

COVID-19

# BOLETIM MATINAL

FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



**FACULDADE  
DE MEDICINA**  
• UFMG •

U F *m* G

Nº 272  
20 de Janeiro



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: 8.573.864 (19/01)
- Notícias: Minas tem primeiros cinco vacinados contra a COVID-19  
Começa distribuição de vacinas contra a COVID-19 no interior de MG  
Brasil só tem vacinas para 4% de toda população prioritária e enfrenta desafio múltiplo para ampliar estoque
- Artigo: Descrição das primeiras 250 mil internações hospitalares por COVID-19 no Brasil: uma análise retrospectiva de dados nacionais

## Destques da PBH

- N° de casos confirmados: 78.822 | 1520 novos (19/01)<sup>1</sup>
- N° de óbitos confirmados: 2.087 | 45 novos (19/01)<sup>1</sup>
- N° de recuperados: 70.725 (19/01)<sup>1</sup>
- N° de casos em acompanhamento: 6.010 (19/01)<sup>1</sup>
- NÍVEL DE ALERTA GERAL: VERMELHO

Link<sup>1</sup>: <https://bit.ly/38Y0qBA>

## ACOMPANHAMENTO DOS LEITOS

QUADRO 5 Leitos de UTI.

LEITOS DE UTI - Dia 18/1				
	Rede	UTI Total	UTI COVID	UTI não COVID
SUS	N° de leitos	1.007	293	714
	Taxa de ocupação	81,5%	82,6%	81,1%
Suplementar	N° de leitos	716	292	424
	Taxa de ocupação	80,7%	86,0%	77,1%
SUS + Suplementar	N° de leitos	1.723	585	1.138
	Taxa de ocupação	81,2%	84,3%	79,6%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 22 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 22 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 19/1/2021.

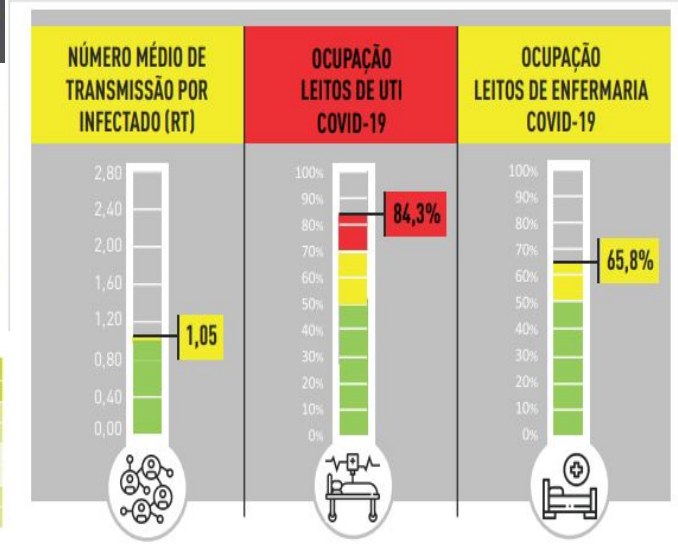
QUADRO 6 Leitos de enfermarias.

LEITOS DE ENFERMARIAS - Dia 18/1				
	Rede	Enfermaria Total	Enfermaria COVID	Enfermaria não COVID
SUS	N° de leitos	4.594	859	3.735
	Taxa de ocupação	73,6%	68,8%	74,8%
Suplementar	N° de leitos	2.700	602	2.098
	Taxa de ocupação	65,2%	61,5%	66,3%
SUS + Suplementar	N° de leitos	7.294	1.461	5.833
	Taxa de ocupação	70,5%	65,8%	71,7%

Notas: 1) Valores informados contemplam 100% dos 22 hospitais da Rede SUS-BH e 100% dos 22 hospitais da Rede Suplementar de Saúde de BH.

Fonte: Censo de Internações Hospitalares - GIS/SMSA-BH - 19/1/2021.

FIGURA 1 Indicadores de Monitoramento.



<sup>1</sup>Refere-se à ocupação dos leitos destinados ao tratamento de COVID-19 da Rede SUS e da Rede Suplementar de Saúde de BH.  
Fonte: PBH - atualizado em 19/1/2021.



## Destaques da SES-MG

- N° de casos confirmados: 651.956 (19/01)<sup>2</sup>
- N° de casos novos (24h): 5.865 (19/01)<sup>2</sup>
- N° de casos em acompanhamento: 61.471 (19/01)<sup>2</sup>
- N° de recuperados: 576.978 (19/01)<sup>2</sup>
- N° de óbitos confirmados: 13.507 (19/01)<sup>2</sup>
- N° de óbitos (24h): 24 (19/01)<sup>2</sup>

Link<sup>2</sup>: <https://bit.ly/3bU4RQ3>

## Destaques do Ministério da Saúde

- N° de casos confirmados: 8.573.864 (19/01)<sup>3</sup>
- N° de casos novos (24h): 62.094 (19/01)<sup>3</sup>
- N° de óbitos confirmados: 211.491 (19/01)<sup>3</sup>
- N° de óbitos (24h): 1.192 (19/01)<sup>3</sup>

Link<sup>3</sup>: <http://bit.ly/3sduwsu>

## Descrição das primeiras 250 mil internações hospitalares por COVID-19 no Brasil: uma análise retrospectiva de dados nacionais

Embora o Brasil tenha um sistema de saúde unificado que visa fornecer cobertura universal de saúde, existem diferenças na capacidade do sistema de saúde de acordo com as cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). A disseminação temporal e regional da COVID-19 sobrecarregou o sistema de saúde em todo o país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, que tiveram maiores taxas de internações e mortalidade intra-hospitalar nos primeiros meses da pandemia.

Esse estudo analisou, utilizando dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Influenza, SIVEP-Gripe, a situação do Brasil da semana epidemiológica 8 (começando em 16 de fevereiro de 2020) até a semana epidemiológica 33 (até 15 de agosto de 2020) para descrever as características dos pacientes, do uso de terapia intensiva e do suporte respiratório para os primeiros 250.000 pacientes que foram internados com COVID-19.

As diferenças regionais na mortalidade intra-hospitalar observadas no estudo foram consistentes com as desigualdades regionais no acesso a cuidados de saúde de alta qualidade antes da pandemia, indicando que a COVID-19 está afetando desproporcionalmente não apenas os pacientes mais vulneráveis, mas também os sistemas de saúde mais frágeis.

A idade média dos pacientes foi de 60 anos, e o Nordeste tinha a maior proporção de pacientes com 80 anos ou mais (18% vs 12–14% nas outras regiões). Pacientes negros ou pardos representaram mais de dois terços dos casos de COVID-19 nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. No geral, 14.979 (16%) de 90.829 pacientes não tinham comorbidades e 67.610 (74%) de 90.829 tinham de uma a duas comorbidades. A Infecção respiratória aguda grave esteve presente em 128.958 (61%) de 211.032 pacientes e foi mais frequente na região Norte do que em outras regiões.

Hipoxemia (saturação de oxigênio <95%) estava presente em 147.596 (70%) de 212.016 pacientes em geral e foi semelhante entre as regiões, enquanto o desconforto respiratório foi mais prevalente no Norte e Nordeste.

A média do tempo desde o início dos sintomas até a internação hospitalar foi de 6 dias no Brasil. 79.687 (39%) de 205.493 pacientes foram admitidos na UTI, com um tempo médio, desde o início dos sintomas até a admissão na UTI, de 7 dias. Vinte e três por cento (45.205) dos 196.248 pacientes necessitaram de ventilação mecânica invasiva, e 5.976 (14%) de 44.055 pacientes receberam ventilação mecânica invasiva fora da UTI. No Nordeste, 1.545 (16%) de 9.960 pacientes receberam ventilação mecânica invasiva fora da UTI, em comparação com 431 (8%) de 5.388 no Sul.

A mortalidade geral intra-hospitalar foi de 38% (87.515 de 232.036 pacientes), aumentando abruptamente com a idade (3.780 [12%] de 30.603 pacientes com idade de 20–39 anos; 6.162 [18%] de 33.968 pacientes com 40–49 anos; 11.818 [27%] de 43.376 pacientes com idade entre 50–59 anos; 20.317 [42%] de 48.270 pacientes com 60–69 anos; 22.651 [55%] de 41.434 pacientes com 70–79 anos; e 22.787 [66%] de 34.385 pacientes com idade  $\geq 80$  anos); a mortalidade intra-hospitalar foi ligeiramente maior para pacientes do sexo masculino do que para pacientes do sexo feminino. A mortalidade geral intra-hospitalar para pacientes sem comorbidades foi de 32% (4.494 de 13.836 pacientes).

A proporção geral de mortes hospitalares foi maior entre pacientes analfabetos (3.146 [63%] de 4.993), negros ou pardos (34.345 [43%] de 80.392) ou indígenas (202 [42%] de 477). No geral, a mortalidade hospitalar foi maior em pacientes internados na UTI (47.002 [59%] de 79.687) do que naqueles internados na enfermaria (29.361 [29%] de 125.806). Também foi maior em pacientes que receberam ventilação mecânica invasiva (36.046 [80%] de 45.205) do que naqueles que não receberam (36.942 [24%] de 151.043). A mortalidade hospitalar para pacientes com idade de 20–39 anos que necessitaram de ventilação mecânica foi de 57% (1.858 de 3.278 pacientes) e para aqueles com 60 anos ou mais foi de 87% (25.879 de 29.853).

A mortalidade na UTI (23.780 [55%] de 43.582 pacientes) seguiu o mesmo padrão da mortalidade intra-hospitalar entre as regiões, com as maiores taxas observadas no Norte e Nordeste. Houve disparidades notáveis no número de leitos hospitalares e de UTI entre as macrorregiões e entre capitais e municípios.

A mortalidade hospitalar foi maior no geral nas regiões Norte e Nordeste. Entre os pacientes de 20 a 39 anos, a mortalidade hospitalar foi de 20% (393 de 1.976) no Norte, 19% (1.083 de 5.587) no Nordeste, 10% (1.736 de 17.170) no Sudeste e 8% (284 de 3.372) no sul. A mortalidade hospitalar em pacientes com menos de 60 anos foi de 31% (4.204 de 13.468) no Nordeste contra 15% (1.694 de 11.196) no Sul. As diferenças regionais na mortalidade foram maiores para pacientes com menos de 60 anos que foram admitidos na UTI ou ventilados mecanicamente. Por exemplo, a mortalidade hospitalar para pacientes ventilados mecanicamente com menos de 60 anos foi de 77% (2.559 de 3.317) no Nordeste em comparação com 55% (1.054 de 1.929) no Sul.

Apesar do alto número absoluto de hospitais e leitos de UTI no país, a distribuição regional heterogênea desses recursos é uma barreira considerável para o acesso equitativo aos cuidados de saúde. As regiões Norte e Nordeste apresentam o menor número de leitos hospitalares por pessoa no Brasil. A diferença é ainda mais pronunciada quando se analisa os leitos de UTI: o Sudeste tinha aproximadamente duas vezes mais leitos de UTI por pessoa do que o Norte no início da pandemia. Além disso, os leitos de UTI estão concentrados nas capitais e regiões costeiras, gerando uma barreira adicional ao acesso aos serviços de saúde, especialmente após a expansão da COVID-19 para áreas do interior.

As diferenças regionais também se refletiram na proporção de pacientes internados nas capitais, que foi sensivelmente menor nas regiões Sul e Sudeste, possivelmente refletindo melhor disponibilidade de serviços de saúde para atender a demanda dessas regiões. Assim, embora as regiões Norte e Nordeste sejam caracterizadas por populações mais jovens (<60 anos), a mortalidade hospitalar foi maior nessas regiões do que em outras regiões, com aumento do número de pacientes necessitando de internação em UTI e ventilação invasiva.

Link: <https://bityli.com/K6NCK>

Orientação: Professora Priscila Menezes Ferri Liu

Integrantes: Ana Cláudia Fontoura Froes, Marina Lírio Resende Cerqueira e Maykon José da Costa Souza

## Destaques do Brasil:

·Vacina contra o coronavírus chega a Minas Gerais. Avião contendo vacina a ser distribuída no estado pousou em solos mineiros na noite de segunda-feira (18) em solo mineiro.

Link: <https://glo.bo/38YLljh>

·Minas tem primeiros cinco vacinados contra a COVID-19. Em cerimônia realizada no Aeroporto Internacional de Confins, na Grande BH, o governador Romeu Zema (Novo) se disse "honrado" pela chegada das 577 mil doses da Coronavac, imunizante produzido pelo Instituto Butantan em parceria com a Sinovac, nesta segunda (18/1).

Link: <https://bit.ly/3nTLmJC>

·Começa distribuição de vacinas contra a COVID-19 para o interior de Minas. A operação para levar as vacinas às outras cidades mineiras conta com escolta policial, 13 rotas aéreas e uma terrestre. É possível que este primeiro lote dure até o fim de semana.

Link: <https://bit.ly/2XUKDxf>

·Brasil só tem vacinas para 4% de toda população prioritária e enfrenta desafio múltiplo para ampliar estoque. Primeiro lote distribuído aos Estados deve vacinar 2,8 milhões de pessoas. Além de gargalo na importação, especialistas recomendam negociação com outros fabricantes de imunizantes.

Link: <https://bit.ly/3bTr9kJ>

·Idosos acima de 75 anos não serão mais vacinados na primeira fase. Número insuficiente de doses levou à priorização dos profissionais que estão atuando na linha de frente de combate à COVID-19, nas unidades de terapia intensiva, por ser considerado esse um grupo de maior exposição ao vírus.

Link: <https://bit.ly/2NbwxFw>

·Infectologistas apontam efeitos colaterais de “tratamento precoce” para COVID-19. Até o momento, não há evidência que nenhuma medicação precoce possa mudar o curso da infecção pelo novo coronavírus no corpo humano. Por outro lado, há evidência científica suficiente acerca de medicações apontadas pelo senso comum como “tratamento precoce” à doença, e seus possíveis malefícios ao paciente.

Link: <https://bit.ly/38WnAIM>

### Destaques do mundo

·New York Times: Brasil inicia vacinação em meio a aumento de casos de COVID-19 e novas variantes. O país tem relativamente poucas doses e está pagando um preço pela lenta busca por vacinas desde o início. Esse lapso pode prejudicar a capacidade do Brasil de lutar contra variantes preocupantes.

Link: <https://nyti.ms/35UNASV>

·Índia inicia amanhã exportação de vacinas para 6 países; Brasil não consta. O Ministério das Relações Exteriores disse que a Índia fornecerá vacinas contra a COVID-19 aos países parceiros nas próximas semanas e meses, considerando a necessidade de cada um.

Link: <https://bit.ly/3qwMPY7>

·Trump suspende restrições de viagem que incluem o Brasil, mas porta-voz de Biden diz que novo governo não flexibilizará a medida. Medida entraria em vigor dia 26 de janeiro, mesma data em que passa a valer exigência de testes negativos para todos os visitantes internacionais que desejarem entrar nos Estados Unidos. Equipe de Joe Biden diz que momento é de apertar as restrições, e não de flexibilizá-las.

Link: <https://bit.ly/3c7c9QD>

## Indicações de artigos

- Progression of Myopia in School-Aged Children After COVID-19 Home Confinement

Um estudo realizado durante seis anos consecutivos (2015-2020) com 123.535 crianças, de 6 a 13 anos, em 10 escolas primárias de Feicheng, China, constatou que a prevalência de miopia nos exames realizados em 2020 foi maior do que a maior prevalência de miopia entre 2015-2019 para crianças de 6 a 8 anos. O confinamento domiciliar durante a pandemia da COVID-19 parece estar associado a essa mudança significativa, dado que, em resposta ao surto da COVID-19, o governo chinês iniciou o fechamento de escolas em todo o país como uma medida de emergência para prevenir a propagação da infecção no final de janeiro de 2020, fazendo com que as crianças passassem mais tempo utilizando telas para realizar as tarefas escolares e menos tempo em atividades ao ar livre, o que está significativamente associado a uma maior incidência de miopia em crianças em idade escolar. Assim, enquanto o confinamento em casa for necessário, os pais devem controlar o tempo de tela dos filhos tanto quanto possível e aumentar as atividades ao ar livre permitidas, mantendo o distanciamento social seguro.

Link: <https://bitly.com/WSM6U>

- Gut microbiota composition reflects disease severity and dysfunctional immune responses in patients with COVID-19

Apesar da COVID-19 ser uma doença primariamente respiratória, diversas evidências indicam que o trato gastrointestinal está envolvido. Este estudo coorte, realizado em dois hospitais, analisou exames laboratoriais de sangue e fezes de pacientes acometidos pelo coronavírus, caracterizando a flora intestinal sequencialmente até 30 dias após o término da infecção por SARS-CoV-2. Foi observado que a flora intestinal desses pacientes estava alterada, principalmente com redução de comensais imunomodulatórios como *Faecalibacterium prausnitzii*, *Eubacterium rectale* e bifidobactérias, em comparação com pacientes hígidos e não-infectados, independente do uso de medicações. Essas alterações estavam relacionadas a elevadas concentrações de citocinas e marcadores inflamatórios, como proteína C reativa, LDH, aminotransferases e GGT, sugerindo que a microbiota intestinal pode alterar a gravidade do quadro de COVID-19 por modulação da resposta imune do hospedeiro. Além disso, a continuidade da disbiose após a infecção contribuiu para a persistência de sintomas, mesmo após o clearance do vírus.

Link: <https://bit.ly/3bVlwS2>

- Community-Onset Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection in Young Infants: A Systematic Review

Esta revisão sistemática analisou publicações sobre infecções em crianças com idade inferior a 3 meses, excluindo casos de COVID-19 perinatal. Embora o espectro da doença clínica da infecção por SARS-CoV-2 entre crianças varie de assintomática a doença grave, a maioria das crianças identificadas parece ter doença leve a moderada e se recuperam rapidamente apenas com tratamento de suporte.

A apresentação clínica em bebês era amplamente inespecífica, com predomínio de febre e sintomas respiratórios. Houve uma notável predominância do sexo masculino entre os bebês relatados, espelhando as observações de outros grupos. Não ficou claro se o sexo masculino pode predispor os bebês à infecção ou a sintomatologia clínica mais significativa, aumentando a probabilidade de procurar atendimento e de testar o SARS-CoV-2.

Dada a variabilidade das manifestações descritas nos relatórios, os médicos devem ter um alto índice de suspeita de infecção por SARS-CoV-2 em bebês que se apresentam na comunidade com sintomas sistêmicos, mesmo na ausência de febre. A avaliação de doenças bacterianas graves deve continuar com base nas diretrizes da comunidade, especialmente entre neonatos febris. O diagnóstico de infecção por SARS-CoV-2 não impede a coinfeção com outros patógenos respiratórios.

Não há estudos até o momento relatando a eficácia de terapias específicas de COVID neste grupo de idade; entretanto, o acometimento grave nessa faixa etária é raro e os bebês parecem se recuperar bem com cuidados de suporte.

Link: <https://bit.ly/2XRDYDY>

Tenha um ótimo dia!

Ana Cláudia Froes, Marina Lirio, Maykon Souza

*O que você faz, faz a diferença, e  
você tem que decidir que tipo de  
diferença você quer fazer.  
-- Jane Goodall*

11

20 de Janeiro

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

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - FACULDADE DE MEDICINA

### Produção

Ana Cláudia Fontoura Froes  
Bárbara Lucas De Carvalho Barbosa  
Carolina Belfort Resende Fonseca  
Clarissa Leite Braga  
Edmilson José Correia Júnior  
Felipe Eduardo Fagundes Lopes  
Guilherme Neves de Azevedo  
Gustavo Henrique de Oliveira Soares  
Gustavo Monteiro Oliveira  
Heitor Smiljanic Carrijo  
João Gabriel Malheiros Andrade de Carvalho  
João Victor De Pinho Costa  
Julia de Andrade Inoue  
Juliana Almeida Moreira Barra  
Juliana Chaves de Oliveira  
Larissa Gonçalves Rezende  
Laura Antunes Vitral  
Lucas Souza França  
Ludimila Lages Ribeiro  
Matheus Bitencourt Duarte  
Mayara Seyko Kaczorowski Sasaki  
Maykon José da Costa Souza  
Paul Rodrigo Santi Chambi  
Pedro Henrique Cavalcante Lima  
Raphael Herthel Souza Belo  
Rebeca Narcisa de Carvalho  
Roberta Demark Bassi  
Tévin Graciano Gomes Ferreira  
Vinícius Rezende Avelar

### Divulgação

Bruna Ambrozim Ventorim  
João Gabriel Malheiros Andrade de Carvalho  
Matheus Gomes Salgado  
Rafael Valério Gonçalves

### Coordenação Acadêmica

Bruno Campos Santos – Médico  
Vitória Andrade Palmeira – DAAB  
Gabriel Rocha – DAAB  
Profa. Maria do Carmo Barros de Melo -  
Pediatra

### Editor

Prof. Unai Tupinambás - Infectologista

### Coordenadores de Conteúdo

Profa. Maria do Carmo Barros de Melo -  
Pediatra  
Prof. Unai Tupinambás - Infectologista  
Prof. Mateus Rodrigues Westin – Infectologista  
Profa. Lilian Martins Oliveira Diniz - Pediatria  
Profa. Priscila Menezes Ferri Liu – Pediatria  
Dr. Shinfay Maximilian Liu – Patologista Clínico  
Contato:  
boletimcovid@medicina.ufmg.br



**FACULDADE  
DE MEDICINA**  
• UFMG •

U F *m* G

