

**ERRATA / ERRATUM**

No artigo “Coorte retrospectiva de crianças e adolescentes hospitalizados por COVID-19 no Brasil do início da pandemia a 1º de agosto de 2020”, publicado no periódico Rev Bras Epidemiol. 2021; 23: e210026:

**Onde se lia:**

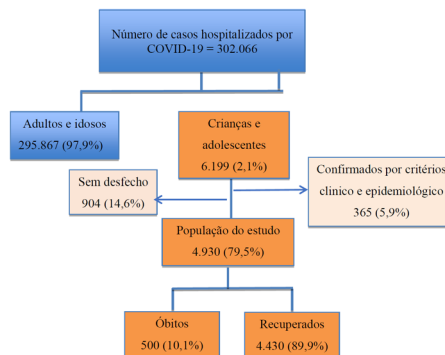
<https://doi.org/10.1590/1980-549720200026>

**Leia-se:**

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210026>

**Página 5, Figura 1:**

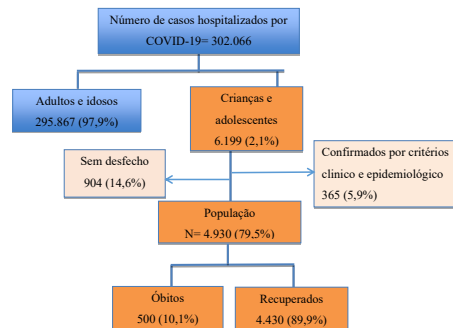
**Onde se lia:**



Fonte: Dados do SIVEP-Gripe atualizados até 14 de setembro de 2020.

Figura 1. Fluxograma de distribuição de casos hospitalizados por COVID-19, de 1º de março a 1º de agosto. Brasil, 2020.

**Leia-se:**



Fonte: Dados do SIVEP-Gripe atualizados até 14 de setembro de 2020.

Figura 1. Fluxograma de distribuição de casos hospitalizados por COVID-19, de 1º de março a 1º de agosto. Brasil, 2020.

**Página 6, 2º parágrafo:****Onde se lia:**

Considerando-se a distribuição dos casos de acordo com a UF de residência, São Paulo teve a maior frequência de pacientes hospitalizados, com 1.320 (26,8%), dos quais 1.247 (94,5%) se recuperaram e 73 (4,5%) evoluíram a óbito. Em seguida, vem o Amazonas com 517 (10,5%) pacientes hospitalizados, dos quais 491 (95,0%) se recuperaram e 26 (5%) foram a óbito (Figuras 2A e 2B e Material Suplementar).

**Leia-se:**

Considerando-se a distribuição dos casos de acordo com a UF de residência, São Paulo teve a maior frequência de pacientes hospitalizados, com 1.320 (26,8%), dos quais 1.247 (94,5%) se recuperaram e 73 (4,5%) evoluíram a óbito. Em seguida, vem o Amazonas com 517 (10,5%) pacientes hospitalizados, dos quais 491 (95,0%) se recuperaram e 26 (5,0%) foram a óbito (Figuras 2A e 2B e Material Suplementar).

**Página 8, 7º parágrafo:****Onde se lia:**

Na análise bivariada, observou-se que tiveram maior risco de evoluir ao óbito os casos que apresentaram os seguintes fatores: ser do grupo etário de adolescentes (RR = 1,49; IC95% 1,26–1,78;  $p < 0,001$ ); ser da raça/cor autodeclarada preta/parda (RR = 1,34; IC95% 1,08–1,68;  $p < 0,008$ ); ter sido classificado como SRAG-crítico (RR = 4,13; IC95% 3,43–3,96;  $p < 0,001$ ); ter cardiopatia (RR = 2,07; IC95% 1,58–2,72;  $p < 0,001$ ), imunopatia (RR = 1,74; IC95% 1,32–2,30;  $p < 0,001$ ), diabetes (RR = 1,57; IC95% 1,08–2,30;  $p = 0,032$ ) e neuropatia (RR = 1,47; IC95% 1,09–1,97;  $p = 0,013$ ). A asma configurou-se como fator de redução do risco para o óbito (RR = 0,25; IC95% 0,10–0,62;  $p = 0,003$  (Tabela 2).

Outras variáveis relacionadas aos sinais e sintomas respiratórios foram testadas na análise bivariada, quais sejam: baixa saturação de oxigênio (RR = 4,12; IC95% 3,33 – 5,09;  $p < 0,001$ ), desconforto respiratório (RR = 3,23; IC95% 2,57 – 4,06;  $p < 0,001$ ), dispneia (RR = 3; IC95% 2,39 – 3,78;  $p < 0,001$ ) e cianose (RR = 2,89; IC95% 1,66 – 5,05;  $p = 0,003$ ) (dados não apresentados em tabela). Essas variáveis foram agrupadas no conjunto da variável SRAG-crítico para compor o melhor modelo de regressão.

**Leia-se:**

Na análise bivariada, observou-se que tiveram maior risco de evoluir ao óbito os casos que apresentaram os seguintes fatores: ser do grupo etário de adolescentes (RR = 1,49; IC95% 1,26–1,78;  $p < 0,001$ ); ser da raça/cor autodeclarada preta/parda (RR = 1,34; IC95% 1,08–1,68;  $p = 0,008$ ); ter sido classificado como SRAG-crítico (RR = 4,13; IC95% 3,43–4,97;  $p < 0,001$ ); ter cardiopatia (RR = 2,07; IC95% 1,58–2,72;  $p < 0,001$ ), imunopatia (RR = 1,74; IC95% 1,32–2,30;  $p < 0,001$ ), diabetes (RR = 1,57; IC95% 1,08–2,30;  $p = 0,032$ ) e neuropatia (RR = 1,47; IC95% 1,09–1,97;  $p = 0,013$ ). A asma configurou-se como fator de redução do risco para o óbito (RR = 0,22; IC95% 0,12–0,39;  $p < 0,001$  (Tabela 2).

Outras variáveis relacionadas aos sinais e sintomas respiratórios foram testadas na análise bivariada, quais sejam: baixa saturação de oxigênio (RR = 4,12; IC95% 3,33 – 5,09;  $p < 0,001$ ), desconforto respiratório (RR = 3,23; IC95% 2,57 – 4,06;  $p < 0,001$ ), dispneia (RR = 3,0; IC95% 2,39 – 3,78;  $p < 0,001$ ) e cianose (RR = 2,89; IC95% 1,66 – 5,05;  $p = 0,003$ ) (dados não apresentados em tabela). Essas variáveis foram agrupadas no conjunto da variável SRAG-crítico para compor o melhor modelo de regressão.

**Páginas 8 e 10, 9º parágrafo:**

**Onde se lia:**

A análise multivariada mostrou que permaneceram como fatores associados ao óbito pela COVID-19: pertencer ao grupo etário adolescente (RR = 1,59; IC95% 1,12 – 2,25;  $p = 0,009$ ) ter sido classificado como SRAG-crítico (RR = 4,56; IC95% 2,77 – 7,51;  $p < 0,001$ ) e apresentar imunopatia (RR = 2,24; IC95% 1,58 – 3,17;  $p < 0,001$ ). A asma permaneceu como fator associado à redução do risco para o óbito (RR = 2,24; IC95% 1,58 – 3,17;  $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

**Leia-se:**

A análise multivariada mostrou que permaneceram como fatores associados ao óbito pela COVID-19: pertencer ao grupo etário adolescente (RRa = 1,59; IC95% 1,12 – 2,25;  $p = 0,009$ ), ter sido classificado como SRAG-crítico (RRa = 4,56; IC95% 2,77 – 7,51;  $p < 0,001$ ) e apresentar imunopatia (RRa = 2,24; IC95% 1,58 – 3,17;  $p < 0,001$ ). A asma permaneceu como fator associado à redução do risco para o óbito (RRa = 0,25; IC95% 0,10 – 0,62;  $p = 0,003$ ) (Tabela 2).

