

COVID-19

# BOLETIM MATINAL

FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



**FACULDADE  
DE MEDICINA**  
• UFMG •

U F *m* G

Nº 285  
02 de Fevereiro



## Agora estamos nas redes sociais!

Siga-nos para atualizações diárias em qualquer lugar

Não esqueça de deixar seu feedback e compartilhar com os amigos!



**Twitter**

@ufmgboletimcov2



**Instagram**

@ufmgboletimcovid



**Telegram**

t.me/ufmgboletimcovid



Toque nos ícones



**Facebook**

Página ufmgboletimcovid



**Google Groups**

<https://bit.ly/UFMGBoletimCovid>

Disclaimer: este conteúdo é produzido por alunos da Universidade Federal de Minas Gerais sob orientação de professores da instituição. Não deve ser utilizado como recomendação ou distribuído sem autorização dos autores.



**FACULDADE  
DE MEDICINA**  
• UFMG •

**U F *m* G**



## DESTAQUES DA EDIÇÃO

- **Nº de casos confirmados: 9.229.322 (01/02)**
- **Notícias:** Novos insumos para produção da CoronaVac devem chegar semana que vem da China; Privatização da central logística responsável pela vacinação prejudica aplicação eficiente da política pública; As outras sequelas da COVID-19
- **Editorial:** Carga Viral salivar – Importante Parâmetro para Desfechos da COVID-19
- **Artigos:** Can We Protect Pregnant Women and Young Infants From COVID Through Maternal Immunization?

## Destques da PBH

- Nº de casos confirmados: 89.994 | 1318 novos desde 29/01 (01/02)<sup>1</sup>
- Nº de óbitos confirmados: 2.264 | 23 novos desde 29/01 (01/02)<sup>1</sup>
- Nº de recuperados: 82.241 (01/02)<sup>1</sup>
- Nº de casos em acompanhamento: 5.289 (01/02)<sup>1</sup>
- NÍVEL DE ALERTA GERAL: **VERMELHO**

Link<sup>1</sup>: <https://bit.ly/3cvSQjT>

## ACOMPANHAMENTO DOS LEITOS

QUADRO 5 Leitos de UTI.

LEITOS DE UTI - Dia 31/1				
	Rede	UTI Total	UTI COVID	UTI não COVID
SUS	Nº de leitos	1.017	303	714
	Taxa de ocupação	82,9%	77,9%	85,0%
Suplementar	Nº de leitos	706	282	424
	Taxa de ocupação	77,5%	73,4%	80,2%
SUS + Suplementar	Nº de leitos	1.723	585	1.138
	Taxa de ocupação	80,7%	75,7%	83,2%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 22 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 22 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 1º/2/2021.

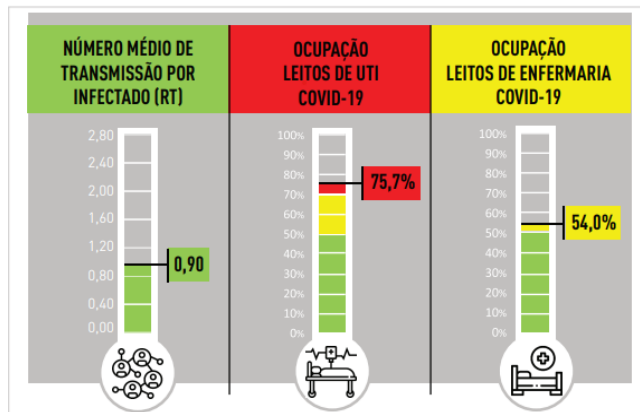
QUADRO 6 Leitos de enfermarias.

LEITOS DE ENFERMARIAS - Dia 31/1				
	Rede	Enfermaria Total	Enfermaria COVID	Enfermaria não COVID
SUS	Nº de leitos	4.594	859	3.735
	Taxa de ocupação	72,6%	55,9%	76,4%
Suplementar	Nº de leitos	2.720	622	2.098
	Taxa de ocupação	61,1%	51,3%	64,1%
SUS + Suplementar	Nº de leitos	7.314	1.481	5.833
	Taxa de ocupação	68,3%	54,0%	72,0%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 22 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 22 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 1º/2/2021.

FIGURA 1 Indicadores de Monitoramento.



\*Refere-se à ocupação dos leitos destinados ao tratamento de COVID-19 da Rede SUS e da Rede Suplementar de Saúde de BH.  
Fonte: PBH - atualizado em 1º/2/2021.

## Destaques da SES-MG

- N° de casos confirmados: 736.265 (01/02)<sup>2</sup>
- N° de casos novos (24h): 1.779 (01/02)<sup>2</sup>
- N° de casos em acompanhamento: 62.661 (01/02)<sup>2</sup>
- N° de recuperados: 658.510 (01/02)<sup>2</sup>
- N° de óbitos confirmados: 15.094 (01/02)<sup>2</sup>
- N° de óbitos (24h): 34 (01/02)<sup>2</sup>

Link<sup>2</sup>: <https://bit.ly/3j7Qn0e>

## Destaques do Ministério da Saúde

- N° de casos confirmados: 9.229.322 (01/02)<sup>3</sup>
- N° de casos novos (24h): 24.591 (01/02)<sup>3</sup>
- N° de óbitos confirmados: 225.099 (01/02)<sup>3</sup>
- N° de óbitos (24h): 595 (01/02)<sup>3</sup>

Link<sup>3</sup>: <http://bit.ly/347AMGY>

## Destaques do Mundo

- N° de casos confirmados: 103.333.479 (01/02)
- N° de óbitos confirmados: 2.235.401 (01/02)

Link: <http://bit.ly/3oBUMK5>

## Editorial: Carga Viral salivar como Importante Parâmetro para Desfechos da COVID-19

O desenvolvimento de uma forma grave de COVID-19 está associado com o sexo masculino, idade e condições médicas específicas, sendo que aqueles com vários desses fatores de risco estão sujeitos a uma chance aumentada de agravamento. Clinicamente, a gravidade é caracterizada pela indução de uma forte resposta imune inflamatória, linfopenia, trombocitopenia e coagulopatias, sendo que pacientes com doença severa que progridem para a morte expressam maiores níveis de citocinas e quimiocinas inflamatórias (CXCL10, IL-6 e IL-10), inflamassoma (IL-18 e IL-1 $\beta$ ) e interferons (IFN $\alpha$ , IFN $\gamma$  e IFN $\lambda$ ), assim como desenvolvem hipersensibilidades dos tipos 2 e 3. Ademais, estudos revelaram o importante papel das respostas imunes adaptativas humorais e celulares para melhores desfechos da doença, assim como da redução em subgrupos de células T CD4 foliculares necessária para o desenvolvimento e maturação de anticorpos de alta qualidade.

Apesar dessas associações, até hoje não foi descrito nenhum fator que possa distinguir significativamente o espectro de gravidade da COVID-19, de manifestações leves a fatais da doença, e que unifique os vários parâmetros celulares, imunológicos, clínicos e demográficos vistos no espectro de gravidade. O estudo da carga viral na COVID-19, obtida a partir de locais de coleta distintos incluindo nasofaringe, escarro, saliva, plasma, urina e fezes, demonstrou que a informação obtida de cada um desses locais não é sempre sinônima. A associação da carga viral na nasofaringe foi a mais estudada, ainda que com resultados inconsistentes. Tendo isso em vista, um grupo de pesquisadores canadenses e estadunidenses estudou as relações que a carga viral salivar tem com importantes parâmetros da COVID-19, incluindo a associação com fatores de risco conhecidos, marcadores fenotípicos da doença como forte indução de citocinas e linfopenia, e sua associação com respostas imunes humorais imaturas.

Cento e cinquenta e quatro pacientes admitidos no Hospital Yale-New Haven entre março e junho de 2020 foram usados para análise como parte do estudo longitudinal IMPACT, incluindo 62 pacientes hospitalizados que desenvolveram doença grave e que foram admitidos para a UTI durante sua estadia no hospital, e 84 pacientes hospitalizados com sintomas moderados. Foram avaliadas as cargas de RNA viral nasofaríngea e salivar, quantificadas por RT-qPCR, assim como os níveis de citocinas, quimiocinas e anticorpos plasmáticos. Perfis de leucócitos foram obtidos a partir de células mononucleares sanguíneas periféricas e dados clínicos foram obtidos a partir de registros médicos. Uma coorte separada de indivíduos não hospitalizados consistiu de 18 profissionais da saúde que estavam sendo periodicamente monitorados para infecção e 8 pacientes que foram admitidos para procedimentos eletivos e que se tornaram RT-qPCR-positivos por testagem por swab nasofaríngeo ou salivar. Finalmente, 108 profissionais da saúde não infectados serviram como grupo controle.

Os pesquisadores inicialmente analisaram a carga viral salivar e nasofaríngea com relação a parâmetros conhecidos por serem associados com desfechos piores da doença e concluíram que a carga viral salivar era significativamente maior em pacientes que tinham qualquer fator de risco. Pacientes com quatro ou mais fatores de risco tinham cargas virais salivares significativamente maiores do que aqueles com nenhum, um ou dois fatores de risco. A idade também demonstrou uma correlação positiva significativa com a carga viral salivar e a comparação das cargas virais entre sexos demonstrou que a carga viral salivar era significativamente maior em homens do que em mulheres. Por outro lado, a carga viral nasofaríngea não foi relacionada de forma estatisticamente significantes com nenhum desses parâmetros medidos.

A carga viral foi também relacionada ao espectro de severidade da doença. Eles compararam as medidas de carga viral entre indivíduos hospitalizados e não hospitalizados e concluíram que pacientes hospitalizados apresentavam cargas virais salivares significativamente maiores do que indivíduos não hospitalizados. A comparação das cargas virais salivares para pacientes hospitalizados, entre doença moderada e severa, e entre indivíduos vivos e falecidos revelou que a carga viral salivar foi progressivamente e significativamente maior em pacientes com desfechos piores. A maioria das observações não foram estatisticamente significantes quando medidas por carga viral nasofaríngea.

Os autores também investigaram a relação entre as cargas virais salivar e nasofaríngea e diversos fatores imunológicos medidos na coorte, que incluíram citocinas, quimiocinas, plaquetas e níveis de anticorpos. A carga viral, obtida a partir de qualquer método de coleta, correlacionou positivamente com vários marcadores importantes de inflamação, citocinas do inflamassoma, citocinas e muitas outras quimiocinas responsáveis pelo recrutamento de leucócitos, mas mostrou associações mais fortes ou mais significantes com a carga viral salivar do que com a carga viral nasofaríngea. A carga viral salivar também mostrou correlações positivas estatisticamente significantes com IL-18 e IFN $\lambda$ , que foram previamente associados com a gravidade e a mortalidade da doença, mas que não foram previamente correlacionados com a carga viral. Ambas as cargas virais da saliva e nasofaringe mostraram uma forte correlação negativa com IgG anti-spike e anti-RBD e plaquetas, assim como certos fatores de crescimento e de reparo.

Por fim, foi investigada a associação da carga viral com a quantidade de células T e outros subgrupos celulares. Conforme previamente, a carga viral salivar foi negativamente associada de forma significativa com a contagem de linfócitos absoluta obtida a partir de dados clínicos dos pacientes, assim como com a contagem de células T CD4 e T CD8. Adicionalmente, a carga viral salivar foi negativamente associada com vários subgrupos de células T efetoras, NK, macrófagos e alguns subgrupos de células B. Por outro lado, a carga viral nasofaríngea mostrou correlações negativas menos significantes com alguns desses subgrupos de leucócitos.

Em suma, os resultados demonstraram que a carga viral medida a partir de material coletado da saliva, mas não da nasofaringe, é um correlato unificador e dinâmico da apresentação da COVID-19, sua gravidade e sua mortalidade. Segundo o microbiólogo espanhol Arnau Casanovas, que participou do estudo, a coleta de amostras de saliva e a análise da carga viral, sobretudo no princípio da infecção, podem ajudar muito os médicos a prever o prognóstico do paciente e a escolher os tratamentos. Ele ainda argumenta que esse tipo de análise apresenta a vantagem da facilidade da coleta, dispensa pessoal de enfermagem e evita o risco de contágio nos centros de testagem.

**Referências:** <https://bit.ly/2MoKVKG>

**Orientação:** Professora Ana Maria Caetano.

**Integrantes:** Cristina Cerqueira Vieira, Lucas Crepaldi Carvalho Nery, Ludimila de Barcelos Ubaldo Martins e Luiz Gustavo Pessoa Pires Jabour

## Destaques do Brasil:

**Novos insumos para produção da CoronaVac devem chegar semana que vem da China:** Não é de hoje que o Brasil tem demonstrado indicativos de que a pandemia por covid-19 ainda continua de forma sustentada. E para contrapor esse panorama, a vacinação tem um papel fundamental no combate a doença.

Segundo comunicação do governo de São Paulo, 5,4 mil litros de IFA (Insumo Farmacêutico Ativo) da fábrica biofarmacêutica Sinovac Life Sciences já estão no aeroporto de Pequim, na China, e devem chegar na próxima quarta-feira (3).

Os novos insumos permitirão a produção de 8,6 milhões de doses da vacina pelo Instituto Butantan, em São Paulo. | Link: <https://bit.ly/3pliF3W>

**Temer privatizou serviço de distribuição de vacinas e tornou o Brasil mais frágil para enfrentar a pandemia:**

Uma reportagem da jornalista Júlia Barbon, publicada neste domingo (31) na Folha de S. Paulo, revela mais um custo da administração do ex-presidente, Michel Temer, que tornou o Brasil mais frágil para enfrentar a pandemia da covid-19. "A complexa tarefa de distribuir vacinas para um país grande e diverso como o Brasil, que hoje é vista como peça fundamental no combate ao coronavírus, passou por uma turbulência silenciosa três anos atrás", escreve a jornalista.

Em 2018, o então ministro da Saúde, Ricardo Barros, decidiu fechar a Central nacional responsável por essa logística e substituir tais serviços por uma empresa privada de São Paulo.

Considerando a importância estratégica deste setor para o combate à pandemia, o Brasil encontra mais um entrave para que a política de vacinação contra covid-19 seja aplicada, a nível nacional, de forma eficiente. | Link: <https://bit.ly/2MKUxzi>



## Destaques do Mundo:

**As outras sequelas da covid-19:** “A vida não pode ser trabalhar a semana toda e ir ao supermercado aos sábados. Não pode ser isso. Essa vida não é humana”, disse, antes da pandemia, o paleoantropólogo Juan Luis Arsuaga.

O impacto da pandemia na vida cotidiana transforma rotinas anteriores em luxos, privilégios e objetos de desejo. A infecção causa medos e altera os modelos de relações sociais, de trabalho e até sexuais.

**O medo e a insegurança são pontos em comum a sociedade atual.** Mas esse medo, apesar de ser um “nexo compartilhado”, “mais do que unir, divide”. “Mais do que gerar formas comuns de pensar, sentir e agir, essa nova sociedade que vemos nascer está fadada à proliferação de múltiplas realidades baseadas na individualização extrema” - alerta a pesquisadora Ana María Huesca González.

**A nova concepção atual de trabalho também tem demonstrado suas consequências.** Uma pesquisa que consta do estudo de Valenzuela-García revela que o “home office” tem deixado uma sensação de auto-exploração e aumento de carga horária de trabalho. Além disso, a ausência do convívio social do trabalho também tem repercutido negativamente na saúde mental daqueles que se encontram sob esse regime laboral.

**Outro item a se destacar é o papel atual das chamadas “MMTs” (mulheres-mães-trabalhadoras).** Com a necessidade de adaptação aos tempos atuais, aliada às questões culturais patriarcalistas, esse grupo tem sido colocado ao limite em relação a capacidade de produção.

**Finalmente, a gestão em relação aos desejos afetivos-sexuais tem sido outro ponto afetado pelo “novo normal”.** A administração desses impulsos tem se mostrado heterogênea entre as pessoas, indo desde aqueles que se reinventam em favor das necessidades de distanciamento social atual a até os grupos temerários que, mais do que nunca, se colocam em risco. | Link: <https://bit.ly/2YziyMj>

## Indicações de artigos

### COVID-19 rarely spreads through surfaces. So why are we still deep cleaning?

Logo no início da pandemia, no final de março, um estudo laboratorial mostrou que o coronavírus SARS-CoV-2 pode persistir em plástico e aço inoxidável por dias. Também pareceu confirmar a orientação emitida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de que o vírus que causa o COVID-19 pode se espalhar por superfícies contaminadas, conhecidas como fômites.

Porém, alguns meses depois, microbiologistas investigaram mais precisamente o papel dos fômites na transmissão do SARS-CoV-2. Os achados demonstraram que havia pouco para apoiar a ideia de haja transmissão do vírus de uma pessoa para outra através de superfícies contaminadas. Os resultados publicados na *The Lancet Infectious Diseases* em julho, argumentavam que as superfícies apresentavam relativamente pouco risco de transmitir o vírus. Resultados que ganharam apoio no decorrer da pandemia.

À medida que as evidências foram se acumulando ao longo da pandemia, a compreensão científica sobre o vírus mudou. Todos os estudos e investigações de surtos apontam para a noção de que a maioria das transmissões ocorram como resultado de pessoas infectadas expelindo gotículas e pequenas partículas chamadas aerossóis quando tosse, falam ou respiram. As partículas podem ser inaladas diretamente por pessoas próximas. A transmissão de superfície, embora possível, não é considerada um risco significativo.

Mas mesmo com esses resultados não parece estar ocorrendo mudanças no padrão de higienização recomendadas no início da pandemia. Isso porque é mais fácil limpar as superfícies do que melhorar a ventilação, e os consumidores esperam protocolos de desinfecção. Isso significa que governos, empresas e indivíduos continuam a investir grandes quantidades de tempo e dinheiro em esforços de intensa limpeza das superfícies.

Tais estudos podem explicar por que uma comparação global de intervenções governamentais para controlar a pandemia em seus primeiros meses descobriu que a limpeza e desinfecção de superfícies compartilhadas foram consideradas umas das menos eficazes na redução da transmissão. Distanciamento social e restrições de viagens, incluindo bloqueios, funcionaram melhor.

Link: <https://go.nature.com/2Yx5JCF>

## Can We Protect Pregnant Women and Young Infants From COVID-19 Through Maternal Immunization?

A infecção pelo vírus SARS-CoV-2 durante a gravidez e em recém-nascidos pode resultar em doença grave. Pouco se sabe sobre as respostas imunológicas de mulheres grávidas com COVID-19 e a possibilidade de proteção infantil.

Em estudo realizado no nordeste dos Estados Unidos com 1471 mulheres grávidas, 6% tinham anticorpos IgG e / ou IgM detectáveis no parto, porém a maioria dos bebês nascidos de mães soropositivas, 87 %, tinham anticorpos IgG detectáveis ao nascimento. Como esperado, dado o processo de transferência transplacentária de IgG ativa durante a gravidez, as taxas de transferência foram superiores a 1,0 e houve uma correlação positiva entre os títulos de anticorpos maternos e infantis.

Notavelmente, a maioria das mulheres soropositivas (50 de 83 [60%]) eram assintomáticas. É possível que mulheres com COVID-19 moderado ou grave possam ter concentrações mais altas de anticorpos para transferência. O tempo disponível para a transferência de anticorpos é outro fator importante. As taxas de transferência placentária aumentaram quando o tempo entre a infecção materna e o parto é maior.

A transferência transplacentária de anticorpos é seletiva para IgG; portanto, não se espera encontrar anticorpos IgM no sangue do cordão, a menos que sejam produzidos pelo feto, como visto em infecções congênitas verdadeiras, como citomegalovírus ou rubéola. Neste estudo, nenhuma evidência de infecção intrauterina ou pós-natal foi identificada por meio de sorologia, detecção viral ou achados clínicos.

Embora as taxas de transferência transplacentária possam variar, é reconfortante que a infecção materna, seja sintomática ou assintomática, resulte na produção de anticorpos suficiente para uma transferência transplacentária eficiente de anticorpos para recém-nascidos, porque a vacinação materna poderia fazer o mesmo.

No entanto, o momento da vacinação materna para a proteção do bebê exigiria um intervalo adequado entre a vacinação e o parto (de pelo menos 4 semanas), enquanto a vacinação no início da gestação e mesmo no final do terceiro trimestre ainda poderia resultar em proteção para a mãe. A vacinação materna começando no início do segundo trimestre da gestação pode ser ideal para atingir os níveis mais altos de anticorpos no recém-nascido.

Comparando com outras doenças passíveis de imunização durante a gravidez, o anticorpo adquirido por via transplacentária decai rapidamente no segundo mês de vida e continua a cair, de modo que por volta de 6 a 12 meses, a eficácia protetora é reduzida.

Link: <https://jamanetwork.com/>

## Recomendação de leitura: As variantes do COVID-19 estão se espalhando rapidamente. Aqui está o que os cientistas sabem sobre elas - e por que você precisa de uma máscara melhor

**Bridget Balch**

Novas variantes do Coronavírus, mais contagiosas, oriundas da Grã-Bretanha, África do Sul e Brasil estão chamando atenção. Especialistas compartilham porque o uso de máscaras melhores e uma vacinação mais rápida oferecem a melhor chance de evitar outro surto mortal.

Todos os vírus sofrem mutação. O SARS-CoV-2, o vírus da pandemia de COVID-19, sofreu mutações de várias maneiras desde que começou a se espalhar em humanos em 2019, mas poucas dessas mutações mudaram-no o suficiente para alterar seu impacto sobre pessoas - pelo menos até o final de 2020.

Nos últimos meses, diversas variantes - que surgem de mutações na composição genética do vírus - têm causado preocupação na comunidade científica internacional. Entre eles estão: B.1.1.7, uma cepa que está levando a um aumento repentino de hospitalizações e mortes no Reino Unido; B.1.351, que foi detectado pela primeira vez na África do Sul; e P.1, que agora está surgindo no Brasil. Na semana passada, pesquisadores anunciaram a descoberta de uma cepa distribuída localmente na Califórnia, rotulada B.1.426 ou CAL.20C, que acreditam poder ter contribuído para o aumento alarmante da infecção no estado, de acordo com o Los Angeles Times.

O que isso significa para um mundo abalado que entra no seu segundo ano da pandemia? A AAMCNews falou com Ashish Jha, MD, MPH, reitor da Escola de Saúde Pública da Universidade Brown, e Gigi Gronvall, PhD, acadêmica sênior do Centro Johns Hopkins de Segurança Sanitária, que ofereceu sua experiência sobre o que sabemos - e não sabemos - sobre as novas variantes.

### **As novas variantes são mais contagiosas?**

Jha diz que as evidências sugerem que as variantes do Reino Unido, África do Sul e Brasil são cerca de 50% mais contagiosas do que a cepa comum nos Estados Unidos. Os cientistas ainda estão estudando a transmissibilidade da variante da Califórnia, mas acreditam que também seja mais contagiosa. Todas as variantes têm mutações na proteína spike, usada pelo vírus para entrar e infectar células humanas. "Isso é realmente problemático", diz Jha.

### **Elas causam doença mais graves?**

Autoridades britânicas disseram na semana passada que há algumas evidências preliminares de que a variante do Reino Unido é mais mortal, mas os pesquisadores alertaram que os dados ainda são limitados.

“Precisamos assumir agora que a variante circulando predominantemente no Reino Unido tem um certo grau de aumento no que chamamos de virulência, ou seja, do poder do vírus de causar mais danos, incluindo morte,” disse Anthony Fauci, MD, especialista em doenças infecciosas e principal conselheiro médico do presidente, no domingo em "Face the Nation".

Mesmo que as pessoas geralmente não fiquem doentes por causa das novas cepas, surtos maiores ainda podem resultar em um número maior de mortes. Quanto mais pessoas forem infectadas, mais pessoas ficarão gravemente doentes, sobrecarregando ainda mais os sistemas de saúde que já estão lotados pela COVID-19.

### **As variantes já estão se espalhando nos Estados Unidos?**

A variante do Reino Unido foi detectada em pelo menos 20 estados norte-americanos, disse Fauci no domingo, e o primeiro caso americano da variante brasileira foi confirmado em Minnesota na segunda-feira. Pesquisadores na Califórnia descobriram que a cepa local é responsável por cerca de um quarto dos casos no estado. Até o momento, a variante sul-africana não foi detectada no país, mas poucos laboratórios estão fazendo os testes necessários para identificar as diferentes cepas.

O New York Times relatou em 6 de janeiro que os laboratórios dos Estados Unidos estão apenas fazendo sequenciamento genômico em cerca de 3.000 amostras virais de 1,4 milhão de testes positivos por semana, o que significa que as variantes podem estar se espalhando sem serem detectadas.

“Não estamos fazendo sequenciamento genômico suficiente”, diz Jha. “Devíamos fazer muito mais do que isso.”

Os Estados Unidos têm a capacidade de fazer um sequenciamento mais amplo, mas carece de um esforço federal para organizar a tarefa, explica ele. Ele espera que isso possa aumentar significativamente nas próximas semanas.

“Não saberemos com o que estamos lidando se não estivermos procurando por isso”, diz Gronvall.

Ela explica que identificar variantes preocupantes é fundamental para implementar estratégias de contenção, como rastreamento de contatos e isolamento.

“Esta é uma ferramenta de saúde pública de que vamos precisar no futuro”, diz ela. “É um campo que só irá se expandir.”

A partir de agora, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças prevêem que a variante do Reino Unido poderá se tornar a cepa dominante nos Estados Unidos em março.

### **O que as novas variantes significam para as precauções existentes, como uso de máscara e distanciamento social?**

Especialistas dizem que é hora de dobrar as medidas de saúde pública conhecidas.

“Ainda temos as ferramentas para evitar que isso se torne uma cepa predominante e só precisamos ser muito mais rigorosos quanto ao seu uso”, diz Gronvall. “O uso de máscaras e o distanciamento social e ao ar livre ainda funcionarão.”

Gronvall chega a dizer que, mesmo sem as variantes mais contagiosas, os níveis atuais de propagação comunitária por muitas regiões dos Estados Unidos são altos o suficiente para que todos pensem duas vezes sobre quaisquer atividades que os coloquem perto de pessoas fora de casa - especialmente atividades de risco moderado a alto, como comer fora e viajar de avião.

Jha diz que as duas maiores prioridades para os legisladores nas próximas semanas devem ser vacinar o máximo possível de pessoas e encorajar todos a usar máscaras de melhor qualidade.

“As pessoas realmente precisam atualizar suas máscaras”, diz ele. “Temos este modelo mental de que existem máscaras N95 e todo o resto e isso não é verdade.”

Jha recomenda o uso de máscaras KF94, que são máscaras feitas na Coreia que filtram 94% das partículas - um pouco menos do que as máscaras N95. Elas estão disponíveis na Amazon.

Caso contrário, ele diz que é uma boa ideia dobrar o uso das máscaras de pano, especialmente em situações de alto risco, como ir ao supermercado, andar de transporte público ou ir a qualquer lugar que possa estar lotado.

### **As vacinas ainda serão eficazes contra as novas variantes?**

Até o momento, os dados sugerem que as vacinas ainda produzirão imunidade contra as novas variantes.

Estudos de laboratório mostraram que a vacina Pfizer-BioNTech é igualmente eficaz na cepa prevalente no Reino Unido. E a Moderna, empresa que fabrica a outra vacina atualmente aprovada nos Estados Unidos, disse na segunda-feira que seus estudos mostram que sua vacina é eficaz contra as variantes do Reino Unido e da África do Sul - embora, em termos relativos, seja menos eficaz contra a variante da África do Sul. A empresa está trabalhando no desenvolvimento de uma injeção de reforço para melhor proteção contra essa variante.

Jha diz que seu medo é que, se o coronavírus continuar a se espalhar na taxa em que está se espalhando, outras variantes que podem ser resistentes à vacina se desenvolverão.

A melhor maneira de evitar que isso aconteça - e de salvar os Estados Unidos de serem esmagados por outro surto quando as variantes mais contagiosas se espalharem mais amplamente - é vacinando o maior número possível de braços.

Fauci reiterou na reunião da Casa Branca na última quinta-feira que, mesmo que as vacinas não sejam tão eficazes nas novas variantes, elas ainda serão úteis. Ele acrescentou que a vacina pode ser alterada para lidar com as mudanças no vírus, se necessário.

### **Pessoas com anticorpos de uma infecção anterior de COVID-19 podem ser reinfectadas pelas novas variantes?**

Os especialistas não têm certeza se uma infecção anterior de COVID-19 protegerá contra as novas variantes. Um estudo da África do Sul sugere que a variante pode escapar dos anticorpos da cepa COVID-19 mais comum. Esse problema também pode tornar uma terapia promissora - o uso de plasma de pessoas que foram previamente infectadas para aumentar a resposta imunológica de uma pessoa doente - ineficaz.

Mas Jha diz que os cientistas vão precisar de mais dados clínicos para determinar se os anticorpos são realmente ineficazes nas novas variantes.

"Ainda não sabemos o suficiente para nos preocupar", diz ele.

#### **Tenha um ótimo dia!**

João Victor Simões, Jonathas Blohem,  
Julia Inoue, Roberta Bassi

"Não há grandeza quando não há  
simplicidade" (Leon Tolstói)

13

4

02 de Fevereiro



Disclaimer: Esta publicação é de domínio público. É proibido o seu uso comercial.

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE MEDICINA

### Produção

Amarildo Antônio Sena Cesar Junior  
Ana Claudia Froes  
Ana Luiza Regina Maria Fonseca Silva  
Bianca Curi Kobal  
Deborah Ramalho Silva  
Fernanda Eugênia Lapa Marinho  
Gustavo Henrique de Oliveira Soares  
João Victor Simões Raimundo  
Jonathas Blohem Souza  
Julia de Andrade Inoue  
Juliana Almeida Moreira Barra  
Lorena Michelin Santos de Angelis Dias  
Lucas Souza França  
Marco Aurélio Freire Grossi  
Marina Lírio  
Maykon Souza  
Melissa Amaral Carneiro  
Murilo de Godoy Augusto Luiz  
Nícolas Pablo Diogo Quintão  
Paul Rodrigo Santi Chambi  
Pedro Henrique de Almeida Andrade  
Raphael Herthel Souza Belo  
Rebeca Narcisa de Carvalho  
Roberta Demarki Bassi  
Thomás Mucida Santos Lacerda Soares  
Vinícius Rezende Avelar  
Violeta Pereira Braga  
Waydder Antônio Aurélio Costa

### Divulgação

Bruna Ambrozim Ventorim  
João Gabriel Malheiros Andrade de Carvalho  
Matheus Gomes Salgado  
Rafael Valério Gonçalves

### Coordenação Acadêmica

Bruno Campos Santos – Médico  
Vitória Andrade Palmeira – DAAB  
Gabriel Rocha – DAAB  
Profa. Maria do Carmo Barros de Melo - Pediatra

### Editor

Prof. Unai Tupinambás - Infectologista

### Coordenadores de Conteúdo

Profa. Maria do Carmo Barros de Melo - Pediatra  
Prof. Unai Tupinambás - Infectologista  
Prof. Mateus Rodrigues Westin – Infectologista  
Profa. Lilian Martins Oliveira Diniz - Pediatra  
Profa. Priscila Menezes Ferri Liu – Pediatra  
Dr. Shinfay Maximilian Liu – Patologista Clínico

Contato: [boletimcovid@medicina.ufmg.br](mailto:boletimcovid@medicina.ufmg.br)



**FACULDADE  
DE MEDICINA**  
• UFMG •

U F *m* G

