



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LOUISE MARIA LÚCIO DE ARAÚJO MOTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ADMITIDOS POR SÍNDROME
RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA, ALAGOAS**

ARAPIRACA

2023

LOUISE MARIA LÚCIO DE ARAÚJO MOTA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ADMITIDOS POR SÍNDROME
RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA, ALAGOAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Universidade Federal
de Alagoas, Campus Arapiraca como parte do
requisito para obtenção do título de bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Nogueira de
Magalhães

ARAPIRACA

2023



Universidade Federal de Alagoas – UFAL
Campus Arapiraca
Biblioteca *Campus* Arapiraca - BCA

M917p Mota, Louise Maria Lúcio de Araújo
Perfil epidemiológico de pacientes admitidos por síndrome respiratória aguda grave em um hospital público de referência no município de Arapiraca, Alagoas / Louise Maria Lúcio de Araújo Mota. – Arapiraca, 2023.

42 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Nogueira de Magalhães.
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). -
Universidade Federal de Alagoas, *Campus* Arapiraca, Arapiraca, 2023.
Disponível em: Universidade Digital (UD) – UFAL (*Campus* Arapiraca).
Referências: f. 36-39.
Anexos: f. 40-42.

1. Epidemiologia 2. COVID-19, Pandemia de, 2020- 3. Síndrome Respiratória Aguda Grave I. Magalhães, Ana Paula Nogueira de II. Título.

CDU 616-083

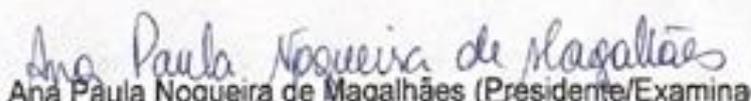


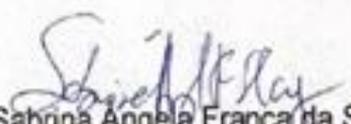
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS DE ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

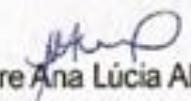
FOLHA DE APROVAÇÃO

Membros da comissão julgadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso da graduanda **Louise Maria Lúcio de Araújo Mota**, com o título **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ADMITIDOS POR SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA, ALAGOAS**, apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, em 13 de março de 2023, às 15h00 na sala 04 do Complexo de Ciências Médicas e Enfermagem, **APROVAM-NA**.

BANCA EXAMINADORA


Profª. Dra. Ana Paula Nogueira de Magalhães (Presidente/Examinadora 1)
Orientadora – Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFAL


Profª. Dra. Sabrina Angela França da Silva Cruz (Examinadora 2)
Curso de Bacharelado em Enfermagem – UFAL


Mestre Ana Lúcia Alves Lima
Coordenadora do Departamento de Vigilância Epidemiológica do Hospital Dr.
Daniel Houly

AGRADECIMENTOS

Nunca será enfadonho ou demasiado agradecer primeiramente a Deus pelas minhas conquistas. Obrigada, meu Deus, por ter colocado a enfermagem na minha vida. Não foi uma escolha minha, foi Tua. Eu confio e acredito em teus planos para mim.

Meu agradecimento especial a minha primeira e grande professora do SUS. Foi a minha mãe, que me levando ao seu trabalho, me fez ser uma grande apaixonada pela Saúde Pública. Ademais, agradeço a ela por ser a extensão do meu corpo, cuidando da minha filha, enquanto eu me dedicava a UFAL. Mãe, te amo incondicionalmente.

Ao meu pai, obrigada por ter repetido incontáveis vezes que só a educação é o caminho. Obrigada por ser meu fã incondicional.

Ao meu esposo, agradeço por ser o esteio da nossa família. Por ter confiado na minha sementeira. Agora colheremos os frutos. Amo você.

A todos os meus familiares, aqueles que torceram por mim, minha gratidão.

Aos meus amigos de faculdade Aline, Darlyson, Juliana, Evilly e Monaliza, meu muito obrigada por serem companheirismo, afeto e amor durante todos esses anos. Quero levar vocês sempre comigo. Mas, agradeço de modo especial ao Darlyson e a Juliana pelo grande laço que construímos, vocês são meus irmãos de alma.

A todos os professores que a mim passaram ensinamentos, meu muito obrigada. E para a professora Ana Paula, minha eterna gratidão por ter aceito ser minha orientadora. A senhora é um ser humano inspirador. Com certeza, um exemplo a quem eu quero seguir.

Agradeço a Assistente Social Ana Lúcia, pela disponibilidade e contribuição com essa pesquisa.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer a Siomara Holanda, minha preceptora de estágio UBS. Siomara, obrigada por tanto. Obrigada pela confiança e por todos os ensinamentos compartilhados. Você fez toda a diferença em minha trajetória acadêmica.

Dedico

À minha filha Laura, por ser ela a mola propulsora da minha vida.

Aos meus pais, por me mostrarem que o melhor caminho a ser seguido é sempre o da educação.

RESUMO

Introdução: A COVID-19 teve início na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Em caso de agravamento da doença, os pacientes infectados podem desenvolver Síndrome Respiratória Aguda Grave e uma parcela importante desses pacientes pode evoluir a óbito. Sabe-se que alguns fatores de risco são apontados como os mais propensos para agravar o quadro de saúde de um indivíduo infectado pelo SARS-CoV-2, são eles: idade, comorbidades como hipertensão, diabetes, doença vascular coronariana e doença pulmonar obstrutiva crônica. Diante da ausência de respostas concretas, alguns pesquisadores, baseados em dados epidemiológicos, desenvolveram estudos, que buscam elucidar as características epidemiológicas dos pacientes acometidos pela COVID-19. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados nos anos de 2020 e 2021 em um hospital de referência para casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, localizado no município de Arapiraca, Alagoas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal, descritivo, realizado em hospital de Arapiraca, Alagoas para traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por SRAG nos anos de 2020 e 2021. **Resultados:** Houve prevalência de internamento em pacientes do sexo masculino (57,5%), pessoas declaradas pardas (45,2%) e que apresentam algum fator de risco (61,33%). Os sintomas mais prevalentes foram tosse (84,3%), dispneia (77,1%), febre (62%) e saturação de oxigênio < 95% (45,8%). A maior parte dos pacientes internados por SRAG necessitaram de algum tipo de suporte ventilatório (68,9%) e dos cuidados de UTI (41,6%). Dentre todos os internos, 28,8% evoluíram para óbito, tendo como variáveis associadas: fator de risco ($p < 0,001$), diabetes ($p < 0,001$), HAS ($p < 0,007$), internação em UTI ($P < 0,001$) e necessidade de suporte ventilatório ($p < 0,009$). **Conclusões:** O presente estudo avaliou e concluiu que o perfil epidemiológico dos pacientes internados por SRAG em Arapiraca apresentou semelhança com outros estudos de mesma linha de pesquisa disponíveis na literatura.

Palavras-chave: COVID-19; epidemiologia; SRAG.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 began in the city of Wuhan, China, December 2019. In case of disease worsening, infected patients may develop severe acute respiratory syndrome and an important portion of these patients may develop death. Some risk factors are known to be pointed out as the most likely to aggravate the health of an individual infected by SARS-COV-2, they are: age, comorbidities such as hypertension, diabetes, coronary vascular disease and chronic obstructive pulmonary disease . Given the absence of concrete responses, some researchers, based on epidemiological data, have developed studies that seek to elucidate the epidemiological characteristics of patients affected by COVID-19. Objective: To analyze the epidemiological profile of patients admitted to the years 2020 and 2021 in a reference hospital for cases of severe acute respiratory syndrome, located in the municipality of Arapiraca, Alagoas. METHODOLOGY: This is an epidemiological, descriptive-type epidemiological study performed in Arapiraca Hospital, Alagoas to trace the epidemiological profile of SRAG patients in the years 2020 and 2021. Results: Inpatient prevalence in gender patients there was prevalence. Male (57.5%), declared brown people (45.2%) who have some risk factor (61.33%). The most prevalent symptoms were cough (84.3%), dyspnea (77.1%), fever (62%) and oxygen saturation <95%(45.8%). Most SRAG patients needed some type of ventilatory support (68.9%) and ICU care (41.6%). Among all inmates, 28.8% evolved to death, having as associated variables: risk factor ($p < 0.001$), diabetes ($p < 0.001$), ($p < 0.007$), ICU hospitalization ($p < 0.001$) and need for ventilatory support ($p < 0.009$). Conclusions: The present study evaluated and concluded that the epidemiological profile of patients admitted by SRAG in Arapiraca presented similarity to other studies of the same line of research available in the literature.

Keywords: COVID-19; epidemiology; SRAG.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas dos pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021	22
Tabela 2- Sinais e sintomas dos pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.....	23
Tabela 3- Presença de comorbidades em pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.....	24
Tabela 4- Necessidade de suporte ventilatório ou Unidade de Terapia Intensiva em pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.....	25
Tabela 5- Evolução para óbito em pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.....	26
Tabela 6- Fatores associados ao óbito por SRAG causado por Covid-19 entre pacientes internados no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BE	Boletim Epidemiológico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEDH	Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana de Informação Bibliografia
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SE	Semana Epidemiológica
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Aspectos Iniciais da Pandemia de COVID-19	15
3.2	Características clínicas e epidemiológicas de pacientes hospitalizados por SRAG causada pelo SARS-Cov-2	16
4	METODOLOGIA	18
4.1	Tipo de Estudo	18
4.2	Local de Estudo	18
4.3	População de Estudo	18
4.3.1	Critérios de Inclusão	18
4.3.2	Critérios de Exclusão	18
4.4	Fonte de Dados	19
4.5	Procedimentos para Coleta de Dados	19
4.6	Definições das Variáveis de Estudo	19
4.6.1	Análise dos Dados	20
4.6.2	Considerações Éticas	20
5	RESULTADOS	21
6	DISCUSSÃO	30
7	CONCLUSÃO	35
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA	40
	ANEXO B – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL	40

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 teve início na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, cujos primeiros infectados apresentavam uma pneumonia de origem desconhecida, e que em alguns casos, rapidamente evoluía para Síndrome Respiratória Aguda Grave. Os sintomas de COVID-19 são caracteristicamente respiratórios, como espirros, tosse, dificuldade de respirar, e outras dificuldades respiratórias, podendo ou não apresentar febre. Em caso de agravamento da doença, os pacientes infectados podem desenvolver, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), insuficiência renal, podendo também, em muitos casos, o COVID-19 ser letal (CHHIKARA *et al.*, 2020). Apesar da gravidade da doença, em alguns casos, o COVID-19 pode manifestar-se de forma assintomática, porém, vale ressaltar que esses casos são de importância epidemiológica, visto que, são transmissores do SARS-Cov-2 (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Diante da rápida disseminação do Novo Coronavírus, em 20 de janeiro de 2020 o governo chinês confirmou o surto da doença como epidemia. Após pouco mais de um mês, em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a doença ocasionada pelo coronavírus (COVID-19) como pandemia, tendo em vista que a doença já tinha alcançado níveis mundiais (LIMA *et al.*, 2020).

Segundo Silva e Oliveira (2020), frente a pandemia a que se vivencia com o COVID-19, a OMS deve receber dos países, informações sobre os números de infectados e os registros de óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esses dados, devem conter o maior detalhamento possível, como por exemplo, registros laboratoriais que comprovem a infecção e as características clínicas dos pacientes. É importante também comunicar as medidas de saúde que foram adotadas para o combate da propagação da doença, bem como as dificuldades encontradas para desenvolvê-las. Assim, com esse apurado de informações, é possível responder e conduzir medidas de enfrentamento à emergência em saúde pública de âmbito mundial.

Consoante ao cenário mundial que se apresentava, a OMS preconizou o isolamento social como a ferramenta mais efetiva para conter a curva de disseminação da doença. Essa determinação foi baseada em estudos, como o de Walker *et al.*, (2020), publicado pelo *Imperial College London*, que apresentou o

distanciamento social como o meio mais efetivo para conter a doença, principalmente entre países de baixa e média renda, cujos insumos e leitos hospitalares eram ainda mais escassos – quando comparados a países de primeiro mundo, tendo em vista a realidade local, e a dificuldade de aquisição por parte dos países, no início da pandemia. Vale ressaltar que o estudo citado, revela não calcular o impacto econômico que a medida proposta iria causar nos países.

Na China, objetivando o controle e combate da pandemia, o método não farmacológico foi bastante utilizado, inclusive, até mesmo depois do advento das vacinas. Esse método inclui o distanciamento social como a forma mais efetiva de frear a disseminação do vírus, por ele realiza-se desde o isolamento de casos e contatos, até o lockdown - isolamento total e controle de circulação de pessoas (WALKER *et al.*, 2020).

Sabe-se que alguns fatores de risco são apontados como os mais propensos para agravar o quadro de saúde de um indivíduo infectado pelo SARS-CoV-2, são eles: idade e a presença de comorbidades, como hipertensão, diabetes, doença vascular coronariana (DCV) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (WALKER *et al.*, 2020).

Diante da ausência de respostas concretas, alguns pesquisadores, baseados em dados epidemiológicos, desenvolveram estudos, que buscam elucidar as características epidemiológicas dos pacientes acometidos pela COVID-19. Um estudo brasileiro, analisou e comparou três boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde, datados de abril de 2020 e chegou às seguintes conclusões: a maioria das vítimas do COVID-19 pertencem ao sexo masculino e são idosos, com pelo menos um fator de risco associado, como a cardiopatia, diabetes, pneumopatia e doença neurológica. Observou-se também que a obesidade é um fator de risco mais associado aos menores de 60 anos. Quanto à regionalização da ocorrência dos casos, o maior número de registros apontava para as regiões Sudeste e Nordeste, o que pode ser correlacionado com a alta densidade demográfica dessas regiões (SILVA; OLIVEIRA, 2020).

Outro estudo, usou como ferramenta de trabalho os dados de hospitalizações por SRAG publicados pelo Ministério da Saúde visando calcular as proporções por idade e sexo das informações, em relação ao total dos registros, além das taxas específicas de mortalidade e hospitalização por SRAG. Como resultado obteve-se as

seguintes informações: o grupo feminino apresenta menor mortalidade em todas as faixas etárias, o que pode estar associado a padrões biológicos e comportamentais. No que diz respeito às internações, os números absolutos apontam para homens como os indivíduos mais internados por SRAG, no entanto, abre-se um parêntese para demonstrar que o número de mulheres internadas por SRAG, na faixa etária de 20 – 29 anos é superior ao número de homens da mesma faixa de idade, essa variação, segundo os autores, pode estar ligada ao fato de que as mulheres nessa faixa de idade, tradicionalmente assumem o papel de cuidadoras das famílias ou fazem parte do principal corpo de profissionais que estão na linha de frente do enfrentamento ao COVID-19 (SOUZA *et al.*, 2020).

Estudos internacionais também buscam traçar dados epidemiológicos. É o caso de um estudo desenvolvido na Inglaterra, que obteve através de um biobanco – banco de dados com informações clínicas e genéticas de mais de 500 mil pessoas – informações que correlacionaram raça e hospitalização por COVID-19. Através dessa pesquisa, constatou-se que, a maior porcentagem de hospitalização ocorreu em negros, quando comparados a asiáticos e brancos (PATEL *et al.*, 2020).

A campanha de vacinação contra COVID-19 no Brasil teve início na segunda quinzena de janeiro de 2021. A vacinação ocorreu de forma gradativa, respeitando uma linha de prioridades, sendo os primeiros vacinados os profissionais de saúde, idosos e pessoas imunodeprimidas (EMMERICH, 2021).

Foram disponibilizados no Brasil quatro tipos de imunizantes: CoronaVac, AstraZeneca, Pfizer e Janssen. Todos eles demonstraram, através de estudos, confiabilidade e eficácia. Com o avanço da vacinação, desde janeiro de 2021, houve uma queda na média geral de mortes por COVID-19 no país. O número de internações e mortes também apresentou queda, principalmente no grupo dos idosos. Esses dados refletiram os resultados do plano de vacinação evidenciando a importância da vacinação (BEE, 2022).

Com base nos dados divulgados pelo último boletim epidemiológico em 9 de janeiro de 2023 do Ministério da Saúde, de 26 de fevereiro de 2020 a 31 de dezembro de 2022, foram confirmados 36.331.281 casos e 693.853 óbitos por COVID-19 no Brasil. No panorama mundial, esse mesmo boletim epidemiológico informou que foram confirmados 660.300.641 casos de COVID-19 no mundo. Os Estados Unidos registraram o maior número de casos acumulados (100.749.731), seguidos por Índia

(44.679.873), França (39.334.073), Alemanha (37.369.866) e Brasil (36.331.281). Com relação aos óbitos, foram somados 6.689.977 no mundo até o dia 24 de dezembro de 2022. Os Estados Unidos registraram o maior número de óbitos acumulados (1.092.674), seguido por Brasil (693.853), Índia (530.705), Rússia (385.789) e México (331.099) (BRASIL, 2023).

No que tange a SRAG, foram notificadas 3.403.970 hospitalizações por SRAG no Brasil, de 2020 até a semana epidemiológica (SE) 52 de 2022. No ano epidemiológico de 2020, até a SE 53, foram notificados 1.167.077. Em 2021, até a SE 52, foram notificados 1.711.072 casos, e, em 2022, 525.821 casos de SRAG no SIVEP-Gripe até a SE 52 (BRASIL, 2023).

Face ao exposto até aqui, e compreendendo a importância dos estudos epidemiológicos, tem-se como pressuposto dessa pesquisa analisar o perfil epidemiológico de pacientes admitidos por Síndrome Respiratória Aguda Grave causada por Covid-19 em um hospital do município de Arapiraca, Alagoas nos anos de 2020 e 2021.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por Síndrome Respiratória Aguda Grave causada por Covid-19 em um hospital de referência no município de Arapiraca, Alagoas, nos anos de 2020 e 2021.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes internados por SRAG em um hospital de Arapiraca;
- Analisar o perfil epidemiológico dos óbitos em pacientes que foram internados por SRAG em um hospital de Arapiraca;
- Identificar os fatores associados aos óbitos relacionados aos internamentos por SRAG em um hospital de Arapiraca.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos Iniciais da Pandemia de COVID-19

Conforme a pesquisa de Souza, Leal e Santos (2020) a China comunicou à Organização Mundial da Saúde (OMS), no final do ano de 2019, um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei. Poucos dias após o início desse surto, o agente causador foi decodificado e identificado como severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). A doença causada por este vírus foi então chamada de coronavirus disease 2019 (COVID-19). É importante também salientar que o SARS-CoV-2 trata-se de um vírus zoonótico, de RNA, da família Coronaviridae, que foi denominado de Corona, pois, em sua forma microscópica, apresenta-se semelhante a uma coroa (ALVARENGA; SILVA; SANTOS, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 rapidamente se espalhou pelos países, causando a doença COVID-19 e, em 11 de março de 2020, a OMS declarou pandemia global. A confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil ocorreu em 26 de fevereiro do mesmo ano e a primeira morte oficialmente registrada aconteceu na cidade de São Paulo, em 17 de março de 2020 (SOUZA; LEAL; SANTOS, 2020).

A transmissão pelo SARS-CoV-2 ocorre quando o vírus, por afinidade, penetra nas células alveolares do tipo II do pulmão, causando danos nos alvéolos após a infecção. Posteriormente à infecção, ocorre a manifestação de sintomas, os mais comumente relatados são febre, tosse seca e fadiga. Outros sintomas também são encontrados em pacientes infectados como anosmia, hiposmia e ageusia (ALVARENGA; SILVA; SANTOS, 2020).

Além dos sintomas mais comuns, estudos sugerem que a infecção por SARS CoV-2 não está apenas associada à pneumonia, mas também a outras doenças graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e a síndrome de disfunção de múltiplos órgãos, podendo evoluir para o óbito (SEXENA *et al.*, 2021).

Entende-se por SRAG a combinação de alguns sintomas: Febre alta (acima de 37,8°C), tosse ou dor de garganta e dificuldade respiratória ou dispneia ou saturação de O₂ < 95% (BASTOS, 2020).

Em 9 de janeiro de 2021, o Japão reportou a OMS uma nova variante do SARS-CoV-2, a P1, também conhecida como a variante de Manaus, por ter sido identificada na capital do Amazonas, em dezembro de 2020. Esta reportagem do Japão para com a OMS aconteceu, após o vírus ser detectado em quatro viajantes brasileiros. O surgimento de novas cepas é justificado pelo processo de convergência evolutiva, ou seja, características similares são selecionadas em locais diferentes porque representam vantagens como, por exemplo, maior transmissibilidade e sucesso na replicação do vírus (FREITAS *et al.*, 2020).

Salienta-se que a nova cepa do SARS-CoV-19 não foi detectada em amostras coletadas entre março e novembro de 2020 em pacientes da cidade de Manaus, mas, em dezembro do mesmo ano foi identificada em 42% dos pacientes, sugerindo um forte e aumento recente na frequência desta cepa associada com a segunda e maior onda de COVID-19 da cidade (FREITAS *et al.*, 2020).

No início da pandemia, ainda em janeiro de 2020, dados obtidos por meio da OMS e apresentados pelo Ministério da Saúde apontavam para 2.798 casos do novo coronavírus confirmados no mundo. Destes, 2.761 (98,7%) foram notificados pela China, incluindo as regiões administrativas especiais de Hong Kong (8 casos confirmados), Macau (5 casos confirmados) e Taipei (4 casos confirmados) (BRASIL, 2020).

3.2 Características clínicas e epidemiológicas de pacientes hospitalizados por SRAG causada pelo SARS-Cov-2

Tendo em vista o que já foi exposto nesse estudo, há uma inclinação para agravamento nos casos de COVID-19 para um determinado grupo de pessoas; seja por motivo de idade ou comorbidade. Buscando detalhar o perfil epidemiológico dos pacientes infectados por SARS-CoV-2 e que evoluíram para Síndrome Respiratória Aguda Grave, serão expostos alguns estudos.

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é caracterizada como uma das complicações da COVID-19, e representa uma alta morbimortalidade. As internações por esse quadro de saúde ocorrem pela necessidade de monitoramento constante dos sinais vitais, de suporte ventilatório, além de se fazer necessário a administração medicamentos de alta complexidade. Cerca de 5% dos pacientes infectados

necessitam de cuidados intensivos, parece pouco, mas, esse número, em um curto espaço de tempo, tornou-se um desafio para as autoridades sanitárias (FRANÇA *et al.*, 2021).

O estudo de França *et al.* (2021) analisou os boletins epidemiológicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, buscando dados de internamentos em UTI por SRAG decorrente da COVID-19 no período correspondente de 21/02/2020 até 21/09/2020. Como resultado, obteve-se os seguintes parâmetros: das 120.469 notificações de internamentos de SRAG decorrentes de COVID-19 no país, 74,4% (n = 89.677) apresentavam algum fator de risco, 58,6% (n = 70.579) eram homens, 77,5% (n = 93.368) possuíam idade de 50 anos ou mais e 36,5% (n = 44.014) eram brancos. Os óbitos ocorreram em 53,8% dos casos. Portanto, evidenciou-se maior prevalência de SRAG decorrente de COVID-19 entre homens brancos, adultos e portadores de algum fator de risco. Esse grupo de pacientes, em sua maioria, apresentou sintomas como dispneia, tosse, baixa saturação de oxigênio (<95%) e febre. No mesmo estudo, calculou-se a média de dias de permanência na UTI, resultando em 10,1 dias.

Um outro estudo, realizado em três hospitais universitários da região noroeste da Espanha, acompanhou os pacientes internados nestes hospitais desde o momento de sua admissão até os três meses que sucederam as altas hospitalares. Do total de 893 pacientes internados devido ao COVID-19 e analisados nesse estudo, obteve-se os seguintes resultados: a média de idade foi de 68,2 anos; 50,7% eram do sexo feminino; 9,7% apresentaram necessidade de suporte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); 72 casos (8,1%) dos admitidos em UTI necessitaram de suporte ventilatório mecânico e 171 (19,1%) morreram. O tempo médio de internação foi de 10,6 dias (MUIÑOS *et al.*, 2021).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo transversal, descritivo, documental, com o intuito de traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por SRAG causada por COVID-19 em um hospital do município de Arapiraca, nos anos de 2020 e 2021.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Emergência Doutor Daniel Houly – HEDH. Tal hospital é referência para o atendimento de traumas provocados por violências e acidentes na segunda macrorregião do estado de Alagoas, atendendo 46 municípios.

Com a pandemia do novo coronavírus, o HEDH passou a ser referência para hospitalização dos casos, apresentando 37 leitos de UTI e 60 leitos clínicos exclusivos para pacientes acometidos por Covid-19.

4.3 População de Estudo

A população de estudo foi constituída pelos casos registrados no SIVEP-Gripe de pacientes internados por SRAG causada por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly, entre os anos 2020 e 2021.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo todos os casos registrados no SIVEP-Gripe de pacientes internados por SRAG causada por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly, nos anos de 2020 e 2021.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão, os casos notificados no SIVEP-Gripe de SRAG causada por Covid-19 de pacientes que não foram hospitalizados no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly dos anos de 2020 e 2021.

4.4 Fonte de Dados

Os dados foram coletados a partir das fichas de notificação individuais para os casos de pacientes hospitalizados com síndrome respiratória aguda grave causada pela Covid-19 (ANEXO A). Tal ficha foi elaborada pelo Ministério da Saúde e é preenchida no momento da admissão hospitalar do paciente. É o documento que serve de base para o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe – SIVEP-GRIFE.

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Após a anuência da direção do HEDH, os dados secundários, contidos no SIVEP-Gripe, foram disponibilizados por meio do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar.

4.6 Definições das Variáveis de Estudo

As variáveis que foram estudadas estão descritas no quadro 1:

Quadro 1 – Elenco de variáveis utilizadas no estudo.

Variáveis	Definição	Operacionalização
Sexo	Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem homem e mulher.	1. Feminino 2. Masculino 9. Ignorado
Cor da pele	Cor ou raça declarada pelo paciente: Branca; Preta; Amarela; Parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); e, Indígena.	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
Fatores de risco/ Doença Cardiovascular Crônica	Paciente possui Doença Cardiovascular Crônica?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Fatores de risco/ Asma	Paciente possui Asma?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Fatores de risco/ Diabetes mellitus	Paciente possui Diabetes mellitus?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Fatores de risco/ Obesidade	Paciente possui obesidade?	Valor do IMC (Índice de Massa Corporal) do paciente calculado pelo profissional de saúde.
Internado em UTI?	O paciente foi internado em UTI?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Uso de suporte ventilatório?	O paciente fez uso de suporte ventilatório?	1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

4.6.1 Análise dos Dados

Inicialmente, foi realizada análise individual das variáveis, por meio da distribuição de frequências e medidas de tendência central. Para identificar possíveis associações entre o óbito por SRAG e as variáveis independentes, foram utilizados o teste do Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher. Na análise, será adotada a significância de 5% e serão utilizados os softwares Epi Info versão 7.2.2. e o SPSS versão 20.0.

4.6.2 Considerações Éticas

A apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas não foi necessária por se tratar de um estudo de levantamento de dados secundários.

5 RESULTADOS

A busca de dados para essa pesquisa resultou na análise de 2529 fichas de internação hospitalar por Síndrome Respiratória Aguda Grave causada por COVID-19, em um hospital de referência no município de Arapiraca, nos anos de 2020 e 2021.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, todas as fichas foram computadas, pois, nenhuma delas encontrava-se em situação de ilegitimidade.

Na Tabela 1, são descritas as variáveis sociodemográficas do público estudado. Dentre essas, destaca-se a predominância de homens entre os pacientes internados por SRAG, com 57,5% do percentual total em detrimento do sexo feminino, que apresentou 42,5%.

Quando o resultado diz respeito à raça e/ou etnia, é importante demonstrar um alto número de dados ignorados. De um total de 2529 fichas, apenas 1453 tiveram a raça/cor da pele do paciente descrita. Dentre os dados presentes, os pacientes autodeclarados pardos foram os que apresentaram maior número de internações, correspondendo a um total de 1144 pessoas, o que em percentual representa 45,2%. Em seguida, aponta-se os brancos com um número de 180 pessoas e percentual de 7,1%. Posteriormente, 87 pacientes assinalaram como amarelo o que representa 3,4% do total; seguido dos autodeclarados da cor preta que foram 36 e de percentual 1,4%. Com menor índice, tivemos aqueles que se autodeclararam como indígenas, sendo eles um total de 6 pessoas e um percentual representativo de 0,2%.

Em relação à área de residência, observou-se que 60,7% (n= 1536) dos pacientes residiam na área urbana. Em contrapartida, aqueles que residiam em zona rural somaram um número de 590 pessoas, o que representa 23,3% dos pacientes internados.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas dos pacientes internados por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	1453	57,5
Feminino	1074	42,5
Raça		
Branca	180	7,1
Preta	36	1,4
Amarela	87	3,4
Parda	1144	45,2
Indígena	6	0,2
Ignorado	1076	42,5
Zona em que reside		
Urbana	1536	60,7
Rural	590	23,3
Ignorado	403	15,9
TOTAL	2529	100

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

Conforme descrito em seção anterior desse trabalho, alguns sintomas mostraram-se mais comuns para os casos de infecção por COVID-19. Dentre os 2529 pacientes internados em um hospital de referência no município de Arapiraca, os sintomas mais relatados serão apresentados na Tabela 2.

Entre os pacientes internados, 62% (n= 1569) apresentaram febre como um dos sinais e sintomas da COVID-19. Do total de 2529 fichas, o registro sobre a presença de febre foi ignorado em 921, o que corresponde um percentual de 36,4%.

Para o sintoma “tosse”, verificou-se como resposta positiva um total de 2131 pacientes, gerando um percentual de 84,3%. Aqueles pacientes que informaram não ter tosse, representam apenas um número de 28 pessoas, o equivalente a 1,1%. E, como dados ignorados temos 370 fichas não respondidas no quesito tosse, o que representa um percentual de 14,6%.

O sintoma “dor de garganta” foi mencionado por 113 pacientes internados (4,5%). Os que informaram não apresentar dor de garganta foram 143 pacientes (5,7%). Já para dado ignorado, foi observado o quantitativo de 2273 fichas não preenchidas para esse sintoma (89,9%).

A presença de dispneia foi observada em 77,1% (n= 1951) dos pacientes internados, enquanto apenas 0,7% (n= 17) não apresentou esse sintoma e em 22,2% (n= 561) das fichas, essa informação foi ignorada.

A presença de desconforto respiratório foi registrada em 13,9% (n= 352) das fichas de notificação. E, para dados ignorados desse sinal/sintoma foram encontradas 2156 fichas não preenchidas (85,3%).

Pacientes que apresentaram saturação de O₂ baixa – ou seja, saturação com valor menor que 95% - somam o número de 1158, com a significativa porcentagem de 45,8%. Pacientes que não apresentaram baixa saturação foram 14 (0,6%). Como dados ignorados, foi observada a presença de 1357 fichas que não assinalaram esse sinal/sintoma, o que representa um percentual de 53,7%.

As fichas que marcam positivo para sinal/sintoma de diarreia são as de 416 pacientes (16,4%), aqueles que não apresentaram diarreia foram 159 pacientes (6,3%) e o número de ignorados para esse dado foi de 1964 (77,3%). Já os pacientes que apresentaram episódios de vômitos foram 33 (1,3%), os que não relataram esse sintoma foram 205 (8,1%) e para dados ignorados tem-se um número de 2291 (90,6%).

Tabela 2 – Sinais e sintomas dos pacientes internados por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
Febre		
Sim	1569	62
Não	39	1,5
Ignorado	921	36,4
Tosse		
Sim	2131	84,3
Não	28	1,1
Ignorado	370	14,6
Dor de garganta		
Sim	113	4,5
Não	143	5,7
Ignorado	2273	89,9
Dispneia		
Sim	1951	77,1
Não	17	0,7
Ignorado	561	22,2
Desconforto respiratório		
Sim	352	13,9
Não	21	0,8
Ignorado	2156	85,3
Saturação baixa O₂<95%		
Sim	1158	45,8

Não	14	0,6
Ignorado	1357	53,7
Diarreia		
Sim	416	16,4
Não	159	6,3
Ignorado	1964	77,3
Vômito		
Sim	33	1,3
Não	205	8,1
Ignorado	2291	90,6
TOTAL	2529	100

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

Na Tabela 3, são apresentados os dados referentes à presença de comorbidades entre os pacientes internados por SRAG, causada por COVID-19. No que diz respeito à presença de diabetes, observa-se que 24,6% (n= 623) dos pacientes informaram apresentar essa comorbidade.

Pacientes portadores de HAS foram 904 (36,91%), os que não apresentam HAS 1545 (63,09%) e para fichas com dados ignorados têm-se o total de 80 (0,2%).

A presença de asma entre os pacientes hospitalizados foi registrada em 1,7% (n= 43) das fichas, enquanto em 92,8% (n= 2346) das fichas o registro dessa informação estava ignorado. Já em relação ao registro de pacientes que apresentavam obesidade – IMC maior ou igual a 30, conforme a OMS – obteve-se as seguintes frequências: 167 pacientes obesos (6,6%), 135 pacientes não obesos (5,3%) e 2227 fichas com esse dado ignorado (88,1%).

Tabela 3 – Presença de comorbidades em pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
Diabetes		
Sim	623	24,6
Não	1905	75,3
Ignorado	1	0,0
HAS		
Sim	904	36,91
Não	1545	63,09
Ignorado	80	0,2
Asma		
Sim	43	1,7
Não	140	5,5
Ignorado	2346	92,8

Obesidade		
Sim	167	6,6
Não	135	5,3
Ignorado	2227	88,1
Fator de risco		
Sim	1502	61,33
Não	947	38,67
Ignorado	80	
TOTAL	2529	100

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

A tabela a seguir (Tabela 4) apresenta os dados referentes à necessidade de suporte ventilatório e de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Conforme registrado nas fichas do SIVEP Gripe, a maior parte (68,9%) dos pacientes hospitalizados por SRAG necessitaram de suporte ventilatório. Desses, 12,9% (n= 326) necessitaram de suporte ventilatório invasivo e 56% (n= 1415) receberam suporte ventilatório não invasivo. Apenas 2,1% (n= 54) dos pacientes não necessitaram de qualquer tipo de suporte ventilatório. E em 734 fichas (29%), esses dados estavam ignorados.

Durante o processo de internamento, 1051 pacientes necessitaram dos cuidados da UTI – o que corresponde a um percentual de 41,6%. Aqueles que não necessitaram foram 546 pacientes (21,6%). Como número de fichas com esse dado ignorado temos o corresponde a 932 fichas (36,9%).

Tabela 4 – Necessidade de suporte ventilatório ou Unidade de Terapia Intensiva em pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
Suporte Ventilatório		
Invasivo	326	12,9
Não invasivo	1415	56,0
Não houve necessidade	54	2,1
Ignorado	734	29,0
intensiva		
Sim	1051	41,6
Não	546	21,6
Ignorado	932	36,9
TOTAL	2529	100

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

Através da análise de fichas, também foi possível estudar o número de óbitos causados por SRAG. Esses dados são demonstrados na Tabela 5.

Dentre os 2529 pacientes internos, 728 pacientes evoluíram para óbito – com percentual correspondente a 28,8%. Aqueles que sobreviveram e tiveram alta hospitalar foram 1721 (68,1%) e em 80 fichas (3,2%), esse dado estava ignorado.

Tabela 5 – Evolução para óbito em pacientes internos por SRAG causado por Covid-19 no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.

VARIÁVEL	N	%
Evolução para óbito		
Sim	728	28,8
Não	1721	68,1
Ignorado	80	3,2
TOTAL	2529	100

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

Os resultados apresentados a seguir dizem respeito ao perfil de óbitos entre os pacientes hospitalizados por SRAG causada por COVID- 19 e suas associações.

Como demonstra a Tabela 6, para a variável sexo o número de óbitos foi de 410 pacientes do sexo masculino (56,4%) e 317 pacientes do sexo feminino (43,6%). Desse modo, o percentual de óbitos de pacientes do sexo masculino foi superior. No entanto, o fator sexo isoladamente não faz associação com óbito por COVID-19, pois não houve significância estatística, como demonstra resultado de $p=0,394$.

Para a variável zona/área em que reside, observa-se que 471 pacientes que evoluíram para óbito moravam na zona urbana (74,41%) e 162 pacientes que evoluíram para óbito residiam em áreas rurais (25,69%). Assim, o percentual de óbitos em pacientes da zona urbana foi maior, quando comparado àqueles que residiam em área rural. Porém, a variável “zona/área que reside” também não apresentou associação com os óbitos, o que pode ser observado pelo valor de $p=0,187$.

A dispneia é um sintoma comum para pacientes infectados por COVID-19 e que evoluem para SRAG. Dos 1889 pacientes que apresentaram dispneia, 604 evoluíram para óbito. Com um resultado de $p=0,770$ pode-se inferir que a variável “dispneia” isoladamente também não apresenta significância para ser associada a óbito.

Aqueles pacientes que possuíam algum fator de risco para agravamento da COVID-19 somaram o número de 1502 para essa análise. Dentre o total de 728 óbitos entre os anos de 2020 e 2021 por SRAG nesse hospital de referência, 519 pacientes que faleceram possuíam algum fator de risco – o que corresponde ao percentual de 71,29% do total de óbitos – os 209 pacientes que também evoluíram para óbito, não apresentava nenhum fator de risco – percentual correspondente a 28,71% -. Conforme análise, obteve-se como resultado $p < 0,001$, demonstrando assim que possuir fator de risco tem associação com óbito, ou seja, aqueles que possuem fator de risco, morrem mais do que aqueles que não apresentam fatores de risco.

Do total de pacientes internados, 602 eram portadores de Diabetes Mellitus. Dentre os 728 óbitos, 238 pacientes que eram portadores de Diabetes Mellitus evoluíram para óbito (32,69%). A comorbidade diabetes também teve associação com óbito como demonstrado pelo valor de $p < 0,001$.

Continuando a análise para algum tipo de comorbidade, 904 pacientes internados apresentavam HAS. Desses, 298 evoluíram para óbito, o que corresponde a um percentual de 40,93% do total de óbitos. Observa-se que a presença de hipertensão arterial sistêmica apresentou associação estatística com o óbito por SRAG causada por COVID-19 ($p = 0,007$).

Entre os pacientes que necessitaram de cuidados de UTI (1023 pacientes), 63,6% ($n = 651$) evoluíram para o óbito. Esse valor de 651 óbitos, corresponde a 94,08% dos óbitos totais. Ou seja, apenas 5,92% dos pacientes que faleceram não passaram pela UTI. O que também podemos que inferir que a maioria dos pacientes que evoluíram para o óbito, necessitaram de suporte de UTI. Observa-se que a necessidade de cuidados intensivos apresentou associação com o óbito ($p < 0,001$).

Considerando a necessidade geral de suporte ventilatório - invasivos e não invasivos – observa-se que 98,63% ($n = 577$) dos pacientes que evoluíram ao óbito necessitaram desse recurso. A necessidade de suporte ventilatório apresentou associação estatística com o óbito ($p = 0,009$).

Desse modo, o resultado $p = 0,009$, demonstra que a variável uso de suporte ventilatório tem associação com óbito.

Tabela 6- Fatores associados ao óbito por SRAG causado por Covid-19 entre pacientes internados no Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly. Arapiraca, Alagoas, 2020 a 2021.

Variável	Óbito		Sobrevivente		Total		OR IC (95%)	P
	N	%	N	%	N	%		
Sexo							0,926(0,777-1,1042)	0,394
Masculino	410	56,4	1002	58,3	1412	57,7		
Feminino	317	43,6	718	41,7	1035	42,3		
Área em que reside							1,1533(0,9328-1,4261)	0,187
Urbana	471	74,41	1026	71,60	1497	72,46		
Rural	162	25,69	407	28,40	569	27,54		
Dispneia							0,8617 (0,3172-2,3411)	0,770
Sim	604	99,2	1285	99,15	1889	99,11		
Não	6	0,98	11	0,85	17	0,89		
Fator de risco							1,8643 (1,5467-2,2473)	<0,001
Sim	519	71,29	983	57,12	1502	61,33		
Não	209	28,71	738	42,88	947	38,67		
Diabetes							1,8094 (1,4914-2,1953)	<0,001
Sim	238	32,69	364	21,16	602	24,59		
Não	490	67,31	1356	78,84	1846	75,41		
Hipertensão arterial sistêmica							1,2751(1,0674-1,5232)	0,007
Sim	298	40,93	606	35,21	904	36,91		

Não	430	59,07	1115	64,79	1545	63,09		
UTI							20,7866 (14,7474 - 29,2988)	<0,001
Sim	651	94,08	372	43,31	1023	65,96		
Não	41	5,92	487	56,69	528	34,04		
Uso de suporte ventilatório							2,6379 (1,2285-5,6643)	0,009
Sim	577	98,63	1121	96,47	1698	97,20		
Não	8	1,37	41	3,53	49	2,80		

Fonte: Autora da pesquisa (2023).

6 DISCUSSÃO

A partir dos dados disponibilizados pelas fichas de internação por SRAG causada pela COVID-19 de pacientes internados no hospital Dr. Daniel Houly, no Município de Arapiraca, Alagoas, buscou-se analisar o perfil epidemiológico desses pacientes, a frequência de óbitos e as possíveis associações a esse desfecho. No entanto, uma barreira encontrada para um melhor desenvolvimento dessa pesquisa foi o número alto de dados ignorados nas fichas, o que dificultou a análise detalhada de algumas variáveis.

Vale ressaltar que a divulgação de documentos oficiais com alto número de dados ignorados impede o adequado monitoramento dos casos, bem como uma efetiva análise epidemiológica. Desse modo, é fundamental o comprometimento dos profissionais com o adequado preenchimento dos dados, visando a qualidade da divulgação de dados (ARAÚJO, *et al.*, 2021).

O presente estudo demonstrou que a maioria dos pacientes internados por SRAG foram os homens (57,5%). Essa mesma proporção foi seguida no quesito óbito, quando demonstrado que do total de óbitos, os homens morreram em maior percentual (56,4%) quando comparados aos óbitos ocorridos no sexo feminino (43,6%). Esse fato segue a tendência mundial, conforme descreve Scully (2020), foram evidenciados na China uma proporção maior dos casos graves e mortalidade de COVID-19 entre homens, bem como na Coreia do Sul e nos Estados Unidos. Esse fato pode ser explicado pelo comportamento social adotado pelos homens. De modo geral, os homens apresentam mais hábitos de risco - como tabagismo -, possuem mais comorbidades e demoram mais para procurar os serviços de saúde (MENG, 2020).

No que diz respeito à variável raça, as análises foram limitadas. Esse fato ocorreu, pois, o percentual de dados ignorados foi alto (42,5%). No entanto, dentre as fichas preenchidas o maior número de internos por SRAG desse estudo foi declarado como pertencente à raça/cor da pele parda (45,2%). Os 12,3% restantes foram distribuídos entre as raças/etnias branca, preta, amarela e indígena. Desse modo, ficou inviável fazer a aplicação dos testes para cálculos de associação com o óbito. Porém, conforme descreve Duarte (2022), sabe-se que a predominância das raças se

modifica de acordo com a região analisada, podendo haver divergências de prevalência.

Todavia, um estudo que buscou descrever a morbimortalidade pela COVID-19 segundo raça/cor/etnia no Brasil e nos Estados Unidos, analisou os BE divulgados pelos órgãos responsáveis de cada país, no período de março a julho de 2020. Primeiramente foi constatado que os primeiros BE não divulgavam os dados de infecção e óbitos descrevendo a raça/cor/etnia dos pacientes, assim, não era possível uma análise efetiva sobre a infecção por covid-19 nas diferentes raças. Após a divulgação mais minuciosa dos dados oficiais – em meados do mês de maio-, foi possível constatar que nesses países, marcados pela desigualdade social, os pardos e negros foram afetados de em maior número de contaminação e de óbitos, do que quando comparados a população não-negra. (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Um outro estudo buscou analisar os dados estatísticos concernente à desigualdade racial no Brasil durante o período pandêmico da Covid-19. Essa pesquisa também foi fundamentada através de dados oficiais do MS. Esse estudo apontou que em maio de 2020, o bairro Brasilândia, situado na cidade de São Paulo, que é composto por uma população majoritariamente negra (maior que 50%) apresentou o maior número de casos de covid e conseqüentemente, de óbitos pela mesma doença. Na contramão desses dados, os bairros com a população em maioria composta por brancos, apresentou menos número de infecções e mortes por COVID-19. Esse cenário pode ser explicado pela assimetria social do Brasil, associadas a raça/cor, em que os negros ainda ocupam em maior número o setor de serviços, ou seja, trabalhadores domésticos, construção civil e agricultura. São ainda os mais dependentes de transportes coletivos e possuem os menores rendimentos salariais. Já os brancos, se expuseram menos a infecção por COVID-19, possivelmente, por apresentarem uma ocupação que não os expunham tanto ao vírus, residem em lugares menos aglomerados e possuem os melhores rendimentos salariais (SANTOS; SILVA, 2022).

Em agosto de 2020, conforme dados publicados pelo MS, os óbitos por SRAG entre negros aconteciam em uma proporção de uma morte a cada três hospitalizados; em contrapartida, entre brancos, a ocorrência de óbitos para o mesmo período – agosto de 2020- foi de uma morte a cada 4,4 hospitalizações (SANTOS; SILVA, 2022).

Para a variável zona/área em que reside, percebeu-se uma tendência maior para os internos por SRAG que residiam em zona urbana (60,7%). Esse fato pode ser explicado pois, as zonas urbanas além de apresentarem maior densidade populacional, abrigam comércios, bancos, empresas, hospitais, ou seja, instituições que mesmo diante de uma pandemia recebem o maior fluxo de pessoas por tratar-se de serviços essenciais (SUÁREZ, 2022).

Com relação aos sintomas, o presente estudo demonstrou que o mais relatado foi tosse (84,3%), seguido de dispneia (77,1%) e febre (62%). Os demais sintomas contidos nas fichas, tiveram um grande número de dados ignorados, no entanto, ainda foi mencionado saturação de O₂ baixa $\leq 95\%$ (45,8%), diarreia (16,4%), desconforto respiratório (13,9%), dor de garganta (4,5%) e vômitos (1,3%). Outros dois estudos que analisaram os sintomas de COVID-19 apresentaram resultados semelhantes. Um deles, também analisou fichas de internamentos por COVID-19 em um município do estado do Paraná e descreveu que os sintomas mais comuns entre os pacientes dessa cidade foram: tosse (74,4%), seguido de dispneia (56,3%), baixa saturação (48,3%), febre (47,1%) e mialgia (37,4%) (DUARTE, 2022). No segundo estudo, realizado no estado de Pernambuco com uma amostra de 7.486 pacientes, os sintomas mais predominantes foram tosse (64,9%), seguidos de febre, (58,8%) dispneia (50,4%) e saturação periférica de O₂ $\leq 95\%$ (34,9%) (LIMA *et al.*, 2021).

Neste estudo, observou-se que os fatores de risco mais citados foram HAS (36,91%), Diabetes (24,6%), asma e obesidade. No entanto, vale ressaltar que para essas variáveis, tivemos um alto número de dados ignorados. Dentre os dados captados, verificou-se que HAS foi a comorbidade mais mencionada (904 pacientes). Desses 904 pacientes com HAS, 298 evoluíram para óbito correspondendo a um percentual de 40,93%. Desse modo, a comorbidade HAS apresentou associação com óbito por ter demonstrado um valor de $p < 0,007$. Esses dados se assemelham com estudo realizado no Piauí, onde 70% dos pacientes eram hipertensos e 39% eram portadores de Diabetes Mellitus (DM), (PEREIRA *et al.*, 2021). Também apresentam associação com um outro estudo realizado em São Paulo em que houve predominância de HAS em 59% dos casos, seguido por DM (42,8%) e obesidade (12%) (LORENZ *et al.*, 2021). Diante desses dados, é possível observar que o fator comorbidade associada ao Covid-19 aumenta significativamente o risco de morte pela doença. Feitoza *et al.*, 2020 relata em sua pesquisa que até o mês de abril de 2020 –

no início da pandemia-, já era possível observar que ao menos 70% dos pacientes que evoluíram para óbito possuíam algum fator de risco associado. Outra análise demonstrou que pacientes que não possuem fator de risco, possuem 99,4% de chances de sobrevivência, enquanto que pessoas com algum fator de risco associado possuem apenas 86,4%, elevando em 9% o risco de óbito.

No que tange a respeito ao leito de internação, constatou-se através desse estudo que dos 2529 pacientes admitidos no HEDH, 41,6% necessitou do suporte de UTI. Outros 21,6% utilizaram as enfermarias e 36,9% dos pacientes tiveram esse dado ignorado em sua ficha. Uma análise realizada na cidade de Montes Claros no ano de 2020, traz dados semelhantes para os números de internação em UTI, onde UTI apresentou a maior taxa de 47% de taxa de internamento. Já para leitos clínicos, foi mencionando uma porcentagem de 42% (SOARES *et al.*, 2020). No entanto, não podemos associar os leitos de enfermaria devido ao alto número de dados ignorados podendo assim esses dados se aproximarem ou afastarem dos dados que a pesquisa menciona.

No que concerne à necessidade de UTI e a associação com óbito, a presente pesquisa mostrou que dos 1023 pacientes que necessitaram de UTI, 63,6% (651) evoluíram para óbito. Em outro panorama, do total de óbitos ocorridos (692), 94,08% passaram pela UTI (651). A associação ao óbito foi demonstrada por um resultado de $p < 0,001$. Comparando este achado com o de uma pesquisa que descreveu os dados de óbitos por SRAG no Brasil, baseada em dados do MS no ano de 2020, Batista (2020) refere que a média de óbitos de pacientes internados em UTI no Brasil - considerando hospitais públicos e privados - foi de 65,3%. Desse modo, os dados aqui informados para óbitos em pacientes de UTI do Hospital Dr. Daniel Houly são semelhantes aos dos estudos aqui citados.

Para o uso de suporte ventilatório, esta pesquisa mostrou que dos 2529 pacientes internos por SRAG no HEDH, 12,9% necessitaram de suporte invasivo, 56% de suporte ventilatório não invasivo, 2,1% não necessitou de nenhum tipo de suporte ventilatório e 29% tiveram esse dado ignorado em suas fichas de notificação. Quando associamos esses dados aos óbitos, percebemos que 98,63% dos pacientes que evoluíram a óbito utilizaram algum tipo de suporte ventilatório, apresentado associação estatística. Uma análise de um estudo epidemiológico que pesquisou os internamentos por SRAG em UTIs do Brasil através dos boletins epidemiológicos do

MS em determinado espaço de tempo de 2020, mostra resultados que não se assemelham a essa pesquisa. Foi demonstrado que dos pacientes internados, 41,6% fez uso de suporte ventilatório, destes, 61,1% com ventilação invasiva. O desfecho de óbito ocorreu em 53,8% dos casos (FRANÇA, 2021).

Nesse sentido, após o estudo dos pacientes internados por SRAG no HEDH foi possível compreender o perfil epidemiológico desse público. Dessa forma, acredita-se que o presente estudo garante mais um meio de acesso à informação sobre a Covid-19, podendo aumentar o debate sobre o tema e subsidiar a tomada de decisões a esse respeito. Foi percebido durante algumas comparações com outros estudos que em algumas variáveis, o perfil dos pacientes, bem como as necessidades de suporte de saúde não seguiram o mesmo padrão de outros estudos. No entanto, é importante salientar houve uma limitação nessa pesquisa, devido ao grande número de dados ignorados e a incompletude das informações das fichas individuais dos pacientes, impossibilitando uma discussão mais precisa dos resultados.

7 CONCLUSÃO

Diante desse estudo, é possível inferir que o perfil epidemiológico dos pacientes internados por SRAG em um hospital de referência do município de Arapiraca apresentam resultados semelhantes a outros estudos de mesma linha. Foram internados mais homens por SRAG, pessoas pardas se internaram em maior número e os pacientes residiam em sua maioria na zona urbana. Os principais sinais e sintomas observados e descritos foram: tosse, febre, dispneia e baixa saturação de O₂. As comorbidades mais descritas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade. Dos pacientes internos, um elevado número necessitou de suporte ventilatório, sendo a modalidade não invasiva a mais utilizada. Do mesmo modo, um maior quantitativo de paciente precisou dos cuidados de Unidade de Terapia Intensiva.

Com relação ao desfecho dos casos, a maioria dos pacientes internados receberam alta. No entanto, 728 pacientes evoluíram para óbito. Destes, pode-se constatar que a prevalência dos óbitos ocorreu no sexo masculino, em residentes de zona urbana, em pacientes que possuíam algum fator de risco, como a presença de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, aqueles que necessitaram de UTI e que utilizaram algum tipo de suporte ventilatório.

Houve associação entre os óbitos e as seguintes variáveis: presença de um fator de risco, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, necessidade de internamento em UTI e necessidade de suporte ventilatório.

Vale dar ênfase a limitação dos registros de informações, como dados ignoradas em algumas variáveis, impossibilitando a melhor análise e um perfil epidemiológico mais abrangente dos citados pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. S.; CARDOSO, J. A., Cordeiro, E. C., Lemos, M., Araújo, T. M. E. & Sardinha, A. H. L. Caracterização epidemiológica dos casos de covid-19 no maranhão: Uma breve análise. , 6:10477. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Joelson-Almeida-2/publication/341686254_EPIDEMIOLOGICAL_CHARACTERIZATION_OF_COVID-19_CASES_IN_MARANHAO_A_BRIEF_ANALYSIS/links/5ed3995b4585152945220239/EPIDEMIOLOGICAL-CHARACTERIZATION-OF-COVID-19-CASES-IN-MARANHAO-A-BRIEF-ANALYSIS.pdf . Acesso em: 06 nov. 2022.
- ARAÚJO, Edna Maria de *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 191-205, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe4/191-205/pt> . Acesso em: 22 fev. 2023.
- BATISTA, Amanda *et al.* Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. **Núcleo de Operações E Inteligência Em Saúde (NOIS)**, 2020. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.
- BEE, Grega Rúbia *et al.* Vacinas contra COVID-19 disponíveis no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 6246-6263, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/43157>. Acesso em: 09 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil: painel de casos de doenças pelo coronavírus 2019 (COVID-19) Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/coronavirus/> . Acesso em 10 mai. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil: Boletim epidemiológico n 01. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos-1/jan/boletim-epidemiologico-svs-04fev20.pdf>. Acesso em 10 mai. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Situação epidemiológica da COVID-19-Doença pelo coronavírus - Semana Epidemiológica 52 (25 a 31/12). 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-146-boletim-coe-coronavirus/view> . Acesso em: 05 mar. 2023.
- CARVALHO, Carolina Abreu de *et al.* Epidemiologia: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/una-9070>. Acesso: 15 de nov. 2022.
- CAVALCANTE, João Roberto *et al.* COVID-19 en Brasil: evolución de la epidemia hasta la semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**,

v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/v29n4/2237-9622-ress-29-04-e2020376.pdf> . Acesso: 05 de jan. 2023.

CHHIKARA, Bhupender S. *et al.* Corona virus SARS-CoV-2 disease COVID-19: Infection, prevention and clinical advances of the prospective chemical drug therapeutics. **Chemical Biology Letters**, v. 7, n. 1, p. 63-72, 2020. Disponível em: <https://www.pubs.thesciencein.org/journal/index.php/cbl/article/view/182> . Acesso em: 14 de out. 2022.

FRANÇA, Nathália Moreir de Almeida *et al.* Síndrome Respiratória Aguda Grave por covid-19: perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva no Brasil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 25, p. 101147, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7936732/>. Acesso: 05 de fev. 2023.

ALVARENGA, Milena Soares de; LOURENÇO, Richardson Gabriel da Silva; MOREIRA, Lucas Lucas Moura dos Santos. Situação do covid-19 e sua progressão no município de Araguaína, Tocantins, Brasil. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 20, 2020. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/759> . Acesso em: 05 de fev. 2023.

DUARTE, Viviane *et al.* Perfil epidemiológico de óbitos decorrentes da Covid-19 em um município do sudoeste do Paraná. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, p. 350-366, 2022. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/8724/4287> . Acesso em 28 jan. 2023.

EMMERICH, Francisco G. Comparisons between the neighboring States of Amazonas and Pará in Brazil in the second wave of COVID-19 outbreak and a possible role of early ambulatory treatment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 7, p. 3371, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33805135/> . Acesso em: 05 de mar. 2023.

FEITOZA, Thércia Mayara Oliveira *et al.* Comorbidades e Covid-19. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, v. 8, n. 3, p. 711-723, 2020. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/800> . Acesso em 01 de fev. 2023.

FREITAS, André Ricardo Ribas; GIOVANETTI, Marta; ALCÂNTARA, Luiz Carlos Júnior. Variantes emergentes do SARS-CoV-2 e suas implicações para a saúde pública. Revista Interamericana de Medicina e Saúde , v. 4, 2021. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/181>. Acesso em: 2 de fev. 2023.

SUÁREZ, Derlin Gamboa *et al.* Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes confirmados con COVID-19. **Multimed**, v. 26, n. 1, 2022. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100004 . Acesso em 07 fev. 2023.

LIMA, Andrio Ribeiro; MAIA, Hyan de Oliveira; BELO, Paloma Kelly de Souza. Caracterização epidemiológica dos casos de covid-19 no mundo e Brasil. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 4, p. 61-73, 2020. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/225> . Acesso em: 18 out. 2022.

LIMA, Tiago Pessoa Ferreira *et al.* Previsão de óbito e importância de características clínicas em idosos com COVID-19 utilizando o Algoritmo Random Forest. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 445-451, 2021. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-38292021000300445&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 01 fev. 2023.

LORENZ, Camila *et al.* COVID-19 no estado de São Paulo: a evolução de uma pandemia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/scMYQN96Dx5nJzNmRrDFYTM/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 04 dez. 2022.

MENG, Yifan *et al.* Características clínicas específicas do sexo e prognóstico da infecção por doença de coronavírus-19 em Wuhan, China: um estudo retrospectivo de 168 pacientes graves. **Patógenos PLoS** , v. 16, n. 4, pág. e1008520, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1008520> . Acesso em 06 fev 2023.

MUIÑOS, Pablo Jose Antunez *et al.* The COVID-19 lab score: an accurate dynamic tool to predict in-hospital outcomes in COVID-19 patients. **Scientific reports**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-88679-6> . Acesso em: 01 fev. 2023.

PATEL, Aniruddh P. *et al.* Raça, privação socioeconômica e hospitalização por COVID-19 em participantes ingleses de um biobanco nacional. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-020-01227-y> . Acesso em: 30 jan, 2023.

PEREIRA, Ester Miranda. *et al.* Perfil Epidemiológico dos óbitos acumulados por COVID-19 em 2020, Piauí, Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 39526-39535, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/28366> . Acesso em: 04 de jan. 2023.

SANTOS, Fernanda Barros dos; SILVA, Sergio Luiz Baptista da. Gênero, raça e classe no Brasil: os efeitos do racismo estrutural e institucional na vida da população negra durante a pandemia da covid-19. **Revista Direito e Práxis**, v. 13, p. 1847-1873, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/QBBynWtkgc7jCssMMFHvZwWm/?lang=pt&format=pdf> . Acesso em: 23 fev. 2023.

SAXENA, Sonal *et al.* Clinical characteristic and epidemiological features of SARS CoV-2 disease patients from a COVID-19 designated hospital in New Delhi. **Journal of medical virology**, v. 93, n. 4, p. 2487-2492, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.26777> . Acesso em: 15 jan. 2023.

SCULLY, Eileen P. *et al.* Considerando como o sexo biológico afeta as respostas imunes e os resultados do COVID-19. **Nature Reviews Immunology** , v. 20, n. 7, pág. 442-447, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0348-8> . Acesso em: 07 fev. de 2023.

SILVA, Daylane Fernande; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Epidemiologia da COVID-19: comparação entre boletins epidemiológicos. **Comunicação Em Ciências Da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jmv.26777> . Acesso em: 15 fev. 2023.

SOARES, Kamila Teles *et al.* Perfil epidemiológico da COVID-19: um paralelo entre Montes Claros, Minas Gerais e Brasil. **Revista Unimontes Científica**, v. 22, n. 2, p. 1-23, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/3312> . Acesso em: 08 jan. 2023.

SOUZA, Carlos Dornels Freire de; LEAL, Thiago Cavalcanti; SANTOS, Lucas Gomes. Doenças do Aparelho Circulatório em Indivíduos com COVID-19: Descrição do Perfil Clínico e Epidemiológico de 197 Óbitos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, n. 2, p. 281-283, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/3nvkFs9ywYmttw3hPvMP6Kz/?lang=pt> . Acesso em: 01 fev. 2023.

SOUZA, Larissa Gonçalves; RANDOW, Raquel; SIVIERO, Pamila Cristina Lima. Reflexões em tempos de COVID-19: diferenciais por sexo e idade. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, p. 75-83, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/672> . Acesso: 15 dez. 2022.

WALKER, Patrick GT *et al.* O impacto do COVID-19 e estratégias de mitigação e supressão em países de baixa e média renda. **Ciência**, v. 369, n. 6502, pág. 413-422, 2020. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/77735> . Acesso: 06 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 51**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10 . Acesso em: 06 jun. 2021

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

APÊNDICE 1

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr.

Solicito autorização institucional para realização da pesquisa intitulada “**Perfil epidemiológico de pacientes admitidos por Síndrome Respiratória Aguda Grave em um hospital público de referência no município de Arapiraca**” a ser realizada por **Louise Maria Lúcio de Araújo Mota**, aluna de graduação de enfermagem sob orientação da Professora Dra. **Ana Paula Nogueira de a Magalhães**, nesta instituição.

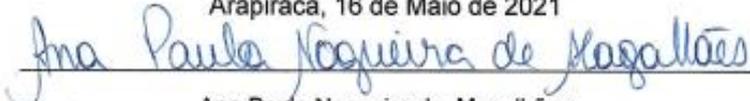
A referida pesquisa terá como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos por Síndrome Respiratória Aguda Grave atendidos por esta instituição.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração deste Comando, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

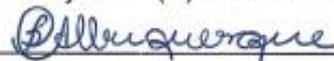
Arapiraca, 16 de Maio de 2021



Ana Paula Nogueira de Magalhães

Pesquisadora

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação



Diretor(a) Geral do Hospital Dr. Daniel Houly

ANEXO B – FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL

		Nº		
 MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		SIVEP Gripe - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA GRIPE FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO- 05/03/2021		
CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO): Indivíduo com *SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto. (*SG: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos). Para efeito de notificação no Sivep-Gripe, devem ser considerados os casos de SRAG hospitalizados ou os óbitos por SRAG independente de hospitalização.				
1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1ºs sintomas	
3	UF: ___ ___	4	Município: _____	
		Código (IBGE): ___ ___ ___ ___ ___ ___		
5	Unidade de Saúde: _____	Código (CNES): ___ ___ ___ ___ ___ ___		
Dados do Paciente	6	CPF do cidadão: ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___		
	7	Nome: _____		
	8	Sexo: ___ ___ 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign		
	9	Data de nascimento: ___ ___ ___	10	(Ou) Idade: ___ ___ ___ 1-Dia 2-Mês 3-Ano ___ ___ ___
	11	Gestante: ___ ___ 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado		
	12	Raça/Cor: ___ ___ 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
	13	Se indígena, qual etnia? _____		
14	É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) ___ ___ Sim ___ ___ Não			
15	Se sim, qual? _____			
16	Escolaridade: ___ ___ 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) 2-Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) 3-Médio (1º ao 3º ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
17	Ocupação: _____	18	Nome da mãe: _____	
Dados de residência	19	CEP: ___ ___ ___ ___ ___ ___		
	20	UF: ___ ___	21	Município: _____
			Código (IBGE): ___ ___ ___ ___ ___ ___	
	22	Bairro: _____	23	Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____
			24	Nº: _____
	25	Complemento (apto, casa, etc.): _____		26
27	Zona: ___ ___ ___ 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado	28	País: (se residente fora do Brasil) _____	
29	Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ign			
30	Se sim: Qual país? _____	31	Em qual local? _____	
32	Data da viagem: ___ ___ ___	33	Data do retorno: ___ ___ ___	
34	É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
35	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
36	Paciente trabalha ou tem contato direto com aves, suínos, ou outro animal? ___ ___ 1-Sim 2-Não ___ ___ 3- Outro, qual _____ 9-Ignorado			
Dados Clínicos e Epidemiológicos	37	Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ___ ___ Febre ___ ___ Tosse ___ ___ Dor de Garganta ___ ___ Dispneia ___ ___ Desconforto Respiratório ___ ___ Saturação O ₂ < 95% ___ ___ Diarreia ___ ___ Vômito ___ ___ Dor abdominal ___ ___ Fadiga ___ ___ Perda do olfato ___ ___ Perda do paladar ___ ___ Outros _____		
	38	Possui fatores de risco/comorbidades? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual(is)? (Marcar X) ___ ___ Puérpera (até 45 dias do parto) ___ ___ Doença Cardiovascular Crônica ___ ___ Doença Hematológica Crônica ___ ___ Síndrome de Down ___ ___ Doença Hepática Crônica ___ ___ Asma ___ ___ Diabetes mellitus ___ ___ Doença Neurológica Crônica ___ ___ Outra Pneumopatia Crônica ___ ___ Imunodeficiência/Imunodepressão ___ ___ Doença Renal Crônica ___ ___ Obesidade, IMC ___ ___ ___ ___ Outros _____		
	39	Recebeu vacina contra Gripe na última campanha? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
	40	Data da vacinação: ___ ___ ___		
	Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, data: ___ ___ ___ a mãe amamenta a criança? ___ ___ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
	Se >= 6 meses e <= 8 anos: Data da dose única 1/1: ___ ___ ___ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores) Data da 1ª dose: ___ ___ ___ (1ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez) Data da 2ª dose: ___ ___ ___ (2ª dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Dados de Atendimento	41	Usou antiviral para gripe? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	42	Qual antiviral? _ _ 1-Oseltamivir 2-Zanamivir 3-Outro, especifique: _____	43	Data início do tratamento _ _ _ _ _
	44	Houve internação? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	45	Data da internação por SRAG: _ _ _ _ _	46	UF de internação: _ _
	47	Município de internação: _____	Código (IBGE): _ _ _ _ _ _ _ _			
	48	Unidade de Saúde de internação: _____	Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _ _			
	49	Internado em UTI? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	50	Data da entrada na UTI: _ _ _ _ _	51	Data da saída da UTI: _ _ _ _ _
	52	Uso de suporte ventilatório: _ _ 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo 3-Não 9-Ignorado	53	Raio X de Tórax: _ _ 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	54	Data do Raio X: _ _ _ _ _
	55	Aspecto Tomografia _ _ 1-Típico COVID-19 2-Indeterminado COVID-19 3-Atípico COVID-19 4-Negativo para Pneumonia 5-Outro _____ 6-Não realizado 9-Ignorado	56 Data da tomografia: _ _ _ _ _			
57	Coletou amostra _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	58	Data da coleta: _ _ _ _ _	59	Tipo de amostra: _ _ 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Bronco-alveolar 3-Tecido <i>post-mortem</i> 4-Outra, qual? _____ 5-LCR 9-Ignorado	
Dados Laboratoriais	60	Nº Requisição do GAL: _____			61	Tipo do teste para pesquisa de antígenos virais: _ _ 1-Imunofluorescência (IF) 2-Teste rápido antigênico
	62	Data do resultado da pesquisa de antígenos: _ _ _ _ _			63	Resultado da Teste antigênico: _ _ 1-positivo 2-Negativo 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado
	64	Laboratório que realizou o Teste antigênico: _____				Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _
	65	Agente Etiológico - Teste antigênico: Positivo para Influenza? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ _ 1- Influenza A 2- Influenza B Positivo para outros vírus? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios qual(is)? (marcar X) _ _ SARS-CoV-2 _ _ Vírus Sincicial Respiratório _ _ Parainfluenza 1 _ _ Parainfluenza 2 _ _ Parainfluenza 3 _ _ Adenovírus _ _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	66	Resultado da RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _ _ 1-Detectável 2-Não Detectável 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguardando resultado 9-Ignorado			67	Data do resultado RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _ _ _ _ _ _
	68	Agente Etiológico - RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: Positivo para Influenza? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se sim, qual influenza? _ _ 1- Influenza A 2- Influenza B Influenza A, qual subtipo? _ _ 1-Influenza A(H1N1)pdm09 2-Influenza A/H3N2 3-Influenza A não subtipado 4-Influenza A não subtipável 5-Inconclusivo 6-Outro, especifique: _____ Influenza B, qual linhagem? _ _ 1-Victoria 2-Yamagata 3-Não realizado 4-Inconclusivo 5-Outro, especifique: _____ Positivo para outros vírus? _ _ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Se outros vírus respiratórios, qual(is)? (marcar X) _ _ SARS-CoV-2 _ _ Vírus Sincicial Respiratório _ _ Parainfluenza 1 _ _ Parainfluenza 2 _ _ Parainfluenza 3 _ _ Parainfluenza 4 _ _ Adenovírus _ _ Metapneumovírus _ _ Bocavírus _ _ Rinovírus _ _ Outro vírus respiratório, especifique: _____				
	69	Laboratório que realizou RT-PCR/outro método por Biologia Molecular: _____				Código (CNES): _ _ _ _ _ _ _
	70	Tipo de amostra sorológica para SARS-Cov-2: _ _ 1- Sangue/plasma/soro 2-Outra, qual? _____ 9-Ignorado			71	Data da coleta: _ _ _ _ _
	72	Tipo de Sorologia para SARS-Cov-2: _ _ 1-Teste rápido 2-Elisa 3-Quimiluminescência 4- Outro, qual? _____ Resultado do Teste Sorológico para SARS-CoV-2: _ _ IgG _ _ IgM _ _ IgA 1-Positivo 2-Negativo 3- Inconclusivo 4-Não realizado 5-Aguarda resultado 9 Ignorado			73	Data do resultado: _ _ _ _ _
	Conclusão	74	Classificação final do caso: _ _ 1-SRAG por influenza 2-SRAG por outro vírus respiratório 3-SRAG por outro agente etiológico, qual _____ 4-SRAG não especificado 5-SRAG por COVID-19			75
76		Evolução do Caso: _ _ 1-Cura 2-Óbito 3-Óbito por outras Causas 9-Ignorado		77	Data da alta ou óbito: _ _ _ _ _ _	
79		Número D.O: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - _ _				
80	OBSERVAÇÕES:					
81	Profissional de Saúde Responsável: _____			82	Registro Conselho/Matrícula: _ _ _ _ _ _ _	