

COVID-19

Revisão científica semanal

26 SETEMBRO - 02 OUTUBRO 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:

Dose (inóculo) do SARS-CoV-2 e gravidade da COVID-19

Mensagem principal: Alguns pesquisadores sugeriram que [as máscaras podem proteger a pessoa que as usa de contrair COVID-19 grave](#), além de proteger as outras pessoas. Isso levanta o seguinte questionamento: a dose do vírus pode influenciar o quão doente alguém pode ficar ao contrair a COVID-19? Uma análise das evidências existentes mostra que é biologicamente provável que haja uma relação entre o tamanho do inóculo viral – o número de partículas do vírus SARS-CoV-2 presentes no momento da exposição – e a gravidade da COVID-19. Além disso, é mecanicamente provável que as máscaras possam reduzir a quantidade de vírus a qual os usuários são expostos. Isso apoia ainda mais a evidência existente sobre o papel do uso universal de máscaras na redução da disseminação da COVID-19. No entanto, a hipótese de que as máscaras irão reduzir a gravidade da doença entre aqueles que estão infectados, embora biologicamente plausível, permanece não comprovada.

[Discutimos anteriormente](#) sobre a possibilidade do inóculo do SARS-CoV-2, o vírus que causa a COVID-19, influenciar na gravidade da COVID-19. Isso levanta a seguinte questão: ao reduzir o inóculo viral, a máscara pode proteger o usuário de contrair uma infecção grave por COVID-19? Subjacente a esta questão há dois conceitos centrais: 1) se o inóculo influencia a chance de infecção ou, caso ocorra a infecção, a chance de doença grave, e 2) se uma máscara pode reduzir o inóculo ao qual o usuário pode ser exposto.

Não há evidência direta de estudos de exposição em humanos – nos quais, voluntários humanos seriam deliberadamente expostos a quantidades conhecidas do SARS-CoV-2 – sobre a relação entre o inóculo do SARS-CoV-2 e a chance de infecção e/ou infecção grave por COVID-19. Existem desafios éticos para a realização de tais estudos, especialmente porque a doença resultante pode ser grave e não há cura conhecida. Foi relatado que [um estudo de exposição com humanos, para avaliar a eficácia da vacina contra a COVID-19, pode ser realizado no futuro](#), mas não temos conhecimento de nenhum estudo de exposição em humanos concluído ou planejado para avaliar o efeito do inóculo na transmissão do SARS-CoV-2 ou na gravidade da doença, nem o nível de proteção que uma máscara pode fornecer. Na ausência de tais dados diretos, outras linhas de evidência podem trazer um pouco de clareza a este tópico:

Doses infecciosas e letais foram estabelecidas para outros agentes infecciosos.

Um século de pesquisas sobre doenças infecciosas estabeleceu que o inóculo influencia a chance de infecção. A ideia de que o inóculo do SARS-CoV-2 pode influenciar na gravidade da doença também é consistente com evidências sobre a história natural de uma série de infecções virais. Existem termos para esses conceitos: a dose infecciosa é o inóculo necessário para estabelecer uma infecção num hospedeiro suscetível; a dose letal é o inóculo que causará uma infecção fatal. O ID50 e o LD50, ou as doses nas quais 50% dos hospedeiros expostos são infectados e morrem, respectivamente, foram estabelecidos para muitas doenças infecciosas usando modelos animais. Um exemplo da aplicação de tais pesquisas é a [classificação de alguns patógenos como possíveis ameaças de bioterrorismo](#) se o LD50 for particularmente baixo. Modelos animais do SARS-CoV-2 mostraram que o inóculo do SARS-CoV-2 pode influenciar a chance de infecção e sobrevivência. Um [estudo pré-impresso em camundongos geneticamente modificados para serem suscetíveis ao SARS-CoV-2](#) mostrou que as taxas de sobrevivência foram menores entre camundongos expostos a grandes inóculos de SARS-CoV-2 em comparação com camundongos expostos a pequenos inóculos. [Um modelo de transmissão do SARS-CoV-2 realizado com hamsters](#) mostrou que os hamsters suscetíveis separados dos hamsters infectados por uma barreira de material de máscara cirúrgica tinham

menos probabilidade de serem infectados do que os hamsters sem a barreira. Entre os hamsters que foram infectados com SARS-CoV-2, aqueles infectados através da barreira desenvolveram infecções menos graves do que aqueles infectados sem ela. Estudos de exposição em humanos com [influenza](#) e com um [coronavírus endêmico](#) que causa resfriado comum mostraram que os inóculos menores são menos propensos a causar sintomas do que os inóculos maiores.

Para alguns agentes infecciosos, incluindo o SARS-CoV-2, foi descrita uma relação entre a carga viral e a gravidade da doença.

[Anteriormente, apresentamos evidências](#) da relação entre a carga viral, ou a quantidade de vírus transportada por um indivíduo, e a gravidade da doença. Há evidências de que uma carga viral elevada está associada a doença grave e/ou mortalidade para muitos vírus respiratórios, incluindo a [influenza](#), [vírus sincicial respiratório](#) e os vírus [SARS-CoV](#) e [MERS-CoV](#) (os vírus que causam SARS e MERS, respectivamente). Há novas evidências sobre a relação entre a carga viral do SARS-CoV-2 e a gravidade da COVID-19: entre os pacientes hospitalizados com COVID-19, aqueles com cargas virais mais altas tiveram [sintomas mais graves](#) e tiveram [mais chances de morrer](#). No entanto, isso não prova a relação entre o inóculo e a gravidade da doença. A relação entre o inóculo e a carga viral não é bem compreendida e, nesses estudos, a carga viral não foi medida no momento da infecção. Fatores do hospedeiro, como a função imunológica da pessoa, desempenham um papel importante na forma como o corpo de um indivíduo luta contra o vírus, portanto, esses fatores são susceptíveis de mediar a relação entre o inóculo e a carga viral. Além disso, uma carga viral elevada pode ser o resultado de uma doença grave.

Estudos epidemiológicos sugerem que o inóculo viral pode influenciar a gravidade da doença em humanos.

Embora estudos de exposição em humanos não tenham sido conduzidos para muitas doenças infecciosas, alguns estudos usaram proxies do tamanho do inóculo para avaliar a relação entre o inóculo e a gravidade da doença. Por exemplo, o contato mais próximo ou mais frequente com uma pessoa infectada pode expor um hospedeiro suscetível a um inóculo maior; alguns estudos avaliaram a relação entre o tipo de contato e a gravidade da doença. Na Guiné-Bissau, [a taxa de mortalidade entre as crianças com sarampo](#) foi maior entre crianças que provavelmente foram infectadas por outras crianças em suas famílias do que entre crianças que foram os primeiros casos em suas famílias. Num estudo sobre um potencial tratamento para a varicela, [as crianças infectadas por contatos domésticos apresentaram sintomas mais graves](#) do que as crianças que foram os primeiros casos em suas famílias. Durante o [surto de SARS num conjunto habitacional em Hong Kong](#), em 2003, a taxa de morte foi maior entre os pacientes com SARS que viviam geograficamente mais

perto do caso índice do que entre os pacientes com SARS que viviam mais longe. É possível que as reduções no inóculo por meio de práticas de higiene, como lavar as mãos, possam mediar a gravidade da doença. [Num estudo clínico randomizado, que analisou os efeitos da educação sobre a higienização das mãos na incidência de infecções respiratórias](#) entre 20.000 participantes no Reino Unido, aqueles que receberam educação sobre como lavar as mãos foram menos propensos a desenvolver sintomas de doença respiratória e, quando desenvolveram sintomas, esses sintomas foram mais leves e duraram menos em comparação com os sintomas daqueles que não receberam educação sobre a lavagem das mãos. As implicações dos resultados de todos esses estudos não são apenas que o inóculo pode influenciar a gravidade da doença (conforme foi estabelecido por pesquisas de laboratório em animais e estudos controlados envolvendo voluntários humanos), mas que a influência pode ser forte o suficiente para fazer uma diferença mensurável na gravidade da doença clínica entre pessoas que vivem em comunidade.

Existem dados sobre a gravidade da COVID-19 de diferentes configurações e períodos em que o uso de máscara era mais ou menos comum.

Os dados da pandemia de COVID-19 foram usados para apoiar a teoria de que o [uso de máscara pode proteger o usuário de contrair a COVID-19 grave](#). As taxas de uso de máscara em todo o mundo aumentaram à medida que a proporção de infecções por SARS-CoV-2 estimadas como assintomáticas aumentou e as recomendações foram implementadas. Existem exemplos de surtos de COVID-19 em locais lotados nos quais as pessoas usavam máscaras (incluindo num [frigorífico](#) e num [cruzeiro](#)) e as taxas de infecções assintomáticas foram altas. Um estudo mostrou uma [correlação entre níveis mais altos de uso de máscara na população e taxas mais baixas de mortalidade](#) devido à COVID-19. No entanto, é preciso ter cuidado ao comparar dados de diferentes populações coletados em momentos diferentes porque a) variações na capacidade do diagnóstico podem influenciar as estimativas da gravidade da doença e b) há muitos fatores específicos do local que podem influenciar na gravidade da doença. Esses incluem fatores virais, como letalidade da cepa, fatores do hospedeiro, como comorbidades e dados demográficos, e fatores ambientais, como disponibilidade de tratamento e acesso a cuidados médicos.

A segunda questão subjacente, além de saber se o inóculo influencia na gravidade da doença, é saber se a máscara pode reduzir o inóculo ao qual o usuário pode ser exposto. Embora haja [evidências sólidas de que o uso generalizado de máscaras não médicas na comunidade impede a propagação da COVID-19](#), as recomendações [ênfaticam a importância de um controle de origem](#), ou seja, a redução das gotículas respiratórias expelidas no ar por pessoas potencialmente infecciosas.

Em comparação com as evidências dos centros de saúde de que máscaras médicas e proteções respiratórias protegem os usuários, há menos evidências de que as máscaras não médicas usadas na comunidade protegem os usuários contra infecções. Contudo, [as análises recentes de dados existentes quanto a outras infecções respiratórias](#) e os estudos sobre a [capacidade de filtragem das máscaras não médicas](#) demonstraram plausibilidade biológica e mecânica de que as máscaras não médicas podem reduzir a quantidade de vírus à qual os usuários são expostos.

Para resumir o estado das evidências existentes, o uso generalizado de máscaras evita a transmissão do SARS-CoV-2. As máscaras reduzem a quantidade de vírus expelido no ambiente pelos usuários. Se uma pessoa suscetível entrar em contato com o SARS-CoV-2, é possível que sua própria máscara reduza ainda mais o tamanho do inóculo que receberá. E é provável que um inóculo menor do SARS-CoV-2 reduza a chance de infecção ou, caso ocorra infecção, reduza a chance de contrair a COVID-19 grave. Assim, embora ainda não saibamos em qual grau o tamanho do inóculo contra outros fatores influencia o risco de contrair a COVID-19 grave, está claro que o uso de máscara por todos é uma forma eficaz de proteger todos contra a COVID-19.

Perguntas frequentes:

Como é monitorada a segurança da vacina nos EUA?

A segurança de qualquer terapia ou medida preventiva, como uma vacina, é fundamental para o equilíbrio entre seus riscos e benefícios. Existem vários níveis de monitoramento e vigilância integrados ao sistema médico e de saúde pública dos EUA para garantir a segurança de todas as vacinas usadas, incluindo qualquer vacina autorizada para uso emergencial ou aprovada para licenciamento contra a COVID-19.

Dados sobre segurança e [reações adversas \(possíveis efeitos colaterais\)](#), variando desde dor e vermelhidão no local da injeção até febre ou reações sistêmicas pós-vacinação mais graves, são uma das principais considerações revisadas pela Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA, na sigla em inglês) dos EUA e seus comitês consultivos independentes antes de aprovar ou autorizar o uso de uma vacina. Esses mesmos dados de segurança, que vêm de estudos clínicos, são os que orientam o Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização (ACIP, na sigla em inglês) e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, na sigla em inglês)

dos EUA sobre como usar a vacina em diferentes grupos de pessoas. O ACIP também considera rotineiramente os dados de segurança pós-comercialização, uma vez que a vacina está em uso, e pode modificar as recomendações de dosagem e o cronograma.

Para a COVID-19, dada a tarefa primordial de garantir que qualquer vacina que seja autorizada ou aprovada seja segura e eficaz, um subgrupo técnico separado de segurança de vacinas foi formado em maio de 2020 para apoiar a revisão de segurança enquanto as vacinas estiverem em desenvolvimento e quando forem autorizadas ou aprovadas para uso. Isso inclui avançar em direção a definições padronizadas para reações adversas, para fazer uma melhor captura de dados de segurança, enquanto ainda considera as chamadas reações adversas de interesse especial: um subconjunto de reações adversas que muitas vezes requerem atenção adicional com base em quem está vivenciando a reação adversa (por exemplo, mulheres grávidas, crianças) ou reações adversas que diferem com base no tipo de vacina considerada (por exemplo, mRNA contra vetor viral).

Assim que uma vacina for aprovada ou autorizada para uso e administrada aos receptores, o foco mudará. O monitoramento de segurança incluirá, em parte, a análise de dados de segurança de relatórios voluntários e passivos de rotina em andamento, e também usará sistemas de alerta e vigilância estabelecidos para monitorar continuamente as questões de segurança. Atualmente, esses esforços são liderados pelo CDC e pela FDA, usando o maior sistema de detecção precoce de problemas de segurança, chamado de [Sistema de Notificação de Reações Adversas de Vacinas](#) (VAERS, na sigla em inglês). Esse sistema de dados coleta relatórios de reações adversas enviados por qualquer pessoa que aplique ou receba qualquer vacina e suspeite da ocorrência de uma reação. Os dados do VAERS são atualizados e revisados diariamente, e as análises são realizadas regularmente para detectar padrões incomuns ou inesperados que podem indicar um problema subjacente. Outros sistemas incluem o [Datalink de Segurança de Vacinas](#) (VSD, na sigla em inglês), uma colaboração entre o CDC e oito grandes organizações de saúde que permite o monitoramento proativo de dados relacionados a vacinas, e o [Projeto de Avaliação de Segurança de Imunização Clínica](#) (CISA, na sigla em inglês), que é uma parceria de pesquisa entre o CDC e os centros médicos para avaliar ainda mais os riscos à saúde associados à vacina. Embora o VAERS não forneça acesso a registros médicos, [essa publicação da FDA](#) descreve como os cientistas podem acessar dados e registros médicos no VSD para obter mais informações sobre reações semelhantes às relatadas no VAERS. Durante períodos emergenciais, como a atual pandemia de COVID-19, quando uma grande quantidade de uma nova vacina pode ser administrada num curto período de tempo, uma rede de 62 coordenadores de segurança de vacinas em todo o país é ativada para trabalhar junto ao CDC com o objetivo de melhorar as atividades de segurança de vacina de base. Esse nível elevado de atenção à segurança da vacina foi parte da resposta à pandemia de

influenza H1N1 em 2009.

Para a COVID-19 em específico, embora o fornecimento da vacina possa ser limitado no início e apenas o suficiente para ser administrado a populações especiais, como profissionais da saúde, outros sistemas estão sendo criados para buscar dados ativamente, em vez de esperar que sejam submetidos passivamente. Isso inclui a Avaliação de Segurança da Vacina para Trabalhadores Essenciais (V-SAFE, na sigla em inglês), uma plataforma de pesquisa on-line por meio de smartphones que solicitará aos destinatários da vacina que enviem informações de verificação de saúde por mensagem ou e-mail diariamente durante a primeira semana após receber a vacina e semanalmente durante seis semanas após a vacinação, para cobrir essa janela crítica durante a qual as reações adversas são mais prováveis de ocorrer. Esses dados podem ser vinculados a uma central de atendimento e incorporados ao VAERS, se necessário. Resta saber se os registros especiais criados pelos próprios fabricantes de vacinas também contribuirão nos esforços para garantir que o público tenha acesso a uma vacina segura e eficaz.

Os cães podem detectar a COVID-19?

Recentemente, foi relatado que os viajantes no aeroporto internacional de Helsinque, na Finlândia, podem ser [analisados para a COVID-19 por cães](#) que cheiram as amostras de suor coletadas do pescoço dos viajantes. Os cães também estão acostumados a [analisar viajantes em aeroportos nos Emirados Árabes Unidos em busca de traços da COVID-19](#). Embora essa possa parecer uma forma incomum de rastreamento da COVID-19, há precedentes para o uso de cães na detecção de doenças. Os cães têm um olfato extraordinário que eclipsa de longe as habilidades humanas. Eles podem ser treinados para sinalizar quando detectam um cheiro específico, podem realizar suas funções de forma rápida e eficiente e seu desempenho de diagnóstico pode ser comparado com os resultados de outros testes. Os cães podem detectar alterações químicas específicas no patógeno ou alterações no metabolismo das células hospedeiras e assim podem ser treinados para determinar se uma amostra contém um patógeno ou se uma pessoa tem uma doença específica. Os cães aprenderam com sucesso a [determinar se uma pessoa tem câncer de pulmão ou de mama](#) cheirando seu hálito, [a diagnosticar crianças na Gâmbia com infecções assintomáticas por malária](#) cheirando suas meias e a [detectar a presença de um tipo específico de bactéria em amostras de fezes](#).

Na Alemanha, oito cães foram treinados para [detectar](#), com um alto grau de precisão, [o SARS-CoV-2 em amostras respiratórias de pacientes hospitalizados com COVID-19](#). Outros cães ao redor do mundo estão em treinamento, incluindo os [cães de detecção médica](#) na Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e os cães no [Centro de Cães de Trabalho da Escola de Medicina Veterinária da Universidade da Pensilvânia](#). Em termos de segurança dos cães e das pessoas com quem têm

contato, tem havido [poucos casos relatados de animais de estimação infectados com SARS-CoV-2](#); acredita-se que os cães apresentam risco muito baixo, mesmo se expostos ao vírus. Além disso, os programas de treinamento afirmaram que os [cães não farão contato direto](#) com as pessoas que eles analisam e serão monitorados cuidadosamente.

Destaques Semanais de Pesquisa

Nota: O CDC dos EUA também publica uma [Atualização Científica sobre a COVID](#)

[Suscetibilidade à infecção por SARS-CoV-2 entre crianças e adolescentes em comparação com adultos: Uma revisão sistemática e metanálise \(JAMA Pediatrics, 25 de setembro de 2020\)](#)

Mensagem principal: Uma recente revisão sistemática e metanálise resumiu informações sobre a suscetibilidade relativa de crianças e adolescentes em comparação com adultos com base em 32 estudos de rastreamento de contatos e rastreamento populacional. Em comparação com adultos, crianças e adolescentes tinham cerca de 60% de probabilidade de contrair a COVID-19 (OR 0,56; IC de 95%; 0,37 - 0,85, com base em 14 estudos de rastreamento de contatos). Entre os oito estudos nos quais as crianças foram agrupadas por idade, as crianças tinham 50% de probabilidade de contrair o vírus em comparação com os adultos (OR 0,52; IC 95%; 0,33 - 0,82), mas não houve diferença significativa entre adolescentes e adultos.

- Para minimizar o viés com base no fato de que as crianças parecem ter maior probabilidade de contrair uma infecção assintomática da COVID-19, os estudos de rastreamento de contatos foram incluídos apenas quando todos os contatos foram testados por PCR.
- Os resultados dos estudos de rastreamento populacional não foram combinados numa metanálise. No entanto, dos 14 estudos, quatro descobriram que as crianças tinham taxas significativamente mais baixas de infecção e o restante não encontrou diferenças significativas (embora em todos os casos a razão de risco fosse < 1). Os resultados desses estudos devem ser interpretados com cautela, pois os estudos de rastreamento populacional não podem distinguir entre as diferenças na suscetibilidade e as diferenças na exposição.
- Três estudos de rastreamento de contatos em escolas (Irlanda, Austrália e Cingapura) encontraram pouca transmissão nos ambientes escolares. Isso pode indicar que as crianças estão menos envolvidas na transmissão do vírus, mas,

de qualquer maneira, ainda não há evidências suficientes que comprovem essa afirmação.

- A suscetibilidade de crianças e adolescentes à COVID-19 tem implicações importantes para a abertura e o fechamento de escolas durante a atual pandemia de COVID-19. No geral, os resultados sugerem que crianças menores de 10 anos são menos suscetíveis do que os adultos, mas as evidências quanto aos adolescentes não são tão claras. Essa é a melhor evidência que temos até agora sobre esse assunto. No entanto, apesar de seus esforços para eliminar as principais fontes de viés, os autores observam que muitos dos estudos incluídos eram de qualidade baixa ou moderada e, portanto, os resultados devem ser interpretados com cautela.

[Respostas Imunológicas à Infecção por SARS-CoV-2 em Pacientes Pediátricos e Adultos Internados \(Science Translational Medicine, 21 de setembro de 2020\)](#)

Mensagem principal: Pesquisadores documentaram sistematicamente medidas de resposta imunológica entre pacientes internados com COVID-19 num único centro médico urbano em Nova York. Os pacientes pediátricos (crianças e jovens com idade < 24 anos, n=65) apresentavam uma doença menos grave do que pacientes adultos (pessoas com 24 anos ou mais, n=60). Pacientes pediátricos e adultos desenvolveram respostas mensuráveis de citocinas, anticorpos e células T, mas havia claras tendências relacionadas à idade. Os pacientes adultos desenvolveram respostas imunes celulares e humorais mais robustas do que as crianças e os jovens com COVID-19. Por outro lado, as concentrações de algumas citocinas foram maiores entre os pacientes pediátricos em comparação com os adultos. As diferenças no tipo de resposta imune podem contribuir para as diferenças na gravidade relativa da doença observada entre adultos e pessoas mais jovens com COVID-19.

- Os pesquisadores inscreveram 125 pacientes internados com COVID-19 no Sistema de Saúde Montefiore em Nova York, entre os dias 13 de março e 17 de maio de 2020, incluindo 65 pacientes pediátricos e 60 pacientes adultos. Eles compararam as características e os resultados clínicos e mediram as respostas de citocinas, anticorpos e células T. Os pacientes com condições que podem afetar suas respostas imunológicas foram excluídos.
- Os pacientes pediátricos apresentaram doença menos graves e melhores resultados, incluindo menor tempo de internação (6,4 dias contra 14,8 dias), menor necessidade de ventilação mecânica (7,7% contra 36,7%) e menor risco de morte (3,1% contra 28,3%). A síndrome inflamatória multissistêmica associada a COVID-19 em crianças foi diagnosticada em 20 pacientes pediátricos, todos os

[Tendências da COVID-19 entre crianças em idade escolar – Estados Unidos, 1º de março a 19 de setembro de 2020 \(MMWR, lançamento antecipado, 28 de setembro\)](#)

Mensagem principal: Muitas crianças voltaram para a escola em algumas partes do país e outras estão prevendo um possível retorno ao aprendizado presencial nos próximos meses. Pesquisadores dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC, na sigla em inglês) analisaram dados sobre casos de COVID-19 entre crianças de 5 a 17 anos para apoiar melhor a tomada de decisão sobre as atividades que afetam crianças e adolescentes. No geral, a mortalidade e internação de crianças em idade escolar permaneceram baixas. De março a setembro de 2020, a incidência em adolescentes de 12 a 17 anos foi duas vezes maior que em crianças de 5 a 11 anos. Múltiplas camadas de estratégias de mitigação – incluindo o uso de máscaras, a vigilância à distância e a lavagem das mãos – serão necessárias para manter os professores, funcionários, alunos e suas famílias em segurança. O monitoramento das tendências de vários indicadores em tais casos e os parâmetros de testagem podem orientar o melhor uso das estratégias de mitigação.

- Os casos de COVID-19 confirmados em laboratório são notificados ao CDC. De 1º de março a 19 de setembro, houve 277.285 casos de COVID-19 relatados entre crianças em idade escolar (5 a 17 anos) nos EUA.
- A incidência semanal média para adolescentes de 12 a 17 anos foi de 37 por 100.000 habitantes, em comparação com 19 por 100.000 habitantes para crianças em idade escolar (5 a 11 anos). O volume da testagem e os resultados positivos atingiram o pico para crianças em idade escolar em julho e, subsequentemente, diminuíram e estabilizaram no início de setembro, embora esses indicadores possam estar aumentando novamente. Dos casos para os quais estavam disponíveis dados de raça e etnia, as crianças latinas representaram 46% dos casos entre as crianças em idade escolar e 39% dos casos entre os adolescentes. No geral, 3.240 (1%) crianças em idade escolar com COVID-19 foram hospitalizadas e 404 (0,1%) necessitaram de internação em UTI. Houve 51 mortes relacionadas à COVID-19 relatadas nessa faixa etária desde 1º de março até 19 de setembro.
- Como a testagem não foi priorizada entre aqueles com sintomas leves ou sem sintomas (como costuma ser o caso em crianças), o número total de casos pode estar subestimado. Dados de raça/etnia, sintomas e alguns outros fatores demográficos foram frequentemente relatados de forma incompleta.

Citação sugerida: Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E and Shahpar C. Weekly COVID-19 Science Review September 26-October 2. Resolve to Save Lives. 7 de outubro de 2020. Disponível em <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>