

COVID-19

Revisão científica semanal

27 DE JUNHO -03 JULHO 2020

Esta revisão científica semanal é uma síntese de novas e emergentes evidências científicas sobre a COVID-19 durante o período especificado. Trata-se de uma revisão objetiva de tópicos e artigos importantes, não um guia para a implementação de políticas ou programas. As descobertas registradas estão sujeitas a alterações à medida que novas informações são disponibilizadas.

Comentários e sugestões são bem vindos por meio de covid19-eiu@vitalstrategies.org

Tópicos Aprofundados:

HIV e COVID-19

Mensagem principal: Várias comorbidades foram identificadas como fatores de risco para doenças e mortes graves por COVID-19, mas os dados sobre o risco de COVID-19 grave entre pessoas com vírus da imunodeficiência humana (HIV) são escassos. Dados observacionais limitados dos EUA e da Europa sugerem que pessoas com HIV podem não ter um risco aumentado de COVID-19 grave, enquanto dados da África do Sul sugerem que pessoas com HIV têm um risco aumentado de morte por COVID-19. Mais estudos sobre as interações entre HIV e COVID-19 são necessários. Por enquanto, as orientações de saúde pública sugerem que as pessoas com HIV devem manter seus cuidados usuais com HIV - incluindo medicamentos e consultas médicas, conforme recomendado - e ter cuidado especial para reduzir o risco de contrair COVID-19.

As pessoas imunocomprometidas, incluindo aquelas com infecção por HIV, geralmente apresentam maior risco de doenças graves e/ou morte por uma variedade de doenças infecciosas. O risco varia de acordo com o tipo e o grau de imunocomprometimento e com o tipo de infecção. Alternativamente, é teoricamente possível que o [HIV possa ser protetor](#) contra COVID-19 grave; certos [padrões imunológicos](#) foram associados à COVID-19 grave, e as pessoas com HIV podem ter menos chances de ter respostas imunológicas potencialmente prejudiciais. Além disso, alguns [medicamentos usados para tratar o HIV inibem fracamente o vírus que causa COVID-19 \(síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 ou SARS-CoV-2\) in vitro](#), o que gerou interesse em seu uso como tratamento para COVID-19. Até o momento, os ensaios desses medicamentos para tratar COVID-19 não demonstraram eficácia clínica. A falta de conhecimento sobre a interação de HIV e COVID-19 levou à incerteza sobre as orientações médicas e de saúde pública para pessoas com HIV e seus profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. De acordo com o [CDC](#), “o risco de doenças graves de COVID-19 para pessoas com HIV não é conhecido”.

Os dados sobre COVID-19 entre pessoas com HIV vieram em grande parte de análises observacionais dos resultados de COVID-19 entre pessoas com e sem HIV. Embora seja difícil tirar conclusões definitivas sobre o risco relativo de doença grave a partir desses dados, esses estudos geralmente indicaram que COVID-19 não ocorre com maior frequência entre pessoas com HIV e que elas não apresentam um risco significativamente maior de COVID-19 grave. É importante notar que nos estudos que incluíram esses dados, uma minoria de participantes tinha HIV ou AIDS em estágio avançado. Por exemplo, um estudo da [cidade de Nova Iorque](#), que comparou 88 pessoas com HIV que foram hospitalizadas com COVID-19 com um grupo demograficamente pareado de pacientes com COVID-19 hospitalizados sem HIV, não encontraram diferença na gravidade de COVID-19 na admissão no hospital e houve uma incidência semelhante de morte entre os dois grupos. Em [Nova Jersey](#), observou-se que 27 pessoas com HIV hospitalizadas com COVID-19 tiveram apresentações clínicas semelhantes às de pacientes com COVID-19 sem HIV. [Na Espanha](#), a incidência de COVID-19 entre pessoas com HIV foi semelhante à incidência de COVID-19 na população em geral. Entre as pessoas com HIV, aqueles que desenvolveram COVID-19 tiveram uma maior prevalência de comorbidades crônicas, como diabetes e doença renal. Pessoas com HIV que tinham COVID-19 grave tendiam a ter imunossupressão mais avançada do que aquelas com COVID-19 leve, mas a diferença não era significativa. É importante ressaltar que pode ser difícil separar os efeitos relativos do HIV versus outras condições médicas que conferem um risco significativamente maior de COVID-19 grave, principalmente quando o tamanho da amostra do estudo é pequeno. Certas comorbidades são mais comuns entre pessoas com HIV em comparação com a população em geral; em vários

estudos que descrevem pacientes com COVID-19 e HIV subjacente, a prevalência de outras comorbidades tem sido alta. Por exemplo, na [Alemanha](#), uma taxa mais alta de COVID-19 grave foi observada entre 33 pessoas com HIV hospitalizadas com COVID-19 em comparação com a população geral com COVID-19. As comorbidades foram documentadas em uma proporção significativa das pessoas com HIV, e os autores concluíram que seus dados não sugeriam morbidade e mortalidade relacionadas à COVID-19 em excesso entre pessoas com HIV.

Os primeiros dados da África sobre COVID-19 entre pessoas com HIV foram recentemente divulgados pela [África do Sul](#), um país com alta prevalência de HIV que foi substancialmente afetado por COVID-19. Para esta análise, dados rotineiros do setor de saúde pública de aproximadamente 3,5 milhões de adultos da província do Cabo Ocidental foram utilizados para identificar fatores associados à morte por COVID-19. Foram relatados 15.978 casos confirmados de COVID-19 entre 1 de março e 4 de junho de 2020. Houve 97 mortes entre aproximadamente 520.000 pessoas com HIV (187 mortes de COVID-19 por milhão de habitantes) e 573 mortes entre 6,4 milhões de pessoas sem HIV (90 mortes de COVID-19 por milhão de habitantes). As análises mostraram que a morte de COVID-19 foi associada ao sexo masculino, aumento da idade, diabetes mellitus, hipertensão, doença renal crônica e tuberculose anterior e atual. Após o ajuste para esses fatores, houve um risco aumentado de morte por COVID-19 em pessoas com HIV em comparação àquelas sem HIV (taxa de risco ajustada [aHR] 2,75; IC 95% 2,09, 3,61). Houve um aumento mais substancial no risco de morte por COVID-19 associado à idade avançada e a várias outras comorbidades, e menos de 10% das mortes por COVID-19 foram atribuídas ao HIV. Esses dados indicam que pessoas com HIV podem ter um risco modestamente aumentado de morte por COVID-19 em comparação a pessoas sem HIV. Mais estudos são necessários para separar as interações entre HIV e COVID-19, e essas interações podem diferir dependendo do grau de imunossupressão e do contexto epidemiológico.

Faculdades e universidades enfrentam COVID-19

Mensagem principal: Enquanto faculdades e universidades se preparam para o início de um novo ano acadêmico [no hemisfério norte], seus administradores enfrentam decisões difíceis sobre como reabrir. A responsabilidade de proteger a saúde e o bem-estar de seus alunos, professores, funcionários e comunidades vizinhas requer uma consulta estreita com as autoridades de saúde locais. As medidas para reduzir o risco de COVID-19 podem incluir o fechamento ou a limitação de alojamento no campus, continuando a contar com o aprendizado virtual e misto, reduzindo o tamanho das turmas e promovendo intervenções pessoais e ambientais. Algumas instituições de ensino superior estão

considerando calendários acadêmicos modificados, bem como triagem, testes e vigilância de COVID-19.

Nas recentes Revisões Científicas Semanais, fornecemos atualizações sobre o [retorno ao trabalho](#) e a [reabertura das escolas primárias e secundárias](#). Instituições de ensino superior, incluindo faculdades e universidades de todo o mundo, também foram fechadas ou rapidamente se adaptaram para o aprendizado remoto no início deste ano. Com o início do ano acadêmico na América do Norte e em muitos outros lugares, as instituições de ensino superior enfrentam muitos dos mesmos desafios que os locais de trabalho e as escolas primárias e secundárias ao considerar como reabrir. Considerações adicionais para instituições de ensino superior incluem: abordar a [alta taxa de contato interpessoal](#) nas salas de aula, na vida comunitária e nos ambientes informais; manutenção e descontaminação de inúmeras áreas de alto tráfego; proteger muitos professores e funcionários mais velhos e medicamente vulneráveis; e receber estudantes de diversas comunidades e locais de transmissão (incluindo estudantes e professores de fora do estado e internacionais). Estudantes universitários, principalmente adultos jovens, geralmente são saudáveis e têm menor risco de COVID-19 grave e fatal do que os adultos mais velhos, mas eles são mais propensos a desenvolver doenças graves se infectados pelo vírus que causa COVID-19 do que as crianças em idade escolar. Nos Estados Unidos, por exemplo, [a incidência cumulativa de COVID-19 entre 20 e 29 anos até o final de maio de 2020 foi de 401,6 por 100.000](#) - quase idêntica à incidência na população total. E nas últimas semanas, os [casos entre jovens adultos têm aumentado](#). Além disso, as instituições de ensino superior reúnem uma ampla variedade de estudantes, funcionários e professores, [incluindo aqueles com comorbidades e adultos mais velhos com maior risco](#) de doença grave por COVID-19. Os surtos que começam ou ocorrem entre os funcionários de faculdades, universidades e estudantes podem contribuir facilmente para se espalhar na comunidade em geral, onde muitos afiliados às instituições de ensino superior vivem, trabalham e socializam além do alcance das políticas da administração.

À medida que o novo ano acadêmico se aproxima, os administradores são forçados a [pesar seus compromissos com a educação e a pesquisa](#), contra sua responsabilidade de garantir a segurança no contexto de informações incompletas e em rápida mudança. Muitos estão comprometidos com alguma forma de retorno ao aprendizado residencial e presencial com modificações. As abordagens podem variar de escola para escola, e [mesmo instituições próximas podem anunciar cursos de ação divergentes](#). A [Crônica do Ensino Superior está acompanhando os planos](#) relatados em 1.050 instituições de ensino superior nos Estados Unidos: atualmente,

61% planejam retomar as aulas presenciais, 8% permanecerão totalmente on-line (incluindo todo o sistema da Universidade do Estado da Califórnia) e 19% estão propondo um modelo de aprendizado misto. Alguns anunciaram planos de convocar o período de outono mais cedo do que o habitual, abrir mão do recesso no meio do período e dispensar os alunos antes do feriado de Ação de Graças no final de novembro, [na esperança de evitar um pico antecipado da transmissão](#) de COVID-19 que possa se sobrepor à temporada de influenza esperada durante os meses de inverno no hemisfério norte. No Reino Unido, alguns [dirigentes da universidade estão pensando em criar "bolhas sociais"](#) de estudantes que irão viver e aprender juntos. Mesmo as instituições de ensino superior que optam por retomar a educação presencial precisarão acomodar [alunos, educadores e funcionários que não podem ou optam por não](#) retornar.

O [Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos](#) (CDC) observam que os administradores podem tomar medidas para reduzir o risco de exposição à COVID-19 e propagação em instituições de ensino superior. A abordagem de menor risco requer o fechamento de alojamentos no campus e a realização de todas as aulas, atividades e eventos em formatos virtuais. Além disso, medidas que reduzam o tamanho das classes e a capacidade de alojamentos levarão a menos riscos do que o retorno total às operações anteriores. Os recursos abrangentes do CDC para comunidades de ensino superior enfatizam a promoção de comportamentos que reduzem a disseminação, a manutenção de ambientes e operações saudáveis e a preparação para quando alguém fica doente. As orientações para essas instituições também recomendam [triagem, testes e rastreamento de contatos](#). Como em outros locais, o teste viral é recomendado para pessoas com sinais ou sintomas consistentes de COVID-19 ou com exposição recente ou suspeita ao SARS-CoV-2, o vírus que causa COVID-19.

Embora não seja especificamente recomendado, algumas instituições de ensino superior planejam testar todos os alunos, professores e funcionários que retornam para COVID-19 antes de permitir que eles entrem no campus (teste de entrada). Não se sabe se o teste de entrada reduzirá a transmissão além do que poderia ser alcançado com medidas sociais e de saúde pública (por exemplo, distanciamento físico, coberturas faciais, higiene das mãos, limpeza e desinfecção reforçadas, ficar em casa quando estiver doente), que devem ser otimizadas independentemente da abordagem de teste. Os esquemas de entrada ou outros testes de triagem não devem levar as instituições a baixar a guarda, porque é altamente provável que casos sejam detectados fora de qualquer programa de triagem, levando a possíveis exposições no campus.

A pandemia de COVID-19 forçou uma reconsideração abrangente de quase todos os aspectos da vida no campus - não apenas aulas e acomodações em alojamentos, mas também admissões, atletismo e programas de estudos no exterior. Para muitos administradores de faculdades e universidades, [a pandemia de COVID-19 também é uma ameaça existencial](#). A maioria está prevendo a redução de matrículas e a perda de renda gerada por meio de taxas escolares e financiamento público. Ao mesmo tempo, é provável que a capacidade de mobilizar recurso de pesquisas e investimentos também diminua. Alguns podem não sobreviver, e as disparidades entre instituições provavelmente aumentarão. Em muitos lugares, [o destino econômico das instituições de ensino superior impulsiona a prosperidade de suas comunidades vizinhas](#). É particularmente importante que os administradores cumpram com os regulamentos federais, estaduais e locais de saúde e segurança e coordenem seus planos de reabertura, reconhecendo que as medidas adotadas também terão efeitos fora do campus.

Destaques Semanais de Pesquisa

[Estimativa de Excesso de Mortes Associadas à Pandemia de COVID-19 nos Estados Unidos, Março a Maio de 2020 \(Jornal da Associação Médica Americana, 1 de julho\)](#)

Mensagem principal: Estimativas do "excesso de mortes" devido a qualquer causa podem ser usadas para medir a carga de uma nova doença infecciosa quando houver barreiras para diagnóstico. Essa análise do excesso de mortes nos Estados Unidos durante a pandemia de COVID-19 sugere que as contagens oficiais provavelmente subestimam a mortalidade devido à COVID-19 e que a precisão das contagens de mortes varia entre os estados americanos.

- Dados específicos dos estados americanos sobre mortes por pneumonia, gripe, COVID-19 e todas as causas durante 2020 e anos anteriores foram obtidos no sistema de vigilância de mortalidade do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde dos EUA (NCHS, em inglês). Para calcular o excesso de mortalidade, os autores estimaram o número inicialmente esperado de mortes sem COVID-19 no período de 1º de março a 30 de maio de 2020. Eles compararam essas estimativas com registros oficiais de mortalidade relacionada à COVID-19 e doenças semelhantes à influenza. Os autores ajustaram a circulação anual do vírus influenza e consideraram o número de testes realizados per capita.
- De 1º de março a 30 de maio de 2020, houve 95.235 mortes atribuídas oficialmente à COVID-19 nos Estados Unidos. Houve um número estimado de 122.300 (intervalo de previsão de 95%, 116.800-127.000) mortes em excesso durante o mesmo período. As mortes atribuídas oficialmente à COVID-19

representaram 78% do excesso de mortalidade, deixando 22% não atribuídas à COVID-19. Alguns estados (incluindo Louisiana, Michigan e Nova Jersey) tiveram aumentos notáveis na mortalidade por todas as causas em 2020, enquanto outros (incluindo Havaí, Maine e Montana) não tiveram. A proporção de mortes em excesso não atribuídas à COVID-19 variou entre os estados (por exemplo: 41% na Califórnia e 12% em Minnesota). Algumas discrepâncias entre as mortes relatadas por COVID-19 e o excesso de mortes podem estar relacionadas à intensidade dos testes (na Califórnia, o aumento do excesso de mortes precedeu o aumento no volume de testes; em Minnesota, o aumento do excesso de mortes coincidiu com o aumento no volume de testes). Aumentos no excesso de mortes em muitos estados seguiram aumentos nas doenças relatadas semelhantes à influenza.

- O número de mortes em excesso em 2020 pode ser influenciado indiretamente pela pandemia (ou seja, por atrasos na procura de cuidados ou por declínios nas mortes devido a certas causas, como acidentes de trânsito). Comparações de atividade da influenza e doenças semelhantes à influenza entre 2020 e outros anos podem ser problemáticas; a atividade da influenza declinou para níveis historicamente baixos em 2020, potencialmente relacionados à redução da transmissão e/ou à sub-deteção devido a mudanças no comportamento de busca por serviços de saúde.

[A Sensibilidade do Teste é Secundária à Frequência e ao Tempo de Resposta da Vigilância de COVID-19 \(medRxiv, pré-impressão, 22 de junho\)](#)

Mensagem principal: A contenção e a supressão da transmissão de COVID-19 requerem vigilância robusta com base em testes confiáveis. A cinética da carga viral descreve como a quantidade de vírus liberada varia ao longo de uma infecção, afetando tanto a capacidade de detectar o vírus quanto a probabilidade de transmissão. Os testes mais sensíveis podem detectar vírus no início da infecção, quando o número de partículas virais pode ser pequeno. Testar pessoas assintomáticas repetidamente a intervalos curtos e minimizar o atraso entre a amostragem, relatar os resultados e isolar um paciente do caso pode ter um impacto maior na capacidade de conter o crescimento epidêmico do que maximizar a sensibilidade do teste.

- Nesta pré-impressão não arbitrada, os pesquisadores simularam o impacto das estratégias de vigilância de COVID-19 entre pessoas assintomáticas na capacidade de detectar surtos e controlar a propagação de epidemias. Os modelos permitiram aos pesquisadores variar a acessibilidade, a frequência, a sensibilidade e o tempo de amostra para resposta do teste. Comparada com nenhum teste, a vigilância entre pessoas assintomáticas poderia suprimir o número total de infecções quando repetidas diariamente ou a cada três dias e contribuía para mitigar a transmissão

em intervalos de até 14 dias.

- O teste de COVID-19 mais sensível atualmente disponível (PCR quantitativo em tempo real) removeria mais infecções, detectando-as até um dia antes dos testes menos sensíveis no ponto de atendimento (como LAMP de ácido nucleico e testes rápidos de antígeno). No entanto, essa vantagem potencial era compensada se testes menos sensíveis pudessem ser repetidos em intervalos de menos de uma semana e forneciam resultados sem demora.
- Em cenários modelados em que se previa que os testes de vigilância de pessoas assintomáticas contribuíssem para reduzir a transmissão, isso era insuficiente, a menos que medidas de saúde pública e sociais, como distanciamento físico, também fossem mantidas. Os autores concluem que os testes de vigilância de pessoas assintomáticas podem ser uma ferramenta adicional útil para ajudar a limitar a disseminação do SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19. Até que isso possa ser verificado através da experiência do mundo real, [o teste de vigilância de pessoas assintomáticas sem uma exposição conhecida não é recomendado](#) além de ambientes limitados, como postos de enfermagem especializadas.
- Os modelos incorporaram uma variedade de taxas de transmissão, mas não incluíram o impacto potencial do rastreamento de contatos para isolar o papel dos testes de vigilância. Além disso, algumas das estratégias de vigilância examinadas nesses modelos podem sujeitar várias pessoas a isolamento desnecessário.

[Exposições Antes da Emissão de Ordens de Isolamento Social Entre Pessoas com COVID-19 Confirmado em Laboratório - Colorado, Março de 2020 \(Relatório de Morbidade e Mortalidade, lançamento antecipado, 30 de junho\)](#)

Mensagem principal: Uma pesquisa com 364 participantes que contraíram COVID-19 antes de receber ordens de ficar em casa no Colorado mostrou que, para aqueles indivíduos que sabiam onde provavelmente haviam sido expostos à COVID-19, familiares em casa e colegas no local de trabalho foram os contatos conhecidos com COVID-19 mais comuns. Aqueles que não sabiam onde haviam sido expostos relataram que, nas duas semanas anteriores ao adoecimento, suas atividades incluíram participar de uma reunião de grupo com mais de 10 pessoas, viagens nacionais, usar transporte público e trabalhar ou visitar unidades de saúde. Durante a reabertura, qualquer pessoa com sintomas compatíveis com COVID-19 deve abster-se de atividades públicas, incluindo trabalho, e isolar-se dos membros da família, quando possível. Outros devem continuar a reduzir o risco lavando as mãos, mantendo a distância e usando máscaras.

- Pesquisadores no Colorado contataram 600 pessoas selecionadas aleatoriamente diagnosticadas com COVID-19 confirmado em laboratório entre 9 e 26 de março naquele estado e conseguiram recrutar 364 para participar de sua pesquisa. Eles fizeram perguntas sobre contatos conhecidos com COVID-19 e locais onde a exposição provavelmente ocorreu.
- A maioria das pessoas (73%) não relatou contato conhecido com COVID-19, embora quase um terço dessas pessoas tenha relatado contato com alguém que apresentava sintomas compatíveis com COVID-19. Outros relataram uma atividade de alto risco dentro de duas semanas após o diagnóstico, como participar de uma reunião social com mais de 10 pessoas ou viagens nacionais. Dos 27% que tiveram contato conhecido com COVID-19, o relacionamento mais comumente relatado com o contato foi de membro da família ou colega de trabalho, e os locais de exposição mais comuns foram no local de trabalho ou em casa. A maioria (60%) dos colegas de trabalho era de profissionais de saúde.
- Os resultados desta pesquisa estão sujeitos a viés de resposta e as conclusões provavelmente não são generalizáveis. Embora o período de interesse para o diagnóstico de COVID-19 nesta pesquisa tenha sido anterior às ordens de permanecer em casa, outras medidas de mitigação da comunidade estavam em vigor durante esse período.

[Rastreamento de Alterações na Proteína Spike de SARS-CoV-2: evidências de que o D614G Aumenta a Infectividade do Vírus COVID-19 \(Cell, pré-impressão, 2 de julho\)](#)

Mensagem principal: A imagem do SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19, tornou-se amplamente reconhecível com sua coroa característica de proteínas spike. Essas estruturas são importantes para o vírus entrar nas células humanas e para a resposta imune que pode neutralizar o vírus. Analisando um banco de dados global de sequências genéticas de SARS-CoV-2 coletadas desde que foi descoberto, os pesquisadores identificaram uma variação na proteína spike que se tornou a forma dominante do vírus ao longo do tempo e em vários locais. Essa forma pode ser mais facilmente transmissível de pessoa para pessoa do que o vírus original, mas essa é apenas uma das várias explicações possíveis para a tendência.

- Os pesquisadores desenvolveram um pipeline de bioinformática para procurar alterações nas sequências genéticas de SARS-CoV-2. Eles identificaram uma variante específica presente em 10% dos isolados globais até 1º de março e aumentando para responder por quase 80% até o final de maio. Essa variação resulta em uma única alteração de aminoácido na proteína spike, de ácido aspártico em glicina (D614G), juntamente com outras três mutações. Desde então,

o D614G se tornou a forma dominante do vírus em todo o mundo - primeiro na Europa, seguido pela América do Norte e Oceania e depois pela Ásia - o que sugere que ele tem uma vantagem de sobrevivência sobre a forma original de Wuhan.

- Os dados clínicos de 999 pacientes no Reino Unido sugerem que aqueles infectados com o haplótipo D614G tinham mais cópias de RNA viral em amostras de testes respiratórios superiores do que pacientes sem essa forma. Não houve diferença correspondente na gravidade da doença, em contraste com um [estudo observacional anterior](#) sugerindo maior mortalidade em locais onde o D614G era predominante. Em estudos de laboratório, os pseudovírus com a forma variante (G614) também produziram títulos mais altos do que aqueles com a forma original (D614).
- Esses achados clínicos e laboratoriais podem indicar que a variante D614G é mais facilmente transmissível, uma possível explicação para a substituição da forma anterior em quase todos os lugares. Outros fatores que podem contribuir incluem o viés de amostragem, o efeito fundador da variante D614G sendo introduzido cedo em populações altamente móveis e conectadas e o efeito de uma das outras mutações que quase sempre acompanham o D614G.

[Características dos Pacientes Adultos Ambulatoriais e Internados com COVID-19 - 11 Centros Médicos Acadêmicos, Estados Unidos, Março - Maio de 2020 \(Relatório de Morbidade e Mortalidade, 3 de julho\)](#)

Mensagem principal: Os pesquisadores realizaram e analisaram pesquisas por telefone de 350 pessoas diagnosticadas recentemente com COVID-19 para obter informações adicionais sobre suas exposições durante as duas semanas anteriores a adoecer ou a apresentar resultados positivos, bem como seus sintomas quando procuraram atendimento. Mais da metade dos participantes da pesquisa não teve exposição conhecida a alguém com COVID-19. Para aqueles que tiveram um contato conhecido com COVID-19, as exposições mais comuns foram a um membro da família (45%) ou a um colega de trabalho (34%). A maioria dos entrevistados que trabalhavam no período anterior à doença não conseguiu realizar o teletrabalho. Aqueles que foram testados enquanto estavam hospitalizados eram mais propensos a relatar falta de ar. Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de locais de trabalho seguros e de esforços contínuos para investigar casos, rastrear contatos e isolar pessoas infectadas para interromper a transmissão na comunidade.

- Colaboradores de 11 centros médicos nos EUA participaram da pesquisa por telefone de pessoas com COVID-19 confirmado em laboratório e testadas entre 31 de março e 10 de maio de 2020. Das 350 pessoas que preencheram os critérios de participação, a maioria foi testada em ambulatório (77%). A pesquisa consistiu em perguntas sobre características demográficas de base, tipos de exposição nas duas semanas anteriores à doença e os sintomas que cada paciente experimentou.
- Os pacientes internados eram mais propensos a ser mais velhos, não brancos, ter mais de uma comorbidade e relatar falta de ar como um sintoma. Quarenta e seis por cento dos entrevistados relataram contato próximo com alguém que teve COVID-19 durante as duas semanas anteriores à sua própria doença. O contato mais comum foi um membro da família (45%) e o segundo mais comum foi um colega de trabalho (34%). Apenas 17% dos entrevistados empregados disseram que eram capazes de realizar teletrabalho.
- As limitações deste estudo incluem que elas não são representativas da população em geral nos EUA e estão sujeitas ao viés daqueles que não foram capazes de responder à pesquisa por telefone porque ainda estavam hospitalizados ou gravemente doentes. Os entrevistados também foram solicitados a se lembrar de informações que ocorreram anteriormente e que poderiam ser afetadas pelo viés da recordação.

Citação sugerida: Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E e Shahpar C. Revisão Científica Semanal COVID-19 - 27 de junho a 3 de julho de 2020. Resolve to Save Lives. 7 de julho de 2020. Disponível em <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>

Citação sugerida: Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E e Shahpar C. Revisão Científica Semanal COVID-19 - 20 a 26 de junho de 2020. Resolve to Save Lives. 30 de junho de 2020. Disponível em: <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>