

COVID-19

Revisão científica semanal

19 - 25 SETEMBRO 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

Em destaque:

Priorização da vacina contra a COVID-19 nos EUA

Mensagem principal: Com o lançamento inicial de uma vacina contra a COVID-19 previsto para os próximos meses, grupos estão sugerindo estruturas para alocar vacinas a populações prioritárias com base em princípios éticos até que as vacinas estejam mais amplamente disponíveis para a população em geral. Normalmente, com os princípios de imparcialidade, equidade e justiça em mente, as primeiras doses da vacina devem ser alocadas para as pessoas que estão em maior risco de exposição ao SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19, (por exemplo, profissionais da saúde na linha de frente), aqueles com maior probabilidade de propagar a doença para as pessoas vulneráveis (por exemplo, trabalhadores de lares para idosos) e aqueles que estão sob maior risco de doença grave ou morte caso adoeçam (por exemplo, idosos ou pessoas com comorbidades). O objetivo de qualquer estrutura deve ser promover o bem comum por meio da saúde pública; a estrutura deve ser orientada por princípios éticos e dados científicos sobre eficácia e segurança..

Com uma decisão sobre a autorização ou aprovação de uma vacina contra a COVID-19, possivelmente a apenas algumas semanas de distância, várias organizações assumiram a importante tarefa de ajudar os legisladores a determinarem uma estrutura ética, justa e eficaz para a distribuição de vacinas nos Estados Unidos. Embora seja esperado que hajam vacinas suficientes (possivelmente de diferentes fabricantes de vacinas) para distribuir a toda a população dos Estados Unidos a partir de 2021, uma estrutura de alocação é necessária para determinar quem deve ser priorizado para receber as primeiras doses disponíveis quando o fornecimento for limitado. Também é importante observar que ainda não sabemos se uma ou mais vacinas serão seguras e eficazes, se as vacinas serão igualmente eficazes para todos os grupos (por exemplo, algumas vacinas podem ser menos eficazes em idosos, como ocorre com outras vacinas) e quanto tempo irá durar a imunidade.

Até agora, as estruturas de alocação domésticas foram lançadas pelas Academias Nacionais de Ciência, Engenharia e Medicina (NASEM, na sigla em inglês), bem como pelo Centro Johns Hopkins para Segurança Sanitária (JHCHS, na sigla em inglês). Juntamente com os dados de ensaios clínicos de Fase 3 sobre segurança e eficácia em populações específicas, essa orientação será levada em consideração pelo Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização (ACIP, na sigla em inglês), um grupo consultivo independente composto por especialistas na área da saúde que irão desenvolver recomendações sobre como usar e alocar as novas vacinas contra a COVID-19 na população em geral. Essas recomendações serão fornecidas ao diretor dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC, na sigla em inglês), que pode aceitá-las como orientação federal oficial para o uso e distribuição de vacinas.

Academias Nacionais de Ciência, Engenharia e Medicina: [Estrutura Preliminar para a Alocação Equitativa da Vacina contra a COVID-19 \(2020\)](#)

O documento da NASEM é uma proposta para discussão que foi lançada em 1 de setembro de 2020, especificamente convocando grupos de partes interessadas e membros do público para comentar e fornecer contribuições para outras deliberações antes do lançamento de um relatório final. Em primeiro lugar, a proposta analisa a experiência anterior nos EUA com campanhas de vacinação em massa, tal como aconteceu durante a pandemia de influenza H1N1 de 2009 e, em seguida, estabelece os princípios orientadores sobre como abordar a alocação de vacinas durante a pandemia atual. Os princípios básicos orientadores que estão descritos em pormenor no documento são os seguintes: maximização do benefício, consideração equitativa, mitigação das iniquidades em saúde, imparcialidade, ação baseada em evidências e transparência.

Depois, o grupo estabelece critérios baseados em risco para estabelecer como as vacinas devem ser alocadas após definir os níveis classificados de priorização e as

fases para alocação. Os quatro critérios considerados para estimar o risco incluem risco de contrair a infecção e, se for infectado, risco de morbidade e mortalidade graves, risco de impacto social negativo e risco de transmissão da doença a outras pessoas. Tendo em consideração os grupos com maior risco e também os fatores atenuantes que poderiam reduzir o risco, eles desenvolvem seus critérios de alocação por fases. Com os princípios básicos e o risco em mente, as seguintes fases do projeto de alocação são recomendadas pela NASEM:

Tabela 1: Aplicação dos critérios de alocação a grupos populacionais específicos

Fases	Grupo Populacional	Estimativa de % da População dos EUA	Critério 1: Risco de Contrair a Infecção	Critério 2: Risco de Morbidade e Mortalidade Graves	Critério 3: Risco de Impacto Social Negativo	Critério 4: Risco de Transmissão da Infecção para Outras Pessoas	Fatores Atenuantes para Consideração
1a	Trabalhadores com risco elevado na área da saúde (5%)	5%	Elevado	Médio	Elevado	Elevado	Risco elevado de contrair a infecção devido à falta de escolha quanto ao local de trabalho, mas pode ter acesso a equipamentos de proteção individual. Essencial para a proteção do sistema de saúde.
1a	Pessoal na linha de frente		Elevado	Médio	Elevado	Elevado	Risco elevado de contrair a infecção devido à falta de escolha quanto ao local de trabalho, mas pode ter acesso a equipamentos de proteção individual. Essencial para a proteção do sistema de saúde.
1b	Pessoas com comorbidades significativas	10%	Médio	Elevado	Médio	Baixo	Elevado risco de morbidade e mortalidade graves, mas podendo ser capaz de se distanciar e isolar socialmente.
1b	Idosos em ambientes congregados ou superlotados		Elevado	Elevado	Baixo	Baixo	Risco elevado de infecção devido à falta de escolha quanto ao local.
2	Trabalhadores com risco crítico - parte 1 conforme definido no documento da NASEM	30-35%	Elevado	Médio	Elevado	Médio	Risco elevado de contrair a infecção devido à falta de escolha quanto ao local, mas pode ter acesso a equipamentos de proteção individual.
2	Professores e funcionários escolares		Elevado	Médio	Elevado	Elevado	Risco elevado de perda para um serviço essencial, mas existem opções alternativas, como ensino on-line (as séries inferiores devem ter prioridade).

2	Pessoas com comorbidades moderadas		Médio	Médio	Baixo	Baixo	Risco moderado de morbidade e mortalidade graves, mas pode ser capaz de se distanciar e isolar socialmente.
2	Todos os idosos		Médio	Elevado	Baixo	Baixo	Risco elevado de morbidade e mortalidade graves, mas pode ser capaz de se distanciar e isolar socialmente.
2	Pessoas em casas coletivas para desabrigados		Elevado	Elevado	Baixo	Elevado	Risco elevado de contrair a infecção devido à falta de escolha quanto ao local.
2	Pessoas encarceradas / detidas e funcionários dessa instituição		Elevado	Médio	Baixo	Médio	Risco elevado de contrair a infecção devido à falta de escolha quanto ao local.
3	Jovens adultos	40-45%	Elevado	Baixo	Médio	Elevado	Risco baixo de morbidade e mortalidade graves, mas pode ser capaz de se distanciar/se isolar socialmente, pode haver o fechamento de bares etc.
3	Crianças		Médio	Baixo	Médio	Elevado	Risco baixo de morbidade e mortalidade graves.
3	Trabalhadores com risco crítico - parte 2 conforme definido no documento da NASEM		Médio	Baixo	Médio	Baixo	Risco moderado de infecção devido à falta de escolha quanto ao local.

Adaptado da proposta da Tabela 2 – Aplicação dos critérios de alocação a grupos populacionais específicos, Academias Nacionais de Ciência, Engenharia e Medicina.

Não é necessário que essas fases ocorram em sequência e, dependendo da disponibilidade do fornecimento da vacina, as Fases 1 e 2 podem ocorrer simultaneamente. A Fase 3 deve começar assim que houver dados adicionais sobre as populações específicas, como crianças, e maior disponibilidade de vacinas. A Fase 4, que não está incluída na tabela de populações especiais, se refere a qualquer pessoa na população geral que não recebeu a vacina durante as três fases anteriores. Estima-se que cerca de 85% a 95% da população dos EUA seria vacinada durante as fases 1-3 ao longo de 12-18 meses, uma vez que as doses iniciais da vacina estivessem disponíveis. [No seu documento de proposta](#), a NASEM fornece mais justificativas e razões para essa priorização, e também estima a quantidade de vacinas necessárias

para cobrir cada uma dessas populações.

A NASEM enfatiza que garantir a equidade deve ser uma consideração transversal em cada fase da alocação, e deve ser levado em consideração a [vulnerabilidade social conforme definida pelo CDC](#).

Centro Johns Hopkins para Segurança Sanitária: [Estrutura provisória para alocação e distribuição de vacinas contra a COVID-19 nos Estados Unidos](#)

O documento divulgado pelo Centro Johns Hopkins para Segurança Sanitária em 19 de agosto tem uma abordagem semelhante à estrutura de alocação da NASEM. O seu objetivo é promover a saúde pública como um bem comum por meio de princípios éticos de imparcialidade, equidade e reconhecimento das disparidades raciais e étnicas, e considerando o papel dos trabalhadores em setores essenciais que abrem o caminho para a normalização da atividade social e econômica. O Centro enfatiza que essa estrutura de alocação é relevante para quando o fornecimento da vacina contra a COVID-19 for escasso. Embora vise maximizar os benefícios gerais para toda a população como parte desse processo, ela se concentra na justiça, na equidade e no avanço da igualdade social. Outro ponto enfatizado nessa estrutura é a promoção da legitimidade e confiança, respeitando a diversidade dos pontos de vista de toda a população dos EUA.

Essa estrutura também classifica os grupos prioritários em níveis sendo o primeiro objetivo alocar vacinas para as pessoas de forma essencial para sustentar a resposta à COVID-19 que se encontra em andamento, aqueles com maior risco de não terem uma recuperação exitosa caso forem infectados e trabalhadores nos setores mais essenciais, incluindo os fornecedores de alimentos, funcionários do transporte público e professores. A camada seguinte inclui as pessoas envolvidas em outros aspectos do sistema de saúde, aquelas que podem ter limitações no acesso aos cuidados e aquelas que desempenham um papel de apoio em setores essenciais que não estão incluídas na primeira camada. Fatores adicionais a serem considerados incluem o quão eficaz uma vacina pode ser numa determinada população especial, como cada população especial pode ser integrada na comunidade em geral, se é ou não viável atingir uma população especial com vacinação suficiente para reduzir a transmissão e se a priorização de um grupo em detrimento do outro pode resultar numa vacinação mais eficaz e na desaceleração da transmissão geral. Nesse ponto, [alguns grupos modelaram a alocação e priorização de um modo que reduziria a transmissão e as mortes de forma mais eficiente](#) visando aqueles que desempenham um maior papel na transmissão (por sua análise, adultos de 29-49 anos) e aqueles que estão em maior risco de morte (por sua análise, adultos acima de 60 anos).

Tabela 2: Comparação de grupos prioritários para a vacina contra a COVID-19

Grupo	Centro Johns Hopkins para Segurança Sanitária	Academias Nacionais de Ciência, Engenharia e Medicina
Profissionais do sistema de saúde	<p>Camada 1: Profissionais da saúde na linha de frente, incluindo provedores de instalações de cuidados de longo prazo; equipe de serviços médicos emergenciais</p> <p>Camada 2: Profissionais da saúde e funcionários com contato direto com pacientes não infectados pela COVID-19; funcionários de farmácia</p>	<p>Camada 1: Profissionais da saúde na linha de frente, incluindo provedores de instalações de cuidados de longo prazo; equipe de serviços médicos emergenciais</p> <p>Camada 2: Profissionais da saúde e funcionários com contato direto com pacientes não infectados pela COVID-19; funcionários de farmácia</p> <p>Fase 1a: Profissionais da saúde na linha de frente, incluindo provedores de instalações de cuidados de longo prazo; equipe de serviços médicos emergenciais</p> <p>Fase 2: Outros profissionais da saúde</p>
Outros trabalhadores essenciais	<p>Camada 1: Transporte público, fornecedores de alimentos, professores e funcionários escolares Trabalhadores necessários para o apoio à pandemia: por ex. fabricantes de vacinas; profissionais da saúde pública/profissionais de apoio a saúde pública</p> <p>Camada 2: Infraestrutura na linha de frente; armazém/entrega/correios; militares implantados; polícia e bombeiros; Administração para a Segurança dos Transportes (TSA, na sigla em inglês) e segurança da fronteira; trabalhos de alta densidade ou alto contato</p>	<p>Fase 1a: Polícia, bombeiros</p> <p>Fase 2: Infraestrutura crítica em risco de exposição; professores e funcionários escolares incluindo cuidadores infantis</p>
Comorbidades	<p>Camada 1: Aqueles com risco elevado de doenças graves; membros de grupos sociais com taxas de mortalidade desproporcionalmente elevadas</p>	<p>Fase 1b: Risco significativamente elevado (>= 2 patologias designadas pelo CDC)</p> <p>Fase 2: Risco moderadamente elevado (1 patologia designada pelo CDC)</p>
Adultos >= 65 anos de idade	<p>Camada: Adultos >= 65 anos, incluindo aqueles que vivem ou prestam cuidados a estes</p>	<p>Fase 1b: Idosos em ambientes congregados</p> <p>Fase 2: Todos os idosos que não estão na Fase 1</p>

Adaptado de Oliver S, Overview of Vaccine Equity and Prioritization Frameworks. Slides de apresentação do Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização em 22 de setembro de 2020. A marcação em negrito indica diferença na classificação entre duas estruturas de alocação.

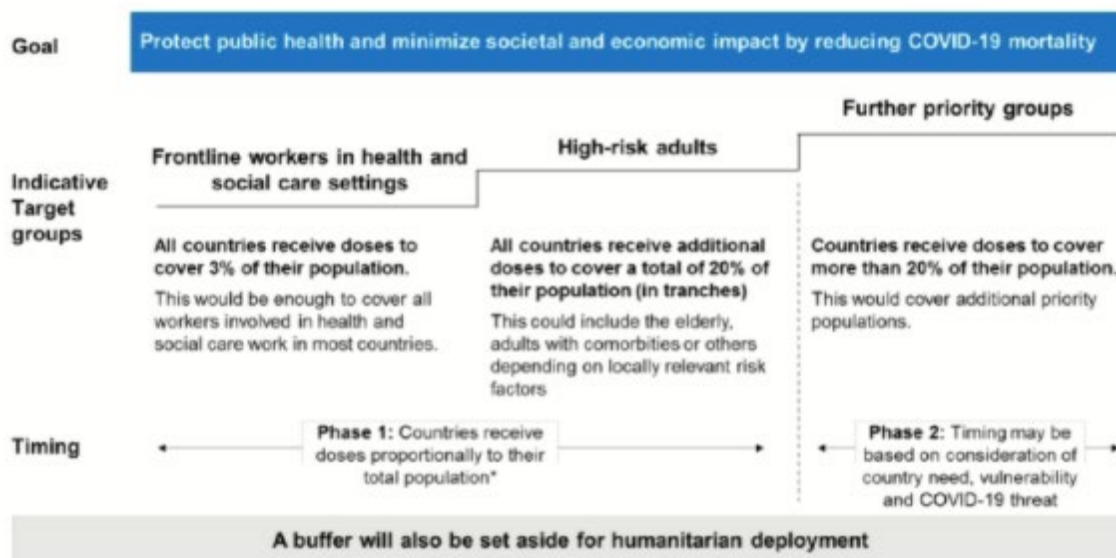
Ambos os grupos concordam que deve haver uma estratégia nacional para orientar os departamentos de saúde estaduais e locais quanto a implementação da distribuição das vacinas. Muitas incógnitas ainda precisam ser reveladas, incluindo os dados preliminares de segurança e eficácia dos ensaios de Fase 3 em andamento que guiarão o refinamento dessas estruturas e fornecerão ao Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização a base de evidências necessária para realizar as recomendações formais quanto a alocação das vacinas. A transparência nesse processo será fundamental para ganhar a confiança do público e a confiança em qualquer nova estratégia de vacinação.

Priorização da vacina contra a COVID-19 em escala global: a Instalação COVAX

Países em todo o mundo enfrentam preocupações comuns sobre o número crescente de casos e mortes pela COVID-19, bem como o crescente fardo econômico da pandemia. A rápida disseminação do SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19, em menos de um ano, mostra que nenhum país estará seguro até que todos estejam. Num esforço para enfrentar o desafio global de desenvolvimento, fabricação e fornecimento de vacinas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Coalizão para Inovações de Preparação para Epidemias (CEPI, na sigla em inglês) e a Gavi, a Aliança de Vacinas, lançou a [Instalação COVAX](#), com a meta específica de produzir dois bilhões de doses da vacina contra a COVID-19 e distribuí-las de forma equitativa e justa em 2021. A COVAX visa reunir experiência e recursos dos setores público, privado e filantrópico para apoiar um portfólio de 19 vacinas candidatas. Até 21 de setembro de 2020, [156 países \(com mais de 60% da população mundial\) se comprometeram a participar](#) na inovadora arrecadação de fundos coletiva e no financiamento conjunto. A instalação COVAX é o pilar das vacinas no Acesso ao Acelerador das Ferramentas para a COVID-19 (ACT, na sigla em inglês), e catalisar o desenvolvimento e aumentar a produção de vacinas comprovadas são os principais elementos da instalação. Mas os parceiros da COVAX reconheceram que, mesmo com esse apoio, os suprimentos iniciais das primeiras vacinas que se mostrarem eficazes serão limitados. Também priorizaram deliberadamente a garantia de que as vacinas contra a COVID-19 estejam equitativamente disponíveis e sejam implantadas para acabar com a crise aguda da pandemia até o final de 2021. No início deste mês, a OMS lançou uma versão funcional de sua proposta ["Mecanismo de alocação justa para vacinas contra a COVID-19 por meio da Instalação COVAX."](#) A proposta prevê que cada país receba doses suficientes para cobrir 20% de sua população na Fase 1 da distribuição, começando com uma parcela inicial suficiente para 3% assim que uma vacina comprovada for recomendada. O valor de 20% tem como objetivo garantir às autoridades nacionais de saúde que elas poderão cobrir os grupos de alta prioridade

e também começar a ter um impacto sobre a epidemia. À medida que a capacidade de produção e os suprimentos aumentam, a Fase 2 alocará doses adicionais para permitir que os países expandam a cobertura progressivamente. No caso de o fornecimento permanecer severamente restrito durante a Fase 2, as alocações podem ser priorizadas aos países, dependendo de uma avaliação transparente de sua necessidade, sua vulnerabilidade e seu nível de ameaça quanto a COVID-19. Essas decisões de alocação serão supervisionadas por um Grupo Independente de Validação de Alocação e gerenciadas pela OMS e pela Gavi por meio de uma Equipe de Intervenção Conjunta de Alocação.

Figura 1: Duas fases de alocação com grupos-alvo indicativos, conforme descrito no [“Mecanismo de alocação justa para vacinas contra a COVID-19 por meio da Instalação COVAX”](#) da Organização Mundial da Saúde



As políticas globais da OMS para imunizações e vacinas são apoiadas pelo [Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas \(SAGE, na sigla em inglês\) em Imunização](#). O SAGE aprovou uma [“Estrutura de Valores para a Alocação e Priorização da Vacinação contra a COVID-19”](#) para orientar a tomada de decisões entre e nos países. Com o objetivo geral de implementar as vacinas contra a COVID-19 como um bem público global e contribuir para a proteção equitativa de todas as pessoas a nível mundial, a estrutura apresenta 12 objetivos específicos organizados em torno de seis princípios básicos (ver tabela abaixo). Os objetivos serão refinados com base nas propriedades específicas de uma vacina ou vacinas eficazes. As autoridades nacionais terão autonomia e flexibilidade para decidir quais grupos irá escolher à medida que chegarem as remessas sequenciais. Mas a estrutura propõe que todos os países priorizem as pessoas com risco significativo de contrair a infecção (incluindo os profissionais da saúde na linha de frente, outros trabalhadores essenciais incapazes de se distanciar fisicamente e grupos que vivem em ambientes de alta densidade e em habitações multigeracionais) e pessoas com alto risco de doenças graves ou fatais (como idosos, pessoas com comorbidades e em grupos sociodemográficos de risco

elevado). Além disso, a instalação também exige a criação de uma reserva ou estoque regulador a ser reservado para situações humanitárias, perturbações e outras emergências.

Tabela 3: Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização da Organização Mundial da Saúde
[“Estrutura de Valores para a Alocação e Priorização da Vacinação contra a COVID-19”](#)

Declaração dos objetivos

As vacinas contra a COVID-19 devem ser um bem público global. O objetivo geral é que essas vacinas contribuam significativamente para a proteção e promoção equitativas do bem-estar humano entre todas as pessoas do mundo.

Princípios	Objetivos
Bem-estar humano	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir as mortes e o ônus devido a doença na pandemia por COVID-19; • Reduzir a perturbação social e econômica ao conter a transmissão, reduzindo doenças graves e morte ou uma combinação dessas estratégias; • Proteger o funcionamento contínuo de serviços essenciais, incluindo os serviços de saúde.
Respeito igual	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar os interesses de todos os indivíduos e grupos com igual consideração enquanto as decisões de atribuição e definição de prioridades estão sendo tomadas e implementadas; • Oferecer uma oportunidade significativa de vacinação para todos os indivíduos e grupos que se qualificam sob os critérios de priorização.
Equidade global	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que a alocação de vacinas leve em consideração os riscos e necessidades epidêmicas especiais de todos os países; particularmente os países de baixa e média renda; • Garantir que todos os países se comprometam a atender às necessidades das pessoas vivendo em países que não podem garantir a vacina para suas populações por conta própria, particularmente os países de baixa e média renda.

Equidade nacional

- Garantir que a priorização de vacinas dentro dos países leve em consideração as vulnerabilidades, os riscos e as necessidades de grupos que, devido a fatores sociais, geográficos ou biomédicos subjacentes, correm o risco de sofrer maiores ônus com a pandemia por COVID-19;
- Desenvolver os sistemas de distribuição de imunização e a infraestrutura necessária para garantir o acesso às vacinas contra a COVID-19 para as populações prioritárias e tomar medidas proativas para garantir o acesso igual a todos os que se qualificam num grupo prioritário, em particular as populações socialmente desfavorecidas.

Reciprocidade

- Proteger aqueles que suportam riscos e ônus adicionais significativos devido à COVID-19 para assegurar o bem-estar de outras pessoas, incluindo os profissionais da saúde e de outros setores essenciais.

Legitimidade

- Envolver todos os países num processo de consulta transparente para determinar quais os critérios científicos, de saúde pública e de valores que devem ser usados para tomar decisões quanto a distribuição de vacinas entre os países;
- Implementar as melhores evidências científicas disponíveis, especialidade e envolvimento significativo com as partes interessadas relevantes para a priorização de vacinas entre vários grupos dentro de cada país, usando processos transparentes, responsáveis e imparciais, para gerar a confiança merecida nas decisões de priorização.

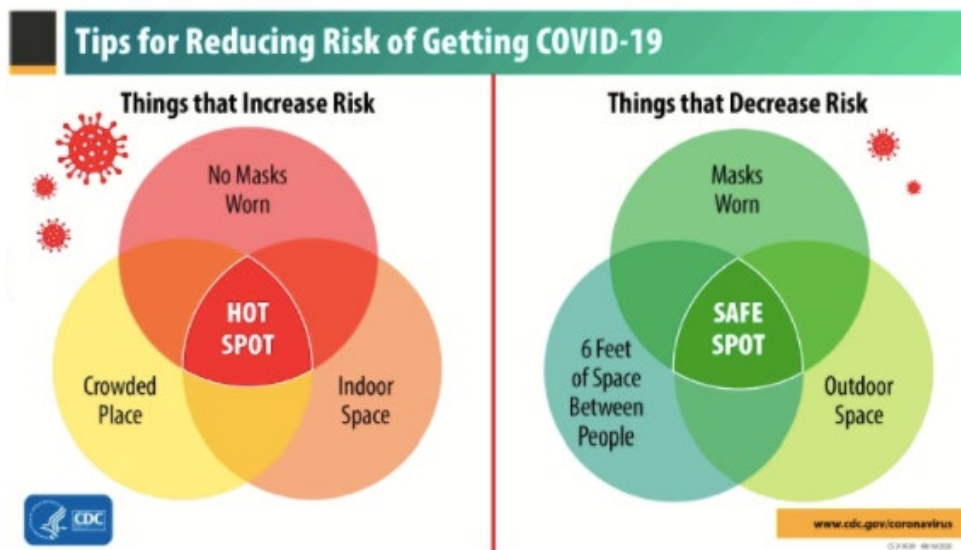
Perguntas frequentes:

Como você pode ficar seguro dentro de casa durante o clima frio?

Uma adaptação que muitas pessoas fizeram neste verão para se proteger da COVID-19 é mover as atividades sociais para o exterior. Isso inclui encontros informais com amigos e familiares, jantares ao ar livre em vez de no interior dos restaurantes e até eventos organizados ao ar livre. Conforme o verão termina e passamos para o outono, provocando a queda de temperaturas em todo o hemisfério norte, muitas pessoas se perguntam se as atividades sociais podem continuar dentro de casa nos meses mais frios.

Com a COVID-19, todas as atividades que envolvem interação com outras pessoas promovem um risco contínuo. Estar ao ar livre é um dos três elementos principais que o [CDC identifica como redutores de risco](#), além de usar máscaras e estar a mais de dois metros de distância (ver a figura abaixo). Ao ar livre é mais seguro do que dentro de casa porque há maior circulação de ar e qualquer vírus expelido provavelmente

será minimizado muito rapidamente. Os espaços internos são uma preocupação maior, dada a evidência de que o vírus SARS-CoV-2 pode ser transmitido por [partículas aerossolizadas](#) que permanecem no ar, potencialmente flutuando a mais de dois metros de uma pessoa infectada. Embora a maior parte da transmissão aparente ocorra por meio de gotículas respiratórias maiores quando as pessoas estão a menos de dois metros, faz sentido tomar precauções.



Conforme abordado numa [revisão científica anterior](#), os espaços internos podem se tornar mais seguros com o uso adequado de sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado (HVAC, na sigla em inglês) com filtros HEPA ou outros dispositivos de filtragem de ar apropriados ([ver as orientações da EPA](#)). Além disso, em cidades como Nova York, os edifícios mais antigos erguidos após a gripe de 1918 foram projetados para que os sistemas de aquecimento a vapor pudessem manter os quartos aquecidos [mesmo com as janelas abertas](#). O que pareceu uma falha de projeto para gerações de nova-iorquinos forçados a manter as janelas abertas mesmo no auge do inverno, hoje pode ser um benefício.

Embora se socializar com outras pessoas dentro de casa seja sempre menos seguro do que ao ar livre, pode ser mais seguro aderindo aos [três M](#): Máscara no rosto, Mãos higienizadas e Manter a distância (mais de dois metros). Além disso, reduzir o número de pessoas aglomeradas, bem como a duração dessa aglomeração, também pode ser uma proteção. Finalmente, é importante considerar a taxa de transmissão da comunidade. Quando o número de casos na comunidade e a porcentagem de testes de COVID-19 que deram resultado positivo forem [elevados](#), provavelmente é melhor evitar ficar em ambientes fechados com pessoas de fora do meio familiar, independentemente das precauções.

Destaques Semanais de Pesquisa

Nota: O CDC dos EUA também publica uma [Atualização Científica sobre a COVID-19 Rastreamento de contatos com a COVID-19 em dois condados - Carolina do Norte, junho a julho de 2020 \(MMWR, 25 de setembro\)](#)

Mensagem principal: Neste estudo avaliando a implementação do rastreamento de contatos locais com a COVID-19 na Carolina do Norte, uma proporção significativa de pessoas diagnosticadas com COVID-19 não relatou contatos ou não cooperou com os esforços de rastreamento de contatos. Essas proporções são mais elevadas do que aquelas relatadas de outros esforços de rastreamento de contatos de doenças infecciosas antes da pandemia por COVID-19. Isso sugere que pode haver limitações para o rastreamento de contatos por telefone e que as pessoas podem subnotificar os contatos devido a um viés de conveniência social ou para evitar sujeitar os contatos a medidas de controle de quarentena.

- Em junho, o condado de Mecklenburg (população estimada de 1.110.356 pessoas) confirmou 7.116 novos casos de COVID-19. Dentre os novos casos, 5.514 (77%) foram contatados para investigação dos casos e, dentre esses, 2.624 (48%) relataram não terem tido nenhum contato. Dentre 13.401 contatos notificados, 3.331 (25%) não puderam ser contatados por telefone após três dias de tentativas e 255 (2%) recusaram o acompanhamento pelo departamento de saúde após terem sido contatados.
- De 15 de junho a 12 de julho, o condado de Randolph (população estimada de 143.667 pessoas) confirmou 589 novos casos de COVID-19. Dentre os novos casos, 584 (99%) foram contatados para investigação dos casos e, dentre esses, 202 (35%) relataram não terem tido nenhum contato. Dentre 1.146 contatos notificados, 544 (47%) não puderam ser contatados por telefone após três dias de tentativas e 50 (4%) recusaram o acompanhamento pelo departamento de saúde após terem sido contatados.
- No total, dentre os novos casos de COVID-19, 9.815 (73%) que relataram contatos no condado de Mecklenburg e 552 (48%) que relataram contatos no condado de Randolph foram contatados, avaliados quanto aos sintomas atuais, aconselhados a quarentena e monitorados diariamente pelo departamento de saúde.
- O intervalo médio entre a coleta da amostra e a notificação de contato foi de seis dias em ambos os condados.

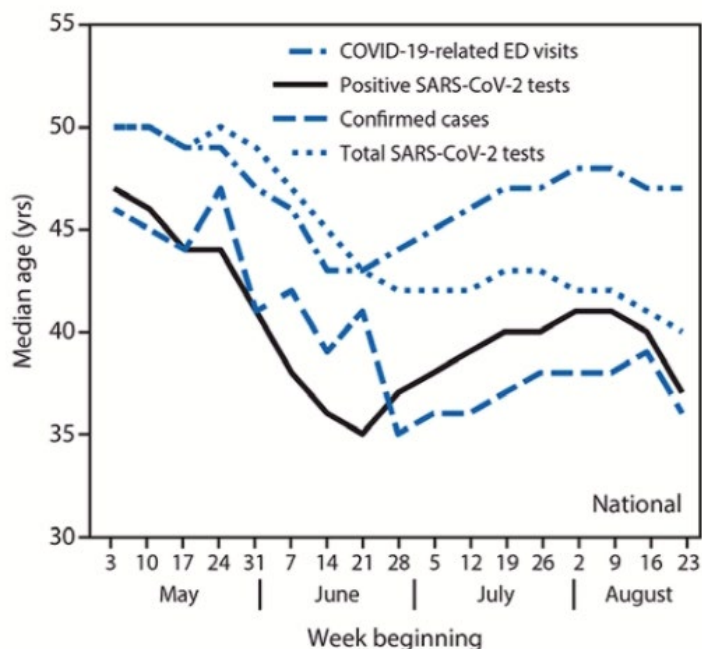
- O alto número de casos durante o período de estudo pode ter afetado as taxas de sucesso do rastreamento de contatos e as informações sobre por que as pessoas tinham tão poucos contatos ou porque os contatos não estavam disponíveis.

[Alteração da distribuição etária da pandemia por COVID-19 – Estados Unidos, maio a agosto de 2020 \(MMWR publicação antecipada, 23 de setembro\)](#)

Mensagem principal: A análise das tendências de idade entre aqueles com diagnóstico de COVID-19 nos EUA durante maio/agosto mostra que a idade média diminuiu com o passar do tempo. O momento dos aumentos nas taxas de positividade do resultado dos testes em diferentes grupos de idade sugere que o aumento da prevalência de infecção por SARS-CoV-2 entre jovens adultos contribuiu para a transmissão comunitária da COVID-19, incluindo pessoas com risco elevado de terem doença grave.

- O CDC examinou a mudança na distribuição de idade da pandemia por COVID-19 nos Estados Unidos durante maio/agosto, avaliando três indicadores: 1) Visitas relacionadas a doenças semelhantes à COVID-19 a serviços emergenciais; 2) Resultados de teste de PCR positivos para o SARS-CoV-2; e 3) Casos confirmados de COVID-19.
- A incidência nacional da COVID-19 confirmada por 100.000 pessoas foi de 185 em maio, 316 em julho e 275 em agosto. Durante maio/julho, a incidência aumentou entre pessoas de todas as faixas etárias com menos de 80 anos, com os maiores aumentos em pessoas com menos de 30 anos. Durante junho/agosto, a incidência foi elevada entre pessoas com idade entre 20-29 anos, que representaram a maior proporção do total de casos (>20%).
- As linhas de tendência de idade média nacionais gerais para todos os três indicadores seguiram padrões semelhantes:

FIGURA 2. Idade média de pessoas com visitas aos serviços emergenciais (PS) relacionadas a doenças semelhantes à COVID-19 semanalmente, resultados positivos de testes de reação em cadeia da polimerase-transcrição reversa para o SARS-CoV-2 (RT-PCR) e casos confirmados de COVID-19, e de pessoas para as quais todos os testes de RT-PCR para o SARS-CoV-2 foram realizados – Estados Unidos, 3 de maio a 29 de agosto de 2020



- No sul dos EUA, em junho, os aumentos nas taxas de positividade do teste entre pessoas com idade de 20 a 39 anos precederam um aumento nas taxas de positividade do teste entre aqueles com idade maior ou igual a 60 anos.
- O declínio na idade média das pessoas que foram testadas ficou atrás do declínio na idade média daqueles com resultados de teste positivos, sugerindo que as mudanças de idade observadas não foram meramente o resultado de mudanças na disponibilidade ou aceitação do teste, mas que os padrões de infecção impulsionaram os padrões dos resultados dos testes. Os dados do relato de casos subestimam a incidência real. A análise de dados em nível regional e em grupos de indivíduos com 20 anos pode mascarar diferenças locais e mudanças entre coortes de idades menores (por exemplo, entre estudantes universitários).

Citação sugerida: Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E and Shahpar C. Weekly COVID-19 Science Review September 19-25. Resolve to Save Lives. 30 de setembro de 2020. Disponível em: <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>