



Perfil epidemiológico dos atendimentos na unidade de urgência e emergência de um hospital de ensino durante a pandemia da COVID-19

Epidemiological profile of attendances at the urgency and emergency unit of teaching hospital during the COVID-19 pandemic

Perfil epidemiológico de la atenciones a la unidad de urgências y emergências de um hospital universitário durante la pandemia por COVID-19

Abelardo Castro Queiroz¹, Karin Mueller Storrer¹, Ana Carolina de Miranda¹, Cândida Luiza Baesso¹, Renato Druciak Regis¹.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as características dos pacientes acometidos pela COVID-19 (GC) comparando com o perfil dos pacientes CLÍNICOS não COVID (GCNC) atendidos na unidade de emergência (UUE), durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado na UUE, no período de julho de 2020 a junho de 2021. Para comparações entre os grupos GC e GCNC foram utilizados os testes t de Student e Mann-Whitney. **Resultados:** Foram avaliados 7590 pacientes no período, dos quais 50% eram do sexo feminino e 63% tinham idade entre 50-89 anos. A maioria dos pacientes necessitou internação (84,2%), mas o tempo de permanência foi maior entre os pacientes GC (8 dias) em relação aos pacientes GCNC (5 dias) ($p < 0,0001$). A tomografia foi o exame mais solicitado para o CG (55,4% versus 36,9%, $p < 0,001$). A análise de mortalidade entre os grupos demonstrou índices mais elevados no GC quando comparado ao GCNC (22% versus 10,1%, $p < 0,001$) sendo que o pico de óbitos do CG ocorreu em março de 2021. **Conclusão:** A análise dos atendimentos, demonstrou que os pacientes com COVID-19, ficaram mais tempo internados e morreram mais que os pacientes não COVID. Entretanto, estas taxas foram semelhantes à de países com melhor renda *per capita*.

Palavras-chave: COVID-19, Pandemias, Mortalidade, Gestão em saúde.

ABSTRACT

Objective: To know the characteristics of patients affected by COVID-19 (GC) compared to the profile of CLINICAL non-COVID patients (GCNC) treated at the emergency unit (EUU) during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Cross-sectional observational study carried out at the UEU, from July 2020 to June 2021. For comparisons between the GC and GCNC groups, Student's t-test and Mann-Whitney test were used. **Results:** 7590 patients were evaluated during the period, of which 50% were female and 63% were aged between 50-89 years. Most patients required hospitalization (84.2%), but the length of stay was longer among GC patients (8 days) compared to GCNC patients (5 days) ($p < 0.0001$). Tomography was the most requested exam for GC (55.4% versus 36.9%, $p < 0.001$). The analysis of mortality between the groups showed higher rates in the CG when compared to the GCNC (22% versus 10.1%, $p < 0.001$) and the peak of deaths in the CG occurred in March 2021. **Conclusion:** The analysis of attendances, showed that patients with COVID-19 were hospitalized longer and died more than non-COVID patients. However, these rates were similar to countries with better per capita income.

Keywords: COVID-19, Pandemics, Mortality, Health management.

¹ Universidade Federal do Paraná, Curitiba - PR.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características de los pacientes afectados por COVID-19 (GC) en comparación con el perfil de los pacientes CLÍNICOS NO COVID (GCNC) atendidos en la unidad de urgencias (EUU) durante la pandemia de COVID-19. **Métodos:** Estudio observacional transversal realizado en la UEU, de julio de 2020 a junio de 2021. Para las comparaciones entre los grupos GC y GCNC se utilizó la prueba t de Student y la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** Se evaluaron 7590 pacientes durante el período, de los cuales el 50% eran del sexo femenino y el 63% tenían entre 50-89 años. La mayoría de los pacientes requirieron hospitalización (84,2%), pero la duración de la estancia fue mayor entre los pacientes con GC (8 días) en comparación con los pacientes con GCNC (5 días) ($p < 0,0001$). La tomografía fue el examen más solicitado para GC (55,4% versus 36,9%, $p < 0,001$). El análisis de mortalidad entre los grupos mostró tasas más altas en el GC en comparación con el GCNC (22% versus 10,1%, $p < 0,001$) y el pico de muertes en el GC ocurrió en marzo de 2021. **Conclusión:** El análisis de las asistencias mostró que los pacientes con COVID-19 fueron hospitalizados por más tiempo y murieron más que los pacientes sin COVID-19. Sin embargo, estas tasas fueron similares a las de países con mejor ingreso per cápita.

Palabras clave: COVID-19, Pandemias, Mortalidad, Gestión sanitaria.

INTRODUÇÃO

O vírus da *Severe Acute Respiratory Syndrome, Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), adquiriu notoriedade global sob a denominação COVID-19 no ano de 2020 em decorrência de um significativo aumento de casos de pneumonia viral e da mortalidade em escala mundial.

A doença emergiu inicialmente na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China, em dezembro de 2019, apresentando com uma ameaça à saúde pública devido à sua rápida disseminação e ao potencial de causar complicações respiratórias graves (ISER BPM, et al., 2020; MAZON LM, et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, declarou que o surto da COVID-19 era uma emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII), classificado como o mais alto nível de alerta da organização, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI). A decisão de declarar uma ESPII refletia tentativa de contenção e disseminação do vírus. (OPAS, 2020)

O primeiro caso registrado da COVID-19 em território brasileiro ocorreu na cidade de São Paulo no dia 26 de fevereiro (ISER BPM, et al., 2020; MAZON LM, et al., 2020). Após alguns dias a OMS declarou oficialmente a COVID-19 como uma pandemia (11 de março de 2020), sendo uma designação que denota a extensão geográfica e magnitude de uma pandemia onde ultrapassou as fronteiras de diversos países, desta forma afetando a saúde da população em mais de continentes. Nesse contexto, globalmente mais de 500 milhões de casos confirmados da COVID-19 foram relatados. No entanto, as contagens de casos relatados subestimaram a carga geral da COVID-19, pois apenas uma fração das infecções agudas foi diagnosticada e/ou relatada (STRINGHINI S, et al., 2020; CDC, 2020; CLARKE KE, et al., 2022).

Com o início dos primeiros casos da COVID-19 no Brasil, campanhas de comunicação e conscientização da população foram intensificadas para reforçar a importância das medidas de prevenção e contenção da doença, tais como uso de máscaras, higiene das mãos, uso de álcool em gel e adoção do distanciamento social, além da orientação para que os pacientes evitassem buscar atendimento médico nas emergências, exceto em situações de urgência e emergência (BRASIL FMS, et al., 2020).

Adicionalmente, com intuito otimizar os atendimentos aos pacientes com COVID-19 frente ao aumento exponencial de casos da COVID-19 e sua gravidade, o governo buscou expandir o número de leitos hospitalares, tanto de enfermarias quanto de Unidade de Terapia Intensiva em serviços de saúde já existentes assim como, a construção de hospitais de campanha.

Além disso, foram utilizadas estratégias para otimizar os recursos disponíveis, como a realocação de profissionais da saúde para áreas de maior demanda. No entanto, apesar de todos os esforços, esse incremento de leitos não foi suficiente para atender a demanda da população por serviços hospitalares brasileiros (ALVES L, 2021) sobrecarregando as unidades de emergência, porta de entrada destes pacientes.

O presente estudo teve como objetivo analisar os impactos ocorridos no atendimento na unidade de urgência e emergência adulto (UUEA) em um hospital terciário de ensino no sul do Brasil, durante a pandemia da COVID-19, conhecer as características dos pacientes acometidos pela COVID-19 e o perfil dos pacientes clínicos atendidos no mesmo período, a fim de oferecer subsídios aos profissionais de saúde e gestores hospitalares na elaboração de estratégias afim de prevenir os risco de colapso do serviço de saúde, em hospital público de ensino do estado do Paraná, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se um estudo observacional descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizados na UUEA de um hospital terciário, no período de julho de 2020 a junho de 2021. O perfil epidemiológico institucional foi obtido a partir dos relatórios mensais do mês de julho de 2020 a junho de 2021, armazenados em software próprio.

As variáveis estudadas abrangeram dados demográficos, (idade, gênero), procedência (demanda espontânea, Serviço de Atendimento Médico de Urgência [SAMU], Central de leitos municipal [CLM], Central de leitos estadual [CLE], Vaga Zero, Egresso, Ambulatórios), tempo de acompanhamento (meses, dias da semana), necessidade de exames complementares (tomografia computadorizada, radiografia, ultrassonografia, endoscopia, cateterismo, angioplastia) e o destino final (alta, internação, óbito).

Pacientes adultos consecutivos, com idade ≥ 18 anos que foram admitidos na UUEA do CHC-UFPR com quadro correspondente a emergências clínicas (Grupo clínico não covid [GCNC]) cujos dados foram baseados no CID descrito no atendimento inicial do paciente e, pacientes com diagnóstico confirmado para COVID-19 (Grupo Covid [GC]) cujos critérios clínicos foram associados ao resultado positivo para reação em cadeia de polimerase via transcriptase reversa em tempo real (RT-PCR) para SARS-CoV-2 em amostras respiratórias - Swab de nasofaringe e/ou orofaringe.

Foram excluídos pacientes com idade menor que 18 anos, gestantes, pacientes com diagnósticos de internação não clínicos e dados incompletos. Os dados obtidos foram processados no programa software Excel, sendo posteriormente analisadas no programa estatístico "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 28.0)".

A amostragem do estudo foi por conveniência, abrangendo todos os pacientes incluídos durante o período determinado (julho de 2020 a junho de 2021). Inicialmente foi realizada a avaliação da normalidade da amostra através do teste *Kolmogorov-Smirnov*. Em seguida, para comparação dos dados paramétricos entre grupos independentes (clínicos versus covid) foi usado o teste t de *Student* para amostras independentes e para comparação dos dados não paramétricos foi utilizado o teste Mann-Whitney. Valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CHC-UFPR, registrado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 48143921.4.0000.0096, sob o número do parecer 4.831.383 onde seguiu-se todos os preceitos éticos determinados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Durante o período do estudo foram incluídos 7580 pacientes na unidade de urgência e emergência adulto do hospital terciário. Destes, 6090 pacientes apresentavam emergências clínicas (80,3%) e 1490 pacientes emergências secundárias a COVID-19 (19,7%), sendo as características sociodemográficas apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos na UUEA.

Variável	Total	Clínicos	Covid-19	Valor de p
N	7580	6090	1490	
Gênero, n (%)				
Feminino	3812 (50,3)	3134 (51,5)	678 (45,5)	< 0,001
Masculino	3768 (49,7)	2956 (48,5)	812 (54,5)	
Idade, mediana (AIQ), anos	57 (41-69)	57 (40-70)	57 (44-69)	< 0,098
Tempo de internação, mediana (AIQ), dias	6 (2-13)	5 (1-12)	8 (4-17)	< 0,000
Faixa etária, n (%)				
18-19 anos	102 (1,3)	95 (1,6)	7 (0,5)	< 0,010
20-29 anos	772 (10,2)	660 (10,8)	112 (7,5)	
30-39 anos	819 (10,8)	658 (10,8)	161 (10,8)	
40-49 anos	1052 (13,9)	825 (13,5)	228 (15,3)	
50-59 anos	1344 (17,7)	1043 (17,1)	301 (20,2)	
60-69 anos	1577 (20,8)	1241 (20,4)	336 (22,6)	
70-79 anos	1255 (16,6)	1012 (16,6)	243 (16,3)	
80-89 anos	581 (7,7)	490 (8,0)	91 (6,1)	
90-99 anos	75 (1,0)	65 (1,1)	10 (0,7)	
100+ anos	3 (0,0)	2 (0,0)	1 (0,1)	
Procedência, n (%)				
Não referenciado	2519 (33,2)	2270 (37,3)	279 (16,7)	< 0,001
CLM	1853 (24,4)	1083 (17,8)	770 (51,7)	
Vaga zero	1297 (17,1)	1110 (18,2)	187 (12,6)	
Ambulatório	835 (11,0)	769 (12,6)	66 (4,4)	
Egresso	549 (7,2)	493 (8,1)	56 (3,8)	
SAMU	328 (4,3)	274 (4,5)	54 (3,6)	
CLE	199 (2,6)	91 (1,5)	108 (7,2)	

***Legenda:** CLM = Central de leitos do Município; SAMU = Serviço de atendimento móvel de urgência; CLE = Central de leitos estadual; Ambulatórios = Pacientes provenientes de ambulatórios de especialidades dentro do hospital; Egresso = Paciente que ficou internado nos últimos 30 dias; Vaga Zero = Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências, e este é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso.

Fonte: Queiroz AC, et al., 2023.

A avaliação da população como um todo demonstrou taxas de atendimento proporcionais entre homens e mulheres. A mediana de idade dos pacientes correspondeu a 57 anos. O tempo internamento dos pacientes girou em torno de 6 dias. Em relação a procedência dos pacientes, em torno de um terço desses pacientes deram acesso a UUEA via procura direta (não referenciados) (33%), 28% chegaram através da CLM e 11% vieram dos pacientes atendidos pelos ambulatórios do hospital. Pacientes trazidos com vaga zero perfizeram quase 20% do atendimento da UUEA. Ao compararmos as variáveis entre os grupos (GCNC vs. GC) foram observadas diferenças significativas em relação ao tempo de internamento (GCNC 5 dias vs. GC 8 dias $P < 0,000$), faixa etária (GCNC acometendo mais menores de 29 anos e maiores que 89 anos, e o GC entre 40 e 69 anos) e procedência (maior frequência: GCNC, não referenciado vs. GC, via central de leitos estadual $P < 0,001$).

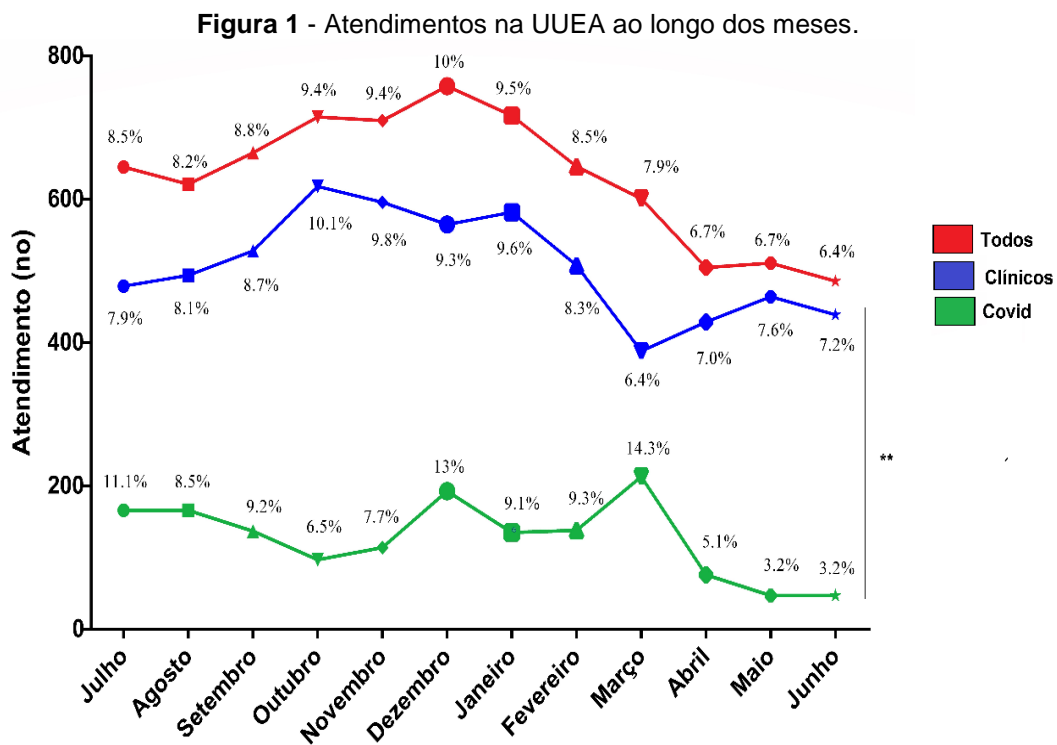
A **Tabela 2** descreve os exames utilizados pelos pacientes, desfechos em relação a UUEA e dos internamentos. A avaliação dos pacientes atendidos demandou a solicitação de exames complementares. Nesse sentido, o exame de imagem mais frequentemente solicitado foi a tomografia computadorizada (40,6%) incluindo cabeça, pescoço, coluna cervical, tórax, abdômen, pelve membros superiores, membros inferiores, seguido pelas radiografias (36,6%) entre elas as de cabeça, pescoço, coluna vertebral, cintura escapular, membros superiores, tórax, mediastino, pelve, cintura pélvica e membros inferiores. Comparando a necessidade da tomografia computadorizada entre os grupos, essa foi mais representativa no grupo GC (55,4% vs. 36,9%, $p < 0,001$). Subsequentemente foram analisados os desfechos da UUEA entre os grupos. Em ambos os grupos a maioria dos pacientes foi internado.

No entanto algumas diferenças foram observadas: 15,7% dos pacientes GCNC tiveram alta da própria unidade, contrastando com os pacientes GC dos quais apenas 0,1% puderam ser liberados diretamente sem necessidade de internação. Adicionalmente, diferenças nas taxas de mortalidade da unidade foram notadas, sendo mais elevadas NGC (2,8% vs. 0,6). Por fim, ao analisarmos os desfechos dos pacientes internados, a grande maioria teve alta (72%). No entanto é importante salientar as diferenças das taxas de óbito desses pacientes visto que, foram significativamente maiores entre os pacientes do GC em relação ao GCNC (22% vs. 10%, $p < 0,001$).

Tabela 2 - Exames complementares realizados na UUEA e o desfecho do atendimento.

Variável	Total	Clínicos	Covid-19	Valor de P
N	7580	6090	1490	
Exames de imagem, n (%)				
Tomografia computadorizada	3076 (40,6)	2250 (36,9)	826 (55,4)	< 0,001
Radiografia	2773 (36,6)	2241 (36,8)	532 (35,7)	< 0,570
USG	598 (7,9)	561 (9,2)	37 (2,5)	< 0,001
Ecocardiografia	320 (4,2)	296 (4,9)	24 (1,6)	< 0,001
Endoscopia	105 (1,4)	98 (1,6)	7 (0,5)	< 0,001
Cateterismo	256 (3,4)	231 (3,8)	25 (1,7)	< 0,001
Angioplastia	148 (2,0)	137 (2,2)	11 (0,7)	< 0,001
Desfecho na UUEA, n (%)				
Alta	955 (12,6)	954 (15,7)	1 (0,1)	< 0,001
Internamento	6533 (86,2)	5086 (83,5)	1447 (97,1)	
Óbito	77 (1)	35 (0,6)	42 (2,8)	
Evasão	15 (0,2)	15 (0,2)	0 (0)	
Desfecho internamentos, n (%)				
Alta médica	5508 (72,7)	4402 (72,3)	1112 (74,2)	< 0,001
Alta por evasão	48 (0,6)	43 (0,7)	5 (0,3)	
Alta a pedido	32 (0,4)	24 (0,4)	8 (0,5)	
Óbito	945 (12,5)	617 (10,1)	328 (22,0)	

Legenda: USG = ultrassonografia. **Fonte:** Queiroz AC, et al., 2023.



A **Figura 1** ilustra as taxas de atendimento ao longo do período avaliado, comparativamente entre GC e GCNC. Pode-se observar que os atendimentos clínicos (GCNC) tiveram pico no mês de outubro de 2021. Já os atendimentos pela covid-19 (GC) demonstraram um padrão bimodal de distribuição, com pico mais tardio, em dezembro de 2020 e outro em março de 2021. Em relação à distribuição de atendimentos durante os dias da semana, observamos que a maior parte dos atendimentos do GCNC ocorreu nas terças e quartas-feiras (16,4% e 15,5%), ao passo que os atendimentos do GC ocorreram de forma uniforme ao longo da semana (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Atendimentos na UUEA ao longo dos dias da semana.

Variáveis N	Total 7580	Clínicos 6090	Covid-19 1490	Valor p
Dia da Semana, n (%)				< 0,001
Domingo	941 (12,4)	710 (11,6)	231 (15,5)	
Segunda-feira	1117 (14,7)	941 (15,5)	176 (11,8)	
Terça-feira	1208 (15,9)	997 (16,4)	211 (14,2)	
Quarta-feira	1161 (15,3)	956 (15,7)	205 (13,8)	
Quinta-feira	1091 (14,4)	859 (14,1)	232 (15,6)	
Sexta-feira	1136 (15,0)	912 (15,0)	224 (15,0)	
Sábado	926 (12,2)	715 (11,7)	211 (14,2)	

Fonte: Queiroz AC, et al., 2023.

DISCUSSÃO

A análise dos dados do presente estudo demonstrou uma prevalência discretamente maior de pacientes do sexo masculino acometidos pela COVID-19. No contexto da pandemia, os dados evidenciados demonstram-se conflitantes na literatura. Alguns estudos corroboram nossos achados (PIOLA BL, et al., 2021 e SANTOS GRAC, et al., 2020), porém outro estudo brasileiro, realizado na região centro oeste do país na capital federal, demonstrou um discreto predomínio do sexo masculino (54,2%) (LIMA VSM, et al., 2022).

Já em relação aos pacientes do GCNC houve uma discreta prevalência de mulheres com 51,3% dos atendimentos, em conformidade com outros estudos brasileiros (MATOS YV e BREDA D 2020; BRASIL 2020). Com relação à faixa etária, observamos que nos pacientes do GC, a maior parte dos casos confirmados esteve na faixa de 40-79 anos (com pico entre 60-69 anos), corroborando dados de outros estudos epidemiológicos. O estudo alemão de Salzberger B, et al. (2020); a maioria dos casos da COVID-19 em 2020 ocorreu na faixa etária entre 20 e 60 anos.

No entanto, na discussão desse trabalho os autores ressaltam diferentes padrões quando avaliados diferentes países, tais como China (faixa etária 50 a 59 anos), Coreia (entre 20 e 29 anos), Itália (acima de 80) e Espanha (entre 50 e 79 anos) os quais podem estar relacionados às diferentes estruturas etárias e socioeconômicas da população nesses países. Os dados do presente trabalho apontam para uma uniformidade na distribuição dos casos ao longo dos meses do ano, tendo o grupo GCNC um pico no mês de outubro. Em contraste, o GC apresentou dois picos distintos em dezembro de 2020 e março de 2021.

No que se refere aos dias da semana para atendimento do GCNC, verificou-se que 76,7 % dos atendimentos ocorreram nos dias úteis, com maior concentração às terças-feiras (16,4%), diferindo dos finais de semana nos quais houve uma redução nos atendimentos (23,3%) sendo domingo o dia de menor demanda, correspondendo a apenas (11,6%) dos atendimentos. Para os pacientes do GC os atendimentos se mantiveram uniformes ao longo da semana.

A falta de conscientização e a preferência do usuário por atendimento em um hospital terciário (BOUSQUAT A, et al., 2017), são evidenciadas no presente trabalho através da elevada taxa de atendimentos realizados a paciente do GCNC por procura direta (37,3 %). Além disso, no que se refere à procedência dos pacientes do GCNC, os que realizaram procura direta (não referenciado) perfizeram 37,3%.

Este número elevado demonstra a falha no fluxo do paciente dentro da APS, já que a atenção terciária deveria ser definida após a passagem do usuário pelas UBSs e UPAs. A inobservância desses critérios faz com que o serviço hospitalar tenha uma superlotação (BATISTELA S, et al., 2008). No entanto, durante o período do estudo, ocorreu uma reestruturação da atenção primária à saúde (APS), com foco no atendimento a pandemia, com o fechamento de algumas unidades básicas de saúde (UBS) e outras unidades de pronto atendimento (UPA) se transformando em hospitais de retaguarda. Essa situação justificou a busca da população diretamente em instituições hospitalares terciárias.

Por um outro lado, os pacientes do GC que realizaram a procura direta (não referenciado) perfizeram 16,7%. Neste caso, a APS teve um papel fundamental no acompanhamento do agravamento do paciente desde o início dos sintomas até o agravamento, sendo a principal porta de entrada para identificar e acolher todos os pacientes com suspeita da COVID-19, através de uma estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde os pacientes eram classificados conforme os sintomas, idade e doenças preexistentes, apenas em caso necessário o paciente era referenciado e regulado para um serviço de saúde de maior complexidade como UPAs ou hospital terciário através do complexo regulador (AQUINO E, et al., 2020).

Os pacientes que não necessitam ser regulados, eram orientados quanto ao isolamento domiciliar, com permanência contínua de contato direto com a equipe de saúde APS para controle e avaliação dos sintomas e tendo em vista a existência da fase de transmissão comunitária da COVID-19, era de suma importância que os serviços como os oferecidos pelas APS trabalhem com a identificação sindrômica dos fatos (BRASIL, 2020).

Ao analisarmos o enfrentamento da pandemia de forma global, vários países apresentaram medidas de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar e isto gerou uma demanda muito acima da comportada por aquele determinado serviço, gerando o colapso do sistema. Neste sentido, foi necessária a reorganização da APS, estabelecendo uma linha de cuidado específico para COVID-19, tornando as unidades básicas autossustentáveis, com ações de vigilância e promoção da saúde e desta forma organizando um cuidado integral aos usuários e familiares fora da rede terciária de cuidado (ABRASCO, 2020; ENGSTROM E, et al., 2020).

Outro ponto relevante foi a solicitação de exames complementares nos atendimentos da UUEA pacientes acometidos pela COVID-19. Observamos que dos 1490 pacientes atendidos no período, apenas 826 (55,4%) precisaram ser submetidos a tomografia (cabeça, pescoço, coluna cervical, tórax, abdômen, pelve membros superiores, membros inferiores) e 532 (35,7%) radiografias (cabeça, pescoço, coluna vertebral, cintura escapular, membros superiores, tórax, mediastino, pelve, cintura pélvica e membros inferiores). Estes dados são bastante diferentes de um estudo espanhol, no qual 97% dos casos foram submetidos a radiografia e 9,8% a tomografia (GIL-RODRIGO A, et al., 2020).

Em relação aos desfechos primários dos pacientes do GCNC, observamos que 15,7% tiveram alta, 83% foram internados e 0,6% apresentaram óbito. Estes valores diferem bastante de um estudo gaúcho, feito em Porto Alegre, no qual 60% tiveram alta, 37% foram internados e 3% faleceram. Estes números podem ser resultado da diferença de perfil e gravidade dos pacientes atendidos em nosso serviço, em geral conhecido por serem de alta complexidade. Em nosso centro, os pacientes com COVID-19 apresentaram uma taxa de alta hospitalar de 74,2% e de óbitos de 22%, dados semelhantes a outro estudo brasileiro (SANTOS PSA, et al., 2021), em que foram encontradas taxas de alta hospitalar de 76,1% e de óbito de 23,8%. Um outro estudo do mesmo centro (CHC-UFPR) analisou 754 pacientes com COVID-19, no período de janeiro a dezembro de 2020.

Parte destes pacientes estão em intersecção com os pacientes do nosso estudo (CANAN MGM, et al., 2022). Este estudo demonstrou que, no ano de 2020, a maioria dos pacientes internados também era do sexo masculino (51,7%) e com muitas comorbidades, pois quase dois terços dos pacientes (57,8%) tinham ao menos 2 comorbidades. Além disso, 90,8% dos pacientes foram internados na enfermaria e 36% na UTI. A mortalidade geral destes pacientes foi de 17,2%, sendo maior naqueles internados na UTI (43,7%), principalmente quando necessitavam de ventilação mecânica, com taxas de óbito neste grupo chegando a 64,9%. Em outro estudo realizado por Pontes L, et al. (2021), avaliando pacientes hospitalizados durante os primeiros 128 dias da pandemia (março a junho de 2020), evidenciou uma mortalidade de 12,8%.

Em nosso estudo, encontramos uma mortalidade maior (24%), porém nossa avaliação começou após este período (28 de junho de 2020), abrangendo 1 ano de acompanhamento e incluindo o período mais crítico da pandemia que foi em 2021. Com relação ao tempo médio que estes pacientes ficaram internados, encontramos uma média de 8 dias com AIQ: (4-17). Em outros estudos, a média foi um pouco maior, tal como 12 dias (DIAS VMCH, et al., 2020) e 10 dias (SANTOS PSA, et al., 2021). No estudo de Canan MGM, et al. (2022), o tempo médio de internação foi variável, de acordo com o local da internação do paciente, sendo de 5 dias para os pacientes da enfermaria e 10 dias para os pacientes da UTI.

Ao analisarmos a distribuição epidemiológica da COVID-19, encontramos uma distribuição bimodal de frequência de casos em dezembro de 2020 e março de 2021. Esta diferença pode ser devido a diferentes variantes do SARS-CoV-2. Na primeira onda, que ocorreu principalmente durante o ano de 2020, a variante predominante foi B.1.1.33 e B.1.

Na segunda onda, que ocorreu principalmente em 2021, observou-se maior prevalência da variante Gamma (P.1). A identificação dessas diferenças reforça a importância da vigilância epidemiológica e genômica na detecção e monitoramento das variantes do SAR-CoV-2, permitindo a adaptações nas estratégias de prevenção e controle da doença (ZEISER FA, et al., 2022). De fato, embora o Brasil tenha iniciado a vacinação para COVID-19 em janeiro de 2021 (BOSCHIERO MN, et al., 2021), casos mais graves foram notificados nesse ano (FREITAS ARR, et al., 2021), momento em que apenas uma pequena parte da população tinha o esquema vacinal completo.

Possivelmente tal situação decorreu da flexibilização das medidas restritivas em diferentes momentos pelos estados e municípios, assim como pela mobilidade da população a qual contribuiu para a circulação do vírus e disseminação da doença (KORTESIS N, et al., 2020). Este estudo teve a limitação por sua natureza retrospectiva, já que a coleta de dados retirados de revisão de prontuários pode gerar algum fator de perda de informação ou erro de preenchimento. Entretanto, estudos epidemiológicos baseiam-se em grandes bancos de dados sujeitos às mesmas complicações. Esperamos que estes dados possam ser usados para a aplicação de novos recursos, tecnologia e tratamento aos pacientes no futuro.

CONCLUSÃO

Este estudo sobre os pacientes clínicos e com COVID-19 atendidos na unidade de urgência e emergência, mostrou taxas de atendimento proporcional entre homens e mulheres e com tempo de internamento maior entre os pacientes com COVID em relação aos clínicos. Além disso, mostrou taxas maiores de óbito em pacientes com COVID-19, porém com índices semelhantes a outros países com maior renda *per capita*. A origem, via central de leitos, dos pacientes com COVID sugere que houve uma boa rede de apoio durante a pandemia, ao passo que mostra a dificuldade dos pacientes clínicos que precisaram vir via procura direta. Como ponto forte, este estudo apresentou dados referentes a um grande número de pacientes atendidos por um serviço terciário de alta complexidade na maior epidemia deste século.

REFERÊNCIAS

1. ALVES L. Brazilian ICUs short of drugs and beds amid COVID-19 surge. *Lancet*, 2021; 397(10283): 1431-2.
2. AQUINO E, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.*, 2020; 25 Suppl 1: 2423-46.
3. BATISTELA S, et al. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina Ciências Biológicas e da Saúde*, 2008; 29(2): 121-130.
4. BOSCHIERO MN, et al. One Year of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Brazil: A Political and Social Overview. *Ann Glob Health*, 2021; 87(1): 44.
5. BOUSQUAT A, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública*, 2017; 33(8): e00037316.
6. BRASIL. Ministério da saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 16: COE-COVID19. 2020b. Disponível em: <file:///C:/Users/abela/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20Covid-19%20-%20N%C2%BA%2016.pdf>.
8. BRASIL FMS, et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos usuários atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Iguatu – Ceará. *Id on Line Rev. Mult. Psic.*, 2019; 13(46): 992-1010.
9. CANAN MGM, et al. La TC de tórax como herramienta progóstica em COVID-19. *Archivos de Bronconeumología*, 2022; 58: 69-72.
10. CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. Dados de Pesquisa de Soroprevalência de Laboratório Comercial. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/commercial-lab-surveys.html>.
11. CLARKE KE, et al. Seroprevalence of Infection-Induced SARS-CoV-2 Antibodies - United States, September 2021-February 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 2022; 71(17): 606-608.
12. DIAS VMCH, et al. Orientações sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de pacientes com COVID - 19. *J. Infect. Control*, 2020; 9(2).
13. ENGSTROM E, et al. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>.
14. FREITAS ARR, et al. The emergence of novel SARS-CoV-2 variant P.1 in Amazonas (Brazil) was temporally associated with a change in the age and sex profile of COVID-19 mortality: A population based ecological study. *Lancet Reg Health Am.*, 2021; 1: 100021.
15. GIL-RODRIGO A, et al. Analysis of clinical characteristics and outcomes in patients with COVID-19 based on a series of 1000 patients treated in Spanish emergency departments. *Emergencias*, 2020; 32(4): 233-24.
16. ISER BPM, et al. Suspected COVID-19 case definition: a narrative review of the most frequent signs and symptoms among confirmed cases. *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, 2020; 29(3): e2020233.
17. KORTESSIS N, et al. A interação de movimento e variação espaço-temporal na transmissão degrada o controle pandêmico. *Proc. Nacional Acad. Sci.*, 2020; 117: 30104–30106.
18. LIMA VSM, et al. Caracterização das internações em Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Distrito Federal: uma comparação entre o período pré e durante a pandemia da Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2023; 23(2): e11686.
19. MATOS YV e BREDA D. Perfil dos pacientes atendidos na unidade de pronto atendimento. *Fag jornal of health*. 2020; 2(1): 56.
20. MAZON LM, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave. *Saúde Revista*, 2016; 16(43): 37-44.
21. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa sobre COVID-19. Brasília, DF: OPAS; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
22. PIOLA BL, et al. Frequência e fatores associados em casos confirmados e descartados e óbitos da COVID-19 em um hospital secundário. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2021; 4(4): 61-6.
23. PONTES L, et al. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. *Esc. Anna Nery*, 2021.
24. REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório. In: Seminário Virtual Rede APS/ABRASCO. Disponível em : https://efaidnbnmnnibpcajpccglcfindmkaj/https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS_-_Seminário-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf
25. SALZBERGER B, et al. Epidemiologie von SARS-CoV-2/COVID 19: Aktueller Stand [Epidemiology of SARS-CoV-2/COVID-19]. *Gastroenterologe*, 2020; 15(6): 443-451.
26. SANTOS GRAC, et al. Perfil epidemiológico dos casos e óbitos por COVID-19 nos estados da região nordeste. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(12): e4251.
27. SANTOS PSA. Perfil epidemiológico da mortalidade de pacientes internados por Covid-19 na unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Brazilian Journal of Development*, 2021; 7(5): 45981-45992.
28. STRINGHINI S, et al. Soroprevalência de anticorpos IgG anti-SARS-CoV-2 em Genebra, Suíça (SEROCoV-POP): um estudo de base populacional. *Lancet*, 2020; 396: 313.
29. ZEISER FA, et al. First and second COVID-19 waves in Brazil: a cross-sectional study of patients' characteristics related to hospitalization and in-hospital mortality. *Lancet Reg. Health Am.*, 2022; 6: 100107.