

COVID-19

BOLETIM MATINAL

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



**FACULDADE
DE MEDICINA**
• UFMG •

U F *m* G

Nº 661
13 de Junho



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: 31.456.865 (11/06), N° de óbitos confirmados: 668.110 (11/06)
- *Editorial:* Desafios em como atualizar as vacinas contra a Covid-19 para proteger contra variantes
- *Notícias Brasil:* Vacina de spray nasal é o caminho para o fim da pandemia da Covid-19, apontam especialistas | Casos de Covid voltam a subir; lembre dos sintomas, como testar e tempo de isolamento| População já aprendeu a pensar no diagnóstico, mas autoteste pode comprometer dados sobre a Covid
- *Notícias Mundo:* Administração de Biden apresenta seu plano de vacinação contra Covid-19 para crianças menores de 5 anos | Vacinas contra Covid-19 para crianças: a aceitação no Reino Unido é lenta – eis porque os pais podem estar hesitantes | Relatório da OMS sobre origens da Covid-19 é inconclusivo por falta de dados da China
- *Artigo:* Associação da vacinação contra COVID-19 durante a gravidez e a incidência de infecção por SARS-CoV-2 em bebês

Destques da PBH

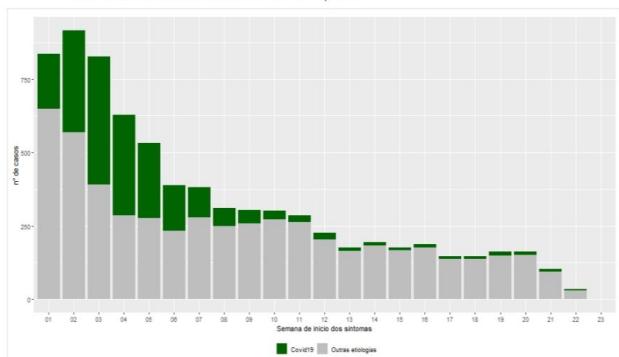
- N° de casos confirmados: 403.070 (10/06)¹
- N° de óbitos confirmados: 7.841 (10/06)¹

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.



Fonte: e-SUS VE e SIVEP Gripe/CIEV5/GVIGE/DPSV/MSMA/PBH – atualizado em 8/6/2022.

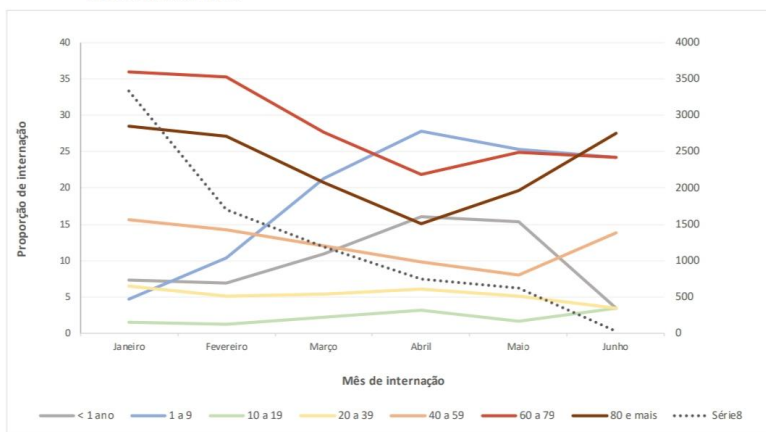
INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO - COVID-19 - 10/6

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⁾
6.791.728	5.816.454 ⁽⁸⁾	2.330.669	2.133.476	66.328	1.631.155	180.514

INDICADORES GERAIS

POPULAÇÃO RESIDENTE EM OUTROS MUNICÍPIOS VACINADA EM BH ⁽⁹⁾	% DE VACINADOS EM BH RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS ⁽¹⁰⁾			
554.896	21,7%			
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	82,5%		57,1%	
COBERTURA VACINAL EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DE 12 ANOS OU MAIS, 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	109%	100%	80%	37,2%
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	95,1%	87,2%	64,7%	7,2%

GRÁFICO 4 Proporção de internações por SRAG segundo faixa etária e mês de internação, residentes em Belo Horizonte, 2022.



Observação: A análise do SIVEP Gripe, sobretudo para as últimas semanas, depende da inclusão oportuna dos casos nesse sistema.
Fonte: SIVEP Gripe/CIEVS/GVIGF/DPSV/SMSA/PBH – atualizado em 9/6/2022.

Destques da SES-MG

- N° de casos confirmados: 3.478.575 (10/06)²
- N° de casos novos (24h): 8.017 (10/06)²
- N° de casos em acompanhamento: 189.679 (10/06)²
- N° de recuperados: 3.227.177 (10/06)²
- N° de óbitos confirmados: 61.719 (10/06)²
- N° de óbitos (24h): 20 (10/06)²

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

Destques do Ministério da Saúde

- N° de casos confirmados: 31.456.865 (11/06)³
- N° de casos novos (24h): 11.728 (11/06)³
- N° de óbitos confirmados: 668.110 (11/06)³
- N° de óbitos (24h): 36 (11/06)³

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

Destques do mundo

- N° de casos confirmados: 535.190.623 (12/06)⁴
- N° de óbitos confirmados: 6.309.301(12/06)⁴

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

Editorial

Challenges of Deciding Whether and How to Update Covid-19 Vaccines to Protect Against Variants

(Desafios em como atualizar as vacinas contra a Covid-19 para proteger contra variantes)

As vacinas contra a Covid-19 atualmente disponíveis são baseadas na proteína spike do vírus SARS-Cov-2. Mas o vírus mudou significativamente desde que foi sequenciado em janeiro de 2020, com variantes de preocupação que variam de Alpha a Ômicron. A variante Ômicron, e especialmente suas subvariantes, é tão diferente do vírus original que o torna mais apto a evadir a resposta imune gerada pelas vacinas atuais. Mesmo assim, estudos mostraram que as vacinas atualmente disponíveis ainda reduzem o risco de doenças graves e morte pela variante Ômicron.

Diante disso, a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA convocou seu Comitê Consultivo de Vacinas e Produtos Biológicos Relacionados (CCVPBR) em 6 de abril para examinar considerações gerais para futuros reforços de vacinas contra a Covid-19, e agendou uma reunião de acompanhamento em 28 de junho para discutir a possibilidade de alterar a composição das vacinas para melhor proteção contra variantes. Porém, é importante destacar que, diferente de outros vírus, como o da gripe, a descoberta do vírus SARS-Cov-2 é recente, e não se conhece ao certo os mecanismos de como ele se comporta.

A exemplo da gripe, a OMS duas vezes ao ano convoca um painel de especialistas para revisar os dados de vigilância, para verificar se novas cepas de influenza estão circulando e infectando pessoas. Em caso afirmativo, o painel deve decidir se as vacinas atuais protegem contra as novas cepas circulantes e, se não, se as vacinas precisam ser atualizadas com antígenos que sejam mais compatíveis.

Assim, cerca de uma semana após essa decisão ser tomada, o FDA convoca o CCVPBR para fazer recomendações para a composição das vacinas para a próxima temporada de gripe. A determinação da composição da vacina deve ser feita meses antes da temporada de gripe, para dar aos fabricantes tempo suficiente para produzir dezenas de milhões de doses.

Editorial

Contudo, no caso da Covid-19, as plataformas de vacinas diferem umas das outras e não há uma coordenação entre os fabricantes, que estão em vários estágios de ensaios clínicos com vacinas de composições variadas. Desse modo, se o FDA decidir conceder a Autorização de Uso de Emergência de vacinas experimentais que contêm material antigênico de variantes do SARSCov-2, os fabricantes podem ter dificuldade em fabricar doses suficientes para atender à demanda populacional.

Outro ponto de discussão é que a proteção contra a variante Ômicron com uma vacina, pressupõe que haverá um ressurgimento dessa variante, mas quando essa vacina estiver pronta para ser usada, a variante circulante poderá ser Beta ou Delta, ambas significativamente diferentes da Ômicron. Logo, uma vacina multivalente contra a Covid-19, contendo antígenos de várias variantes preocupantes do SARS-CoV-2, seria a próxima etapa após uma vacina monovalente. Porém, semelhante às vacinas quadrivalentes contra a gripe sazonal, os fabricantes teriam que provar que os antígenos de múltiplas variantes combinados seriam tão imunogênicos quanto cada um sozinho.

Mediante esse cenário, um estudo aberto começou a comparar as respostas imunes inatas, celulares e humorais isoladamente e combinadas, fornecidas pelas vacinas de RNA mensageiro baseadas nas variantes Beta, Delta e Ômicron. O objetivo é ajudar a descobrir a melhor forma de cobrir novas variantes à medida que surgem.

Outras alternativas podem ser o investimento em criação de vacinas nasais e vacinas pan-SARS-CoV-2 ou pan-sarbecovírus (o subgênero viral que contém SARS-CoV-2 e SARS-CoV), visto que a vacina nasal poderia parar o SARSCoV-2 em seu caminho, e uma vacina pan-SARS-CoV-2 ou pan-sarbecovírus poderia gerar uma resposta imune às variantes atuais do SARS-CoV-2 e às que ainda estão por vir.

Link: [Editorial](#)

Destaques do Brasil:

Vacina de spray nasal é o caminho para o fim da pandemia da Covid-19, apontam especialistas

Com o aumento do número de casos, com conseqüente agravamento da situação pandêmica, cidades, como São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte voltaram a recomendar o uso de máscaras em ambientes fechados. Em virtude da fadiga gerada pelos 2 últimos anos, fomos em busca de respostas para a pergunta “Quando a pandemia vai acabar?”. Para responder essa pergunta, foram consultados especialistas que indicaram uma nova forma de vacina, que poderia evitar a infecção, aplicada em spray no nariz.

Para ilustrar a atual situação, foi realizada uma visita no Hospital Municipal da Vila Brasilândia, referência para tratamento de pacientes com Covid-19 no município de São Paulo, onde a diretora-geral, Patrícia Gonçalves Guimarães, alertou: “...É exatamente nessa época (do frio) que as pessoas tendem a fechar as janelas devido ao frio e isso aumenta a possibilidade de transmissão desses patógenos. Não só do SARS-CoV-2, mas da influenza também”. Além disso, sabemos que as vacinas atualmente empregadas foram planejadas para a cepa de Wuhan, a inicial, que, ao contrário da vacina, evoluiu ao longo dos anos. As variantes estão cada vez mais especializadas em driblar a imunidade.

Por conta disso, ainda é primordial manter o calendário vacinal em dia, uma vez que elas impedem o agravamento da doença. Dessa forma, para responder à pergunta inicial, os cientistas apontam que são necessários dois avanços principais. Primeiro, a criação de vacinas que funcionem contra todas as variantes do vírus, porque não dá para ficar atualizando as vacinas a cada nova variante. Segundo, mudar a forma de administração da vacina, isto é, ao invés de aplicá-la no músculo, aplicar no nariz. Isso se explica pelo fato de que o vírus da Covid-19 entra pelas vias respiratórias e, num primeiro momento, fica por ali mesmo, se multiplicando nas mucosas, onde os anticorpos, gerados pelas vacinas atuais, não conseguem chegar. Com o objetivo de impedir a circulação viral, o imunologista Jorge Kalil, do Instituto do Coração, em São Paulo, bem como outros grupos no mundo, estão em busca de criar uma vacina que inibe a replicação viral. Por ora, medidas cautelares como uso de máscara, principalmente em ambientes fechados – transportes públicos- e calendário vacinal atualizado são essenciais para o controle da pandemia.

Link: [Notícias Brasil 1](#)

Destaques do Brasil:

Casos de Covid voltam a subir; lembre dos sintomas, como testar e tempo de isolamento

Nos últimos 7 dias, a média móvel de casos foi de cerca de 35 mil casos, acompanhando o aumento do número de casos de Covid-19 no Brasil observado no último mês (maio). Apesar da média baixa do número de mortes e de mais de 52% dos brasileiros já estarem com dose de reforço, ainda é necessária cautela e estar alerta aos sintomas. De acordo com um estudo do Instituto Norueguês de Saúde Pública com a Universidade de Oslo, os três principais sintomas da variante ômicron em vacinados com duas doses são: Tosse (83% dos casos), coriza e congestão nasal (78% dos casos), fadiga e letargia (74% dos casos). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, cinco em cada 1000 casos são internados e um a cada 1000 morrem, entre os positivados com 3 doses da vacina.

Embora já se tenham passado dois anos desde o início da pandemia, ainda restam algumas dúvidas, como sobre os testes e o tempo de isolamento. No primeiro caso, desde fevereiro, a Anvisa permitiu a comercialização de autotestes de covid no Brasil, permitindo a realização por qualquer pessoa em casa ou nas farmácias, principalmente em casos dos sintomas supracitados. Infectologistas também recomendam para confirmação do resultado com exame laboratorial. Quanto ao isolamento, a recomendação do Ministério da Saúde, em caso de teste positivo, o tempo de isolamento varia entre cinco e dez dias desde o início dos sintomas ou resultado positivo do teste. Caso o teste tenha resultado negativo após cinco dias, poderá sair do isolamento as pessoas que não apresentarem febre e sintomas respiratórios nem utilizados medicamentos antitérmicos há, pelo menos, 24 horas, sendo desnecessária a realização de um segundo teste. Em caso de persistência dos sintomas, deve-se procurar um médico. Já o fim de isolamento com 10 dias, deve ocorrer caso o teste realizado entre cinco ou sete dias de sintomas tenha resultado positivo, também é necessário estar sem sintomas em torno de 24 horas e sem uso de antitérmicos.

Link: [Notícia Brasil 2](#)

Destaques do Brasil:

População já aprendeu a pensar no diagnóstico, mas autoteste pode comprometer dados sobre a Covid

Com o aumento progressivo do número de casos e o maior alerta da população quanto aos sintomas da variante ômicron, como tosse, dor de garganta, coriza, congestão nasal e dor de cabeça e os principais desencadeantes, ocorreu o aumento do número de autotestes. Apesar de ser um avanço, quando se trata de controle epidemiológico, pode ser prejudicial, uma vez que a notificação não se torna obrigatória. Além da falta de procura de médicos capacitados na condução adequada de cada caso.

Outra consequência do aumento dos casos é a descredibilização das vacinas realizada por grupos "antivaxx", disseminando informações por meio das redes sociais. Atualmente é sabido que as vacinas previnem a infecção grave, internação e mortalidade, mas não a infecção leve. Dessa forma, medidas como uso de máscaras em espaços fechados, previne a transmissão do vírus, principalmente por assintomáticos. Além disso, é importante a atualização do calendário vacinal, a segunda dose de reforço está começando a ser aplicada em pessoas com 50 anos ou mais e profissionais da saúde. Por conta dos sintomas variarem entre os indivíduos infectados, o tratamento e orientações também devem ser individuais.

Quanto ao isolamento, ainda é recomendado dez dias após início dos sintomas. A liberação após cinco dias apenas foi autorizada pelo Centro de Controle de Doenças, dos Estados Unidos, somente para profissionais de saúde, sendo obrigatório o uso de máscaras todo o tempo. A utilização de autotestes tem aumentado, mas ainda assim é necessário confirmar com a realização de PCR, sendo que é inadequado após 10 dias. Por fim, o apelo que fica é a manutenção das medidas mais tradicionais, como atualizar o calendário vacinal, uso de máscaras e cuidados gerais para reduzir a transmissibilidade do vírus.

Link: [Notícia Brasil 3](#)

Destaques do Mundo:

Administração de Biden apresenta seu plano de vacinação contra Covid-19 para crianças menores de 5 anos

A Casa Branca anunciou o lançamento de um aguardado plano de vacinação contra Covid-19 para crianças menores de 5 anos. O governo "disponibilizou 10 milhões de doses de vacina para estados, territórios, centros de saúde comunitários, parceiros farmacêuticos federais e outros".

As primeiras doses já podem começar na semana de 20 de junho. Os conselheiros de vacinas da FDA têm uma reunião marcada para a próxima semana para discutir a autorização do uso emergencial da vacina contra Covid-19 da Moderna para crianças de 6 meses a 5 anos de idade e da vacina da Pfizer para crianças de 6 meses a 4 anos de idade. Após tomadas essas decisões, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA farão as recomendações finais sobre as vacinas nessa faixa etária.

O governo estima que 85% das crianças com menos de 5 anos vivem a menos de 8 km de um possível local de vacinação neste momento, embora estejam antecipando que a maioria dos pais que procuram uma vacina para crianças pequenas o fará no consultório do pediatra ou do prestador de cuidados primários.

O Governo também anunciou parcerias com diversas entidades, como o programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças, para aumentar a conscientização e combater a desinformação sobre a vacinação na faixa etária abaixo de 5 anos.

Link: [Destaques Mundo 1](#)

Destaques do Mundo:

Vacinas contra Covid-19 para crianças: a aceitação no Reino Unido é lenta – eis porque os pais podem estar hesitantes

A hesitação vacinal é uma questão complexa. A decisão de vacinar uma criança é sem dúvida ainda mais complicada. Talvez não seja surpreendente que a cobertura de vacinação contra a Covid-19 em crianças seja altamente variável. Em todo o Reino Unido, a proporção de crianças de 5 a 11 anos que receberam pelo menos uma dose varia de 3% na Irlanda do Norte a 9% na Inglaterra, 13% no País de Gales e 20% na Escócia.

Muitos países alcançaram maior cobertura. Por exemplo, na Áustria, Islândia, Portugal, Espanha e Dinamarca, mais de 20% das crianças de cinco a nove anos receberam duas doses. Nos EUA, mais de um terço das crianças de cinco a 11 anos e 70% de 12 a 15 anos receberam pelo menos uma dose, enquanto na Austrália, mais da metade das crianças de cinco a 11 anos receberam uma dose, com quase 40% tendo recebido duas.

Então, por que as taxas de vacinação entre crianças não estão mais altas no Reino Unido? Uma razão é, sem dúvida, o tempo. Por exemplo, enquanto nos EUA, as vacinas foram recomendadas para crianças de cinco a 11 anos em novembro de 2021, na Inglaterra, elas não foram oferecidas a essa faixa etária no início de abril. Mas há outras razões prováveis por trás dessa lenta aceitação.

Segurança: as preocupações com os efeitos adversos são comumente identificadas em grandes pesquisas que analisam as opiniões dos pais sobre as vacinas contra a Covid-19 para crianças. Como disse um pai: “Ainda sinto que [em] algum momento no futuro eles descobrirão algo [sobre a vacina] que afeta mais as crianças do que os adultos”. Outro disse: “Não quero que meu filho faça parte de um experimento gigante”. As vacinas de Covid-19, porém, demonstraram ser eficazes e seguras nesta faixa etária. Quaisquer efeitos colaterais são geralmente leves e devem durar apenas um a dois dias. Efeitos colaterais mais graves, como miocardite, são muito raros.

Desigualdade: crianças de alguns grupos étnicos e de meios mais desfavorecidos economicamente são menos propensas a terem sido vacinadas. Por exemplo, em

Destaques do Mundo:

janeiro de 2022, apenas um em cada oito negros caribenhos e ciganos de 12 a 15 anos havia recebido pelo menos uma dose, em comparação com seis em dez britânicos brancos e três quartos dos chineses de 12 a 15 anos.

Transmissão da mensagem: na Matriz de Determinantes de Hesitação de Vacinas da OMS, um instrumento para entender as causas da hesitação, um fator importante é a “força da recomendação”. Ou seja, a força com que atores influentes como políticos, médicos e cientistas recomendam ou incentivam uma vacina pode ajudar a moldar a aceitação. A oferta de vacinas para crianças de 12 a 15 anos, argumenta-se, foi lenta, confusa e sem urgência. A oferta de vacina subsequente, para crianças de cinco a 11 anos, foi enquadrada especificamente como “não urgente”. Isso é muito menos efetivo para estimular a vacinação imediata do que uma recomendação oficial que enquadra as vacinas como uma maneira importante de manter as crianças “seguras” e “proteger” as comunidades – como foi visto, por exemplo, na Nova Zelândia e nos EUA.

É improvável que vejamos um aumento significativo na cobertura vacinal entre crianças no Reino Unido em breve. Mas vale a pena notar que várias autoridades científicas informam que os benefícios para a saúde da vacinação são maiores do que quaisquer riscos potenciais para crianças de cinco anos ou mais.

Link: [Destaques Mundo 2](#)

Relatório da OMS sobre origens da Covid-19 é inconclusivo por falta de dados da China

A Organização Mundial da Saúde (OMS) disse que seu mais recente relatório sobre as origens da pandemia da Covid-19 teve resultados inconclusivos por conta da falta de dados pedidos para a China. Apesar da falta de alguns documentos centrais para elaboração do relatório, o texto indica que todos os dados disponíveis mostraram que a doença deve ter surgido de animais, provavelmente morcegos, conclusão semelhante ao documento anterior elaborado pela agência em 2021.

O relatório disse que nenhuma nova informação foi fornecida sobre a possibilidade do SARS-CoV-2 ter sido introduzido em humanos por meio de um incidente de laboratório, e “continua sendo importante considerar todos os dados científicos razoáveis” para

Destaques do Mundo:

avaliar essa possibilidade.

A OMS diz que um dos objetivos da investigação é elaborar uma maneira de melhor investigar as origens de futuros surtos. O diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, disse que enviou duas cartas ao governo chinês em fevereiro deste ano para obter mais informações sobre a origem da pandemia. Os autores disseram que a China forneceu alguns dados mediante solicitação.

Este último relatório também inclui uma estrutura sobre como identificar as origens de futuros surtos. Jean-Claude Manuguerra, co-presidente do Grupo Consultivo Científico para as Origens de Novos Patógenos (SAGO), disse que a varíola dos macacos é um "exemplo do quanto precisamos dessa estrutura global" para descobrir como os futuros patógenos surgem.

Link: [Destaques Mundo 3](#)

Artigo de revisão:

Association of COVID-19 Vaccination During Pregnancy With Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Infants

(Associação da vacinação contra COVID-19 durante a gravidez e a incidência de infecção por SARS-CoV-2 em bebês)

A transferência transplacentária de anticorpos derivados da vacinação materna durante a gravidez contra a coqueluche e a gripe sazonal foi demonstrada por estudos, bem como anticorpos maternos derivados da vacinação contra COVID-19 durante a gravidez foram identificados em sangue do cordão umbilical.

Um estudo recente descobriu que a vacinação materna está associada a um risco reduzido em 61% para hospitalização infantil por COVID-19. Este estudo de coorte, incluiu todos os bebês nascidos na Noruega entre 1º de setembro de 2021 e 28 de fevereiro de 2022, visando avaliar a associação entre a vacinação materna contra COVID-19 durante a gravidez e a incidência de infecção infantil por SARS-CoV-2 durante os primeiros 4 meses de vida, bem como se a associação diferia de acordo com os períodos de tempo dominados pela variante Delta e pela variante Ômicron.

Dos 21.643 recém-nascidos incluídos no estudo, 9.739 (45%) nasceram de mulheres que receberam uma segunda ou terceira dose de uma vacina de mRNA contra COVID-19 durante os últimos 2 trimestres de gravidez. Comparadas com as mães vacinadas, as mães não vacinadas eram mais jovens, tinham mais filhos e menor escolaridade. Um total de 906 bebês (4,1%) foram registrados com teste PCR positivo para SARS-CoV-2 durante os primeiros 4 meses de vida. Bebês nascidos de mães vacinadas tiveram menor incidência de SARS-CoV-2.

A vacinação contra COVID-19 durante a gravidez foi associada a um risco reduzido de um bebê receber um teste PCR positivo para SARS-CoV-2 durante os primeiros 4 meses de vida. Essa associação esteve presente em períodos dominados pelas variantes Delta e Ômicron, embora mais forte na primeira. Foi observado também um menor risco de infecção entre bebês nascidos de mulheres que receberam a terceira dose durante a gravidez em comparação com a segunda, sugerindo um nível mais forte de proteção após a dose de reforço.

Artigo de revisão:

Os pontos fortes deste estudo incluem o uso de dados de registros que abrangem toda a população norueguesa, e muitos indivíduos vacinados durante a gravidez. Os resultados estão alinhados com os de outro estudo, conduzido nos EUA, que examinou a vacinação materna contra COVID-19 e o risco de hospitalização infantil pela doença.

As principais limitações deste estudo incluem: poderia haver um possível efeito adicional de transferência de anticorpos contra o SARS-CoV-2 através do leite materno nessas crianças, além dos transplacentários, visto que mais de 90% das crianças na Noruega são amamentadas; não haviam informações sobre os sintomas da doença nos bebês, impossibilitando avaliar a gravidade das infecções e se isso diferia de acordo com o estado vacinal materno; e não foi possível excluir se as mulheres que foram vacinadas poderiam ter se comportado de forma diferente (ou seja, tomando mais ou menos precauções para limitar o risco de infecção de seus filhos), o que pode ter influenciado as estimativas – no entanto, é improvável que isso explique a redução substancial observada no risco.

Link: [Artigo](#)

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE MEDICINA

Produção

Alexandre de Melo Ferreira
Ayeska Moreira Puttini Barbosa
Caio Caliman de Souza
Carlos Alberto dos Santos Júnior
Eduardha Santos Temponi Barroso
Henrique Santos Hermida
Hugo Gustavo Fontes Silva
Khleber Eugênio H. M. T. de Araújo
Lailla Marília Santos Mesquita
Larissa Batista Xavier
Lucas Generoso Guerra
Luís Henrique Martins Silva
Luiz Francisco de Mello
Mirela Ribeiro Costa
Pedro Henrique Milori
Thalita Ferreira Duarte Ribeiro

Divulgação

Henrique Lacerda Lage Lopes de Oliveira
João Gabriel Malheiros Andrade de Carvalho
Juliana Bernabe Siles
Maria Clara Alves Pinto
Paulo Roberto Mendes de Carvalho

Coordenação Acadêmica

Bruno Campos Santos – Médico
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

