



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

MARIZA RIBEIRO DONATO

**PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DOS ÓBITOS POR COVID-19 EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE SALVADOR, BAHIA, NO
ANO DE 2020**

Salvador, BA

2021

MARIZA RIBEIRO DONATO

**PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DOS ÓBITOS POR COVID-19 EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM INFECTOLOGIA DE SALVADOR, BAHIA, NO
ANO DE 2020**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como pré-requisito parcial para aprovação no 4º ano do curso de graduação em Medicina.

Orientador(a): Dr^a. Shirley Andrade Cruz

Salvador, BA

2021

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo esforço para a minha formação, pelo amor incondicional, pelo companheirismo, por sempre me apoiarem e serem a força que me mantém de pé.

À minha família, por sempre me incentivar, por ser meu alicerce, estar comigo nos bons e maus momentos, se alegrando a cada vitória minha.

À minha orientadora, Shirley, pelas portas que me abriu, por toda generosidade, paciência, pela doçura e compressão e por todo apoio e incentivo na elaboração deste trabalho. Sou eternamente grata a esse encontro.

À minha professora, Maria de Lourdes (UDA), que tanto me ensinou e me confortou diante das dificuldades, pelo carinho e incentivo, pelos conselhos valiosos por ter sido minha referência nessa caminhada.

Aos meus amigos da faculdade, por trilharem esse caminho comigo, por ouvirem as minhas angústias, por me confortarem e me ajudar quando preciso. Agradeço por ter encontrado em vocês uma família com que dividir tantos momentos da minha vida.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 2020, uma pandemia decorrente da doença causada pelo novo coronavírus e, desde a sua chegada ao Brasil, em fevereiro de 2020, o número de novos casos e óbitos por COVID-19 seguiram crescendo diariamente. A COVID-19 tem demonstrado não atingir a todos de maneira igualitária, o seu espectro clínico tem se mostrado bastante variado, além de haver evidências que indicam influência da presença de comorbidades prévias e fatores socioeconômicos na evolução e no favorecimento do desfecho óbito pela doença. **Objetivo:** Descrever as características clínicas as condições socioeconômicas dos casos confirmados de COVID-19 e encerrados por óbito, em 2020, no Instituto Couto Maia, hospital de referência em infectologia em Salvador, Bahia. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, com dados primários, coletados a partir dos prontuários do SMPEP (Sistema de Gestão para Prontuário Eletrônico), envolvendo pacientes com SRAG, tendo diagnóstico laboratorial por RT-PCR positivo para COVID-19 e admitidos para internamento no Instituto Couto Maia (ICOM), que evoluíram para óbito no ano de 2020. A análise descritiva incluiu dados socioeconômicos, demográficos e dados clínicos dos pacientes, como sintomas decorrentes da COVID-19 e comorbidades prévias. **Resultados:** foram incluídos 378 pacientes, com mediana de idade de 67anos [53-78]; 53,7% sexo masculino; predomínio de pardos (78,8%) e pretos (12,2%). Em relação à escolaridade, 32,5% cursaram apenas o Ensino Fundamental 1 (1º a 5º série) e apenas 3,7% possuíam ensino superior. Dentre os pacientes, 47,4% tinham renda mensal de 1 a 2 salários mínimos e 90,5% foram admitidos diretamente na UTI, principalmente entre os meses de maio a julho. Os sintomas referidos mais frequentes foram dispneia (71,4%), tosse (64,2%), febre (60,6%) e desconforto respiratório (54,4%). As comorbidades relatadas mais recorrentes foram hipertensão arterial sistêmica (63%), diabetes mellitus (46,1%), doença cardiovascular crônica, (29,8%), e obesidade (20,8%). **Conclusão:** o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes diagnosticados com COVID-19 e evoluíram a óbito, evidenciou relações entre as posições socioeconômicas (baixa escolaridade e baixa renda) e o óbito. Adicionalmente, comorbidades prévias foram condições que constituíram importante fator de risco para o desfecho analisado. Tais achados destacam a importância para os planejamentos em saúde de que haja melhor distribuição dos recursos e maior acesso às ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento da COVID-19 entre os socialmente mais vulneráveis.

Palavras chave: Coronavírus. Morte. Sintomas. Comorbidade.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) declared, in 2020, a pandemic resulting from the disease caused by the new coronavirus and, since its arrival in Brazil, in February 2020, the number of new cases and deaths from COVID-19 has been growing daily. COVID-19 has shown not to reach everyone equally, its clinical spectrum has shown to be quite varied, and there is evidence that indicates the influence of the presence of previous comorbidities and socioeconomic factors in the evolution and in favoring the outcome of death from the disease. **Objective:** To describe the clinical characteristics and socioeconomic conditions of confirmed cases of COVID-19 and closed by death, in 2020, at the Couto Maia Institute, a reference hospital for infectious diseases in Salvador, Bahia. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive study, with primary data, collected from SMPEP (Management System for Electronic Medical Records) records, involving patients with SARS, with laboratory diagnosis positive for RT-PCR for COVID-19 and admitted for hospitalization at the Institute Couto Maia (ICOM), who died in 2020. The descriptive analysis included socioeconomic, demographic and clinical data of the patients, such as symptoms resulting from COVID-19 and previous comorbidities. **Results:** 378 patients were included, with a median age of 67 years [53-78]; 53.7% male; predominance of browns (78.8%) and blacks (12.2%). With respect to education, 32.5% had only completed Elementary School 1 (1st to 5th grade) and only 3.7% had completed higher education. Among the patients, 47.4% had a monthly income of 1-2 minimum wages and 90.5% were admitted directly to the ICU, mainly from May to July. The most frequent symptoms reported were dyspnea (71.4%), cough (64.2%), fever (60.6%) and respiratory distress (54.4%). The most recurrent comorbidities reported were systemic arterial hypertension (63%), diabetes mellitus (46.1%), chronic cardiovascular disease (29.8%), and obesity (20.8%). **Conclusion:** the clinical and socioeconomic profile of patients diagnosed with COVID-19 and who progressed to death showed relationships between socioeconomic status (low education and low income) and death. Additionally, previous comorbidities were conditions that constituted an important risk factor for the analyzed outcome. These findings highlight the importance, for health planning, of better distribution of resources and greater access to actions for health promotion, prevention and treatment of COVID-19 among the most socially vulnerable.

Keywords: Coronavirus. Death. Symptoms. Comorbidity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Número de casos, segundo o mês de admissão	23
Gráfico 2 – Tipo de internamento. Instituto Couto Maia, 2020	24
Gráfico 3 – Frequência dos resultados do teste rápido	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas da população	21
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao município de residência	23
Tabela 3 – Frequência de sintomas	24
Tabela 4 – Frequência de comorbidades dos pacientes incluídos na análise	25
Tabela 5 – Frequência dos pacientes que realizaram teste rápido, além do RT-PCR	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID	<i>Corona vírus disease</i> (doença do coronavírus)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência humana)
ICOM	Instituto Couto Maia
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
RT-PCR	<i>Reverse transcription polymerase chain reaction</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SMPEP	Sistema de Gestão para Prontuário Eletrônico
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	110
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Geral.....	12
2.2	Objetivos Específicos	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
4	METODOLOGIA DO ESTUDO	16
4.1	Desenho do Estudo.....	16
4.2	População alvo.....	16
4.3	População acessível	17
4.4	Amostra.....	17
4.5	Critério de inclusão.....	17
4.6	Critério de exclusão	17
4.7	Local e período de estudo	17
4.8	Fonte de dados.....	17
4.9	Metodologia da coleta de dados	17
4.10	Variáveis de estudo	18
4.10.1	Dados da identificação do participante	18
4.10.2	Dados socioeconômicos e demográficos.....	18
4.10.3	Dados clínicos.....	19
4.11	Plano da análise dos dados	19
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	19
6	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	20
7	RESULTADOS.....	20
8	DISCUSSÃO.....	26
9	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

APÊNDICE A – FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS.....	33
ANEXO I – PARECER DO CEP	47

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro do ano de 2019 surgia na cidade de Wuhan na China um surto de pneumonia de causa inicialmente desconhecida. Somente nos primeiros dias de janeiro de 2020, cientistas isolaram o vírus causador de tal surto, intitulado SARS – CoV – 2. A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2), se disseminou velozmente, ultrapassando as fronteiras chinesas e chegando rapidamente a outros países¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 19 de Outubro de 2021 a COVID-19 já acumulava 240.940.937 casos confirmados e 4.903.911 mortes em todo o mundo².

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi notificado em 25 de fevereiro de 2020, mais especificamente na nona semana epidemiológica do ano, e, a partir de então, o número de casos se expandiu rapidamente por todo o país, tendo ultrapassado 1000 casos notificados já na décima segunda semana epidemiológica³. Associado a isso, pôde-se observar, no mesmo período, um salto no número de hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no país³.

O COVID-19 apresenta um espectro clínico amplo, desde infecções assintomáticas, passando por quadros leves de doença do trato respiratório superior, a casos graves de pneumonia viral com evolução para insuficiência respiratória e morte. Os sintomas apresentados também têm se mostrado diversificados, incluindo, como exemplos, dispneia, tosse, produção de escarro, febre, mialgias, diarreia, fadiga e odinofagia^{1,4}.

Desde a introdução do vírus SARS-Cov-2 ao Brasil, as internações e mortes pelo COVID-19 aumentaram progressivamente em todo o país⁵. Estudos preliminares já têm evidenciado relações entre fatores socioeconômicos e maior risco de infecção pelo coronavírus não somente no Brasil, como em outros países. De acordo com esses autores, indivíduos que possuem desvantagem socioeconômica têm um acesso mais limitado à educação e, portanto, estão mais associados ao trabalho informal, o que lhes proporciona menor segurança financeira para o cumprimento de medidas como o isolamento social, principal medida preventiva para a COVID-19, adotada em diversos países e que obtiveram os melhores resultados no controle da doença até o presente⁶.

Além da insegurança laboral, por viverem em habitações geralmente mais populosas, possuírem maior insegurança alimentar e usarem mais transporte público, esses mesmos indivíduos tendem a uma maior exposição à infecção pelo SARS-Cov-2^{5,6}. Um estudo que analisou as internações hospitalares por COVID-19 no Brasil dividiu o país em duas macrorregiões, Norte (incluindo estados do Nordeste e do Norte), com piores índices socioeconômicos, e Centro-sul (que incluiu estados do Sul, Sudeste e Centro-oeste), com melhores índices socioeconômicos, comparando-as. Os resultados indicaram uma diferença notável entre essas duas regiões: dentre os pacientes internados por COVID-19, a mortalidade foi maior na região Norte do que no Centro-sul³.

Apesar da emergência recente do COVID-19, diversos trabalhos já têm apontado fatores de risco presentes nos indivíduos infectados que determinam uma evolução mais grave da doença, favorecendo o óbito. Idade avançada, sexo masculino e etnias pardo e negro, por exemplo têm sido apontados como fatores de risco para hospitalização pelo coronavírus^{1,6}. Outro importante fator que tem sido associado a quadros mais graves da infecção pelo vírus SARS-Cov-2 é a presença de comorbidades, como diabetes, doença coronariana, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, doenças respiratórias crônicas e insuficiência cardíaca^{1,4}.

Diante do exposto, considerando a magnitude desse fenômeno, expressa em centenas de milhares de óbitos em todo o país, associado ao amplo espectro clínico apresentado pelos pacientes infectados, é possível afirmar que o conhecimento acerca da doença e dos seus fatores de risco para casos graves e óbitos, ainda é insuficiente^{1,4,5}, havendo lacunas importantes a serem preenchidas. Além disso, o Brasil é, reconhecidamente, o país da América do Sul com pior situação no enfrentamento da COVID-19⁷.

O presente estudo busca, portanto, contribuir para o conhecimento acerca dos determinantes relacionados aos óbitos pela COVID-19, através de questões norteadoras relacionadas aos principais fatores de risco dos casos investigados, o perfil socioeconômico e as principais manifestações clínicas dos pacientes admitidos para internamento com COVID-19 em um hospital referência e que favorecem o óbito. Assim, espera-se que os resultados possam contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos acerca dos fatores mais associados à presente infecção e para adoção de estratégias de planejamento que complementem ações preventivas e assistenciais voltadas para o enfrentamento das infecções pelo SARS – CoV – 2.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral: Descrever as características clínicas as condições socioeconômicas dos casos confirmados de COVID-19 e encerrados por óbito, em 2020, no Instituto Couto Maia, hospital de referência em infectologia em Salvador, Bahia.

2.2 Objetivos Específicos:

- a) Identificar as comorbidades associadas a pacientes admitidos com diagnóstico de COVID-19 estabelecido e que evoluíram a óbito.
- b) Descrever as manifestações clínicas mais frequentes em pacientes admitidos com COVID-19 e que evoluíram a óbito em um hospital de referência em Salvador, Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

COVID-19 foi o nome designado pela Organização Mundial de Saúde à doença causada pelo vírus SARS-CoV-2¹. Os primeiros relatos associados ao vírus em questão surgiram no final de dezembro de 2019 na China, mais precisamente na cidade de Wuhan. Inicialmente foram relatados casos de pneumonia de causa até então desconhecida. Entretanto, já nos primeiros dias de janeiro de 2020, a sequência genômica do vírus causador de tal surto já foi divulgada⁸.

A partir de então, a epidemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 se espalhou por Wuhan e suas cidades e províncias vizinhas. Foi também em Wuhan que, em 11 de janeiro de 2020 foi relatado o primeiro óbito por COVID-19⁹. Já em 20 de janeiro, foi sugerido, em decorrência do surgimento de casos em profissionais da saúde que estavam delegando cuidados aos pacientes de COVID-19, que haveria transmissão pessoa a pessoa do vírus¹⁰. Até então, se buscava a origem do SARS-CoV-2, quando, ainda em janeiro, foi observado que diversos pacientes diagnosticados com COVID-19 haviam tido contato direto com o mercado de frutos do mar de Wuhan, sugerindo não somente que ali teria sido o local de origem da infecção, como também que esta transmissão fosse inicialmente de origem animal⁸.

Enquanto isso, o vírus se espalhou rapidamente, chegando a países asiáticos vizinhos, chegando também à Europa e demais continentes, o que levou a OMS a declarar, em 30 de janeiro de 2020, o surto causado pelo SARS-CoV-2 como uma emergência global⁸. O vírus seguiu se espalhando de maneira alarmante pelos meses subsequentes, quando em 11 de março, foi decretada, também pela OMS, uma pandemia¹¹.

Já foram relatados surtos de coronavírus (CoV) não letais em outros momentos da história. Entretanto, apenas no século XXI foram encontrados CoVs humanos altamente patogênicos, sendo um primeiro surto detectado, também, na China em 2003, causado pelo vírus SARS-CoV, e outro na Arábia Saudita em 2012, pelo vírus MERS-CoV. O vírus SARS-CoV-2, responsável pelo terceiro surto, foi assim chamado OMS, em decorrência do fato de ser altamente homólogo ao SARS-CoV, vírus causador do surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2003⁸.

Apesar da menor letalidade da infecção pelo SARS-CoV-2, se comparada aos demais coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV), devido à sua alta transmissibilidade, tendo rapidamente adquirido status de pandemia, ela tem ocasionado um maior número absoluto de mortes do que as epidemias de 2003 e 2012. Ao que se sabe até o momento, a transmissão do

vírus SARS-CoV-2 se dá principalmente de pessoa a pessoa através do contato com secreções orofaríngeas de pessoas infectadas¹¹, havendo ainda relatos de uma possível transmissão fecal-oral¹². Além disso, outro fator que favorece a transmissão da COVID-19 é o fato de alguns indivíduos permanecerem assintomáticos ou com apenas sintomas leves serem capazes de transmitir o vírus sem saber que estão infectados¹¹.

Diante disso, vários países adotaram diversas medidas na tentativa de conter a disseminação do SARS-CoV-2. Dentre essas medidas estão o fechamento de fronteiras internacionais, distanciamento social, isolamento dos doentes, fechamento das instituições de ensino, restrição de viagens e uso de transporte público, proibição aglomerações e eventos de massa, uso de máscara e incentivo a higienização das mãos¹¹.

Ainda em 2020, começou-se a detectar novas variantes do vírus a partir do aumento de casos em algumas regiões do mundo. Elas surgiram através de mutações genéticas e algumas delas puderam se tornar ainda mais transmissíveis que as variantes já circulantes, a exemplo das variantes inglesa e sul africana, o que se tornou motivo de alerta e preocupação para todo mundo, visto que, tais variantes se espalharam rapidamente¹³.

No Brasil, desde a chegada da COVID-19, em fevereiro de 2020, o número de novos casos e óbitos seguiram crescendo diariamente. O vírus se espalhou rapidamente mesmo sua introdução no país tendo ocorrido em uma estação do ano na qual a atividade dos vírus respiratórios é geralmente baixa³. Assim como em outros países, isso trouxe uma grande sobrecarga para o sistema de saúde, levando ao direcionamento de grande parte dos seus esforços para o combate da pandemia. Entretanto, em alguns momentos tais recursos foram insuficientes frente à alta demanda, o que contribuía para o aumento das mortes^{14,15}.

A COVID-19 tem demonstrado não atingir a todos de maneira igualitária, o seu espectro clínico tem se mostrado bastante variado de um indivíduo para outro. Alguns infectados permanecem assintomáticos, outros têm manifestado apenas um quadro brando, e há aqueles que desenvolvem quadros severos, podendo evoluir com insuficiência respiratória aguda grave (SRAG), e morte¹. Estudos demonstram que sintomas que frequentemente estão envolvidos no quadros da COVID-19 incluem febre, tosse, dispneia, rinorreia, diarreia, fadiga, mialgia, cefaleia, dor de garganta, náuseas vômitos^{1,5,8}, conjuntivite, hiposmia e disgeusia¹⁶. Sepsis tem sido citada, juntamente com a insuficiência respiratória, como uma complicação frequente. Já quanto aos achados radiológicos, o padrão em vidro fosco e a

presença de infiltrado pulmonar também tem se mostrado bastante característicos, apesar de não estar presente em todos os infectados¹.

Além disso, diversos estudos já têm apontado existência de condições crônicas prévias como um fator de risco para infecção pelo SARS-CoV-2. Diabetes¹⁷, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, presença de neoplasia maligna, imunossupressão⁵, doenças renais crônicas, são condições que se mostraram associadas a um maior risco de desenvolver COVID-19 grave, com maior risco de evolução para óbito¹⁸.

A influência dos fatores socioeconômicos sobre a mortalidade e expectativa de vida já foi descrita em diversas patologias. Tal influência vem sendo caracterizada por um padrão no qual os indivíduos mais desfavorecidos socioeconomicamente possuem maior chance de se expor a doenças, adoecer e morrer do que aqueles mais favorecidos. Essa desvantagem aumenta, portanto, o risco a doenças infecciosas e influencia a resposta imunológica do indivíduo. O contexto social pode ainda afetar de várias formas a ocorrência e a gravidade das doenças infecciosas. Por isso, estudos sugerem que os dados sociais detalhados devem ser incluídos rotineiramente nos prontuários a fim de identificar os grupos com maiores riscos de resultados ruins no contexto de cada doença¹⁸.

Dessa maneira, diante do cenário da COVID-19, no qual ainda não se sabe ao certo de que maneira tais fatores têm afetado as pessoas e a evolução da pandemia, a informação acerca dos fatores socioeconômicos podem contribuir para melhor orientar o planejamento, as formas de atuação, as intervenções adequadas e medidas preventivas em saúde pública para melhor prevenir a propagação do vírus SARS-CoV-2, bem como identificar e melhor tratar os indivíduos mais suscetíveis a adoecer gravemente após a infecção¹⁸.

Outros fatores que vem sendo citados por estudos realizados em diversos países como fatores de risco para adoecimento e morte por COVID-19 incluem o sexo masculino e idade avançada¹⁹. Estudos realizados no Brasil, também apontam o risco relacionado à etnia, na qual as etnias parda e negra foram apontadas como estando associadas a uma maior mortalidade por COVID-19⁶. Tais estudos ainda apontam a influência de outros aspectos que se somam a essas etnias no país, como o fato de, em média, pardos e negros apresentarem menos segurança econômica e, provavelmente, sendo menos possibilitados de trabalhar remotamente, o que favorece a sua exposição. Ademais, também foi observada a existência de diferenças regionais na mortalidade por COVID-19 no Brasil, na qual o Norte e Nordeste

apresentaram uma maior proporção de óbitos, se comparadas ao Centro-Sul⁶, o que pode sugerir que as diferenças dos indicadores socioeconômicos entre essas macrorregiões exerçam influência sobre tal mortalidade.

O Brasil é um país continental, dotado de uma população diversa, compreendendo muitas raças, grupos étnicos e grupos com características socioeconômicas distintas. Por isso, torna-se um desafio estudar a forma como a COVID-19 tem impactado sobre a sua população, não somente por conta das suas características, mas também pela maneira como foi conduzida pelos órgãos responsáveis, pela falha na implementação de diversas medidas não farmacêuticas, como o distanciamento físico, a doação de fármacos ineficazes, com implicações na gravidade do o surto causado pelo vírus SARS-CoV-2 no país, gerando um número alarmante de óbitos⁶. Além disso, traçar um perfil da doença, aprofundando os conhecimentos acerca dos fatores associados a ela, é importante não somente para monitorar a sua evolução no país, bem como para traçar estratégias de controle da doença na população¹¹.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

4.1 Desenho do Estudo

Foi desenvolvido um estudo transversal descritivo, com dados primários, através dos prontuários do SMPEP (Sistema de Gestão para Prontuário Eletrônico), envolvendo pacientes diagnosticados com COVID-19 admitidos para internamento no Instituto Couto Maia (ICOM), que evoluíram para óbito.

O presente trabalho está inserido no subprojeto “Avaliação da gestão de cuidados a pacientes de covid-19 atendidos no Instituto Couto Maia, como parte do Projeto de pesquisa, intitulado “**Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia do Covid-19 (2020-2022)**”, em participação conjunta de Instituto de Saúde Coletiva-ISC/UFBA (Instituição Executora); Centro de Integração de Dados e Conhecimentos em Saúde/Instituto Gonçalo Moniz-Fiocruz/BA; Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fiocruz; Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Universidade Nova de Lisboa; Universidade Federal Rio Grande do Norte; Universidade de São Paulo (USP); Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

4.2 População alvo

Pacientes internados por SRAG com suspeita ou diagnóstico de COVID 19, que evoluíram para óbito.

4.3 População acessível

Pacientes com SRAG por COVID-19, admitidos para internação no Instituto Couto Maia (ICOM) e registrados no SMPEP no ano de 2020 em Salvador, Bahia, a partir do dia 25 de março, e que evoluíram a óbito.

4.4 Amostra

Amostra de conveniência, sendo incluídos todos os pacientes admitidos para internamento hospitalar por SRAG no Instituto Couto Maia (ICOM), com diagnóstico de COVID-19, que evoluíram a óbito, no ano de 2020.

4.5 Critério de inclusão

Pacientes internados no ICOM com Covid-19 com teste positivo para SARS-Cov-2 por exames laboratoriais (RT-PCR), que evoluíram a óbito.

4.6 Critério de exclusão

Casos de internamento por outras doenças de notificação compulsória que não apresentaram critérios positivos para COVID-19.

4.7 Local e período de estudo

Este estudo foi realizado no Instituto Couto Maia (ICOM), centro de referência de doenças infectocontagiosas e parasitárias no Brasil e que se tornou centro de referência para tratamento da COVID-19 na Bahia, gerido pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e pela Couto Maia S/A, tratando-se de uma parceria público-privada. Presta serviço de saúde pública na assistência aos pacientes com doenças infecciosas, atendendo a toda a população do estado da Bahia, pelo Sistema Único de Saúde. Os dados coletados para análise compreendem o período de 25 de março a 31 de dezembro do ano de 2020, desde o primeiro paciente com RT-PCR positivo para COVID-19, admitido para internamento na instituição.

4.8 Fonte de dados

A pesquisa foi realizada a partir de dados primários, que foram coletados no SMPEP, a partir do prontuário de pacientes internados com COVID-19, admitidos no Instituto Couto Maia (ICOM).

4.9 Metodologia da coleta de dados

Os dados foram coletados a partir do prontuário eletrônico de pacientes internados com diagnóstico laboratorial de COVID-19, admitidos no Instituto Couto Maia (ICOM). O instrumento preliminar para a coleta dos dados foi uma ficha de extração de dados

(APÊNDICE A) elaborada previamente, que possuía uma versão online para preenchimento pelos membros da equipe de pesquisa, mediante identificação e senha do responsável pela coleta. A ficha de extração dos dados foi confeccionada para o projeto no qual este trabalho está inserido, e nele, contém todas as variáveis incluídas no presente estudo.

Os dados socio econômicos e demográficos que não estavam disponíveis nos prontuários foram coletados com os pacientes ou seus familiares no período de internação, através de entrevistas telefônicas, ou, em caso de informações faltantes após óbito hospitalar, por meio de contato telefônico com os familiares, realizado pela equipe de pesquisa.

Os dados extraídos dos prontuários eletrônicos dos pacientes incluídos no estudo foram armazenados online na plataforma Redecap (www.redecapbrasil.com.br), para posterior análise.

4.10 Variáveis de estudo

4.10.1 Dados da identificação do participante

Foram incluídos dados da identificação do paciente, tais como, idade e número de registro no ICOM.

4.10.2 Dados socioeconômicos e demográficos

Foram analisados dados sociodemográficos dos pacientes, tais como sexo (feminino, masculino); estado civil (casado(a), união estável, solteiro(a), separado(a), divorciado(a)); raça/cor (branco, preto, pardo, amarelo, indígena); escolaridade (sem escolaridade/analfabeto, Fundamental 1º ciclo, Fundamental 2º ciclo, Médio, Superior); principal ocupação (aposentado, profissional de saúde, outros profissionais formais, outros profissionais informais, dono(a) de casa, desempregado(a)); composição familiar (único morador da residência, vive com mais 2 pessoa, vive com mais 2 pessoas, vive com mais 3 pessoas, vive com mais 4 pessoas, vive com mais 5 pessoas); renda mensal (até 1 salário mínimo, de 1 a 2 salários mínimos, de 2 a 3 salários mínimos, acima de 3 salários mínimos). Quanto à renda, foram considerados de baixíssima renda aqueles indivíduos com renda mensal de até um salário mínimo; de baixa renda, aqueles com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos; de renda média, os com renda de 2 a 3 salários mínimos; e com alta renda aqueles com renda acima de 3 salários mínimos mensais.

Também foram analisados o município de residência; zona de residência (urbana, rural, periurbana); tipo de moradia (própria, alugada, cedida, situação de rua, acolhimento institucional). Quanto à escolaridade, indivíduos foram estratificados em analfabetos, os sem

escolaridade; baixa escolaridade, aqueles que completaram até o Fundamental 1º ciclo ou Fundamental 2º ciclo; média escolaridade, os que concluíram o Ensino Médio; e alta escolaridade, aqueles com Ensino Superior completo.

4.10.3 Dados clínicos

Dentre os dados clínicos, foram analisados a data da admissão; evolução clínica/sintomas (febre, cefaleia, dor de garganta, tosse, dispneia, desconforto respiratório, diarreia, vômito, mialgia, artralgia, conjuntivite, alterações neurológicas, rouquidão, perda/diminuição do olfato, perda/diminuição do paladar, delírio, falta de apetite, dor abdominal, dor torácica, lesões de pele, outros); fatores de risco/comorbidades (puérpera, doença cardiovascular crônica, doença hematológica crônica, síndrome de Down, doença hepática crônica, asma, diabetes mellitus, doença neurológica crônica, outra pneumopatia crônica, doença renal crônica, hipertensão, obesidade, outras); tipo de internamento na admissão (enfermaria, UTI); resultado do PCR.

4.11 Plano da análise dos dados

Para a construção do banco de dados, foi feita uma matriz de análise em uma planilha construída no programa Microsoft Excel, na qual foram colocados o número de registro dos pacientes em coluna, e todas as variáveis a serem descritas em linha. A partir do preenchimento dessa matriz com os dados dos pacientes, foram analisadas as variáveis. A estatística descritiva serviu para determinar a frequência das variáveis categóricas, bem como as medidas de tendência central das variáveis quantitativas e suas medidas de dispersão.

Para os cálculos estatísticos foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (Versão 25, SPSS Inc., Chicago Illinois, USA). A análise descritiva das variáveis categóricas foi realizada por meio de percentuais e intervalos de confiança de 95%, e para as variáveis contínuas com distribuição normal e não normal, por meio de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, respectivamente.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto no qual este trabalho se encontra inserido foi previamente enviado para análise, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Couto Maia (ICOM), com posterior aprovação, sob o número de parecer 4.307.453 de 2020. O estudo apenas se iniciou mediante tal aprovação, obedecendo as exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que respalda as pesquisas com seres humanos.

Os pacientes incluídos no estudo evoluíram a óbito, não sendo necessária, portanto, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tratando-se de uma participação totalmente confidencial, e não sendo oferecida qualquer compensação financeira aos familiares dos participantes.

6 RISCOS E BENEFÍCIOS

O estudo não ofereceu riscos aos participantes, exceto pelo risco de constrangimento dos seus familiares e identificação dos dados, visto que contempla fundamentalmente revisão documental e realização de entrevistas, na execução das atividades as quais foram tomadas as precauções previstas nas resoluções 466/2016 e 510/2016 do CNS.

Como benefícios, tem-se a divulgação dos resultados em formato de artigo científico; material informativo, boletins periódicos e outros produtos audiovisuais postados nas plataformas digitais vinculadas ao Observatório e à NetEscola de Saúde coletiva sediados no ISC-UFBA; servindo ainda para subsidiar capacitação de recursos humanos no âmbito da pós-graduação e pesquisa, assim como dos serviços do SUS nas áreas de vigilância, organização e gestão. Além disso, através desse trabalho, será possível traçar um perfil dos indivíduos com diagnóstico de COVID-19, que evoluem a óbito, permitindo uma melhor compreensão dos fatores de risco para tal infecção.

7 RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi obtida uma amostra de 378 pacientes com diagnóstico de COVID-19 de acordo com o laudo “Detectável” do exame RT-PCR, que foram a óbito. Observou-se que houve predomínio do sexo masculino (53,7%), casados (33,6%) (Tabela 1). A idade, cuja distribuição mostrou-se não normal após a aplicação dos testes de normalidade, apresentou mediana de 67 anos [53-78]. Quanto à raça/cor, a maioria indivíduos eram pardos (78,8%) e pretos (12,2%). Em relação à escolaridade, 123 (32,5%) dos pacientes eram de baixa escolaridade, tendo cursado apenas o primeiro ciclo do Ensino Fundamental (1 a 5 série), 108 (28,6%) compunham o grupo com Ensino Médio completo, considerados como de média escolaridade, enquanto apenas 14 (3,7%) indivíduos possuíam curso superior. A categoria de aposentados foi a mais prevalente, com 55,3% no quesito ocupação, e apenas 6 (1,6%) dos indivíduos analisados eram profissionais de saúde.

Observou-se que na composição familiar, 28,3% viviam com mais 1 pessoa, 25,7% viviam com mais 2 pessoas e que 47,4% dos indivíduos incluídos eram de baixa renda, tendo

renda mensal de 1 a 2 salários mínimos e 91,2% residiam em zona urbana. Em relação ao tipo de moradia, 79,1% residiam em residência própria (Tabela 1).

Tabela 1 – Características socioeconômicas da população.

Variável	Mediana	IIQ
Idade (em anos)		
	67	[53-78]
	n = 378	%
Sexo		
Masculino	203	53,7
Feminino	175	46,3
Raça/cor		
Branco	18	4,8
Preto	46	12,2
Pardo	298	78,8
Amarelo	3	0,8
Ignorado	13	3,4
Estado civil		
Casado(a)	127	34
União estável	35	9,4
Solteiro(a)	104	27,8
Separado(a)	14	3,7
Divorciado(a)	15	4
Viúvo(a)	73	19,5
Ignorado	6	1,6
Indisponível	4	1,1
Escolaridade		
Sem escolaridade/Analfabeto	65	17,3
Fundamental 1 ciclo (1 a 5 série)	123	32,7
Fundamental 2 ciclo (6 a 9 série)	50	13,3
Ensino Médio (1 ao 3 ano)	108	28,7
Ensino Superior	14	3,7
Ignorado	16	4,3
Indisponível	2	0,5
Principal ocupação		
Aposentado	209	55,4
Profissional de Saúde	6	1,6
Outros Profissionais formais	31	8,2
Outros Profissionais informais	54	14,3
Estudante	2	0,5
Dono(a) de casa	10	2,7
Desempregado(a)	32	8,5

(continua)

Tabela 1 – Características socioeconômicas da população.

(conclusão)

Variável	n = 378	%
Principal ocupação		
Outra	14	3,7
Ignorado	19	5
Indisponível	1	0,3
Composição familiar		
Único morador da residência	42	11,1
Vive com mais 1 pessoa	107	28,4
Vive com mais 2 pessoas	97	25,7
Vive com mais 3 pessoas	49	13
Vive com mais 4 pessoas	27	7,2
Vive com mais 5 pessoas	18	4,8
Outras composições familiares	14	3,7
Ignorado	23	6,1
Indisponível	1	0,3
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	57	15,1
De 1 a 2 salários mínimos	179	47,4
De 2 a 3 salários mínimos	55	14,6
Acima de 3 salários mínimos	34	9
Ignorado	53	14
Zona de residência		
Urbana	348	93
Rural	16	4,3
Periurbana	6	1,6
Ignorado	4	1,1
Indisponível	4	1,1
Tipo de moradia		
Própria	299	81
Alugada	40	10,8
Cedida	19	5,1
Situação de rua	2	0,5
Acolhimento institucional	7	1,9
Ignorado	2	0,5
Indisponível	9	2,4

Fonte: Próprio autor.

A maioria (54,5%) dos pacientes incluídos no estudo eram residentes da própria capital, Salvador, seguida de cidades próximas e com populações populacão volumosa, como Lauro de Freitas (4%) e Feira de Santana (3,5%) (Tabela 2). Foi constatada, ainda, a presença de uma pequena quantidade (0,8%) de indivíduos residentes de outros estados, também

admitidos no ICOM. O dado a respeito do Município de residência estava indisponível em dois pacientes incluídos no estudo.

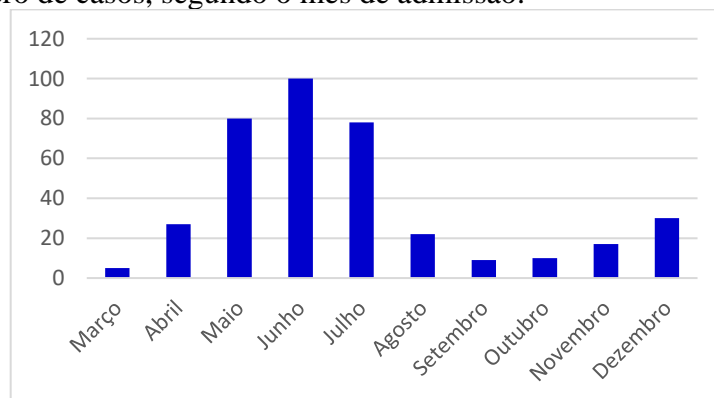
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao município de residência.

Município de residência	n = 376	%
Salvador	205	54,5
Lauro de Freitas	15	4
Feira de Santana	13	3,5
Candeias	9	2,4
Alagoinhas	7	1,9
Camaçari	5	1,3
Itabuna	5	1,3
Santo Antônio de Jesus	5	1,3
Itaberaba	4	1,1
Outros municípios baianos	105	27,9
Outros municípios de outro estado	3	0,8

Fonte: Próprio autor.

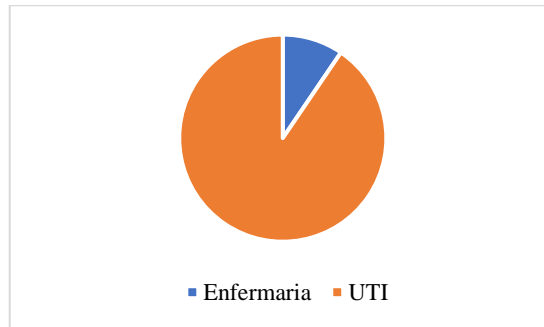
Quanto à data de admissão (Gráfico 1), os primeiros pacientes deram entrada nos últimos dias do mês de março e notou-se um aumento significativo de admissões entre os meses de abril a junho de 2020, mantendo-se um número alto até o mês de julho. Houve uma queda significativa nos meses de agosto e setembro, alcançando o seu menor número de admissões desde o mês de abril, em setembro de 2020. O número de casos voltou a crescer em outubro e manteve essa tendência até dezembro de 2020.

Gráfico 1 – Número de casos, segundo o mês de admissão.



Fonte: Próprio autor.

Quanto ao Tipo de internamento na admissão (Gráfico 2), observou-se que a grande maioria, 90,5% (n = 341), dos pacientes incluídos na análise, provenientes de outra unidade ou de atendimentos por serviços móveis de emergência, foram admitidos diretamente na UTI do Instituto Couto Maia e outros 9,5% (n = 36) deram entrada na Enfermaria na sua admissão. Em 1 dos 378 pacientes a informação tipo de internamento na admissão não foi coletada.

Gráfico 2 – Tipo de internamento na admissão. Instituto Couto Maia, 2020.

Fonte: SMPEP, ICOM.

Dentre os sinais e sintomas referidos (Tabela 3), os mais frequentes foram dispneia (71,4%), tosse (64,2%), febre (60,6%) e desconforto respiratório (54,4%). Os sintomas menos comuns foram rouquidão, em 0,3% dos pacientes, delírio, referido em 1,1% dos casos, e lesões de pele, presente em 2,1%.

Tabela 3 – Frequência de sintomas.

Sintoma	n= 378	%
Dispneia	270	71,4
Tosse	242	64,2
Febre	229	60,6
Desconforto respiratório	205	54,4
Alterações neurológicas	72	19
Mialgia	45	11,9
Diarreia	41	10,9
Perda do olfato	38	10,1
Falta de apetite	36	9,5
Cefaleia	26	6,9
Perda do paladar	21	5,6
Dor torácica	19	5
Vômito	19	5
Conjuntivite	18	4,8
Dor abdominal	17	4,5
Dor de garganta	16	4,2
Artralgia	12	3,2
Lesões de pele	8	2,1
Delírio	4	1,1
Rouquidão	1	0,3

Fonte: Próprio autor.

Quanto às comorbidades relatadas nos prontuários dos pacientes com diagnóstico laboratorial de COVID-19 e que evoluíram a óbito em 2020 no ICOM (Tabela 4), as mais

recorrentes foram hipertensão arterial sistêmica, presente em 63% dos indivíduos, diabetes mellitus, em 46,1%, alguma doença cardiovascular crônica, presente em 29,8%, e obesidade, presente em 20,8% dos indivíduos incluídos no estudo. Foi relatado que 8,7%, dos pacientes já haviam sido tabagistas em algum momento e deixaram de fumar, ao passo que 7,5% eram tabagistas, quando adquiriram o vírus SARS-CoV-2. Foi observado ainda que 5,9% dos pacientes eram etilistas e 1,6% ex etilistas. Outros 1,6% dos pacientes eram portadores do vírus HIV. Dentre as comorbidades incluídas no questionário de extração de dados do estudo, apenas Síndrome de Down não estava presente em nenhum dos pacientes incluídos na amostra.

Dentre as 175 mulheres presentes no estudo, 2,3% eram gestantes (Tabela 4) e, destas, 50% estavam no terceiro trimestre de gestação, 25% no segundo trimestre e 25% tiveram a idade gestacional ignorada. Outros 2,3% eram puérperas, ou seja, até 45 dias após parto.

Tabela 4 – Frequência de fatores de risco/comorbidades dos pacientes incluídos na análise.

Comorbidade	n = 378	%
Hipertensão arterial	273	63
Diabetes mellitus	173	46,1
Doença cardiovascular crônica	111	29,8
Obesidade	77	20,8
Doença renal crônica	49	13,2
Doença neurológica crônica	46	12,4
Ex tabagista	32	8,7
Outras pneumopatias crônicas	30	8,1
Tabagismo	27	7,5
Etilismo	21	5,9
Imunodeficiência/imunossupressão	13	3,5
Asma	8	2,2
Doença hematológica crônica	7	1,9
Doença hepática crônica	6	1,6
HIV	6	1,6
Ex etilista	6	1,6
Síndrome de Down	0	0
Mulheres	n = 175	%
Gestante	4	2,3
Segundo trimestre	1	25
Terceiro trimestre	2	50
Idade gestacional ignorada	1	25
Puérpera	4	2,3

Fonte: Próprio autor.

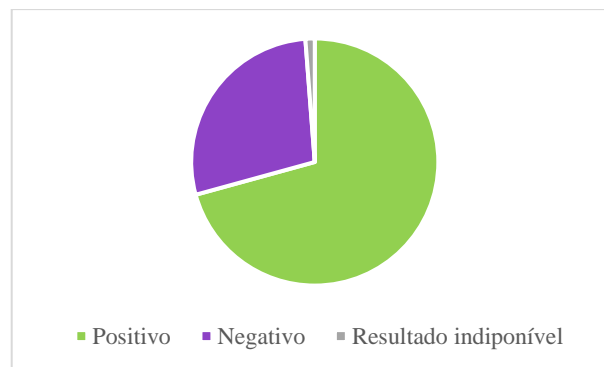
Na tabela 5, pode-se observar que dos 378 pacientes com RT-PCR positivo incluídos na análise, 21,7% também realizaram algum teste rápido e 21,4% não realizaram. Em 56,9% dos pacientes a informação do teste rápido não foi citada no prontuário, sendo relatada como indisponível no questionário de extração de dados. Dentre os pacientes que realizaram algum teste rápido (Gráfico 3), 71,6% (n = 58) tiveram resultado positivo, corroborando com o RT-PCR, enquanto 28,4% (n = 23) tiveram resultado negativo, discordando com o RT-PCR. Em 1 dos pacientes que realizaram teste rápido o resultado não estava disponível no prontuário.

Tabela 5 – Frequência dos pacientes que realizaram teste rápido, além do RT-PCR.

Fez teste rápido	n = 378	%
Sim	82	21,7
Não	81	21,4
Indisponível	215	56,9

Fonte: Próprio autor.

Gráfico 3 – Frequência dos resultados do teste rápido.



Fonte: Próprio autor.

8 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou descrever o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes com teste laboratorial positivo para COVID-19 e as possíveis relações com o desfecho óbito, no ano de 2020, em um hospital de referência para estes casos. A amostra estudada, constituída de 378 pessoas, procedentes predominantemente de Salvador e região metropolitana, admitidos, em sua grande maioria, diretamente para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), principalmente entre os meses de abril a julho.

Observou-se o predomínio de óbitos em indivíduos mais velhos, com mediana de idade de 67 anos, valor próximo ao encontrado em outras amostras populacionais da cidade de Nova Iorque (EUA)²⁰ e região da Lombardia (Itália) , ambas cuja mediana foi de 63 anos²¹. Esse padrão também foi demonstrado por outros estudos, que apontam o avançar da idade

como um fator de risco para o desenvolvimento de doença grave e óbito por COVID-19¹⁹. Tais achados podem estar associados ao fato de as populações idosas serem mais frequentemente afetadas por condições crônicas e debilitantes de saúde, assim como um sistema imunológico mais enfraquecido o que pode contribuir para o desenvolvimento de um curso mais grave da doença¹⁴. A maioria dos óbitos foi também encontrada em indivíduos já aposentados, o que também pode estar diretamente relacionado esse padrão de idade.

O sexo masculino foi maioria na população estudada, concordando com a taxa de mortalidade intra-hospitalar geral por infecção pelo SARS-CoV-2 encontrada em um estudo que envolveu todo o território brasileiro, que se mostrou ligeiramente maior nos indivíduos do sexo masculino²². Em outro trabalho que comparou as diferenças na mortalidade hospitalar por COVID-19 entre as diferentes macrorregiões do país também foi evidenciado que tanto no Norte, quanto no Centro-Sul, os sobreviventes eram mais prováveis de serem do sexo feminino²³.

A maioria dos óbitos ocorreu em indivíduos pardos (pessoas de etnia mista) e pretos, corroborando com o padrão encontrado em outras investigações sobre a COVID-19⁶. Um outro estudo realizado nos Estados Unidos, por sua vez, demonstrou que, no país, os afro americanos apresentaram uma maior taxa de infecção e morte por COVID-19 em comparação aos brancos, em um mesmo período²⁴. Tais achados podem estar relacionados à estrutura social desses países, na qual indivíduos pertencentes a tais etnias apresentam geralmente uma menor segurança econômica, apresentando uma maior necessidade de se expor ao risco de infecção para ir trabalhar e apresentando também menos chances de exercerem sua função laboral remotamente, além do fato de esses grupos étnicos representarem uma porção significativa de profissionais da área de assistência à saúde, o que aumenta suas chances de contato com o vírus²³. Salienta-se que esses resultados, no entanto, devem ser interpretados com cautela, uma vez que a cidade onde o estudo foi realizado, Salvador, apresenta particularidades, por possuir uma grande população parda e negra, o que pode ter influenciado nos achados do estudo.

Um outro achado demonstrou que a maioria dos indivíduos analisados foram estratificados como de baixa renda (renda mensal de 1 a 2 salários mínimos), demonstrando, assim como em outras análises populacionais acerca do COVID-19⁵, uma relação existente entre limitação financeira e a falta de acesso a recursos de saúde e meios de prevenção, como equipamentos de biossegurança e oportunidade de cumprir o isolamento social, com um maior risco, não só de contrair a doença, como também de evoluir a óbito por ela¹⁸. É

importante ressaltar que esse dado também necessita ser interpretado com cuidado, uma vez que o estudo foi realizado em um hospital público, que é geralmente pouco procurado por pessoas cuja condição financeira permite a busca por serviços particulares de saúde.

Quanto à escolaridade, observou-se que apenas uma pequena porcentagem dos indivíduos possuía ensino superior, havendo um predomínio daqueles de baixa escolaridade (tendo cursado apenas até os ciclos 1 ou 2 do ensino fundamental). Observou-se ainda uma parcela significativa dos indivíduos de média escolaridade (ensino médio completo) e daqueles sem escolaridade. Um estudo a nível nacional, no entanto, demonstrou que a houve uma maior proporção geral de óbitos intra-hospitalares entre os indivíduos analfabetos/ sem escolaridade²². O predomínio de óbitos entre aqueles indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade pode, novamente, sugerir a influência dos fatores socioeconômicos sobre as chances de adquirir e morrer por doenças infecciosas¹⁸. Esses indivíduos, geralmente, estão mais sujeitos a ocuparem cargos de menor remuneração e maior insegurança laboral e financeira⁵.

Em relação ao quadro clínico, dispneia, tosse, febre e desconforto respiratório foram os sinais e sintomas iniciais mais frequentes, estando, presentes em mais da metade dos pacientes, demonstrando um predomínio do desenvolvimento de uma síndrome respiratória aguda grave (SRAG) entre os óbitos por COVID-19¹. Fazendo uma comparação com outros estudos, tais resultados foram semelhantes, havendo ainda análises que também destacaram a produção de escarro e fadiga/mialgia como achados frequentes^{10,25}. No presente estudo, os demais sintomas incluídos na análise, a exemplo das alterações neurológicas, diarreia, cefaleia, perda do olfato e do paladar, foram referidos com menos frequência, sendo delírio, rouquidão e lesões de pele os que apresentaram menor frequência dentre todos.

Em relação às comorbidades prévias, predominou a presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença cardiovascular crônica, as quais também foram as 3 mais frequentes em outro estudo populacional realizado em Wuhan, China, local onde foram registrados os primeiros casos de COVID-19²⁵. Asma foi uma comorbidade pouco frequente, estando presente em apenas 2,2% dos pacientes, resultado muito inferior à frequência encontrada em outra análise que incluiu todas as regiões do Brasil, na qual 35,2% do grupo de não sobreviventes eram asmáticos⁶. Na presente análise, também foi significativa a presença de indivíduos com algum grau de obesidade (20,8%), comorbidade também citada uma revisão robusta acerca do dos fatores de risco para severidade na COVID-19, como um fator de risco para gravidade e pior prognóstico¹⁴. Síndrome de Down, por sua vez, foi a única,

dentre as comorbidades pesquisadas, que não foi relatada em nenhum paciente incluído na amostra.

Esse estudo possui algumas limitações. Em primeiro lugar, ele incluiu apenas pacientes de uma região limitada, os quais foram atendidos em um único centro de referência. Houve ainda pacientes que tiveram alguns dos dados socioeconômicos e clínicos indisponíveis. Em uma parte dos pacientes, informações acerca de obesidade e do IMC, assim como outras comorbidades, também estavam indisponíveis, o que pode ter subestimado as porcentagens dos seus portadores. As doenças neurológicas crônicas foram classificadas de maneiras distintas, considerando a história prévia de acidente vascular cerebral (AVC). Alguns foram considerados como portadores de doença neurológica crônica, ao passo que outros, que também tiveram história prévia de AVC, não foram incluídos no grupo dos portadores de doença neurológica crônica, o que também afeta a análise sobre tal comorbidade. Ademias, não foi possível analisar os dados do encerramento dos pacientes, pois esses dados não foram revisados a tempo da confecção deste trabalho. Porém, eles já estão disponíveis no banco de dados para sua posterior análise e acréscimo. Apesar das limitações, o trabalho traz importantes informações acerca da COVID-19 e de determinantes que estão relacionados a um maior risco de óbito pela doença em questão.

9 CONCLUSÃO

Em conclusão, o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes diagnosticados com COVID-19 e que tiveram morte como desfecho, admitidos em um hospital de referência em infectologia no ano de 2020, evidenciou as relações entre as posições socioeconômicas e o óbito. Esses indivíduos eram predominantemente do sexo masculino, com idade avançada e mais desfavorecidos socioeconomicamente (baixa escolaridade e baixa renda). Adicionalmente, comorbidades prévias, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardiovascular crônica e obesidade, foram condições que constituíram importante fator de risco para o desfecho analisado. Esses achados destacam a importância para os planejamentos em saúde de que haja melhor distribuição dos recursos e maior acesso às ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento da COVID-19 entre os socialmente mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020 mar [acesso em 12 ago. 2020]; 395(10229): 1054-1062. Disponível em: [[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)].
2. WHO. Index @ Covid19.Who.Int [Internet]. <https://Covid19.Who.Int/>. 2020. p. 1. [Acesso em 19 out. 2021]. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>.
3. Bastos LS, Niquini RP, Lana RM, Villela DAM, Cruz OG, Coelho FC, et al. COVID-19 and hospitalizations for SARI in Brazil: A comparison up to the 12th epidemiological week of 2020. *Rev. Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 abr [acesso em 12 ago 2020]; 36(4): 1-8. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/0102-311X00070120>].
4. Grenho F, Lourenço A, Ventura S, Bogalho I, Bargiela I, Silva CS, et al. Características Clínicas de Doentes com COVID-19 num Internamento Dedicado do Hospital CUF Infante Santo : Série de Casos [Internet]. 2020 jun [acesso em 7 jul. 2020]; 7: 82-91. Disponível em: [<https://doi.org/10.29315/gm.v7i2.367>].
5. Demenech LM, Dumith SC, Vieira MECD, Neiva-Silva L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *SciELO* [Internet]. 2020 [acesso em 22 out. 2020]; e200095. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>].
6. Baqui P, Bica I, Marra V, Ercole A, van der Schaar M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020 ago [acesso em 24 nov. 2020]; 8(8): 1018-1026. Disponível em: [[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)].
7. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” *Lancet* [Internet]. 2020 mai [acesso em 25 out. 2020]; 395(10235): 1461. Disponível em: [[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)].
8. Yi Y, Lagniton PNP, Ye S, Li E, Xu RH. COVID-19: What has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *Intational Journal of Biological Sciences* [Internet]. 2020 mar [acesso em 24 nov. 2020] 16(10): 1753-1766. Disponível em: [<https://doi.org/10.7150/ijbs.45134>].
9. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* [Internet]. 2020 fev [acesso em 11 dez. 2020]; 395(10223): 470-173. Disponível em: [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)].
10. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal Med.* [Internet]. 2020 abr [acesso em 27 nov. 2020]; 382(18): 1708-1720. Disponível em: [<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>].
11. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, de Souza-Filho JA. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Rev. Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 2020 jun [acesso em 24 nov. 2020]; 25(1): 2423-2446. Disponível em: [<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>].

12. Li X, Xu S, Yu M, Wang K, Tao Y, Zhou Y, et al. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 in patients in Wuhan. *J Allergy Clin Immunol*. [Internet]. 2020 jul [acesso em 24 nov. 2020]; 146(1): 110-118. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.04.006].
13. Callaway E. Could new COVID variants undermine vaccines? Labs scramble to find out. *Nature* [Internet]. 2021 jan [acesso em 19 out. 2021]; 589(7841): 177-178. Disponível em: [https://doi.org/10.1038/d41586-021-00031-0].
14. Gao Y dong, Ding M, Dong X, Zhang J jin, Kursat Azkur A, Azkur D, et al. Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology* [Internet]. 2021 fev [acesso em 2 out. 2021]; 76(2): 428-455. Disponível em: [https://doi.org/10.1111/all.14657].
15. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2020 abr [acesso em 22 out 2021]; 323(13): 1239-1242. Disponível em: [https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648].
16. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *Journal of Internal Medicine*. Blackwell Publishing Ltd [Internet]. 2020 ago [acesso em 6 dez. 2020]; 288(2): 192–206. Disponível em: [https://doi.org/10.1111/joim.13091].
17. Kumar A, Arora A, Sharma P, Anikhindi SA, Bansal N, Singla V, et al. Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A meta-analysis. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews* [Internet]. 2020 mai [acesso em 6 dez. 2020]; 14(4): 535–545. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.044].
18. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *Journal of Epidemiol and Community Health* [Internet]. 2020 mai [acesso em 9 dez. 2020]; 74(8): 620–623. Disponível em: [https://doi.org/10.1136/jech-2020-214297].
19. Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 jun [acesso em 24 nov. 2020]; 382(26): 2534–2543. Disponível em: [https://doi.org/10.1056/NEJMsa2011686].
20. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *Rev. JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. 2020 mai [acesso em 11 jul. 2021]; 323(20): 2052–2059. Disponível em: [https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775].
21. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected with SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *Rev. JAMA - Journal of the American Medical Association* [Internet]. 2020 abr [acesso em 11 jul. 2020]; 323(16):1574 –1581. Disponível em: [https://doi.org/10.1001/jama.2020.5394].

22. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet Respiratory Medicine* [Internet]. 2021 [acesso em 11 jul. 2021]; 9(4):407– 418. Disponível em: [[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)].
23. Baqui PO, Bica I, Marra V, Ercole A, Schaar M Van Der. Ethnic and regional variation in hospital mortality from COVID-19 in Brazil. *medRxiv* [Internet]. 2020 jul [acesso 7 jul. 2020]; 8(8): 1018-1026. Disponível em: [[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)].
24. Abedi V, Olulana O, Avula V, Chaudhary D, Khan A, Shahjouei S, et al. Racial, Economic and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *medRxiv Prepr Serv Heal Sci*. 2020 mai [Acesso em 6 dez. 2020]; 2020.04.26.20079756. Disponível em: [<https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20079756>].
25. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated with Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients with Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *Rev. JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 jul [acesso em 11 jul. 2021]; 180(7): 934-943. Disponível em: [<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>].

APÊNDICE A – FICHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

ID_PESQUISADOR (A): _____ DATA DA COLETA __/__/_____

Paciente com suspeita ou diagnóstico de Covid-19 e/ou outras síndromes respiratórias agudas graves (SRAG)?

Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE	
NOME	Campo aberto para inserir o nome completo (sem acento ou abreviações)
NOME DA MÃE	Campo aberto para inserir o nome completo (sem acento ou abreviações)
CPF	(campo para inserir dígitos) -----
Nº DE REGISTRO NO ICOM	(Inserir dígitos) -----
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
IDADE	Campo aberto para inserção de data, mês e ano (XX,XX,XXXX)
SEXO	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 – Masculino 1 – Feminino 9 – Ignorado
NOME SOCIAL	Campo aberto para inserir o nome social
SEXO SOCIAL	Verificar as opções no prontuário
PROCEDÊNCIA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 – Domicílio 1 – Hospital 2 – Unidade de Pronto Atendimento UPA 3 – Rua (via pública)

	9 – Ignorado
ESTADO CIVIL	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 -Casado (a) 1-União Estável (a) 2-Solteiro (a) 3-Separado (a) 4-Divorciado (a) 5-Não se aplica 6-Ignorado
RAÇA_COR	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 – Branco 1 – Preto 2 - Pardo 3 - Amarelo 4 – Indígena 9 – Ignorado
ESCOLARIDADE	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 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 9 – Ignorado
RELIGIÃO	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 1- Católica 2- Evangélica 3- Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias 4- Testemunhas de Jeová 5- Espiritualista 6- Espírita 7- Umbanda 8- Candomblé 9- Outras. Qual? _____ 10- Sem religião, agnóstico

	11- Sem religião, ateu 12- Ignorado
PRINCIPAL OCUPAÇÃO DO (A) PARTICIPANTE	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 Aposentado 1 Profissional de Saúde. <i>(Se sim, teremos a opção de selecionar a categoria, exemplo:</i> 1.1.Médico 1.2.Enfermeiro 1.3.Assistente Social 1.4.Fisioterapeuta 1.5.Psicólogo 1.6.Técnico de Enfermagem 1.7.Nutricionista 1.8.Terapeuta Ocupacional 1.9.Farmacêutico 1.10. Odontólogo 1.11. Fonoaudiólogo 1.12. Maqueiro 1.13. Auxiliar de Unidade 1.14. Agente de portaria 1.15. Morista 1.16. Auxiliar de serviços gerais 2 Outros profissionais formais. Qual? _____ <i>(campo aberto para digitação)</i> 3 Outros profissionais informais. Qual? _____ <i>(campo aberto para digitação)</i> 4 Estudante 5 Dona (o) de Casa 6. Desempregado (a) 9 Ignorado
COMPOSIÇÃO FAMILIAR	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 – Único morador da residencia 1- Vive com mais 1 pessoa 2 - Vive com mais 2 pessoas 3 - Vive com mais 3 pessoas 4 - Vive com mais 4 pessoas 5 - Vive com mais 5 pessoas 6 – Mais de 5 pessoas. Quantas? _____ 9 - Ignorado

RENDA MENSAL (Salário mínimos)	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 – Até 1SM 1 – De 1 a 2 SM 2- De 2 a 3 SM 3 – Acima de 3SM 9 - Ignorado
ASSISTÊNCIA SAÚDE PRIVADA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção) 0 – Não 1 – Sim 9 – Não sabe ou ignorado
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Salvador/BA 1-Outros: _____ 9-Ignorado
LOGRADOURO	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0- Rua, Travessa, Avenida, Loteamento) 1- Povoado, aldeia, quilombo 9- Ignorado <i>(Nele constará um campo aberto para inserção do nome desse logradouro)</i> Ex: Povoado de Lagarto Ruado Almirante <i>(E outro campo aberto para inserção do número)</i> Ex: Povoado de Lagarto <u>n</u> º1E Ruado Almirante <u>n</u> º 364
BAIRRO	Campo aberto para inserir o nome do bairro ou o código 9 – Ignorado
CEP	(campo para inserir dígitos) -----
UF DA RESIDÊNCIA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)

	0-Bahia 1-Outros: _____ (<i>campo aberto para digitação</i>) 9 – Ignorado
PAÍS DE RESIDÊNCIA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Brasil 1-Outros: _____ 9-Ignorado
ZONA DA RESIDÊNCIA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Urbana 1-Rural 2-Periurbana 9-Ignorado
TIPO DE MORADIA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0 – Própria 1-Alugada 2- Cedida 3-Situação de rua 4- Acolhimento institucional. Qual? _____
TELEFONES DE CONTATO DO (A) PARTICIPANTE	(O formulário permitirá a inserção de mais de uma opção:) 1- (_ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ Nome: _____ Vínculo: _____ 2- (_ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ Nome: _____ Vínculo: _____ 3- (_ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ Nome: _____ Vínculo: _____
EVOLUÇÃO CLÍNICA	
TRATA-SE DE CASO	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)

NOSOCOMIAL (INFECÇÃO ADQUIRIDA NO HOSPITAL)?	0 – Não 1 – Sim. 1.1 Nome do hospital: _____ 9- Ignorado
SINAIS E SINTOMAS NA ADMISSÃO	(O formulário permitirá múltipla escolha:) 0- Febre 1- Dor de garganta 2- Tosse 3- Dispneia 4- Desconforto Respiratório 5- Saturação O ₂ <95% 6- Diarreia 7- Vômito 8- Mialgia 9- Artralgia 10- Conjuntivite 11- Alterações Neurológicas 12- Rouquidão, 13- Perda/Diminuição Paladar (Dis/Ageusia); 14- Perda/Diminuição Olfato (Dis/Anosmia); 15- Delírio; 16- Falta Apetite; 17- Fadiga; 18- Dor Abdominal; 19- Dor Torácica; 20- Lesões De Pele 21- Outros. Quais: _____ 22- Ignorado
OXIMETRIA NA CHEGADA:	(Campo aberto para digitação)
PARTICIPANTE GESTANTE?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0- Não 1- 1º Trimestre 2- 2º Trimestre 3- 3º Trimestre 9- Idade gestacional ignorada
FATORES DE RISCO/COMORBIDADES	(O formulário permitirá múltipla escolha:) 0- Nenhum 1- Puérpera (até 45 dias do parto) 2- Doença Cardiovascular Crônica 3- Doença Hematológica Crônica 4- Síndrome de Down

	<p>5-Doença Hepática Crônica</p> <p>6-Asma</p> <p>7-Diabetes mellitus</p> <p>8-Doença Neurológica Crônica</p> <p>9-Ignorado</p> <p>10-Outra Pneumopatia Crônica</p> <p>11-Imunodeficiência/Imunodepressão</p> <p>12-Doença Renal Crônica</p> <p>13-Obesidade, IMC:_____</p> <p>14-Outros:_____</p>					
MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES	<p>(O formulário permitirá a seleção de multiplas opções:)</p> <p>0-Não</p> <p>1-Sim.</p> <p>1.1 Anti-hipertensivos</p> <p>1.2 Anti-lipemicos</p> <p>1.3 Antidiabéticos</p> <p>1.4 Antidepressivos</p> <p>1.5 Antivirais</p> <p>1.6 Reposição hormonal</p> <p>1.7 Anti-dislipidêmicos</p> <p>1.8 Analgésicos</p> <p>1.9 Outros: _____(campo aberto)</p> <p>9-Ignorado</p>					
PRESENÇA DE CICATRIZ VACINAL (BCG)	<p>(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)</p> <p>0-Não</p> <p>1-Sim</p> <p>9 –Ignorado</p>					
DATA DA COLETA LABORATORIAL NA ADMISSÃO:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)					
RESULTADOS:						
HB:	HTC:	LEUCÓCITOS:	BT:	SG:	LINFO:	MONO:
EOS:	PLAQUETAS:	GLICEMIA:	TGO:	TGP:	UREIA:	
CREAT.:	K:	NA:	CA:	LDH:	PCR:	
VHS:	FERRITINA:	FA:	MG:	GAMA GT:	BBT:	

BBD:	
ANTI_HIV	0 – Negativo 1 – Positivo 9 – Ignorado
VDRL	0 – Negativo 1 – Positivo 9 – Ignorado
ANTI_HCV	0 – Negativo 1 – Positivo 9 – Ignorado
AGHBS	0 – Negativo 1 – Positivo 9 – Ignorado
RECEBEU VACINA CONTRA GRIPE NA ÚLTIMA CAMPANHA?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim 9 –Ignorado
DATA DA VACINAÇÃO PARA GRIPE	Campo aberto para inserção de data, mês e ano (XX,XX,XXXX)
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS DE SRAG:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
DATA DA INTERNAÇÃO POR SRAG:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
INTERNADO EM UTI?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim 9 –Ignorado
DATA DA ENTRADA NA UTI:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
DATA DA SAÍDA DA UTI:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim, invasivo 2-Sim, não invasivo. (Se Sim para esta opção a ficha permitirá a seleção de múltiplas alternativas: 1.1 Cateter de Oxigênio 1.2 VNI 1.3 Máscara não reinalante 9 –Ignorado
PRECISOU SER PRONADO?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim 9 Ignorado

RAIO X DE TÓRAX ADMISSÃO?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0 -Não realizado 1-Normal 2-Infiltrado intersticial 3-Consolidação 4-Misto 5-Outro: _____ 9-Ignorado
DATA DO RAIOS X NA ADMISSÃO:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
TOMOGRÁFIA NA ADMISSÃO?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim 9 Ignorado
DATA DA TOMOGRÁFIA NA ADMISSÃO	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
RESULTADO DA TM NA ADMISSÃO:	1 Vidro Fosco 2 Porcentagem de acometimento do pulmão: ___% (campo para números)
OXIMETRIA 7º DIA:	(Campo aberto para digitação)
SINAIS E SINTOMAS ENTRE O 7º DIA E O 10º DIA DO INTERNAMENTO (OU NO MOMENTO DA ALTA SE ANTES DO 7º DIA)	(O formulário permitirá múltipla escolha:) 0. Febre 1. Dor de garganta 2. Tosse 3. Dispneia 4. Desconforto Respiratório 5. Saturação O ₂ <95% 6. Diarreia 7. Vômito 8. Mialgia 9. Artralgia 10. Conjuntivite 11. Alterações Neurológicas 12. Rouquidão, 13. Perda/Diminuição Paladar (Dis/Ageusia); 14. Perda/Diminuição Olfato (Dis/Anosmia); 15. Delírio; 16. Falta Apetite;

TIPO DE AMOSTRA NA COLETA MAIS PRÓXIMA DA ALTA/ÓBITO:	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 1-Secreção de Naso-orofaringe 2-Lavado Broco-alveolar 3-Tecido post-mortem 4-Outra, qual? _____ 9-Ignorado
RESULTADO AMOSTRA DA COLETA MAIS PRÓXIMA DA ALTA/ÓBITO:	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Negativo 1-Positivo 9 -Ignorado
Nº REQUISIÇÃO DO GAL:	Campo aberto para digitação de números
TOMOGRAFIA MAIS PRÓXIMA DA ALTA/ÓBITO:	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 1- Vidro Fosco 2- Porcentagem de acometimento do pulmão: ___% (campo para números)
DATA DA TM MAIS PRÓXIMA DA ALTA/ÓBITO:	Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)
CRITÉRIO DE ENCERRAMENTO:	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 1-Laboratorial 2-Vínculo-Epidemiológico 3-Clínico 9-Ignorado
MEDICAMENTOS “ESPECÍFICOS” ANTES OU DURANTE INTERNAÇÃO:	(O Formulário Permitirá Múltipla Escolha:) 1-Ceftriaxona. Dias de uso: 1.1 Antes () ou Durante () internação 2-Azitromicina. Dias de uso: 2.1 Antes () ou Durante () internação 3-Oseltamivir. Dias de uso: 3.1 Antes () ou Durante () internação 4-Cloroquina. Dias de uso:

<p>4.1 Antes () ou Durante () internação</p> <p>5-Ivermectina. Dias de uso:</p> <p>5.1 Antes () ou Durante () internação</p> <p>6-Corticoide. Dias de uso:</p> <p>6.1 Antes () Ou Durante () internação</p> <p>7-Anticoagulantes. Dias de Uso:</p> <p>7.1 Antes () ou Durante () internação</p> <p>8-Outro. Dias de uso:</p> <p>8.1 Antes () ou Durante () internação</p> <p>9- Outro. Dias de uso:</p> <p>9.1 Antes () ou Durante () internação</p> <p>10- Outro. Dias de uso:</p> <p>10.1 Antes () ou Durante () internação</p>	
COMPLICAÇÕES INTRA HOSPITALAR	
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim. 1.1. DATA: __/__/____ 9 -Ignorado
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim. 1.1. DATA: __/__/____ 9 -Ignorado
PNEUMOTÓRAX	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim. 1.1. DATA: __/__/____ 9 -Ignorado
PNEUMOMEDIASTINO	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim. 1.1. DATA: __/__/____ 9 -Ignorado

INFEÇÃO HOSPITALAR?	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim (A ficha abrirá a próxima questão) 9 -Ignorado
PRESCRITO OUTRO ANTIBIOTICO:	(O formulário permitirá a seleção de MAIS de uma opção:) 0 -TAZOCIM. DATA: __/__/____ 1-MEROPENEM. DATA: __/__/____ 2-CEFEPIME. DATA: __/__/____ 3-VANCOMICINA. DATA: __/__/____ 4-TEICOPLANINA. DATA: __/__/____ 5-AMICACINA. DATA: __/__/____ 6- POLIMIXINA. DATA: __/__/____ 7- LINDAMICINA. DATA: __/__/____ 8-OUTRO: _____ DATA: __/__/____ 9 – Ignorado
MOTIVO:	(O formulário permitirá a seleção de MAIS de uma opção:) 0 - PAV- Pneumonia associada ventilação mecânica 1 - PNM-Pneumonia não associada a VM 2 - ITU- Infecção Trato Urinário Associado A Cateter Vesical 3 - ITU Não associada a Cateter Vesical 4- IPCS- infecção primária corrente sanguínea 5-Celulite/Flebite 6-Outro:_____
MICROORGANISMO IDENTIFICADO:	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:) 0-Não 1-Sim. 1.1. DATA: __/__/____ 9 -Ignorado
MATERIAL:	(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)

	<p>0-Secreção Traqueal</p> <p>1-Hemocultura</p> <p>2- Urocultura</p> <p>3- P. Cateter</p> <p>9 - Ignorado</p>
MICROORGANISMO IDENTIFICADO:	<p>(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)</p> <p>0-Não</p> <p>1-Sim. 1.1. DATA: __/__/____</p> <p>9 -Ignorado</p>
MATERIAL:	<p>(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)</p> <p>0-Secreção Traqueal</p> <p>1-Hemocultura</p> <p>2- Urocultura</p> <p>3- P. Cateter</p> <p>9 - Ignorado</p>
EVOLUÇÃO CLÍNICA DO (A) PARTICIPANTE	<p>(O formulário permitirá a seleção de apenas uma opção:)</p> <p>1-Alta</p> <p>2-Óbito</p> <p>3-Transferência</p>
DATA DA ALTA, TRANSFERÊNCIA OU ÓBITO	<p>Campo aberto para inserção de data e mês (XX,XX,2020)</p>

ANEXO I – PARECER DO CEP

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE MODELOS E ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA PANDEMIA DO COVID-19 (2020-2022)

Pesquisador: Isabela Cardoso de Matos Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36866620.2.3001.0046

Instituição Proponente: Hospital Couto Maia/SES/BA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.307.453

Apresentação do Projeto:

O controle da pandemia de COVID-19 demanda a adoção de uma concepção de vigilância em saúde que envolva as ações de atenção primária, assistência especializada e hospitalar, proteção da saúde dos trabalhadores e comunicação social. Nessa perspectiva, investigações sobre modelos, estratégias e ações de vigilância e de proteção à saúde dos trabalhadores em diferentes níveis do SUS, assim como análises comparadas de sistemas de saúde são necessárias para preencher lacunas do conhecimento e para formular recomendações adequadas aos gestores do sistema de saúde e a população em geral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Geral: Analisar os modelos, estratégias e ações de vigilância em saúde em distintos níveis de atenção, para a redução da exposição ao risco de contaminação na população e em trabalhadores de saúde, a detecção precoce de casos e o encaminhamento em tempo adequado de pacientes para a assistência especializada e hospitalar;

Objetivo Secundário:

Específicos: 1- Analisar, comparativamente, distintos modelos de vigilância em saúde adotados nos países que tiveram evolução diferente da epidemia em relação ao Brasil, no que diz respeito às

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV ç Aguas Claras
Bairro: Aguas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 4.307.453

medidas executadas e as características dos diferentes sistemas de saúde e seus resultados.2- Analisar as ações de vigilância em saúde no âmbito da atenção primária à saúde em municípios selecionados no Estado da Bahia, identificando dificuldades e potencialidades para aprimoramento de sua atuação no enfrentamento da pandemia de COVID-19;3- Avaliar a gestão de cuidados a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) atendidos em hospital de referência para doenças infecciosas da Bahia;4- Analisar as estratégias de implementação dos Planos Estaduais de Contingência para Atenção Hospitalar no enfrentamento do COVID-19;5- Analisar as ações de vigilância voltadas para a proteção da saúde e redução dos riscos relacionados com o SARS-Cov-2 em tipos específicos de serviços de saúde;6- Analisar a disponibilidade, o grau de adesão e a aceitabilidade do uso de EPIs pelos trabalhadores de saúde e a adoção de práticas de prevenção, controle e manejo da COVID-19 pela população;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Dentre os subprojetos apenas o estudo de coorte de pacientes suspeitos ou confirmados de covid 19 internados no Hospital Couto Maia apresenta algum tipo de risco para os sujeitos de estudo, na medida em que os demais estudos contemplam fundamentalmente revisão documental e realização de entrevistas, na execução das atividades as quais serão tomadas as precauções previstas nas resoluções 466/2016 e 510/2016 do CNS.

Benefícios:

Os resultados do estudo serão divulgados em formato de artigo científico; de material informativo, através boletins periódicos, vídeos e outros produtos audiovisuais postados nas redes sociais vinculada ao Observatório e à NetEscola de Saúde Coletiva sediados no ISC-UFBA; de material de apoio a ações de vigilância em saúde; e deverão subsidiar a capacitação de recursos humanos no âmbito da pós-graduação e pesquisa, bem como dos serviços do SUS nas áreas de vigilância, organização e gestão.

Contribuição ao aperfeiçoamento das ações de VISAU por meio da identificação das ações e estratégias mais exitosas. Disponibilizará ao SUS tecnologias de VISAU para equipes de APS e profissionais de saúde, além da produção de informações para gestores, subsidiando futuras estratégias de vigilância e aprimoramento da atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto que envolvem outros sete subprojetos, já avaliados por outro CEP. Importante projeto que

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV - Aguas Claras
Bairro: Aguas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 4.307.453

irá nortear ações futuras de prevenção e promoção da saúde pelos gestores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios e de acordo com a resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Meu voto é pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefinal.docx	14/09/2020 17:13:42	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	aspectoseticosisabela.docx	26/08/2020 15:32:01	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	anuenciasesabisabela.pdf	26/08/2020 15:31:37	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	anuenciaunebisabela.pdf	26/08/2020 15:31:26	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	anuenciaageuisabela.pdf	26/08/2020 15:31:08	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEok.pdf	21/08/2020 12:47:14	Isabela Cardoso de Matos Pinto	Aceito
Declaração do Patrocinador	termoConcessaoCNPQ.pdf	21/08/2020 11:42:07	Isabela Cardoso de Matos Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/08/2020 13:52:30	Isabela Cardoso de Matos Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	05/08/2020 11:01:33	Isabela Cardoso de Matos Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV ç Aguas Claras
Bairro: Aguas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br

HOSPITAL COUTO
MAIA/SES/BA



Continuação do Parecer: 4.307.453

SALVADOR, 29 de Setembro de 2020

Silvia Prisco

Assinado por:

SILVIA MARIANA DE MENEZES PRISCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Coronel Azevedo, s/n Cajazeiras II Setor IV, Aguas Claras
Bairro: Aguas Claras **CEP:** 41.330-010
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3103-7167 **Fax:** (71)3103-7150 **E-mail:** icom.cep@saude.ba.gov.br