)		2 doses (verificar a situação vacinal anterior)			2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 11 a 14 anos)	Uma dose (a depender da situação vacinal anterior)	Reforço a cada 10 anos			
Adulto	20 a 59 anos		3 doses (verificar a situação vacinal anterior)						Dose única (verificar a situação vacinal anterior)		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos) (verificar a situação vacinal anterior)				Uma dose (a depender da situação vacinal anterior)	Reforço a cada 10 anos			
Idoso	60 anos ou mais		3 doses (verificar a situação vacinal anterior)						Dose única (verificar a situação vacinal anterior)						Reforço	Reforço a cada 10 anos		Uma dose (anual)	
Gestante			3 doses (verificar a situação vacinal anterior)													3 doses (verificar a situação vacinal anterior)	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana	Uma dose (anual)	

¹ Administrar 1 (uma) dose da vacina Pneumocócica 10V (conjugada), da vacina Meningocócica C (conjugada), da vacina hepatite A e da vacina tetra viral em crianças até 4 anos (4 anos 11 meses e 29 dias) de idade, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar.

² Indicada às pessoas residentes ou viajantes para as áreas com recomendação de vacinação. Atentar às precauções e contraindicações para vacinação. Esta vacina está indicada para todos os povos indígenas independente da Área com Recomendação para Vacinação (ACRV)

³ As pessoas que tiverem esquema vacinal completo, independente da idade em que foram vacinadas, não precisam receber doses adicionais.

⁴ A vacina tetra viral corresponde à segunda dose da triplíce viral e à dose da vacina varicela. Nesta dose poderá ser aplicada a vacina tetra viral ou a vacina triplíce viral e vacina varicela (monovalente).

⁵ A vacina HPV também está disponível para as mulheres e homens de nove a 26 anos de idade vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, sendo o esquema vacinal de três doses (0, 2 e 6 meses).

⁶ Esta vacina está indicada para pessoas a partir dos 60 anos de idade em condições clínicas especiais e população indígena a partir dos 5 (cinco) anos de idade.

⁷ Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar 1 (uma) dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para todos os profissionais de saúde.

⁸ É ofertada durante a Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza, conforme os grupos prioritários definidos no Informe da Campanha. Para as crianças não indígenas de 6 meses a menores de seis anos de idade (cinco anos, 11 meses e 29 dias) e para as crianças indígenas de seis meses a oito anos, que estarão recebendo a vacina pela primeira vez, deverão receber duas doses.