



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR COVID-19 EM IDOSOS

Resumo: A Coronavirus Disease (COVID-19) pode causar infecções respiratórias graves, cujas taxas de morbimortalidade são maiores em populações de risco, como os idosos, portadores de doenças crônicas e imunossuprimidos. Nesse sentido, este estudo descreve o perfil das internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) relacionada à COVID-19 entre idosos, no Brasil, em 2020. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo com base nos registros disponibilizados pelo Departamento de informática do SUS. Os resultados indicaram maiores taxas de prevalência para hospitalização em decorrência da COVID-19 entre os homens (53,5%) e para a faixa etária entre 65-69 anos (19,7%). Indivíduos portadores de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus foram os mais vitimados pela doença. Verificou-se que 60,6% dos pacientes graves tiveram como desfecho o óbito. Acredita-se que o conhecimento dos padrões de saúde e adoecimento podem auxiliar no planejamento e execução de medidas preventivas e educacionais no manejo da pandemia de COVID-19.

Descritores: SRAG, Infecções por Coronavírus, Idoso.

Epidemiological profile of severe acute respiratory syndrome due to COVID-19 in the elderly

Abstract: Coronavirus Disease (COVID-19) can cause severe respiratory infections, whose morbidity and mortality rates are higher in risk populations, such as the elderly, patients with chronic diseases and immunosuppressed individuals. In this sense, this study describes the profile of hospitalizations for severe acute respiratory syndrome (SARS) related to COVID-19 among the elderly in Brazil in 2020. This is a descriptive epidemiological study based on records made available by the Computer Department of the SUS. The results indicated higher prevalence rates for hospitalization as a result of COVID-19 among men (53.5%) and for the 65-69 age group (19.7%). Individuals with cardiovascular diseases and diabetes mellitus were the most victimized by the disease. It was verified that 60.6% of the severe patients had death as the outcome. It is believed that the knowledge of health and disease patterns can help in the planning and implementation of preventive and educational measures in the management of the pandemic of COVID-19.

Descriptors: SARS, Coronavirus Infections, Aged.

Perfil epidemiológico del síndrome respiratorio agudo severo por COVID-19 en el adulto mayor

Resumen: La Coronavirus Disease (COVID-19) puede causar infecciones respiratorias graves, cuyas tasas de morbilidad y mortalidad son más elevadas en las poblaciones de riesgo, como los ancianos, los pacientes con enfermedades crónicas y los inmunodeprimidos. En este sentido, este estudio describe el perfil de las hospitalizaciones por Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG) relacionadas con el COVID-19 entre los ancianos en Brasil en 2020. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo basado en los registros puestos a disposición por el Departamento de Informática del SUS. Los resultados indicaron tasas de prevalencia más altas de hospitalización como consecuencia de la COVID-19 entre los hombres (53,5%) y para el grupo de edad de 65-69 años (19,7%). Las personas con enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus fueron las más afectadas por la enfermedad. Se verificó que el 60,6% de los pacientes graves tuvieron como desenlace la muerte. Se cree que el conocimiento de los patrones de salud y enfermedad puede ayudar en la planificación y aplicación de medidas preventivas y educativas en la gestión de la pandemia de COVID-19.

Descriptorios: SRAG. Infecciones por Coronavírus. Anciano.

Fátima Alban Antunes

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Feevale - Novo Hamburgo/RS/Brasil.
E-mail: fatima_alban@hotmail.com

Ana Paula Favero

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Feevale - Novo Hamburgo/RS/Brasil.
E-mail: favero.anapaula2@gmail.com

Juliane de Souza Scherer

Docente de Enfermagem da Universidade Feevale - Novo Hamburgo/RS/Brasil.
Doutoranda do PPG Patologia da UFCSPA.
E-mail: sjuliane@feevale.br

Daiane Bolzan Berlese

Docente da Universidade Feevale. Doutora em Bioquímica.
E-mail: daianeb@feevale.br

André Luis Machado Bueno

Docente de Enfermagem da Universidade Feevale - Novo Hamburgo/RS/Brasil. Doutor em Enfermagem pela UFRGS.
E-mail: andrebueno@feevale.br

Submissão: 04/12/2021

Aprovação: 15/08/2022

Publicação: 16/01/2023



Como citar este artigo:

Antunes FA, Favero AP, Scherer JS, Berlese DB, Bueno ALM. Perfil epidemiológico da síndrome respiratória aguda grave por COVID-19 em idosos. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):3-12. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.3-12>

Introdução

A *Coronavirus Disease* (COVID-19) foi descoberta em dezembro de 2019 após um surto na cidade de Wuhan, na China. É provocada pelo novo *Coronavirus*, denominado SARS-CoV-2, cuja família de vírus causa infecções respiratórias, as quais podem resultar em infecções assintomáticas ou evoluir para quadros respiratórios graves. No dia 11 de março de 2020, a COVID-19 foi declarada como uma pandemia mundial^{1,2}.

No mundo, até o dia 28 de outubro de 2021, foram registrados 244.897.472 casos confirmados e 4.970.435 mortes. No Brasil, até a mesma data, foram 21.766.168 casos confirmados e 606.679 mortes, com letalidade de 2,8%¹.

Sabe-se ainda que as doenças crônicas não transmissíveis são fatores de risco para a morbimortalidade por COVID-19. O Ministério da Saúde (MS) do Brasil levantou dados para verificar o perfil da população quanto às doenças mais prevalentes no país, e descobriu que 7,4% dos doentes crônicos possui diabetes, 24,5% possui hipertensão e 20,3% estão dentro das condições consideradas para a obesidade³. Esses dados compõem cenário de vulnerabilidade da população brasileira à mortalidade por COVID-19. Cabe ressaltar que a doença pulmonar obstrutiva crônica afeta 6 milhões de pessoas no Brasil e contribui para a composição desse perfil¹.

As pessoas com problemas de saúde preexistentes, por exemplo, doenças não transmissíveis (DNT) como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer, têm maior risco de apresentar um quadro clínico grave e maior probabilidade de morrer por COVID-19³. Situações clínicas agravadas, muitas vezes, pelas

condições de precariedade e aglomeração de algumas instituições de longa permanência (como asilos e albergues), representando um obstáculo para a aplicação de medidas preventivas de higienização de mãos e ambientes e distanciamento físico².

Nesse cenário, compreende-se que os pacientes idosos são mais vulneráveis aos impactos da doença e compreendem os casos mais graves quando comparados com os mais jovens. É importante observar que a idade e as comorbidades estão fortemente correlacionadas às taxas de mortalidade^{4,5}.

A COVID-19 já demonstra que não afetará todos da mesma maneira, mas já se observa que a população idosa concentra o maior índice dos óbitos. É preciso considerar a disponibilidade dos serviços de saúde quando estas pessoas adoecem pela COVID-19, uma vez que já estão em desvantagem, ao somarem suas comorbidades como agravantes à doença. Cabe ressaltar que, muitas vezes, essas doenças prévias são desconhecidas pelos idosos, o que aumenta de forma significativa as chances de contágio e de complicações pelo novo *Coronavirus* - SARS-CoV-2^{5,6}.

Objetivo

Descrever o perfil epidemiológico das hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) relacionada a COVID-19, em 2020, na população idosa brasileira.

Material e Método

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19, em idosos, no Brasil, para o ano de 2020. Os dados utilizados são de domínio público e acesso universal, estando de acordo com a resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no

que se refere à responsabilidade no uso dos dados. Nesse sentido, os registros são oriundos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e foram coletados no mês de março de 2021. As variáveis utilizadas na pesquisa foram: sexo, faixa etária, raça/cor, escolaridade, internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), suporte ventilatório, fatores de risco, sinais e sintomas⁷.

O referido banco de dados está disponível *online*, em formato de planilha eletrônica, dispensando a utilização de instrumento de coleta de dados, cabendo ao pesquisador a estruturação e organização das informações para análise. A descrição das variáveis respeita as normas técnicas contidas no dicionário de

dados disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Os registros foram submetidos a métodos descritivos de análise de forma uni e bivariada, com índices expressos em números absolutos e percentuais, produzidos com auxílio de uma planilha eletrônica.

Resultados e Discussão

Os resultados a seguir dizem respeito às 361.719 hospitalizações por SRAG relacionadas com a COVID-19, durante o ano de 2020, na população idosa brasileira. Considera-se SRAG a forma grave da COVID-19, caracterizada por síndrome gripal que apresenta dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU cianose dos lábios ou rosto¹.

Tabela 1: Distribuição por sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade dos casos de SRAG por COVID-19 em idosos - Brasil/2020.

Variável	N (361.719)	% (100)	% Valido	% Cumulativo
Sexo				
Masculino	193.626	53,5	53,5	53,5
Feminino	168.023	46,5	46,5	46,5
Ignorado	70	,0	,0	100
Faixa etária				
60-64	69.408	19,2	19,2	19,2
65-69	71.252	19,7	19,7	38,9
70-74	66.227	18,3	18,3	57,2
75-79	55.567	15,4	15,4	72,6
80-84	46.739	12,9	12,9	85,5
85-89	31.136	8,6	8,6	94,1
>=90	21.390	5,9	5,9	100
Raça/Cor				
Branca	144.819	40,0	41,9	41,9
Preta	16.477	4,6	4,8	46,6
Amarela	4.162	1,2	1,2	47,8
Parda	117.908	32,6	34,1	81,9
Indígenas	929	,3	,3	82,2
Ignorado	61.744	17,1	17,8	100
Perdas	15.680	4,3		
Escolaridade				
Sem escolaridade/Analfabeto	14.295	4,0	5,8	5,8
Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série)	46.778	12,9	18,8	24,6
Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série)	23.726	6,6	9,6	34,1
Médio (1º ao 3º ano)	25.194	7,0	10,1	44,3
Superior	13.116	3,6	5,3	49,6
Ignorado	125.235	34,6	50,4	100
Perdas	113.375	31,3		

Fonte: DATASUS/MS, Março de 2021.

No que se refere a variável sexo, na tabela 1, observa-se que os homens contabilizaram o maior número de casos registrados por SRAG com 53,5% das hospitalizações. Em um estudo que analisou os casos de 120.469 internações por SARG decorrente à COVID-19 no Brasil, o sexo masculino apresentou as maiores taxas com 58,6% dos casos⁷. Algumas pesquisas ressaltam a vulnerabilidade masculina durante a pandemia, onde os homens se sentiram mais vulneráveis em relação à saúde em função das doenças crônicas e da maior possibilidade de complicações severas. Na esfera psicológica, existe ainda a incerteza frente à pandemia no que se refere a ameaça de desemprego, interrupção de projetos e o sustento familiar. Cabe alertar que a pandemia interrompeu alguns ciclos de interação socioafetivos, o que pode ter contribuído para o desenvolvimento e agravamento de doenças psiquiátricas⁸.

Considerando o total de internações por SRAG relacionados à COVID-19, no ano de 2020, verificou-se que 53% dos casos dizem respeito a indivíduos com 60 anos ou mais. Os dados descritos na tabela 1 indicam que a faixa etária com mais hospitalizações por SRAG foram os indivíduos entre 65 a 69 anos, com 19,7% dos registros. Contudo, é possível identificar que as faixas etárias entre 60-64 e 70-74 anos apresentaram valores muito próximos, 19,2% e 18,3% respectivamente. Juntas, essas três faixas etárias representam um percentual cumulativo de 57,2%. Já a faixa acima de 90 anos mostrou-se menos afetada pela SRAG por COVID-19, com 5,9%, provavelmente devido a sua menor densidade demográfica interferir nestes percentuais.

Em julho de 2020, a população entre 70 a 79 anos ocupava o terceiro lugar no número de

hospitalizações, e o primeiro lugar em número de óbitos entre os idosos⁹. Até a 13ª Semana Epidemiológica (SE) de 2021, foram registrados 98.550 óbitos de SRAG por COVID-19 sendo a faixa etária de 70-79 anos os mais acometidos com 25,1% do total de óbitos, seguidos da faixa etária entre 60-69 anos com 24% dos óbitos. a raça/cor branca 45,7% é a mais frequente seguida da parda 35,5%¹⁰.

Segundo o banco de dados nacional chinês, com 44.672 pacientes, a mortalidade acima de 60 anos é de 81%, com razão de chances de mortalidade aumentando 3,4 vezes para cada 10 anos de envelhecimento¹¹.

Este estudo revelou, quanto à raça/cor, que brancos e pardos com 40%, e 32,6% dos registros, respectivamente, perfizeram as maiores taxas. No que se refere à escolaridade, foi possível observar que os idosos com ensino fundamental do primeiro ciclo (1ª a 5ª série) foram os mais afetados pela SARG por COVID-19, com 12,9% das internações. Nota-se que as perdas e dados ignorados somaram 65,9% das internações, inviabilizando uma análise mais precisa dos resultados para essa variável.

A necessidade de internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e suporte ventilatório relacionada aos desfechos é mostrada na tabela 2. Observa-se que 60,6% dos pacientes internados em UTI tiveram como desfecho o óbito. Em relação ao suporte ventilatório invasivo e não invasivo 83,2% dos pacientes com essas necessidades evoluíram para óbito. Dos pacientes com suporte ventilatório invasivo 43,2% evoluíram ao óbito. Salienta-se, também, que, conforme os dados analisados, em média, os pacientes permaneceram, aproximadamente, 12 dias internados em um leito de UTI.

A COVID-19 chegou ao Brasil no mesmo período de sazonalidade da gripe, que começou em meados de abril até o início de setembro. Tendências similares à gripe eram esperadas pelo Ministério da Saúde devido à aglomeração relacionada à estação do inverno. No sul, que tem um clima temperado, o pico geralmente

acontece em junho e julho. No norte, devido à estação chuvosa, o maior pico acontece nos meses de março e abril. Outras regiões apresentaram uma situação intermediária com picos menos evidentes durante o inverno¹².

Tabela 2: Relação entre internação em UTI* e suporte ventilatório com os desfechos para casos de SRAG** por COVID-19 em idosos - Brasil/2020.

UTI		DESFECHOS (n=297.118)			
		Cura	Óbito	Óbito por outras causas	Ignorado
Sim	n	38.937	85.388	474	1.790
	% (100)	26,0%	60,6%	49,1%	32,0%
Não	n	107.805	51.253	470	3.321
	% (100)	72,0%	36,4%	48,7%	59,4%
Ignorado	n	3.020	4.159	21	480
	% (100)	2,0%	3,0%	2,2%	8,6%
Total	n	149.762	140.800	965	5.591
	% (100)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
SUPORTE VENTILATÓRIO (n=296.038)					
Sim (invasivo)	n	9.772	61.273	390	687
	% (100)	6,6%	43,2%	40,3%	12,2%
Sim (não invasivo)	n	91.878	56.614	398	2.996
	% (100)	62,2%	40,0%	41,1%	53,4%
Não	n	40.655	16.076	150	1.280
	% (100)	27,5%	11,3%	15,5%	22,8%
Ignorado	n	5.478	7.709	30	652
	% (100)	3,7%	5,4%	3,1%	11,6%
Total	n	147.783	141.672	968	5.615
	% (100)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: DATASUS/MS, Março de 2021.

* UTI: Unidade de Terapia Intensiva

** SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

No estado de Goiás até agosto de 2020, 39,7% dos pacientes necessitaram de um leito de UTI e permaneceram, em média, 9,5 dias hospitalizados¹³. Antes da pandemia, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) recomendava a existência de 10 a 30 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes. Entre fevereiro de 2020 e fevereiro de 2021 foram disponibilizados, no Brasil, 25.186 novos leitos de UTI, representando

cerca de 61% a mais do que havia disponível anteriormente, algo em torno de 41.311 leitos. Quanto às regiões do Brasil, os novos leitos foram distribuídos da seguinte forma: região Norte 1.955, região Nordeste 5.711, região Sudeste 11.673, região Sul 3.338 e região Centro-Oeste 2.509¹⁰.

O perfil das internações em leitos de UTI no SUS decorrentes da COVID-19, mostraram que 60,5% dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 64 anos. Do total, 33,6% dos pacientes possuíam diabetes mellitus, 58,4% possuíam hipertensão arterial sistêmica, 15,5% possuíam alguma complicação cardiovascular, 56% necessitaram de ventilação mecânica e no geral, estes pacientes passaram 12 dias internados na UTI¹⁴.

De acordo com o estudo observacional, retrospectivo e transversal dos boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde no quais foram analisadas 120.469 internações por SRAG decorrente da COVID-19 no Brasil, 41,6% dos pacientes necessitaram de suporte ventilatório, destes 61,1% utilizaram ventilação invasiva e 53,8% foram a óbito⁷.

No que se refere aos fatores de risco envolvidos nos óbitos, as doenças cardiovasculares crônicas e a diabetes mellitus com 72,7% e 56,8% dos óbitos, respectivamente, foram os fatores de risco mais registrados (Tabela 3).

Tabela 3: Fatores de risco envolvidos nos óbitos por SRAG/COVID-19 em idosos - Brasil/2020.

FATORES DE RISCO	N	Perdas (%)	ÓBITOS	
			n	% válido
Doença Cardiovascular Crônica	164.776	35,6	58.630	72,7
Diabetes mellitus	164.776	40,7	67.056	56,8
Doença Neurológica Crônica	164.776	51,6	85.068	15,6
Outra Pneumopatia Crônica	164.776	51,9	85.540	14,4
Doença Renal Crônica	164.776	52,0	85.685	14,2
Obesidade	164.776	53,8	88.693	10,3
Imunodepressão ou imunodeficiência	164.776	53,6	88.306	6,6
Asma	164.776	53,8	88.610	4,2
Doença Hepática Crônica	164.776	54,0	89.010	2,6
Doença Hematológica Crônica	164.776	54,0	88.900	2,0

Fonte: DATASUS/MS, Março de 2021.

Em um estudo com objetivo de descrever o perfil clínico e epidemiológico de 197 óbitos envolvendo a COVID-19, as doenças cardiovasculares e a diabetes perfizeram 82,7% e 53,8%, respectivamente, dos fatores de risco¹⁵. As doenças cardiovasculares preexistentes são um dos principais fatores de risco para ocorrência e gravidade da COVID-19. Além da

prevalência elevada, pacientes com esta comorbidade possuem maior predisposição para o desenvolvimento das formas grave da doença¹⁶.

Acerca das doenças crônicas não transmissíveis, a ONU Brasil cita que elas são responsáveis por mais de 70% das mortes em todo o mundo¹⁷. Nesse sentido, um estudo realizado na China com objetivo de

delinear as características clínicas dos pacientes acometidos pela COVID-19, observou que dos 113 óbitos registrados, 71 apresentavam comorbidades, destes 48% eram hipertensos, 21% possuíam diabetes mellitus, 14% doença cardiovascular e 10% apresentaram doenças pulmonares crônicas¹⁸. Conforme descrito na literatura, a COVID-19 acarreta disfunções miocárdicas em pacientes com comorbidades cardiovasculares prévias, interferindo na capacidade de bomba cardíaca e por sua vez, aumentando as taxas de mortalidade em relação à doença¹⁹.

Constatam-se semelhanças, entre os dados deste estudo e a sua comparação com a literatura, no que se refere ao comportamento da doença em consideração à presença das doenças cardiovasculares crônicas e do diabetes mellitus.

Conforme a tabela 3, as doenças neurológicas crônicas, como Alzheimer e Parkinson e outras pneumopatias crônicas correspondem, respectivamente, a 15,6% e 14,4% dos registros. O estado da Bahia foi o único que citou, em seu boletim epidemiológico, as doenças neurológicas e outras pneumopatias, e as taxas destas foram menores ainda, talvez porque os números de casos confirmados em idosos correspondiam somente a 14% do total de 259.418 casos confirmados²⁰.

Pacientes portadores de doenças renais crônicas, segundo a tabela 3, perfizeram 14,2% dos óbitos. A Sociedade Brasileira de Patologia Clínica relata que em torno de 10 milhões de brasileiros sofrem algum tipo de disfunção renal, cerca de 5% da população total²¹. Os pacientes portadores de injúria renal apresentam probabilidade cerca de 2,5 vezes maior de óbito em relação a pacientes hospitalizados com a COVID-19,

sem doença renal prévia. Em um estudo transversal, com dados secundários, a análise dos fatores associados ao óbito em indivíduos internados por COVID-19 mostrou que as doenças renais fazem parte de 4,5% destas internações²².

A obesidade (tabela 3) esteve presente em 10,3% dos pacientes idosos que evoluíram para óbito. Em uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observou-se que a obesidade na população com 20 anos ou mais de idade mais que dobrou entre os anos de 2003 e 2019, passando de 12,2% para 26,8%²³. Nesse sentido, os obesos são mais propensos a desenvolver hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus.

Conforme a tabela 3, a imunodepressão ou imunodeficiência fizeram parte de 6,6% dos óbitos. Em uma análise sobre os fatores associados ao óbito hospitalar por COVID-19, no Espírito Santo, foram encontrados 100% de óbitos em pacientes portadores de HIV²². No que se refere à asma, verificou-se que ela esteve presente em 4,2% dos óbitos. Em um estudo sobre a prevalência de comorbidade na população brasileira realizado no ano de 2020, verificou-se uma taxa de óbito de 2,5% por asma²⁴. Segundo a Associação Médica Brasileira, em 2020, a prevalência de asma em pacientes com suspeita de COVID-19 foi similar à da população sem doença, não havendo, de acordo com os dados disponíveis até 21 de fevereiro de 2021, evidência de que os pacientes com asma têm maior risco de infecção pelo SARS-CoV-2²⁵.

As doenças hepáticas crônicas e as doenças hematológicas crônicas são os fatores de risco menos registrados (Tabela 3), correspondendo a 2,6% e 2,0%, respectivamente. Mesmo após 18 meses do início da pandemia, ainda existe escassez de estudos que

abordem variáveis como estas. Ressalta-se que o entendimento da pandemia e suas repercussões e interações estão em constante evolução e processo de revisão e atualização.

Os sinais e sintomas mais prevalentes neste estudo são elencados na tabela 4. É possível observar que a dispneia (79,3%), a tosse (75,5%), a saturação <95% (73,2%), o desconforto respiratório (68,9%) e a febre (65,0%) são os sinais e sintomas que justificaram os maiores percentuais de internação.

Na fase inicial da pandemia, foi realizada uma pesquisa com 41 pacientes internados na China, onde os sinais e sintomas mais registrados foram dispneia (55%), tosse (76%) e febre (98%)²⁶. Dispneia é caracterizada pela dificuldade de respirar, com aumento do ritmo e da profundidade da expansão do tórax na inspiração e na expiração, necessitando de mais esforço do que o normal, sendo geralmente causada por distúrbios no coração e no pulmão²⁵.

De acordo com um estudo que teve como objetivo fazer uma revisão sistemática de 13 artigos que abordaram as manifestações clínicas da COVID-19 em adultos, observou que a febre e a tosse foram identificadas em 100% dos estudos, seguidos da dispneia com 76,9% dos registros²⁷.

O aspecto clínico da infecção por SARS-CoV-2 é muito amplo, podendo variar em sua gravidade. Casos leves da doença são caracterizados pelos pacientes que tiveram tosse, dor de garganta, coriza, anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, fadiga e cefaleia. Os sintomas mais usuais nos casos moderados são febre e tosse persistente, além de outros sintomas relacionado a COVID-19 como prostração, perda de apetite, fraqueza, além da presença de pneumonia, sem sinais ou sintomas de

gravidade. Já os casos graves são classificados como SRAG (caracterizada por síndrome gripal que apresenta dispneia, saturação <95% e cianose)¹⁰.

A febre é esperada, pois ela é fisiológica e uma tentativa natural de defender o organismo contra infecções de vírus ou bactérias. No entanto, a febre pode estar ausente em pacientes jovens, idosos e imunodeprimidos ou que utilizaram antitérmico. Nesses casos, deve ser levada em consideração a avaliação clínica^{10,28}. A maioria dos indivíduos (85%) pode ser assintomática ou apresentar um quadro leve da doença. Casos graves (15%) tem possibilidade de manifestar sintomas clínicos como dispneia e esforço respiratório²⁶⁻²⁹. A hipóxia é a diminuição da oferta de oxigênio aos tecidos, podendo levar a uma condição de risco vida, se o fornecimento de oxigênio a um órgão vital for prejudicado significativamente²⁷.

O desconforto respiratório é considerado um caso grave caracterizado pelo uso de musculatura acessória, cuja a avaliação clínica deve ser objetivada, focada no padrão ventilatório, nos sinais de desconforto respiratório, saturação de oxigênio e ausculta pulmonar¹⁰. Entende-se, nesse sentido, que o desconforto respiratório também pode estar presente nas síndromes gripais, sendo necessário estar atento a intensidade desse desconforto e se a piora deste sintoma progrediu rapidamente.

Cabe registrar que o vírus do SARS-CoV-2 tem como foco de contaminação as células pulmonares, mas pode atingir o sistema gastrointestinal. Dor de garganta (19,6%), diarreia (16,6%) e o vômito (9,8%), são os sintomas que apresentaram os menores percentuais de registro, sendo considerados sintomas de quadros leves da doença^{27,28}.

Conclusão

Os resultados obtidos indicam que os homens brancos de baixa escolaridade apresentam as maiores taxas de internações por SRAG em decorrência da COVID-19 no Brasil. Os resultados indicam o aumento da letalidade da doença ao se considerar a necessidade de internação em leitos de alta complexidade. Pacientes portadores de doenças cardiovasculares crônicas e diabetes apresentaram as maiores taxas de óbitos no que se refere aos fatores de risco, evidenciando um perfil de vulnerabilidade ao adoecimento pela doença. Os sinais e sintomas envolvendo o sistema respiratório são característicos do desenvolvimento da doença, sendo indispensável a sua interpretação adequada para garantir atendimento ágil e eficaz.

A circulação de novas variantes de preocupação, o rejuvenescimento e oscilações da pandemia ao longo das semanas, contribuindo para o aumento da pressão sobre o sistema de saúde, potencialmente prolongando o tempo médio de internação, constituem ingredientes que tornam ainda mais complexo o enfrentamento da pandemia. Outro fator relevante diz respeito aos curados da doença e que necessitam de reabilitação, ou ainda, aqueles com a manifestação prolongada da COVID-19, dependendo de cuidados de saúde nem sempre disponíveis.

Os desafios são constantes, pois a vacinação, que é uma importante medida para reduzir o número de casos, ainda não atingiu um contexto ideal para relaxar as medidas preventivas e de mitigação da circulação do SARS-CoV-2. Espera-se um cenário mais favorável no país, na medida que a vacinação avança, pois gradativamente os índices de mortalidade decrescem em todas as faixas etárias.

Referências

1. Gov.br [Internet]. Brasil: Paineis Coronavírus. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 jul 2020.
2. Organização Mundial da Saúde. Public health and social measures for COVID-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/m/item/public-health-and-social-measures-for-covid-19-preparedness-and-response-in-low-capacity-and-humanitarian-settings>>.
3. Pinto BGG, Oliveira ERA, Singh Y, Jimenez L, Gonçalves ANA, Ogawa RLT, et al. ACE2 Expression is Increased in the Lungs of Patients with Comorbidities Associated with Severe COVID-19. *J Infect Dis*. 2020; 222(4):556-563.
4. Guan W, Liang W, Zhao Y, Liang H, Chen Z, Li Y, et al. Co-morbidity and its impact on 1590 patients with covid-19 in China: a nationwide analysis. *European Respiratory Journal*. 2020; 55(5):2000547.
5. Yi Y, Lagniton, PNP, Ye S, Li E, Xu Ren-He. COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *Rev International Journal of Biological Sciences*. 2020; 16(10):1753-1766.
6. Dias BC. GT Envelhecimento e Saúde Coletiva. Pandemia da COVID-19 e um Brasil de desigualdades: populações vulneráveis e o risco de um genocídio relacionado à idade. 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtenvelhementoesaudecoletiva/2020/03/31/pandemia-do-covid-19-e-um-brasil-de-desigualdade-s-populacoes-vulneraveis-e-o-risco-de-um-genocidio-relacionado-a-idade/>>. Acesso 31 mar 2020.
7. Tabnet.datasus.gov.br. DATASUS: Informações de saúde. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso 20 mar 2021.
8. França NMA, Pinheiro GS, Barbosa LAO; Avena KM. 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*. 2021; 55(S1):101147.
9. Sousa AR, Santana TS, Carvalho ESS, Mendes IAC, Santos MB, Reis JL, et al. Vulnerabilities perceived by men in the context of the COVID-19

pandemic. Rev Rene. 2021; 22:60296-60298.

10. Gov.br. Brasil: Orientações sobre o tratamento Farmacológico do paciente adulto hospitalizado com COVID-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/tto_farmacologico_pacienteadulthospitalizado_covid19_18052021.pdf/view>. Acesso 20 jul 2020.

11. Asfahan S, Deokar K, Dutt N, Niwas R, Jain P, Agarwal M. Extrapolation of mortality in COVID-19: exploring the role of age, sex, co-morbidities and health-care related occupation. Monaldi Archives for Chest Disease. 2020; 90(2):313-317.

12. Szylovec A, Umbelino-Walker I, Cain BN, Ng HT, Flahault A, Rozanova L. Brazil's Actions and Reactions in the Fight Against COVID-19 from January to March 2020. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(2):555.

13. Portal Goiás - Home. Portal Goiás - Boletim COVID-19. Disponível em: <<https://www.goias.gov.br/servico/100-boletim-covid-19.html>>. Acesso 06 set 2020.

14. Hospitais.proadi-sus.org.br. PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS. 2020. Disponível em: <<https://hospitais.proadi-sus.org.br/>>. Acesso 02 abr 2021.

15. Souza CD, Leal TC, Santos LG. Doenças do aparelho circulatório em indivíduos com COVID-19: Descrição do Perfil Clínico e Epidemiológico de 197 Óbitos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2020; 115(2):281-283.

16. Kawahara LT, Costa IB, Barros CC, Almeida GC, Bittar CS, Rizk SI, et al. Câncer e Doenças Cardiovasculares na Pandemia de COVID-19. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2020; 115(3):547-57.

17. Nacoesunidas.org [Internet]. As Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-define-10-prioridades-de-saude-para-2019>>. Acesso 11 ago 2020.

18. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. BMJ. 2020; 368:m1091.

19. Askin L, Tanrıverdi O, Askin HS. O Efeito da Doença de Coronavírus 2019 nas Doenças

Cardiovasculares. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2020; 114(5):817-22.

20. Sesab - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia [Internet]. Boletins Diários - COVID-19. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/boletins-diaricos-covid-19/>>. Acesso 10 set 2020.

21. SBPC/ML. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. SBPC/ML. Os impactos dos problemas renais preexistentes em pacientes com COVID-19. Disponível em: <<http://www.sbpc.org.br/noticias-e-comunicacao/os-impactos-dos-problemas-renais-preexistentes-em-pacientes-com-covid-19/>>. Acesso 24 abr 2021.

22. Maciel EL, Jabor P, Goncalves Júnior E, Tristão-Sá R, Lima RD, Reis-Santos B, et al. Fatores associados ao óbito hospitalar por COVID-19 no Espírito Santo, 2020. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2020; 29(4):1-11.

23. Gov.br. Pesquisa do IBGE mostra aumento da obesidade entre adultos. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/10/pesquisa-do-ibge-mostra-aumento-da-obesidade-entre-adultos>>. Acesso 22 out 2020.

24. Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, Cruz OG, Coelho FC, Carvalho LM, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. Cadernos de Saúde Pública. 2020; 36(7):1-12.

25. Amb.org.br. AMB - Associação Médica Brasileira. Disponível em: <<https://amb.org.br/>>. Acesso 26 out 2021.

26. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. 2020; 395(10223):497-506.

27. Sousa Neto AR, Carvalho AR, Oliveira EM, Magalhães RD, Moura ME, Freitas DR. Symptomatic manifestations of the disease caused by coronavirus (COVID-19) in adults: systematic review. Rev Gaúcha Enferm. 2021; 42(spe).

28. Cespedes MD, Souza JC. Sars-CoV-2: a clinical update - II. Rev Associação Médica Brasileira. 2020; 66(4):547-557.