

COVID-19

BOLETIM MATINAL

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



**FACULDADE
DE MEDICINA**
• UFMG •

U F *m* G

Nº 364
22 de Abril



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



FACULDADE
DE MEDICINA
• UFMG •

U F *m* G



DESTAQUES DA EDIÇÃO

- N° de casos confirmados: 14.122.795 (21/04)
- Editorial: Detecção do SARS-CoV-2 na saliva de crianças em idade escolar
- Notícias: Covid-19 segue a crescer entre os jovens e atinge população sem comorbidades | CFM diz no Senado que não aprova tratamento precoce para Covid-19 | Anvisa autoriza uso emergencial de coquetel de anticorpos contra Covid-19 | Crianças precisam saber usar máscaras e higienizar as mãos para voltarem às aulas | Suécia tem o maior número de casos novos de Covid-19 na Europa | O que fazer se você estiver vacinado e seus filhos não | Vacina aparenta reduzir substancialmente as hospitalizações no Reino Unido |
- Artigos: Dinâmica de transmissão do Sars-CoV-2 em relação aos sintomas | Características e gravidade da Covid-19 em crianças e adolescentes americanos | BMJ: Remdesivir

Destaques da PBH

- N° de casos confirmados: 166.187 | 1578 novos (20/04)¹
- N° de óbitos confirmados: 3.979 | 14 novos (20/04)¹
- N° de recuperados: 156.396 (20/04)¹
- N° de casos em acompanhamento: 5.812 (20/04)¹

NÍVEL DE ALERTA GERAL: **VERMELHO**

Link¹: <https://bit.ly/3rExwwk>

QUADRO 5 Leitos de UTI.

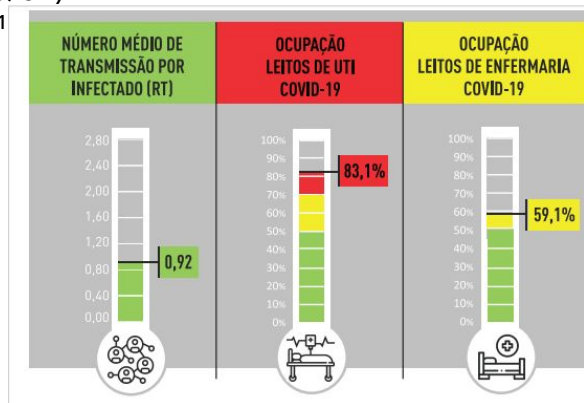
LEITOS DE UTI - Dia 19/4				
Rede		UTI Total	UTI COVID	UTI não COVID
SUS	N° de leitos	1.174	570	604
	Taxa de ocupação	90,7%	89,6%	91,7%
Suplementar	N° de leitos	941	551	390
	Taxa de ocupação	76,4%	76,2%	76,7%
SUS + Suplementar	N° de leitos	2.115	1.121	994
	Taxa de ocupação	84,3%	83,1%	85,8%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 24 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 23 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 20/4/2021.

QUADRO 6 Leitos de enfermarias.

LEITOS DE ENFERMARIAS - Dia 19/4				
Rede		Enfermaria Total	Enfermaria COVID	Enfermaria não COVID
SUS	N° de leitos	4.669	1.180	3.489
	Taxa de ocupação	74,6%	61,4%	79,1%
Suplementar	N° de leitos	2.850	942	1.908
	Taxa de ocupação	66,4%	56,4%	71,4%
SUS + Suplementar	N° de leitos	7.519	2.122	5.397
	Taxa de ocupação	71,5%	59,1%	76,4%



INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO - COVID-19 - 20/4

POSTOS DE IMUNIZAÇÃO	DOSES DESTINADAS A BH	DOSES RESERVADAS A PÚBLICOS-ALVO	DOSES DISTRIBUÍDAS	APLICAÇÕES DE 1ª DOSE	APLICAÇÕES DE 2ª DOSE
224	901.410*	901.410*	799.695*	469.421	157.331
CORONAVAC - SINOVAC/BUTANTAN					
69	691.260*	691.260*	625.650*	369.676	157.166
ASTRAZENECA - OXFORD/FIOCRUZ					
155	210.150	210.150	174.045	99.745	165

Destaques da SES-MG

- N° de casos confirmados: 1.298.176 (21/04)²
- N° de casos novos (24h): 11.905 (21/04)²
- N° de casos em acompanhamento: 80.023 (21/04)²
- N° de recuperados: 1.187.159 (21/04)²
- N° de óbitos confirmados: 30.994 (21/04)²
- N° de óbitos (24h): 486 (21/04)²

Link²: <https://bit.ly/3rAoUa9>

Destaques do Ministério da Saúde

- N° de casos confirmados: 14.122.795 (21/04)³
- N° de casos novos (24h): 79.719 (21/04)³
- N° de óbitos confirmados: 381475 (21/04)³
- N° de óbitos (24h): 3472 (21/04)³

Link³: <https://bit.ly/3djbVoi>

Destaques do mundo

- N° de casos confirmados: 143.423.893 (21/04)⁴
- N° de casos novos (24h): 779.567 (21/04)⁴
- N° de óbitos confirmados: 3.050.464 (21/04)⁴
- N° de óbitos (24h): 14.123 (21/04)⁴

Link⁴: <https://bit.ly/2QXuMhd>

Editorial

Detecção do SARS-CoV-2 na saliva de crianças em idade escolar

(Saliva for molecular detection of SARS-CoV-2 in school-age children)

Esse estudo foi realizado para determinar a acurácia do diagnóstico do SARS-COV-2 na saliva de crianças, utilizando o método RT-PCR. Já se sabe da alta acurácia do teste na saliva de adultos. Com a reabertura das escolas, é de suma importância o rastreamento do vírus SARS-CoV-2 em crianças, para evitar surtos de contaminação em ambiente educacional. Uma vez que o teste de swab nasal para realização do RT-PCR é mais complicado em crianças, a coleta da saliva se torna mais atraente nessa população.

De 1 até 23 de outubro de 2020, foram realizadas amostragens de 476 crianças em idade escolar no Dubai Health Authority (DHA), em Dubai, Emirados Árabes. Os critérios para realizar o teste eram: história de contato com pessoas com diagnóstico confirmado de COVID-19, presença de sintomas presuntivos da doença ou realização de teste para retorno às atividades escolares presenciais. Para obter uma detecção com sensibilidade de 80% e especificidade de 95%, era necessária uma população de 400 participantes – com 20 casos positivos, já que a prevalência estimada da infecção é de 5%.

Depois de obter consentimento dos pais ou responsáveis legais, foram coletados pares de swabs nasais e amostras de salivas (1-3mL) – sendo essas últimas coletadas pelos próprios voluntários, pelo menos 30 minutos após ingestão de líquidos ou alimentos sólidos. As crianças foram instruídas a acumular saliva por um a dois minutos na boca e depois depositá-la em recipiente estéril. As 476 crianças que participaram do estudo tinham idade média de 10,8 anos, com idade mínima de 3 anos e máxima de 18 anos. Do total, 58,2% eram do sexo masculino. Dessas, foram coletados 485 pares de swabs nasais e saliva. Todos passaram pelo exame RT-PCR.

A detecção de pelo menos uma variante do vírus foi obtida em 17,9% (87/485) das amostras. A prevalência do diagnóstico da COVID-19 por RT-PCR da coleta nasal foi de 16,7% (81/485), enquanto a da saliva foi de 15,9% (77/485). Os métodos foram discordantes em 16 amostras e positivos em 71.

Se considerarmos o swab nasal como o padrão de referência, o método da saliva mostrou sensibilidade e especificidade de 87,7% e 98,5%, respectivamente. O valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo foram 92,2% e 97,6%, respectivamente. Ao excluir amostras duplicadas de nove participantes, foram alcançadas sensibilidade e especificidade equivalentes (86,5% e 98,5%). Importante salientar que não houve discordância nos testes ao analisar os resultados estratificando os participantes por faixas etárias. Desse modo, pode-se confirmar a utilidade do uso da saliva como teste não invasivo para detecção do SARS-COV-2 em crianças de idade escolar. Os achados coincidem com outras publicações similares.

Dois pequenos estudos sugerem que a saliva pode não ser útil para diagnóstico do SARS-COV-2 em crianças: um estudo de séries de casos com 18 crianças hospitalizadas com COVID-19 em Singapura, que reportou baixa sensibilidade para detecção do vírus na saliva (52,9%) e outro estudo na Coreia do Sul, em que o vírus foi detectado em 8 de 11 amostras de saliva. O pequeno tamanho dos estudos limita, no entanto, o impacto dos achados. Em contrapartida, a análise do presente estudo encontrou boa sensibilidade e especificidade, bem como bons valores para VPP e VPN. Esses achados possuem claros impactos na saúde pública, uma vez que a saliva é uma fonte muito mais aceitável e prática em crianças.

Muitos países reduziram as restrições e liberaram o retorno às aulas. No entanto, as crianças permanecem em sua maioria assintomáticas ou oligossintomáticas, e podem aumentar a disseminação do vírus. O rastreamento rápido e não invasivo da coleta da saliva deve ser levado em consideração. Novos estudos com amostras maiores se fazem necessários, assim a inclusão de crianças com idade inferior a três anos.

Link: <https://bit.ly/3gxXnnY>

Destaques do Brasil:

- COVID-19 segue a crescer entre os mais jovens e atinge população sem comorbidades

O aumento do número de hospitalizações nas faixas etárias de 30 a 59 anos superou a média global e deve continuar aumentando: a tendência de rejuvenescimento da pandemia foi observada nas três últimas edições do boletim "Observatório Covid-19", publicado pela Fiocruz. O relatório mostra que, no período de 03 de janeiro a 27 de março, as hospitalizações por Covid-19 na população entre 30 a 59 anos aumentaram em mais de 1000%, enquanto o aumento da taxa de hospitalizações para a população em geral foi de 701,58%. Os dados também apontam um crescimento no número de casos graves nesta população mais jovem, e a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) afirma que os jovens já são maioria nas unidades de terapia intensiva no Brasil, sendo 52% destas internações de pacientes abaixo de 40 anos.

Link: <https://bit.ly/3v4lq0S>

- CFM diz no Senado que não aprova tratamento precoce contra Covid-19

Durante audiência pública da Comissão Temporária da Covid-19 do Senado, o vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Donizette Giamberardino Filho, afirmou que "o Conselho Federal de Medicina não recomenda e não aprova tratamento precoce, e não aprova também nenhum tratamento do tipo protocolos populacionais [contra a covid-19]". No ano passado, a entidade emitiu parecer facultando aos médicos a prescrição de cloroquina e hidroxicloroquina para pacientes com sintomas leves, moderados e críticos de Covid-19.

Destaques do Brasil:

Para Donizette, o que o CFM fez foi uma autorização de uso *off label* (fora da bula), em situações individuais e com autonomia da duas partes, através de “consentimento esclarecido e informado”. Ressalta que em nenhum momento o CFM autorizou o uso experimental e aqueles que fizeram “prescrição inadequada”, seja em dose ou tempo de uso, podem responder por isso.

Link: <https://bit.ly/3sAfYSE>

- Crianças precisam saber usar máscaras e higienizar as mãos antes de voltarem às aulas presenciais

Sabe-se hoje que a principal forma de transmissão do Sars-CoV-2 é pelas gotículas que saem da boca ou nariz da pessoa contaminada, portanto, o uso da máscara é essencial para toda a população – inclusive crianças. Assim, para retornarem com segurança às aulas, é necessário que os alunos levem 2 ou 3 máscaras na mochila e saibam usá-las e trocá-las adequadamente: devem ser trocadas sempre que se sujarem ou ficarem úmidas. As máscaras também devem estar bem ajustadas ao rosto da criança, cobrindo do nariz até o queixo. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), crianças menores de 2 anos de idade têm vias aéreas menores e ainda não desenvolveram a coordenação motora adequada; por conta disso, têm maior risco de sufocação e ficam dispensadas do uso da máscara. Entre 2 a 5 anos, a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria é que o uso seja supervisionado por pais ou responsáveis – idealmente, a criança deve aprender em casa como utilizar a máscara de forma adequada. Ainda segundo a SBP, mesmo para aqueles alunos que tiverem inicialmente dificuldades com o item, “deve se considerar o potencial pedagógico da atividade, para que aprendam a usá-las em ambiente lúdico, de forma a estimular esse aprendizado”.

Link: <https://bit.ly/2QkujFv>

Destaques do Brasil:

- Anvisa autoriza uso emergencial de coquetel de anticorpos contra Covid-19

A Anvisa autorizou nesta terça-feira (20) o uso emergencial de um novo medicamento contra a Covid-19. Trata-se de um coquetel que combina dois anticorpos monoclonais, desenvolvidos em laboratório, que bloqueiam a entrada do Sars-CoV-2 na célula: casirivimabe e imdevimabe (Regn-CoV-2). Ambos são medicamentos experimentais desenvolvidos pela farmacêutica Roche. A aplicação será feita de forma intravenosa, e o medicamento é indicado para o começo da doença. O uso fica restrito aos hospitais, e a venda no comércio é proibida. Segundo a Anvisa, o tratamento é indicado para adultos e crianças acima de 12 anos *que não necessitem de suplementação de oxigênio, com infecção confirmada em laboratório e que apresentam alto risco de evolução para um quadro grave da doença*. Por estas razões, é contraindicado para pacientes graves. O medicamento foi aprovado para casos leves e moderados nos Estados Unidos, Canadá e Suíça; além disso, seu uso foi recomendado pela Agência Europeia de Medicamentos (EMA). Em março, a Anvisa também liberou o uso hospitalar do antiviral Remdesivir, produzido pela Gilead, que age impedindo a replicação do vírus.

Link: <https://glo.bo/32A75xZ>

Destaques do Mundo:

- Suécia tem o maior número de casos novos de COVID na Europa
(*Sweden has highest new Covid cases per person in Europe*)

A Suécia é o país com maiores números casos de infecção de COVID-19 reportados na Europa por percentual de população nas últimas semanas, tanto em número de infectados como em pacientes em tratamento intensivo. Tal país, que se posicionou contrário ao lockdown restritivo apresentou na última semana uma média de 625 novos casos de infecção por milhão de habitantes.

Esse número de casos foi muito superior aos países vizinhos, como a Finlândia, Dinamarca e Noruega que apresentaram 65, 111 e 132 casos de infecções por milhão, respectivamente. Por meio de dados da "Swedish Intensive Care", foi possível destacar, atualmente, um número de 392 pessoas sendo tratadas por cuidados intensivos contra a doença, número superior ao registrado durante o ápice da segunda onda.

Link: <https://bit.ly/3enfv13>

- O que fazer se você estiver vacinado, mas seus filhos não
(*What to do if you are vaccinated but your kids are not*)

A matéria da CNN consiste em uma série de alertas que visa informar sobre como proceder durante o período em que as vacinas contra o coronavírus ainda não estão aprovadas para a faixa pediátrica. A entrevistada é a Dra. Leana Wen, médica emergencista e professora adjunta do Instituto de Saúde Pública da Universidade George Washington.

A expectativa é que até o verão no hemisfério norte, já haja aprovação para o uso das vacinas na faixa etária maior que 12 anos, já para os mais novos a expectativa é para o início de 2022.

Com essas perspectivas, mantidas as medidas de segurança como higienização das mãos e uso de máscaras, já se pode considerar o retorno seguro às aulas presenciais, havendo estudos que comprovam que o risco de contaminação do ambiente escolar é menor que na comunidade. Assim, uma vez que os adultos estejam vacinados e com a queda da contaminação, o retorno é viável.

O risco de contaminação com o retorno aos encontros familiares também foi discutido. Uma vez que uma das famílias tenha seus integrantes vacinados e as pessoas não vacinadas da outra família não pertençam a grupos de risco, esses encontros já seriam possíveis, inclusive sem o uso de máscaras. Entretanto, é feita a ressalva que isso ainda não permite o encontro entre famílias diferentes com indivíduos não vacinados em ambos os lados, pois entre esses haveria um risco maior de transmissão. A recomendação dada é que esse encontro seja feito em ambientes abertos respeitando o distanciamento social e, nos casos de encontros em ambientes fechados, deve-se manter o uso de máscaras.

As viagens com várias famílias frequentando uma mesma casa foi discutido e, na opinião da especialista, para que elas ocorram de maneira segura, é necessário que as crianças não vacinadas façam quarentena de 7 dias com posterior teste, para assegurar que não estejam infectadas. Para aqueles que não têm acesso a testes com facilidade, o recomendado foi que fizessem quarentena de 14 dias. Quanto à saída para restaurantes, é frisado que o momento é mais seguro para tal, mas não é isento de riscos, principalmente para os pais que apresentam filhos não vacinados. Nesses casos deve-se pesar o risco benefício de se levar as crianças para tais ambientes e principalmente para restaurantes fechados, em que o risco de contágio é maior.

A festa de aniversário de crianças foi outro ponto discutido, uma vez que os pais estejam vacinados. Entretanto, este segue sendo um encontro com várias crianças que não se encontram nas mesmas situações. Tendo isso em mente, a recomendação segue sendo a realização dos eventos em locais abertos, respeitando-se o distanciamento social e o uso de máscaras.

O último ponto discutido foi sobre as viagens de férias, pois com a maior segurança, o desejo de viajar retorna. Segundo a médica, o maior risco de contágio não está no percurso da viagem mas nas atividades que serão realizadas nessa, pois há grande diferença entre uma viagem para um acampamento e uma viagem para visitar locais movimentados como prédios históricos, eventos culturais e outros, e isso deve ser pesado no momento de se decidir sobre a viagem.

A mensagem final da entrevista é: a vacinação trouxe mais segurança para retomar as atividades sociais, entretanto, o risco ainda existe e deve ser sempre levado em conta na tomada de decisões enquanto as crianças ainda não estão vacinadas.

Link: <https://cnn.it/3dABrqu>

- **Vacina aparenta reduzir substancialmente as hospitalizações no Reino Unido**
(Vaccine likely to have slashed UK hospitalizations)

A notícia relata o sucesso da vacinação no Reino Unido, fato comprovado pela redução das hospitalizações após 3 semanas da primeira dose das vacinas Pfizer/Biontec ou Oxfor/AstraZeneca. Dos 74.000 casos analisados através de dados vindos de fichas de admissão hospitalar, 2.000 pessoas apresentaram a doença apesar da vacinação, entretanto, apenas 32 apresentavam tempo mínimo para desenvolver imunidade. O dado foi obtido pelo Consórcio Clínico para o Coronavírus do Reino Unido e os resultados são animadores, pois grande parte dos dados derivaram de pacientes do grupo de risco.

Link: <https://bit.ly/3xcTRp5>

Artigos de revisão:

- Dinâmica da transmissão do SARS-Cov-2 em relação aos sintomas (BMJ Best Practice, março de 2021)

A transmissão respiratória é o modo de transmissão predominante, com a proximidade e a ventilação sendo os principais determinantes de maior ou menor risco. O SARs-CoV-2 se dissemina principalmente por meio de gotículas e contato próximo com casos infectados sintomáticos. A transmissibilidade depende da quantidade de vírus viável que está sendo eliminado e expelido por uma pessoa (a carga viral é mais alta imediatamente antes ou próximo ao início dos sintomas e durante os primeiros 5-7 dias de doença), do tipo de contato, do ambiente e de quais medidas de prevenção e controle de infecção estão em vigor. Existem alguns relatos de surtos que sugerem que a transmissão também possa ocorrer por aerossóis em ambientes hospitalares e na comunidade sob certas condições: espaços fechados e lotados, com má ventilação, onde a pessoa infectada possa ter respirado pesadamente (por exemplo restaurantes, corais, academias de ginástica). A transmissão através de fômites pode ser possível, mas até o momento não há evidências conclusivas para esse modo de transmissão.

Transmissão pré-sintomática

A transmissão pode ocorrer durante o período de incubação, geralmente 1 a 3 dias antes do início dos sintomas.

Transmissão assintomática

Foi relatada a transmissão do SARS-CoV-2 de casos assintomáticos (casos confirmados por laboratório que nunca desenvolveram sintomas) no entanto, a maioria das evidências é baseada em casos iniciais da China e tem limitações. A Organização Mundial de Saúde afirma que os casos assintomáticos não são o principal motor na dinâmica da pandemia. Além disso, numerosos estudos vêm relatando ausência de evidência de transmissão assintomática por portadores do SARS-CoV-2. Estimar a prevalência de casos assintomáticos na população é difícil. A estimativa global da proporção de pessoas que são infectadas e permanecem assintomáticas durante a infecção foi estimada em 17% a 33%. As crianças têm maior probabilidade de serem assintomáticas.

Link: <https://bit.ly/3v30yYM>

- Características e gravidade da doença de crianças e adolescentes americanos diagnosticados com COVID-19

(Characteristics and Disease Severity of US Children and Adolescents Diagnosed With COVID-19)

Embora a maioria das crianças com COVID-19 tenha doença leve, algumas desenvolvem doença grave que leva à hospitalização, ao uso de ventilação mecânica invasiva e à morte. Este estudo de coorte coletou informações de pacientes pediátricos no período de março a outubro de 2020, a partir do banco de dados americano *Premier Healthcare Database Special COVID-19*, que inclui informações de aproximadamente 20% das hospitalizações por COVID-19 no Estados Unidos. O estudo teve como objetivo estimar associações entre as características demográficas e clínicas de crianças e adolescentes com a COVID-19 grave. A COVID-19 grave foi definida como pacientes requerendo cuidados de terapia intensiva, envolvendo o uso de ventilação mecânica invasiva ou resultando em morte.

Num total de 20.714 pacientes pediátricos infectados, 52,9% eram do sexo feminino, 53,8% tinham idade entre 12-18 anos e 29,2% apresentavam 1 ou mais comorbidades. Apenas 2.430 pacientes (11,7%) foram hospitalizados e 756 (31,1%) deles apresentaram quadro grave. Observou-se uma associação aumentada de COVID-19 grave em crianças mais novas (aquelas com idade entre 2-11 anos) em comparação com crianças mais velhas (aquelas com idade entre 12-18 anos). Além disso os resultados sugeriram que as condições crônicas pré-existentes e o sexo masculino estariam independentemente associados à pior evolução.

Diante do exposto, fica evidente que compreender os fatores associados à doença grave por COVID-19 entre crianças poderia ajudar a informar estratégias de prevenção e controle. Reduzir o risco de infecção por meio de estratégias de mitigação da comunidade é fundamental para protegê-las da COVID-19 e prevenir resultados ruins.

Link: <https://bit.ly/3ei7aM6>

- Remdesivir

(*BMJ Best Practice, março de 2021*)

O remdesivir é um agente antiviral de amplo espectro que inibe a RNA polimerase, e vem sendo aprovado em muitos países para o tratamento da COVID-19.

No Reino Unido e na Europa, o remdesivir foi aprovado condicionalmente em adolescentes (≥ 12 anos de idade que pesam pelo menos 40 kg) e em adultos com pneumonia, que necessitem de oxigênio suplementar (oxigênio em sistema de alto ou baixo fluxo ou outra ventilação não invasiva no início de tratamento).

Nos EUA, de acordo com o painel de diretrizes do *National Institutes of Health (NIH)*, o remdesivir foi aprovado para o tratamento de adolescentes (≥ 12 anos de idade que pesam pelo menos 40 kg) e adultos que necessitem de hospitalização e uso de oxigênio complementar, com autorização de uso emergencial para crianças. A *Infectious Diseases Society of America (IDSA)* também recomenda o remdesivir nos pacientes hospitalizados com doença grave.

O seu uso ainda não é amplamente aceito na comunidade mundial, não sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como tratamento de pacientes hospitalizados, independentemente da gravidade da doença. Segundo a OMS, atualmente não há evidências de que o remdesivir melhore o desfecho dos pacientes, como tempo para melhora clínica, necessidade de ventilação mecânica ou mortalidade.

Observa-se que existem recomendações conflitantes entre as diretrizes internacionais sobre o uso do remdesivir, e por isso se torna importante verificar as orientações e protocolos locais.

Link: <https://bit.ly/3x8TwUs>

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE MEDICINA

Produção

Amarildo Antonio Sena Cesar Junior
Ana Cláudia Froes
Bianca Curi Kobal
Cristiane Silvestre Souza
Deborah Ramalho Silva
Fernanda Eugênia Lapa Marinho
Fernanda Julia Silva Wiik Amaral
Germano Luis Marinho
Henrique Moreira de Freitas
Iara Paiva Oliveira
Isabella de Abreu Nepomuceno
João Victor Simões Raimundo
Jonathas Blohem Souza
Larissa Bastos Milhorato
Lauanda Carvalho de Oliveira
Letícia Costa da Silva
Lorena Michelin Santos de Angelis Dias
Luiza Peroni Drumond
Marco Aurélio Freire Grossi
Marina Lírio Resende Cerqueira
Maykon José da Costa Souza
Melissa Amaral Carneiro
Murilo de Godoy Augusto Luiz
Nicolás Pablo Diogo Quintão
Paul Rodrigo Santi Chambi
Pedro Henrique de Almeida Andrade
Samuel Rosa Silveira Amaral
Sofia Vidigal Dolabella
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. Unaí Tupinambás - Infectologista

Coordenadores de Conteúdo

Profa. Maria do Carmo Barros de Melo -
Pediatra
Prof. Unaí 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



**FACULDADE
DE MEDICINA**
• UFMG •

U F *m* G

