

Perfil de casos confirmados e sintomáticos da COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar num município do Nordeste brasileiro

Profile of confirmed and symptomatic cases of COVID-19 that progressed to recovery without hospitalization in a Northeastern Brazilian municipality

Perfil de casos confirmados y sintomáticos de COVID-19 que progresaron a recuperación sin hospitalización en un municipio del Nordeste de Brasil

Recebido: 09/05/2022 | Revisado: 21/05/2022 | Aceito: 24/05/2022 | Publicado: 29/05/2022

José Marcos de Jesus Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5122-1469>
Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: jsmarcos@usp.br

Fernanda Rodrigues de Santana Góes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3611-9201>
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Brasil
E-mail: fernanda.santana@saocristovao.se.gov.br

Mayra de Oliveira Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4952-9314>
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Brasil
E-mail: mayra.oliveira@saocristovao.se.gov.br

Deise Carolina Anunciação Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9209-6182>
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Brasil
E-mail: deisecarolinaas@gmail.com

Beatriz Costa da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5907-1688>
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Brasil
E-mail: enfabeatrizcosta@gmail.com

Mário Luiz Tavares Mendes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4504-3533>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: marioluismendes@hotmail.com

Ingrid Tatiane Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8975-0953>
Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Brasil
E-mail: atencaoespecializada.saudesc@gmail.com

João Batista Cavalcante Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8642-9868>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: joaoaracaju27@hotmail.com

Marcos Antônio de Azevedo Santana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1929-1816>
Prefeitura Municipal de São Cristóvão, Brasil
E-mail: marcosaasantana@gmail.com

Paulo Ricardo Martins-Filho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8779-0727>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: prmartinsfh@gmail.com

Resumo

Objetivo: descrever o perfil clínico-epidemiológico de casos confirmados e sintomáticos da COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar num município do Nordeste brasileiro. **Método:** estudo ecológico realizado a partir de dados secundários do eSUS-VE do Ministério da Saúde e FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Foram avaliadas 1.098 pessoas sintomáticas com laudo positivo para COVID-19 entre abril e agosto de 2020, que por sua vez evoluíram para recuperação sem internação hospitalar, seja em leitos de enfermagem e/ou UTI. **Resultados:** a média de idade dos casos recuperados sem internação hospitalar foi de 38,6 anos e a maioria era do sexo feminino (59,1%). Os sintomas mais prevalentes foram cefaleia (62,7%; n= 688), tosse (60,7%; n= 666) e febre (53,4%; n= 586). Mais da metade apresentou até três sintomas simultâneos (65,3%). A dispnéia foi o sintoma menos referido (19,9%). Somente 22,6% possuíam comorbidades, sendo as mais comuns a

hipertensão arterial e diabetes. *Conclusão:* evidenciou-se predomínio de jovens e adultos sem comorbidades entre os casos leves da COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar.

Palavras-chave: COVID-19; Coronavírus; Perfil de saúde; Sinais e sintomas; Comorbidade.

Abstract

Objective: to describe the clinical-epidemiological profile of confirmed and symptomatic cases of COVID-19 in a municipality in the Brazilian Northeast, which in turn progressed to recovery without hospitalization. *Method:* an ecological study of secondary data analysis of the Ministry of Health's eSUS-VE and FormSUS of the Municipal Health Department of São Cristóvão, Sergipe, Brazil. We evaluated 1,098 symptomatic people with a positive report for COVID-19 between April and August 2020, who in turn progressed to recovery without hospitalization, either in infirmary beds and/or ICU. *Results:* the mean age of recovered cases without hospitalization was 38.6 years and the majority were female (59.1%). The most prevalent symptoms were headache (62.7%; n= 688), cough (60.7%; n= 666) and fever (53.4%; n= 586). More than half had up to three simultaneous symptoms (65.3%). Dyspnea was the least reported symptom (19.9%). Only 22.6% had comorbidities, the most common being arterial hypertension and diabetes. *Conclusion:* there was a predominance of young people and adults without comorbidities among mild cases of COVID-19 who progressed to recovery without hospitalization.

Keywords: COVID-19; Coronavírus; Health profile; Signs and symptoms; Comorbidity.

Resumen

Objetivo: describir el perfil clínico-epidemiológico de los casos confirmados y sintomáticos de COVID-19 en un municipio del Nordeste brasileño, que a su vez evolucionaron a recuperación sin hospitalización. *Método:* estudio ecológico de análisis de datos secundarios del eSUS-VE del Ministerio de la Salud y del FormSUS de la Secretaría Municipal de Salud de São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Se evaluaron 1.098 personas sintomáticas con reporte positivo a COVID-19 entre abril y agosto de 2020, quienes a su vez progresaron a recuperación sin hospitalización, ya sea en camas de enfermería y/o UCI. *Resultados:* la edad media de los casos recuperados sin hospitalización fue de 38,6 años y la mayoría eran del sexo femenino (59,1%). Los síntomas más prevalentes fueron cefalea (62,7%; n= 688), tos (60,7%; n= 666) y fiebre (53,4%; n= 586). Más de la mitad tenía hasta tres síntomas simultáneos (65,3%). La disnea fue el síntoma menos informado (19,9%). Solo el 22,6% presentaba comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y la diabetes. *Conclusión:* hubo predominio de jóvenes y adultos sin comorbilidades entre los casos leves de COVID-19 que progresaron a recuperación sin hospitalización.

Palabras clave: COVID-19; Coronavírus; Perfil de salud; Signos y síntomas; Comorbilidad.

1. Introdução

Os coronavírus são vírus de RNA de fita positiva com aparência de coroa em microscopia eletrônica pertencentes à família Coronaviridae. Sete vírus nesta família infectam seres humanos e quatro deles provocam resfriado comum, sendo endêmicos ao redor do mundo (hCoV-229E, hCoV-HKU1, hCoV-NL63 e hCoV-OC43). Entretanto, outros dois são zoonóticos e mais virulentos, sendo identificados em 2002 (SARS-CoV-1) na província de Guangdong na China e em 2012 (MERS-CoV) em regiões do Oriente Médio (Weston & Frieman, 2020; Wit, Doremalen, Falzarano & Munster, 2016). O sétimo coronavírus (SARS-CoV-2) foi descoberto em 31 de dezembro de 2019 após registros em Wuhan na China. Este vírus, associado à Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19), se espalhou rapidamente pelo território chinês, e em um curto período de tempo foram identificadas pessoas infectadas em outros países e continentes. Ainda em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou “Emergência de Saúde Pública Global” e, na primeira quinzena de março de 2020, a COVID-19 foi considerada uma pandemia (Beeching, Fletcher & Fowler, 2020; World Health Organization, 2020; 2020a).

Desde o início da pandemia da COVID-19 no mundo, registrou-se mais de 517,6 milhões de casos confirmados e 6,2 milhões de óbitos até o início de maio de 2022 (Johns Hopkins University, 2022). No Brasil, dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde mostram que, no país, há mais de 30 milhões de casos confirmados e mais de 664 mil óbitos em 08 de maio de 2022, com uma taxa de letalidade de 2,18% (Brasil, 2022). Infere-se que esses dados podem ainda não refletir a realidade epidemiológica desta pandemia, haja vista que, no Brasil e em vários outros países, muitos casos suspeitos com sintomas leves não foram testados.

Um importante estudo chinês realizado com 44.672 pacientes com a COVID-19 mostrou que, dentre os infectados pelo SARS-CoV-2, 80,9% apresentaram sintomas leves, 13,8% sintomas graves e 4,7% sintomas muito graves. A taxa de

mortalidade bruta foi de 2,3%, chegando a 49% entre pacientes com 60 anos ou mais e/ou com hipertensão/doenças cardiovasculares e diabetes (Grupo Epidemiológico do Mecanismo de Resposta de Emergência da Nova Pneumonia Por Coronavírus no Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças, 2020). Acrescenta-se que essa distribuição percentual, com aproximações em 80% para casos leves, 15% para casos moderados/internação em leitos de enfermaria e 5% para casos graves/internação em leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de uma determinada população infectada pelo SARS-CoV-2 tem sido amplamente utilizada para estimar o número de leitos que poderiam ser necessários à população em diferentes cenários epidemiológicos.

Sabe-se que a adoção de medidas protetivas gerais como o uso de máscara de proteção facial, etiqueta respiratória, distanciamento social, quarentena e/ou isolamento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19 reduziram a disseminação viral em diferentes níveis geográficos e, conseqüentemente, impactaram positivamente nos indicadores de incidência e de mortalidade da pandemia. Ademais, tendo em vista que os sistemas de saúde podem ser rapidamente sobrecarregados, haja vista que experiências de vários países enfatizaram a intensa demanda por leitos de UTI, além de inúmeras outras implicações intersetoriais associadas à COVID-19, priorizou-se a implementação efetiva destas medidas, além do controle/monitoramento adequado de casos ativos para suprimir a transmissão do SARS-CoV-2 (Walker, 2020).

Contudo, felizmente, desde janeiro de 2021, a vacinação contra a COVID-19 tem se mostrado eficaz e segura, sendo considerada a melhor solução para o controle da pandemia, aliada à manutenção das medidas de prevenção e de distanciamento social já estabelecidas. As vacinas aprovadas no Brasil são a Comirnaty (Pfizer/Wyeth), a Coronavac (Butantan), a Janssen Vaccine (Janssen-Cilag) e a Oxford/Covishield (Fiocruz e Astrazeneca). Esses imunobiológicos têm o potencial de evitar o desenvolvimento de formas graves da COVID-19 após a infecção, evitando internações hospitalares, necessidades de oxigenioterapia, admissões em Unidades de Terapia Intensiva e óbitos em decorrência do SARS-CoV-2. Foi a maior contribuição para controle efetivo da pior crise sanitária da humanidade nos últimos cem anos (Brasil, 2022a).

Frente ao exposto, acrescenta-se que o conhecimento do perfil clínico-epidemiológico de pessoas com determinado agravante à saúde é de fundamental importância para as ações de saúde pública. Portanto, objetivou-se descrever o perfil clínico-epidemiológico de casos confirmados e sintomáticos da COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar num município do Nordeste brasileiro.

2. Métodos

Trata-se de um estudo ecológico realizado a partir de dados secundários do eSUS-VE do Ministério da Saúde e do FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Cristóvão, Sergipe, Brasil. Segundo Lima-Costa e Barreto (2003), o estudo ecológico é um tipo de estudo epidemiológico no qual os dados referem-se a grupos de pessoas e não a indivíduos, tendo uma determinada área geográfica como unidade de estudo. Nesse sentido, foram avaliados grupos de sujeitos sintomáticos com laudo positivo para COVID-19 entre abril e agosto de 2020 de São Cristóvão (SE), cuja evolução prognóstica se deu para recuperação sem necessidade de internação hospitalar, seja em leitos de enfermaria e/ou UTI.

Destaca-se que o município de São Cristóvão (SE) foi a quarta cidade fundada no Brasil, depois de Salvador, Rio de Janeiro e João Pessoa, sendo a primeira capital de Sergipe, fundada por Cristóvão de Barros em 1º de janeiro de 1590. Possui conjunto urbano tombado pelo IPHAN e, desde 2010, a Praça São Francisco é reconhecida pela UNESCO como Patrimônio Histórico da Humanidade. O município possui área territorial de 445 km², com dois núcleos urbanos e uma vasta extensão de zona rural. A população é estimada em 92.090 habitantes (IBGE, 2021). Em relação à Atenção Primária à Saúde, São Cristóvão dispõe de 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 híbrida (COPEMCAM) 100% informatizadas, distribuídas em cinco macroáreas municipais, com um total de 24 equipes de Saúde da Família (eSF), 1 equipe de Atenção Primária (eAP) e 2 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) (Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, 2022).

O município estudado registrou o primeiro caso confirmado da COVID-19 em 15 de abril de 2020, e até 09 de maio de 2022, o total acumulado de casos confirmados é de 12.023 na população residente, dentre os quais 252 evoluíram para óbito (2,10%) e 11.771 (97,90%) para recuperação/alta do monitoramento pela equipe de saúde. Desde o início da pandemia, São Cristóvão (SE) passou por três ondas da COVID-19, com picos de incidência delimitados em 15 a 21 de junho de 2020 (primeira onda), 04 a 10 de janeiro de 2021 - sustentada até 30 de maio de 2021 - (segunda onda) e, mais recentemente, entre 24 e 30 de janeiro de 2022 (terceira onda). No pico da terceira onda houve a confirmação de 578 casos novos em uma única semana no município, sendo este um número muito superior ao registrado nos picos da primeira (199 casos novos na semana) e segunda (382 casos novos na semana) ondas da pandemia em nível local. Felizmente, graças ao avanço da vacinação contra a COVID-19, o impacto dessas últimas contaminações em internações e óbitos foi muito incipiente, fato que reforça a importância das vacinas na proteção contra as formas graves da doença (internação e/ou óbito).

Foram considerados elegíveis para o presente estudo sujeitos residentes em São Cristóvão (SE) com laudo positivo para COVID-19, seja por meio de RT-PCR (n= 561) e/ou testes rápidos (SARS-CoV-2 Antibody Test, Guangzhou Wondfo Biotech Co., Ltd.) (n= 537), e que apresentaram um ou mais sintomas suspeitos da COVID-19, isolados ou associados: febre, tosse, dor na garganta, dispneia, coriza, diarreia, mialgia e cefaleia. Estes sintomas incluem aqueles investigados pelo município à época da pesquisa, sendo posteriormente acrescentados alguns outros conforme atualizações ministeriais acerca da COVID-19. Os critérios de exclusão adotados foram: casos confirmados da COVID-19 assintomáticos, casos confirmados da COVID-19 que foram internados em leitos de enfermagem e/ou UTI em decorrência da doença, casos confirmados da COVID-19 por meio de sorologia, casos confirmados da COVID-19 cujo contato telefônico não pôde ser realizado pela equipe de monitoramento ou notificação com dados ignorados, e casos confirmados da COVID-19 sem a entrega/envio do laudo original à SMS atestando positividade. Pontua-se que a SMS possui acesso aos laudos confirmatórios da COVID-19 por meio de RT-PCR via sistema GAL, sendo necessária a entrega/envio apenas dos laudos manuais em casos de confirmação por teste rápido realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Utilizou-se um formulário para o levantamento dos dados secundários da SMS (FormSUS) e/ou do Ministério da Saúde (eSUS-VE). O eSUS-VE (e-SUS Notifica) é uma plataforma do Sistema Único de Saúde (SUS) para notificação e acompanhamento de casos de síndrome gripal em todas as regiões do Brasil. Todo profissional de saúde devidamente atuante na linha de frente pode fazer seu cadastro como notificante e iniciar os registros de seus atendimentos no sistema. Os dados do FormSUS, por sua vez, são obtidos pela própria SMS por meio de contato telefônico pela equipe de monitoramento e/ou notificação via formulário on-line do atendimento ambulatorial e/ou especializado do respectivo usuário pelas equipes de saúde da linha de frente do município, desde o registro do primeiro caso confirmado (15/04/2020) no território.

O instrumento para levantamento dos dados secundários foi composto por questões objetivas sobre condições sociodemográficas e clínicas dos casos confirmados que evoluíram para recuperação/alta do monitoramento sem internação hospitalar, tendo a limitação de apenas possuir as variáveis existentes no banco de dados municipal e/ou federal, com a exclusão do nome, contato telefônico e/ou endereço dos sujeitos para a garantia do anonimato.

Nesse sentido, as variáveis do presente estudo foram: sexo (feminino, masculino); faixa etária (0 a 9 anos, 10 a 19, 20 a 35, 36 a 59, 60 anos ou mais); raça/cor da pele (parda, branca, preta, amarela); zona de moradia (urbana, rural); quantidade de contatos domiciliares (reside sozinho, um, dois, três, quatro, cinco ou mais contatos domiciliares); profissional de serviço de saúde / profissional de segurança (sim, não); apresentou cefaleia / tosse / febre / mialgia / dor de garganta / coriza / diarreia / dispneia (sim, não, ignorado); número de sintomas suspeitos da COVID-19 associados (um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete, oito); dias entre a data de início dos sintomas e a data do primeiro atendimento em serviço de saúde (buscou assistência no 1º dia de sintomas, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º ou mais dias do início dos sintomas); tipo de serviço que buscou para o primeiro atendimento (unidade básica de saúde, atenção especializada - sem internação); possui comorbidades (sim, não); número de

comorbidades associadas (uma, duas, três, quatro, cinco ou mais) e comorbidades referidas (hipertensão arterial, diabetes, doença cardíaca, doença respiratória, imunossupressão, doença cromossômica).

A análise estatística foi realizada no IBM® SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, EUA), após dupla digitação de forma independente e apuração dos dados. As variáveis quantitativas foram descritas por meio de média e desvio-padrão. As variáveis qualitativas/categóricas foram descritas por meio de frequências absoluta e relativa/proporcional. Dados ausentes foram apresentados nas tabelas como “Ignorado”.

Os pesquisadores seguiram recomendações éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as regras da Declaração de Helsinque. A SMS formatou a fonte de dados de modo a garantir o anonimato dos sujeitos. Dessa forma, por se tratar de um estudo com dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Ademais, ressalta-se que os pesquisadores assinaram um Termo de Compromisso e Responsabilidade Ética na utilização dos dados secundários e entregaram à Secretaria antes do início da pesquisa.

3. Resultados

O presente estudo incluiu 1.098 pessoas sintomáticas com laudo positivo para COVID-19 entre abril e agosto de 2020 em São Cristóvão (SE), que por sua vez evoluíram para recuperação sem internação hospitalar, seja em leitos de enfermaria e/ou UTI. A média e desvio-padrão de idade foi de 38,6±15,38 anos. A maioria era do sexo feminino (59,1%), possuía idade ≥ 20 anos (92,3%), raça/cor da pele parda (86,9%) e residia na zona urbana (91,1%) com duas ou mais pessoas na mesma casa (72,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados descritivos de variáveis sociodemográficas de casos leves de COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar (n= 1.098). São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2020.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	649	59,1
Masculino	449	40,9
Faixa etária		
0 a 9 anos	31	2,8
10 a 19 anos	54	4,9
20 a 35 anos	420	38,3
36 a 59 anos	495	45,1
60 anos ou mais	98	8,9
Raça/Cor da pele		
Parda	954	86,9
Branca	45	4,1
Preta	73	6,6
Amarela	26	2,4
Zona de moradia		
Urbana	1.000	91,1
Rural	98	8,9

Quantidade de contatos domiciliares

Reside sozinho(a)	110	10,0
Um contato domiciliar	192	17,5
Dois contatos domiciliares	300	27,3
Três contatos domiciliares	248	22,6
Quatro contatos domiciliares	132	12,0
Cinco ou mais contatos domiciliares	116	10,6

Profissional de serviço de saúde

Sim	227	20,7
Não	871	79,3

Profissional de segurança

Sim	46	4,2
Não	1052	95,8

Fonte: eSUS-VE do Ministério da Saúde e FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

Legenda: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

Os sintomas mais referidos foram, respectivamente: cefaleia (62,7%; n= 688), tosse (60,7%; n= 666), febre (53,4%; n= 586), mialgia (39,2%; n= 430), dor na garganta (38,5%; n= 423), coriza (31,9%; n= 350), diarreia (20,7%; n= 227) e dispnéia (19,9%; n= 218). Mais da metade dos indivíduos apresentou até três sintomas da COVID-19 de forma associada (61,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados descritivos sobre a sintomatologia de casos leves de COVID-19 que evoluíram para recuperação/alta do monitoramento sem internação hospitalar (n= 1.098). São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2020.

Sintomas	N	%
Cefaleia		
Sim	688	62,7
Não	409	37,2
Ignorado	01	0,1
Tosse		
Sim	666	60,7
Não	432	39,3
Febre		
Sim	586	53,4
Não	512	46,6
Mialgia		
Sim	430	39,2
Não	667	60,7
Ignorado	01	0,1
Dor na garganta		
Sim	423	38,5
Não	675	61,5

Coriza		
Sim	350	31,9
Não	748	68,1
Diarreia		
Sim	227	20,7
Não	868	79,0
Ignorado	03	0,3
Dispneia		
Sim	218	19,9
Não	880	80,1
Número de sintomas suspeitos da COVID-19 associados		
Um (Isolado/Único)	157	14,3
Dois	224	20,4
Três	292	26,6
Quatro	181	16,5
Cinco	139	12,6
Seis	59	5,4
Sete	34	3,1
Oito	12	1,1

Fonte: eSUS-VE do Ministério da Saúde e FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

Legenda: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

Quanto à busca por assistência em serviços de saúde, apenas 3,6% (n= 40) buscaram atendimento no primeiro dia de sintomas. Destaca-se que 54,6% (n= 600) somente buscaram assistência com oito ou mais dias do início da sintomatologia. As Unidades Básicas de Saúde foram inicialmente visitadas por menos da metade dos casos confirmados da COVID-19 avaliados (48,1%; n= 528) (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultados descritivos de variáveis sobre a busca por assistência em serviço de saúde entre casos leves de COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar (n= 1.098). São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2020.

Variáveis sobre a busca por assistência em serviço de saúde	N	%
Dias entre a data de início dos sintomas e a data do primeiro atendimento em serviço de saúde		
Buscou assistência no 1º (primeiro) dia de sintomas	40	3,6
Buscou assistência no 2º (segundo) dia do início dos sintomas	39	3,6
Buscou assistência no 3º (terceiro) dia do início dos sintomas	59	5,4
Buscou assistência no 4º (quarto) dia do início dos sintomas	106	9,7
Buscou assistência no 5º (quinto) dia do início dos sintomas	108	9,8
Buscou assistência no 6º (sexto) dia do início dos sintomas	79	7,2
Buscou assistência no 7º (sétimo) dia do início dos sintomas	67	6,1
Buscou assistência no 8º (oitavo) ou mais dias do início dos sintomas	600	54,6
Tipo de serviço que buscou para o primeiro atendimento		
Unidade Básica de Saúde	528	48,1
Atenção Especializada/Sem internação	570	51,9

Fonte: eSUS-VE do Ministério da Saúde e FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

Legenda: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

Ressalta-se que somente 22,6% (n= 248) das pessoas sintomáticas com laudo positivo da COVID-19 possuíam comorbidades, sendo as principais a hipertensão arterial (69,8%) e diabetes (25,4%). A maioria delas possuía apenas uma única comorbidade dentre as investigadas (73,8%; n= 183) (Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados descritivos de variáveis sobre comorbidades entre casos leves de COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar (n= 1.098). São Cristóvão, Sergipe, Brasil, 2020.

Comorbidades	N	%
Possui comorbidades		
Sim	248	22,6
Não	850	77,4
Número de comorbidades associadas (n= 248)		
Uma (Isolada)	183	73,8
Duas (Associadas)	53	21,4
Três (Associadas)	09	3,6
Quatro (Associadas)	01	0,4
Cinco ou mais (Associadas)	02	0,8
Comorbidades referidas* (n= 248)		
Hipertensão Arterial	173	69,8
Diabetes	63	25,4
Doença Cardíaca	43	17,3
Doença Respiratória	40	16,1
Imunossupressão	10	4,1
Doença Cromossômica	02	0,8

Legenda: N= Frequência absoluta, %= Frequência relativa.

Notação: *A mesma pessoa poderia referir mais de uma comorbidade.

Fonte: eSUS-VE do Ministério da Saúde e FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, Sergipe, Brasil.

4. Discussão

Houve predomínio de jovens e adultos sem comorbidades entre os casos leve da COVID-19 que evoluíram para a recuperação sem necessidade de internação hospitalar, e tendo a dispneia como sintoma menos referido. Tais achados estão em conformidade com evidências de estudos internacionais que apresentaram a idade avançada, comorbidades e a dispneia como alguns dos fatores de risco para gravidade e/ou mortalidade pela COVID-19 (Mikami, 2020; Zhang, 2020). Isso reforça a importância de os profissionais de saúde da linha de frente estarem atentos a possíveis fatores de risco para gravidade/mortalidade da doença, uma vez que o reconhecimento precoce destas situações pode ser determinante para evitar complicações e/ou orientar a conduta terapêutica mais adequada para cada caso (Brasil, 2020).

A maioria dos casos confirmados da COVID-19 que evoluiu para recuperação sem internação hospitalar foi do sexo feminino. Neste aspecto, um estudo chinês também encontrou sintomatologia mais leve e menor mortalidade pela COVID-19 entre mulheres (Chen, 2020), bem como um outro estudo multinacional evidenciou que homens tiveram maior mortalidade em decorrência da doença (Alkhouli, Nanjundappa, Annie, Bates & Bhatt, 2020). Acredita-se que, entretanto, ainda se faz necessária a realização de mais estudos primários devidamente controlados para um melhor entendimento da real influência do sexo biológico na potencialidade de gravidade/mortalidade pela COVID-19. Ademais, questiona-se também a maior prevalência do sexo feminino pela existência histórica de uma maior procura por cuidados/exames/serviços de saúde por parte das mulheres em comparação aos homens.

Em relação à profissão, quase ¼ dos casos confirmados da COVID-19 era de profissionais de serviços de saúde. Entende-se que há uma maior possibilidade de exposição ao vírus SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde atuantes na linha de frente, uma vez que estes trabalhadores têm contato direto e constante com casos suspeitos e confirmados da doença,

sobretudo em sua fase aguda e de maior transmissibilidade (Li, 2020). Reforça-se a necessidade de haver atenção e cuidado na seleção, paramentação, desparamentação e descarte dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), pois as transmissões encontradas entre os profissionais de saúde foram relacionadas às exposições persistentes com pacientes e/ou colegas da equipe de saúde sem a devida proteção individual, bem como ao manejo inadequado dos EPI's antes, durante e/ou após as atividades laborais (Contejean, 2020).

Os sintomas mais referidos pelos sujeitos deste estudo foram cefaleia, tosse e febre, com mais da metade apresentando até três sintomas associados. Pontua-se que dois estudos realizados em Wuhan (Li, 2020; Zhan, 2020) e um na Espanha (Casas-Rojo, 2020) também identificaram a febre e tosse como principais sintomas da COVID-19. Entretanto, pondera-se tais achados pelo fato do SARS-CoV-2 apresentar uma variação significativa na sintomatologia de pessoas infectadas, desde casos assintomáticos e/ou com manifestações clínicas muito leves até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos (Brasil, 2020). Nesta perspectiva, considera-se necessária a realização de mais estudos primários para um melhor esclarecimento das variáveis biológicas e/ou sociodemográficas associadas a cada dimensão de sintomatologia. Um estudo realizado no município de Aracaju, capital do estado de Sergipe, mostrou associação entre iniquidades sociais e piores desfechos relacionados à COVID-19 (Martins-Filho, de Souza Araújo, Quintans-Júnior & Santos, 2020). Assim, os resultados descritivos do presente estudo permitem inferir que indivíduos jovens e sem comorbidades tendem a apresentar um padrão de sintomatologia mais leve da doença, com menor necessidade de internação em leitos de enfermaria e/ou UTI.

Além disso, no presente estudo, cuja amostra foi composta por pessoas sintomáticas com laudo positivo da COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar, observou-se que a dispneia foi o sintoma de menor prevalência. Nesse aspecto, destaca-se que o reconhecimento precoce do desconforto respiratório pode fazer diferença em relação ao prognóstico dos pacientes (Martins-Filho, Tavares & Santos, 2020). O Ministério da Saúde considera a dispneia entre casos de Síndrome Gripal (SG) como um dos sintomas característicos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo recomendada a busca imediata por assistência em serviço de saúde para avaliação e manejo clínico adequado (Brasil, 2020).

Quanto a essa busca por assistência em serviços de saúde após o início dos sintomas, apenas 3,6% dos casos avaliados buscaram atendimento no primeiro dia de sintomas, com mais da metade buscando assistência somente a partir do oitavo dia. Ademais, as Unidades Básicas de Saúde do município foram inicialmente visitadas por menos da metade dos casos avaliados. Infere-se que a busca tardia e baixa na Atenção Básica por pessoas sintomáticas da COVID-19 foi influenciada, dentre outros fatores, pelas orientações preliminares e não mais vigentes do Ministério da Saúde do Brasil, que recomendava a permanência em casa para casos leves e a procura por assistência somente para pessoas com dispneia e/ou desconforto respiratório (Ruprecht, 2020).

Nesse contexto, a orientação atual é que, na presença de quaisquer sintomas suspeitos da COVID-19, procure-se imediatamente um serviço de saúde, preferencialmente a Atenção Básica para casos leves e a Atenção Especializada/Hospitalar para casos graves, utilizando máscara de proteção facial, praticando a etiqueta respiratória e o distanciamento social durante o trajeto até a unidade (Brasil, 2020). Entende-se que essa nova conduta favorece o diagnóstico precoce da infecção, manejo clínico adequado e em tempo oportuno e ainda pode evitar a disseminação viral por casos ativos que desconheciam a presença do SARS-CoV-2 viável em seu organismo.

Por fim, ressalta-se que menos de ¼ das pessoas sintomáticas que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar possuía comorbidades. Estudos internacionais tornaram evidente a associação entre comorbidades, formas mais graves da COVID-19 e mortalidade, principalmente entre idosos (Mikami, 2020; Vena, 2020; Wei, 2020; Zhang, 2020; Zhan, 2020). Em um destes estudos, os autores concluem que homens mais velhos com comorbidades têm maior probabilidade de desenvolver doença grave ou óbito em decorrência da infecção pelo SARS-CoV-2, no qual se percebeu que o vírus provocou danos em vários órgãos, incluindo alterações cardíacas, renais, hepáticas e hemorrágicas (Zhang, 2020). Fica evidente a

importância de haver atenção especial à população com idade avançada, principalmente com comorbidades prévias associadas.

As limitações do presente estudo estão relacionadas, sobretudo, ao instrumento utilizado para a coleta de dados, uma vez que este teve a restrição de possuir apenas as variáveis existentes nos bancos de dados utilizados (eSUS-VE do Ministério da Saúde e FormSUS da Secretaria Municipal de Saúde). Isso não permitiu o aprofundamento desejado de algumas questões sobre o perfil clínico dos indivíduos avaliados. De toda forma, tendo em vista a escassez de publicações originais envolvendo sujeitos brasileiros sobre a temática, sobretudo em municípios de pequeno ou médio porte de regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, destaca-se a importância das evidências aqui apresentadas.

5. Conclusão

Foi evidenciado predomínio de jovens e adultos sem comorbidades entre os casos leves da COVID-19 que evoluíram para recuperação sem internação hospitalar no município de São Cristóvão, Sergipe. Neste grupo, os sintomas mais prevalentes foram cefaleia, tosse e febre, sendo a dispnéia o menos referido. Identificou-se busca tardia aos serviços de saúde após o início da sintomatologia, possivelmente em razão de, à época, existirem orientações equivocadas e não mais vigentes por parte do Ministério da Saúde do país.

Sugere-se a realização de estudos adicionais para melhor entendimento da relação entre sintomas iniciais e as formas de progressão da COVID-19 nos seres humanos, contribuindo para um maior esclarecimento sobre os fatores prognósticos relacionados à doença; bem como da real influência da idade e do sexo biológico na potencialidade de gravidade da infecção.

Referências

- Alkhouli, M., Nanjundappa, A., Annie, F., Bates, M. C., & Bhatt, D. L. (2020). Sex Differences in Case Fatality Rate of COVID-19: Insights From a Multinational Registry. *n Mayo Clin Proc*, 95(8):1613-1620.
- Beeching, N. J., Fletcher, T. E., & Fowler, R. (2020). COVID-19. *BMJ Best Practice*.
- Brasil (2020). *Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019, de 05 de agosto de 2020*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2022). *Painel de casos de Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde*. <https://covid.saude.gov.br/>
- Brasil (2022a). *Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19*. 12ª ed. Ministério da Saúde.
- Casas-Rojo, J. M., et al. (2020). Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en Espana: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Rev Clin Esp*.
- Chen, J. (2020). Distinct Clinical Characteristics and Risk Factors for Mortality in Female Inpatients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Sex-stratified, Large-scale Cohort Study in Wuhan, China. *Clinical Infectious Diseases*, 1–8.
- Contejean, A., et al. (2020). Comparing dynamics and determinants of SARS-CoV-2 transmissions among health care workers of adult and pediatric settings in central Paris. *Clinical Infectious Diseases*.
- Grupo Epidemiológico do Mecanismo de Resposta de Emergência da Nova Pneumonia Por Coronavírus no Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças (2020). Principais características epidemiológicas da Nova Pneumonia por Coronavírus. *Chinese Journal of Epidemiology*, 41.
- Johns Hopkins University (2022). *Coronavirus COVID-19 Global Cases by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Li, J., et al. (2020). Clinical characteristics of emergency surgery patients infected with coronavirus disease 2019 (COVID-19) pneumonia in Wuhan, China. *Surgery*, 168:398-403.
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189-201.
- Martins-Filho, P. R., de Souza Araújo, A. A., Quintans-Júnior, L. J., & Santos, V. S. (2020). COVID-19 fatality rates related to social inequality in Northeast Brazil: a neighbourhood-level analysis. *Journal of travel medicine*, 27(7).
- Martins-Filho, P. R., Tavares, C., & Santos, V. S. (2020). Factors associated with mortality in patients with COVID-19. A quantitative evidence synthesis of clinical and laboratory data. *European journal of internal medicine*, 76, 97–99.
- Mikami, T., et al (2020). Risk Factors for Mortality in Patients with COVID-19 in New York City. *J Gen Intern Med*.

- Ruprecht, T. (2020). *Coronavírus: faz sentido buscar atendimento médico aos primeiros sintomas?*. Veja Saúde. <https://saude.abril.com.br/medicina/coronavirus-faz-sentido-buscar-atendimento-medico-aos-primeiros-sintomas/>
- Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão (2022). *Plano Municipal de Saúde: 2022-2025*. Prefeitura Municipal de São Cristóvão.
- Vena, A., et al. (2020). Clinical characteristics, management and in-hospital mortality of patients with coronavirus disease 2019 in Genoa, Italy. *Clinical Microbiology and Infection*.
- Walker, P. G. T., et al. (2020). *Report 12 - The Global Impact of COVID-19 and Strategies for Mitigation and Suppression*. WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling, MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics, Imperial College London.
- Weston, S., & Frieman, MB (2020). COVID19: knowns, unknowns, and questions. *mSphere*, 5:e00203-20.
- Wei, Y., et al. (2020). Clinical characteristics of 276 hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Zengdu District, Hubei Province: a single-center descriptive study. *BMC Infectious Diseases*, 20:549.
- Wit, E., Doremalen, N. V., Falzarano, D., & Munster, V. J. (2016). SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol*, 14:523–534.
- World Health Organization (2020). *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. WHO.
- World Health Organization (2020a). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. WHO.
- Zhang, B., et al. (2020). Clinical characteristics of 82 cases of death from COVID-19. *PLoS ONE*, 15(7): e0235458.
- Zhan, T., et al. (2020). Retrospective analysis of clinical characteristics of 405 patients with COVID-19. *Journal of International Medical Research*, 48(8):1–10.