

COVID-19

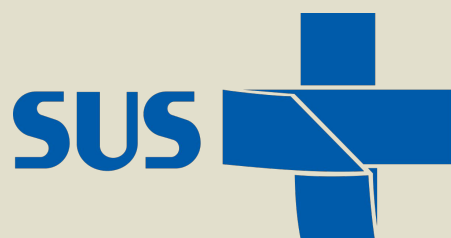
BOLETIM MATINAL

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



**FACULDADE
DE MEDICINA**
• UFMG •

U F *m* G



Nº 652
23 de Maio

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 ufmgbolletimcovid



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 no Brasil: 30.791.220 (22/05), N° de óbitos confirmados: 665.627 (22/05)
- *Editorial:* Doses de reforço para Covid-19 — Para onde ir agora?
- *Notícias Brasil:* Entenda o aumento de casos de Covid-19 no Brasil | Casos de Covid-19 voltam a subir no Brasil e podem apontar uma 4ª onda |
- *Notícias Mundo:* Casos de Covid voltam a aumentar. Porque as hospitalizações podem não aumentar | A crise de Covid na China e o dilema enfrentado por seus líderes, por especialistas que a monitoram desde o surto de Wuhan: os principais erros da China
- *Artigos:* Explicando a hepatite inexplicável em crianças | Quarentena (Orientação para os contatos de casos positivos) | Teste diagnóstico rápido (RDT) para SARS-CoV-2 (Revisão)

Destques da PBH

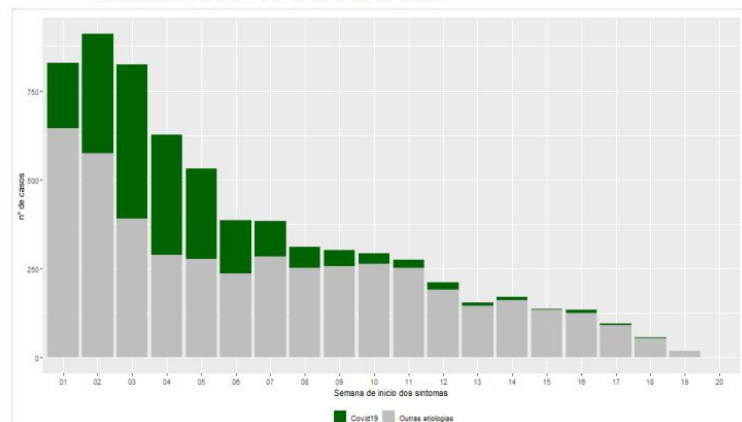
- N° de casos confirmados: 392.532 (20/05)¹
- N° de óbitos confirmados: 7.820 (20/05)¹

NÍVEL DE ALERTA GERAL: **VERDE**

Link¹: [Boletim Epidemiológico PBH](#)

SRAG - SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

GRÁFICO 2 Notificações de SRAG segundo semana epidemiológica de início dos sintomas e classificação dos casos de residentes em Belo Horizonte - 2022.



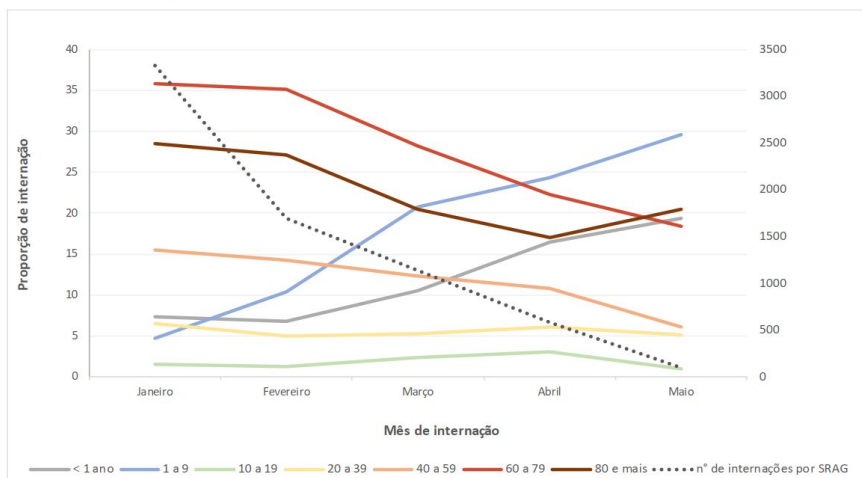
INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO - COVID-19 - 20/5

| DOSES DESTINADAS A BH ⁽¹⁾ | DOSES DISTRIBUÍDAS ⁽²⁾ | APLICAÇÕES DE 1ª DOSE ⁽³⁾ | APLICAÇÕES DE 2ª DOSE ⁽⁴⁾ | APLICAÇÕES DE DOSE ÚNICA ⁽⁵⁾ | APLICAÇÕES DE 1ª DOSE DE REFORÇO OU ADICIONAL ⁽⁶⁾ | APLICAÇÕES DE 2ª DOSE DE REFORÇO ⁽⁷⁾ |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|---|
| 6.618.724 | 5.786.542 ⁽⁸⁾ | 2.325.773 | 2.120.616 | 66.150 | 1.575.938 | 129.488 |

INDICADORES GERAIS

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| POPULAÇÃO RESIDENTE EM OUTROS MUNICÍPIOS VACINADA EM BH ⁽⁹⁾ | % DE VACINADOS EM BH RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS ⁽¹⁰⁾ | | | |
| 548.481 | 21,5% | | | |
| COBERTURA VACINAL EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DE 5 A 11 ANOS DE BELO HORIZONTE | | | | |
| POPULAÇÃO RESIDENTE EM BH DE 5 A 11 ANOS | % DE VACINADOS COM A 1ª DOSE ⁽¹¹⁾ | % DE VACINADOS COM A 2ª DOSE ⁽¹²⁾ | | |
| 193.192 | 80,6% | 52,6% | | |
| COBERTURA VACINAL EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DE 12 OU MAIS ANOS DE BELO HORIZONTE | | | | |
| POPULAÇÃO RESIDENTE EM BH 12 ANOS - OU MAIS | % DE VACINADOS COM A 1ª DOSE E DOSE ÚNICA ⁽¹³⁾ | % DE VACINADOS COM A 2ª DOSE E DOSE ÚNICA ⁽¹⁴⁾ | % DE VACINADOS COM 1ª DOSE DE REFORÇO OU ADICIONAL ⁽¹⁵⁾ | % DE VACINADOS COM 2ª DOSE DE REFORÇO ⁽¹⁶⁾ |
| 2.199.135 | 108,8% | 99,4% | 77,3% | 26,7% |
| COBERTURA VACINAL EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL DE BELO HORIZONTE | | | | |
| POPULAÇÃO RESIDENTE EM BH - TOTAL | % DE VACINADOS COM A 1ª DOSE E DOSE ÚNICA | % DE VACINADOS COM A 2ª DOSE E DOSE ÚNICA | % DE VACINADOS COM 1ª DOSE DE REFORÇO OU ADICIONAL | % DE VACINADOS COM 2ª DOSE DE REFORÇO |
| 2.521.564 | 94,8% | 86,7% | 62,5% | 5,1% |

GRAFICO 3 Proporção de internações por SRAG segundo faixa etária e mês de internação, residentes em Belo Horizonte - 2022.



Destaques da SES-MG

- N° de casos confirmados: 3.383.874 (20/05)²
- N° de casos novos (24h): 2.323 (20/05)²
- N° de casos em acompanhamento: 96.460 (20/05)²
- N° de recuperados: 3.225.951 (20/05)²
- N° de óbitos confirmados: 61.463 (20/05)²
- N° de óbitos (24h): 5 (20/05)²

Link²: [Boletim Epidemiológico SES-MG](#)

Destaques do Ministério da Saúde

- N° de casos confirmados: 30.791.220 (22/05)³
- N° de casos novos (24h): 12.613 (22/05)³
- N° de óbitos confirmados: 665.627 (22/05)³
- N° de óbitos (24h): 99 (22/05)³

Link³: [Painel Coronavírus do Ministério da Saúde](#)

Destaques do mundo

- N° de casos confirmados: 525.543.152 (22/05)⁴
- N° de óbitos confirmados: 6.277.079 (22/05)⁴

Link⁴: [Covid-19 Dashboard por CSSE-JHU](#)

Editorial

Covid-19 Boosters — Where from Here?

(Doses de reforço para Covid-19 — Para onde ir agora?)

Em 10 de dezembro de 2020, a Pfizer apresentou os resultados de um estudo prospectivo de 36.000 pessoas, controlado por placebo com duas doses de sua vacina de RNA mensageiro (mRNA) Covid-19, BNT162b2, à Food and Drug Administration (FDA). A vacina foi 95% eficaz na prevenção de doenças graves em todas as faixas etárias, independentemente de condições coexistentes ou origem racial ou étnica. Um resultado notável. Seis meses depois, estudos mostraram que a proteção *contra doenças graves* estava se sustentando. Os resultados desses estudos epidemiológicos foram consistentes com os de estudos imunológicos que mostram altas frequências de células B e T de memória específicas para Covid-19 com longa vida, que mediam proteção *contra doenças graves*.

Em setembro de 2021, 10 meses após a disponibilização da vacina BNT162b2, pesquisadores israelenses descobriram que a proteção contra doenças graves em pessoas com 60 anos ou mais foi reforçada por uma terceira dose. Em resposta, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendaram que pessoas com 65 anos ou mais recebam três doses de uma vacina de mRNA.

Em um estudo agora publicado no *Journal*, pesquisadores israelenses descobriram que em uma população de estudo com idade média de 72 anos, a *proteção contra doenças graves* foi reforçada por uma quarta dose de vacina de mRNA durante a onda de infecções causadas pela variante B.1.1.529 (ômicron) do SARS-CoV-2. Esses achados foram considerados pelo FDA e pelo CDC em seu processo de tomada de decisão sobre o uso de uma dose de reforço adicional da vacina de mRNA para pessoas com 50 anos de idade ou mais.

E quanto à dose de reforço para pessoas mais jovens? Um ano após a disponibilização da vacina BNT162b2, estudos nos Estados Unidos mostraram que uma terceira dose da vacina também aumentou a proteção contra doenças graves para pessoas a partir de 18 anos de idade. Infelizmente, esses estudos não estratificaram os pacientes de acordo com a presença de condições coexistentes. Portanto, não ficou claro quem entre esses grupos etários mais jovens se beneficiou mais com uma dose adicional. No entanto, o CDC recomendou mais tarde que todos com 12 anos de idade ou mais deveriam receber três doses da BNT162b2, independentemente da presença de fatores de risco.

Editorial

Essa recomendação universal de reforço levou escolas de ensino médio, universidades, hospitais e empresas a exigirem três doses de vacina de mRNA. Em fevereiro de 2022, em um estudo que não corroborou a recomendação de reforço para crianças, os pesquisadores do CDC descobriram que *duas doses* da BNT162b2 induziram proteção duradoura contra doenças graves em crianças de 12 a 18 anos de idade.

Além da proteção contra doenças graves, o teste inicial de fase 3 da BNT162b2 — que foi realizado durante um período de vários meses — também mostrou 95% de proteção contra doenças leves. Ao contrário da proteção contra doenças graves, no entanto, proteção contra doenças leves, que é mediada por altos títulos de anticorpos neutralizantes específicos do vírus no momento da exposição, diminuiu após 6 meses, como seria de se esperar. Em resposta, estudos da Pfizer foram publicados nos quais uma dose de reforço mostrou restaurar a proteção contra doenças leves; infelizmente, essa proteção não persistiu por mais do que alguns meses. A proteção de curta duração contra doenças leves limitará a capacidade da dose de reforço para diminuir a transmissão.

As pessoas agora estão confusas sobre o que significa ser totalmente vacinado. É fácil entender como isso pôde acontecer. Indiscutivelmente, o erro mais decepcionante em torno do uso de vacinas Covid-19 foi a rotulagem de doenças leves ou infecções assintomáticas após a vacinação como “breakthrough” (*ver nota ao final). Como acontece com várias outras vacinas, o objetivo nesse caso é proteger contra doenças graves – manter as pessoas fora do hospital e de unidade de terapia intensiva. O termo “breakthrough”, que implica fracasso, criou expectativas irreais e levou à adoção de uma estratégia de tolerância zero para esse vírus. Se quisermos passar da pandemia para a endemia, em algum ponto, teremos que aceitar que a vacinação ou a infecção natural ou uma combinação das duas não oferecerá proteção a longo prazo contra doenças leves.

Além disso, como os reforços não são isentos de riscos, precisamos esclarecer quais grupos mais se beneficiam deles. Por exemplo, meninos e homens entre 16 e 29 anos de idade correm maior risco de miocardite causada por vacinas de mRNA. E todas as faixas etárias correm o risco do problema teórico de um “pecado antigênico original” – uma capacidade diminuída de responder a um novo imunógeno porque o sistema imune se fixou ao imunógeno original. Esse problema potencial pode limitar nossa capacidade de responder a uma nova variante.

Cabe agora ao CDC determinar quem mais se beneficia da dose de reforço e educar o público sobre os limites das vacinas. Caso contrário, uma estratégia de

Editorial

tolerância zero para infecções leves ou assintomáticas, que pode ser implementada apenas com doses frequentes de reforço, continuará a enganar o público sobre o que as vacinas Covid-19 podem e não podem fazer.

* Breakthrough - especificamente em medicina: infecção que ocorre em alguém que está totalmente vacinado contra um agente infeccioso. Algo como vazamento, ruptura, em tradução livre.

Link: [Editorial](#)

Destaques do Brasil:

- Entenda o aumento de casos de Covid-19 no Brasil

Após uma breve trégua, os casos de Covid-19 voltaram a crescer no Brasil. Segundo o último levantamento do Ministério da Saúde, divulgado nesta terça-feira, 17, a média móvel de novos registros teve alta de 28%. Outra pesquisa, da rede de saúde integrada Dasa, apontou um aumento na média de resultados positivos de exames para detecção do vírus de 14,56% para 23,93% no período de 25 de abril a 15 de maio. Com base nesta situação, VEJA ouviu José Eduardo Levi, virologista da Dasa, sobre o crescimento das infecções no Brasil.

Por que os casos de Covid-19 voltaram a aumentar?

O aumento de testes positivos era esperado, principalmente após o relaxamento de medidas, como a obrigatoriedade do uso de máscaras, em algumas cidades desde o mês passado. A cidade do Rio de Janeiro anunciou no fim de abril a retirada do passaporte vacinal para entrada em estabelecimentos, medida que foi adotada pela capital paulista nesta semana.

Os casos de Covid-19 devem aumentar no inverno, como acontece com outras doenças respiratórias?

Até o momento, não houve sazonalidade de Covid, os picos estão sendo determinados pelas variantes. Isso depende mais do comportamento das pessoas. Se elas se aglomerarem em locais sem máscara, deixarem de tomar a vacina e os reforços, o aumento pode ocorrer.

Com as mudanças adotadas pelos estados e municípios, como as pessoas podem evitar a infecção pelo vírus?

Em primeiro lugar, quem está com sintoma, deve ficar em casa, isolado e usando máscara. Esta é uma regra nova que a Covid trouxe. E tem coisas que não mudaram. O vírus não atravessa a máscara e não voa grandes distâncias, então, máscaras de qualidade e distanciamento continuam valendo.

Estou com sintomas de Covid-19 ou tive contato com uma pessoa infectada. Quando devo fazer o teste?

Se você esteve com uma pessoa com Covid, deve fazer o teste de três a cinco dias após o contato. A pessoa sintomática pode fazer o teste imediatamente. Esses dados são baseados no RT-PCR, teste padrão-ouro. No caso dos testes de antígeno,

Destaques do Brasil:

o resultado positivo é confiável, mas o negativo nem sempre é, porque a sensibilidade desses testes é menor para ômicron.

Qual o impacto das novas subvariantes da ômicron para o futuro da pandemia?

Para a ômicron, a vacina diminui mortes e internações, mas as pessoas podem ter Covid-19 mesmo com três ou quatro doses. Quando a vacina foi lançada, algumas tinham 95% de proteção contra o vírus. Agora, estamos falando de taxas de proteção mais baixas e sem as barreiras de proteção. O Brasil está em processo de transição da subvariante BA.1 para BA.2. No período pré-ômicron, a taxa de reinfecção por outra variante era de 1%. Na BA.2 em relação à BA.1, as taxas de reinfecção são de 30 a 40%. As novas linhagens, BA.4 e BA.5, saíram da BA.2. A grande questão é saber se as filhas da BA2 serão variantes de preocupação, porque, por exemplo, quem já teve BA.1, pode ter BA.4 e BA.5..

Link: [Destaque Brasil 1](#)

- Casos de Covid-19 voltam a subir no Brasil e podem apontar uma 4ª onda

Prestes a completar um mês do cancelamento do estado de emergência para a Covid-19 pelo decreto assinado pelo presidente Jair Bolsonaro, os números de internações por Covid em São Paulo subiram 55% no último mês em comparação ao período anterior, com o aumento chegando a 88% no interior do estado.

A taxa de retransmissão também aponta para o crescimento da doença. No estado de São Paulo, o número está acima de 1 em 19 das 22 macrorregiões. De acordo com o InfoTracker, a cidade de Araraquara é a que possui a taxa de retransmissão mais alta em 1,44, ou seja, 100 pessoas com covid infectam outras 144, levando ao aumento de casos.

Em Belo Horizonte (MG), o aumento de casos em 18,4% nos últimos dias pode levar à volta da obrigatoriedade do uso de máscaras no município. O Rio Grande do Sul também apontou um crescimento no número de internações, um aumento de quase 50% somente no mês de maio. O número de mortes também está em alta, com um avanço de 200% nos últimos 14 dias.

Link: [Destaque Brasil 2](#)

Destaques do Mundo:

- Covid cases are surging again. Why hospitalizations might not.

(Casos de Covid voltam a aumentar. Porque as hospitalizações podem não aumentar)

Os casos de Covid-19 estão aumentando novamente nos Estados Unidos, mas, ao contrário das ondas anteriores, um aumento substancial nas hospitalizações e mortes ainda não está ocorrendo. Os EUA relataram quase 140.000 casos de Covid-19 na quarta-feira, terceiro dia consecutivo de casos diários que ultrapassaram 100.000, representando um aumento de cerca de 58% nas últimas duas semanas, à medida que a subvariante Ômicron BA.2 e uma ramificação dessa cepa, chamada BA.2.12.1, continuam a se espalhar.

No entanto, no Nordeste dos EUA, onde a grande maioria dos casos está sendo relatada, a taxa de hospitalizações e mortes não é tão alta quanto o esperado, e com um grande número de infecções por Covid não sendo reportadas devido ao uso de testes rápidos em casa, a taxa de casos graves parece ainda mais esperançosa.

Enquanto isso, as mortes por Covid em todo o país caíram para uma média de 301 por dia, uma queda de cerca de 17% nas últimas duas semanas, e uma queda de mais de 2.600 por dia em comparação com o surto de inverno da Ômicron dos EUA.

A menor taxa de doença grave no Nordeste pode refletir a alta taxa de vacinação da região, a prevalência de testagem e o uso de medicamentos antivirais, como o Paxlovid, que demonstrou em ensaios clínicos reduzir em 89% o risco de hospitalização e morte.

Os EUA adquiriram um alto nível de imunidade ao Covid por meio de uma combinação de vacinas, reforços e infecções anteriores. Quase 60% da população do país já foi infectada até fevereiro, incluindo cerca de 75% das crianças e adolescentes, segundo dados recentes do Centros de Controle e Prevenção de Doenças.

Mesmo que a taxa de casos graves esteja baixa, a alta taxa de infecções não pode ser ignorada. Isso porque pessoas infectadas continuam podendo transmitir a doença para pessoas de risco, bem como para profissionais da saúde, que se infectados serão obrigados a

Destaques do Mundo:

se afastar do trabalho temporariamente. Além disso, não se pode ignorar a presença da Covid longa, que pode causar diversos problemas de saúde e pode durar até meses.

Por fim, ressalta-se que a baixa taxa de hospitalização observada no Nordeste pode não se replicar em outras partes dos EUA, especialmente em locais onde a testagem não está tão prontamente disponível, as medidas de prevenção desapareceram e as taxas de vacinação não são tão altas.

Link: [Destaque Mundo 1](#)

- China's COVID crisis and the dilemma facing its leaders, by experts who have monitored it since the Wuhan outbreak: China's key mistakes

(A crise de Covid na China e o dilema enfrentado por seus líderes, por especialistas que a monitoram desde o surto de Wuhan: os principais erros da China)

Parece que a arrogância sobre a contenção bem-sucedida do Covid em 2020 e 2021 levou a liderança chinesa a subestimar a importância de vacinar os mais vulneráveis de sua população. Além disso, a retórica nacionalista em torno da pandemia a levou a confiar apenas nas vacinas produzidas na China.

As vacinas chinesas, que usam técnicas já bem estabelecidas, provaram ser menos eficazes do que as novas vacinas de mRNA disponíveis internacionalmente. Apesar disso, as autoridades chinesas ainda não importaram vacinas, investindo no desenvolvimento de vacinas de mRNA – ainda a serem aprovadas – em casa.

Em abril de 2022, a Comissão Nacional de Saúde da China informou que 44% das pessoas com idade entre 60 e 69 anos, 52% das pessoas com idade entre 70 e 79 anos e 81% das pessoas com mais de 80 anos não haviam tomado uma terceira dose (reforço). Isso significa que cerca de 92 milhões de pessoas na China com mais de 60 anos estão em risco de doença grave e morte por Covid.

Destaques do Mundo:

A razão para as baixas taxas de vacinação entre os chineses mais velhos não é bem compreendida. No entanto, parece ser uma combinação da política da China de não priorizar grupos mais velhos, falta de confiança na vacina e temores sobre os efeitos adversos das vacinas na saúde dos idosos. Mais recentemente, os recursos médicos disponíveis têm se concentrado em testagens em massa, talvez em detrimento da vacinação das pessoas.

Hoje, o governo chinês ainda relata taxas relativamente baixas de infecções e mortes por Covid em comparação com muitos outros países ao redor do mundo. De fato, até recentemente, suas mortes relatadas mal aumentaram desde que o surto original de Wuhan foi controlado. No entanto, muitos questionam sobre a veracidade desses dados. Como Xi e o restante da liderança do Partido Comunista deixaram claro que sua prioridade é minimizar as mortes por Covid e, como usaram seus baixos números de mortes para divulgar a superioridade de seu sistema político, as autoridades em todo o país estão sob pressão para manter baixas as mortes, e podem ser encorajados a subestimar-las. Mas aqui reside outro dilema: se os números de Xangai são realmente tão baixos, isso deixa as autoridades abertas a críticas de que suas políticas anti-Covid são excessivas, com mais pessoas em risco pelas consequências da contenção do que pelo próprio vírus.

Link: [Destaque Mundo 2](#)

Artigos de revisão:

- Explaining the unexplained hepatitis in children

(Explicando a hepatite inexplicável em crianças)

Em 5 de maio, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA anunciaram que estavam investigando 109 casos de hepatite pediátrica de causa desconhecida relatados nos últimos 7 meses em 25 estados e territórios. Outros 163 casos também foram relatados no Reino Unido em 3 de maio. No momento, as investigações para descobrir possíveis agentes etiológicos recaem sobre os adenovírus, pois um número substancial de casos – cerca de 70% dos casos, de acordo com um briefing da OMS em 10 de maio – foi positivo para o adenovírus. Os adenovírus são responsáveis por causar infecções respiratórias ou gastrointestinais em crianças e raramente causavam casos de hepatite aguda em paciente imunossuprimidos. Várias hipóteses têm sido levantadas para explicar esse novo fenômeno associado ao adenovírus como causador de hepatites em crianças híginas:

- um déficit imunológico decorrente do isolamento das crianças no período de pandemia resultando em maior susceptibilidade ao adenovírus

- o relaxamento das medidas de distanciamento e uso de máscaras pode ter sido associado a uma onda intensa de infecções por adenovírus, permitindo que uma manifestação rara da doença fosse identificada

- outra hipótese é que a infecção passada ou co-infecção (com SARS-CoV-2 ou um patógeno alternativo), ou exposição a uma toxina, droga ou fator ambiental, alterou a resposta do hospedeiro à infecção por adenovírus.

O subtipo 41 do adenovírus é o principal suspeito. Um briefing técnico da Agência de Segurança da Saúde do Reino Unido (UKHSA) em 6 de maio relatou que todos os 18 casos no Reino Unido que foram submetidos à tipagem de adenovírus tinham o subtipo 41. No entanto, há divergências na comunidade científica sobre tal suspeita, visto que nem todas as crianças acometidas pela hepatite testaram positivo para adenovírus, e aquelas que testaram positivo muitas vezes o fizeram apenas em sangue total e suas concentrações foram baixas. Soma-se a isso o fato de os adenovírus serem uma causa comum de infecção e portanto, podem ser um achado incidental.

Artigos de revisão:

Outras infecções têm sido estudadas incluindo mesmo o SARS-CoV-2. No Reino Unido, uma queda no número de casos nas duas semanas antes do início de maio coincidiu com uma queda nos casos de infecção pelo SARS-CoV-2. No entanto, apenas alguns casos de hepatite têm sido identificados como associados à infecção pela COVID-19. A relação da infecção prévia antecedendo o quadro de hepatite ainda não está clara.

No Alabama, nenhuma das crianças descritas apresentava infecção prévia pelo SARS-CoV-2. Muita atenção tem sido dada à causa desse novo surto. No entanto, a relação com as vacinas contra a COVID-19 tem sido descartada, uma vez que a maioria das crianças com hepatite são muito jovens para receberem a vacina.

Link: [Artigo 1](#)

Artigos de revisão:

- Quarantine (Centers for Disease Control and Prevention. 30/03/ 2022)

(Quarentena (Orientação para os contatos de casos positivos))

Quem precisa de quarentena?

A pessoa que tiver contato próximo com alguém com Covid-19 deve ficar em quarentena se não estiver atualizado com as vacinas Covid-19.

O que fazer na quarentena?

- Ficar em casa e longe de outras pessoas por pelo menos 5 dias (dia 0 a dia 5) após o último contato com uma pessoa que tenha Covid-19. A data da exposição é considerada o dia 0. Usar uma máscara bem ajustada quando estiver perto de outras pessoas em casa, se possível.

- Por 10 dias após último contato próximo com alguém com Covid-19, observar febre, tosse, falta de ar ou outros sintomas de Covid-19. Se desenvolver sintomas, fazer o teste imediatamente e se isolar até receber os resultados do teste. Se testar positivo, seguir as recomendações de isolamento.

- Se não desenvolver sintomas, fazer o teste pelo menos 5 dias após o último contato próximo com alguém com Covid-19.

o Se testar negativo, pode sair de casa, mas deve continuar usando máscara quando estiver perto de outras pessoas até 10 dias após o último contato próximo com alguém com Covid-19.

o Se testar positivo, deve se isolar por pelo menos 5 dias a partir da data do seu teste positivo.

Se não conseguir fazer um teste 5 dias após o último contato próximo com alguém com Covid-19, poderá sair de casa após o dia 5, se não tiver sintomas de Covid-19. Deve se usar máscara por 10 dias após a data do último contato próximo.

Artigos de revisão:

Quem não precisa de quarentena?

- Caso a pessoa esteja em dia com as vacinas Covid-19, deve usar uma máscara bem ajustada em torno de outras pessoas por 10 dias a partir da data do seu último contato próximo com alguém com Covid-19. Caso desenvolva sintomas de Covid-19 nesse período, isolar-se de outras pessoas e testar. - Recomenda-se fazer testagem pelo menos 5 dias após o último contato próximo com alguém com Covid-19, caso o contato permaneça assintomático.

o Se testar negativo, deve continuar usando máscara quando estiver perto de outras pessoas até 10 dias após o último contato próximo com alguém com Covid-19.

o Se testar positivo, deve se isolar por pelo menos 5 dias a partir da data do seu teste positivo.

- Se o contactante tiver testado positivo para Covid-19 nos 90 dias anteriores e permanecer sem sintomas de Covid-19, não precisa ficar em quarentena ou fazer o teste após contato próximo.

- Se possível, ficar longe de pessoas com quem mora, especialmente pessoas que correm maior risco de ficar muito doentes com Covid-19 durante os 10 dias completos após último contato próximo com alguém com Covid-19 .

- Não ir a lugares onde não se possa usar máscara, como restaurantes e algumas academias, e evitar comer perto de outras pessoas em casa e no trabalho até 10 dias após último contato próximo com alguém com COVID-19.

Link: [Artigo 2](#)

Artigos de revisão:

- **Rapid Diagnostic Testing for SARS-CoV-2**

(Teste diagnóstico rápido (RDT) para SARS-CoV-2)

A fisiopatologia da infecção aguda por SARS-CoV-2, o curso clínico da Covid-19 e a resposta imune do hospedeiro fornecem uma base para estratégias de testes diagnósticos. As pessoas sintomáticas devem ser submetidas ao teste o mais rápido possível. Pessoas assintomáticas com exposição conhecida ao SARS-CoV-2 devem ser testadas 5 a 7 dias após a exposição, que é o pico médio de sintomas e carga viral.

Os testes de diagnóstico para infecção aguda por SARS-CoV-2 podem ser moleculares ou ensaios baseados em antígenos, e ambos estão disponíveis como testes de diagnóstico rápido (RDTs). Embora ambas as técnicas sejam altamente específicas, os testes moleculares são geralmente mais sensíveis do que os testes baseados em antígenos. Testes para detectar anticorpos IgG ou IgM do hospedeiro para SARS-CoV-2 não devem ser usados para diagnosticar infecção aguda.

Três indicações comuns para o teste diagnóstico de SARS-CoV-2, conforme recomendado pela OMS22 e pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), variam de *alta a baixa* probabilidade de infecção pré-teste:

A - Alta probabilidade pré-teste: qualquer pessoa com sintomas de Covid-19, independentemente do status vacinal, deve fazer o teste para SARS-CoV-2.

B - Moderada probabilidade pré-teste: as pessoas assintomáticas, independentemente do estado de vacinação, que tiveram contato próximo a alguém com infecção conhecida ou provável por SARS-CoV-2, devem ser submetidas a testes de diagnóstico.

C - Baixa probabilidade pré-teste: o teste deve ser considerado em pessoas assintomáticas que estiveram em um ambiente onde o risco de transmissão é alto, como em um avião ou em um evento esportivo. O uso de um RDT também pode ser considerado em pessoas que planejam estar em um ambiente de grupo, mesmo que possam ter uma baixa probabilidade de infecção pré-teste; este teste deve ocorrer o mais próximo possível da hora da aglomeração.

Entre as pessoas com probabilidade pré-teste moderada a alta, um RDT positivo indica uma infecção confirmada por SARS-CoV-2. No entanto, os RDTs podem

Artigos de revisão:

ter resultados falso-negativos e a repetição do teste deve ser considerada em casos de alta suspeita clínica ou agravamento dos sintomas. Um segundo RDT negativo 2 dias após o teste inicial ou um teste molecular laboratorial negativo ajudaria a descartar a infecção por SARS-CoV-2. Em pessoas com baixa probabilidade de infecção pré-teste (por exemplo, pessoas assintomáticas sem exposição conhecida ao SARS-CoV-2), um único RDT negativo fornece garantia de que a infecção por SARS-CoV-2 é improvável.

Link: [Artigo 3](#)

Organização:
Professoras: Lilian Diniz e Maria do Carmo de Melo
Alunos: Caio Caliman, Henrique Hermida, Luiz Francisco de Mello e Mirela Ribeiro

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

- José de Alencar

16

23 de Maio

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE MEDICINA

Produção

Ana Cláudia Froes
Andrei Pinheiro Moura
Bianca Curi Kobal
Caio Caliman de Souza
Caio Tavares Aoki
Daniel Belo Pimenta
Douglas Henrique Pereira Damasceno
Fernanda Julia Silva Wiik Amaral
Fernando Carvalho Pimenta Figueiredo
Gabriel Mendes Diniz do Couto
Gabriel Neves Azevedo
Germano Luis Marinho
Henrique Moreira de Freitas
Henrique Santos Hermida
Iara Paiva Oliveira
Igor Carley
Jean Felipe Cortizas Boldori
João Vitor Prado Rodrigues
Larissa Bastos Milhorato
Lauanda Carvalho de Oliveira
Letícia Costa da Silva
Maria Eliza Drumond Souza
Mariana Luchesi Faria de Melo Campos
Marina Lirio Resende Cerqueira
Maykon José da Costa Souza
Murilo de Godoy Augusto Luiz
Paul Rodrigo Santi Chambi
Rafaela Teixeira Marques
Rachel Myrrha Ferreira
Violeta Pereira Braga
Wesley Araújo Duarte

Divulgação

Bruna Ambrozim Venterim
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

