

## NOTA TÉCNICA N.º 015/2020 – GOE-COVID-19 DE TRINDADE-GO CENÁRIO MUNDIAL

Considerando o cenário atual da pandemia de COVID-19, a Secretaria Municipal de Saúde de Trindade, através do Gabinete de Operações de Emergência COVID-19 (GOE), divulga a Nota Técnica n.º 015/2020. Neste contexto, avalia-se o período de **16 a 30 de agosto de 2020**, atualizando informações, com objetivo de analisar a interpretação da situação epidemiológica no Brasil, Estado de Goiás e Município de Trindade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.

A Emergência de saúde pública de importância internacional (ESPII) é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças, e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”.

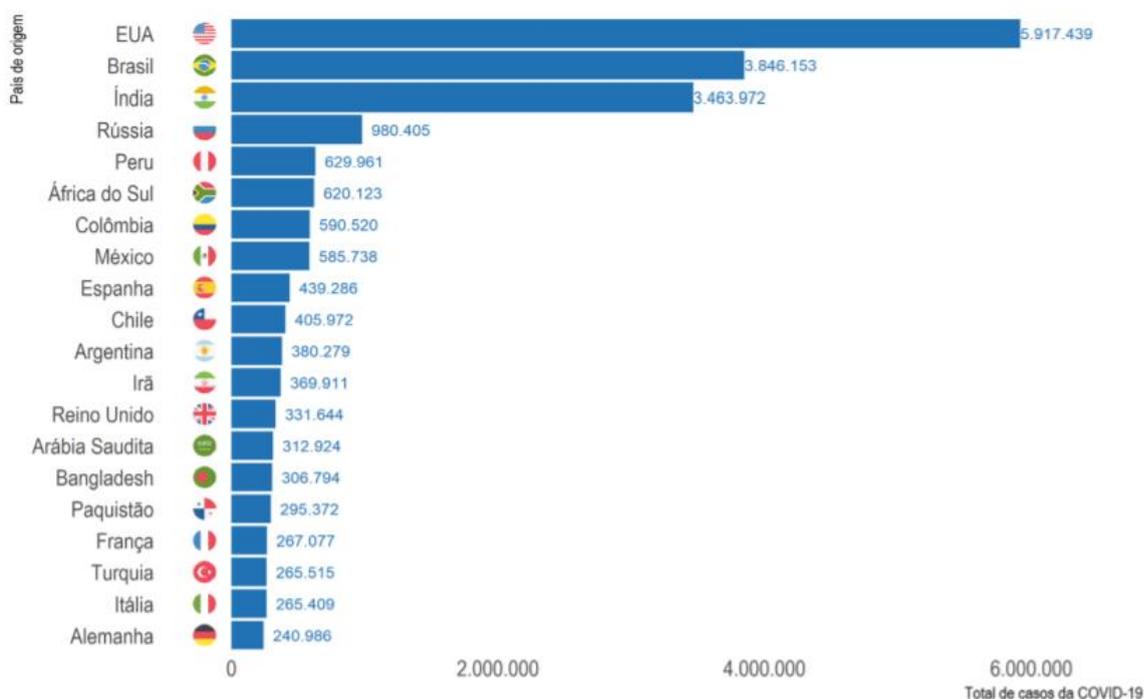
Até o final da Semana Epidemiológica (SE) 35 de 2020, no dia 29 de agosto, foram confirmados 24.761.119 casos de COVID-19 no mundo. Nesta data, os Estados Unidos era o país com o maior número de casos acumulados (5.917.439), seguido pelo Brasil (3.846.153), Índia (3.463.972) e Rússia (980.405) e Peru (629.961) (Figura 1).

Em relação aos óbitos, foram confirmados 837.466 no mundo até o dia 22 de agosto. Os Estados Unidos foi o país com maior número acumulado de óbitos (181.773), seguido do Brasil (120.462), México (63.146), Índia (62.550) e Reino Unido (41.486) (Figura 2).

O coeficiente de incidência bruto no mundo ao final da SE 35 foi de 3.177 casos para cada 1 milhão de habitantes. Nesta classificação, o Brasil aparece na 7ª posição com um coeficiente de 18.302 casos/1 milhão de hab.

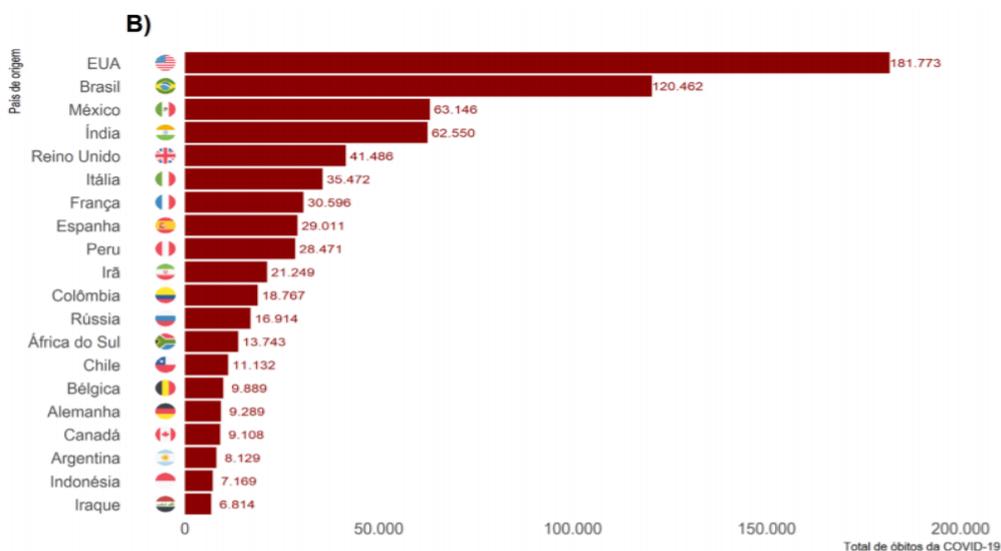
Em relação ao coeficiente de mortalidade (óbitos por 1 milhão de hab.), o mundo apresentou até o dia 29 de agosto de 2020 uma taxa de 107 óbitos/1 milhão de habitantes. Nessa classificação, o Brasil aparece na 8ª posição com um coeficiente de 573 óbitos/1 milhão habitantes.

**FIGURA 1- Distribuição do total de casos confirmados de COVID-19 entre os 20 países com maior número de casos em 2020.**



Fonte: Our World in Data - <https://ourworldindata.org/coronavirus> - atualizado em 29/08/2020.

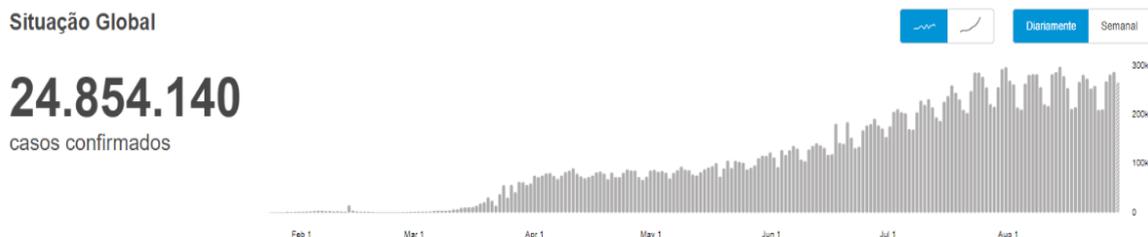
**FIGURA 2- Distribuição do total de óbitos por COVID-19 entre os 20 países com maior número de casos em 2020.**



Fonte: Our World in Data - <https://ourworldindata.org/coronavirus> - atualizado em 29/08/2020.

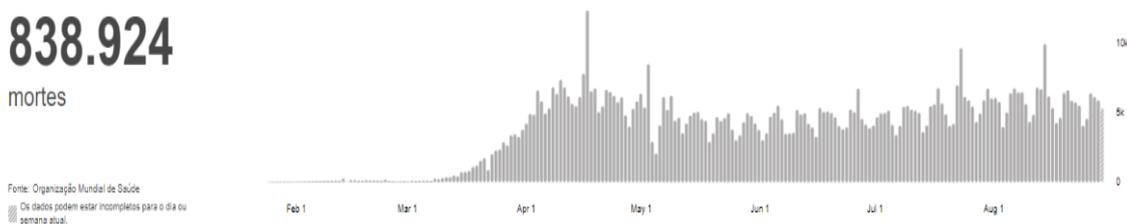
Até a data de 30 de agosto, globalmente, foram informados a OMS 24.854.140 casos confirmados de COVID-19 e 838.924 mortes (Figuras 3 e 4).

**FIGURA 3- Evolução ao longo do tempo de casos confirmados de COVID-19 no mundo.**



Fonte: Painel Covid OMS.

**FIGURA 4- Evolução ao longo do tempo de mortes por COVID-19 no mundo.**



Fonte: Painel Covid OMS.

Ressalta-se, de acordo com a OMS, que a maioria (cerca de 80%) das pessoas com COVID-19 pode ser assintomática ou oligossintomática e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas.

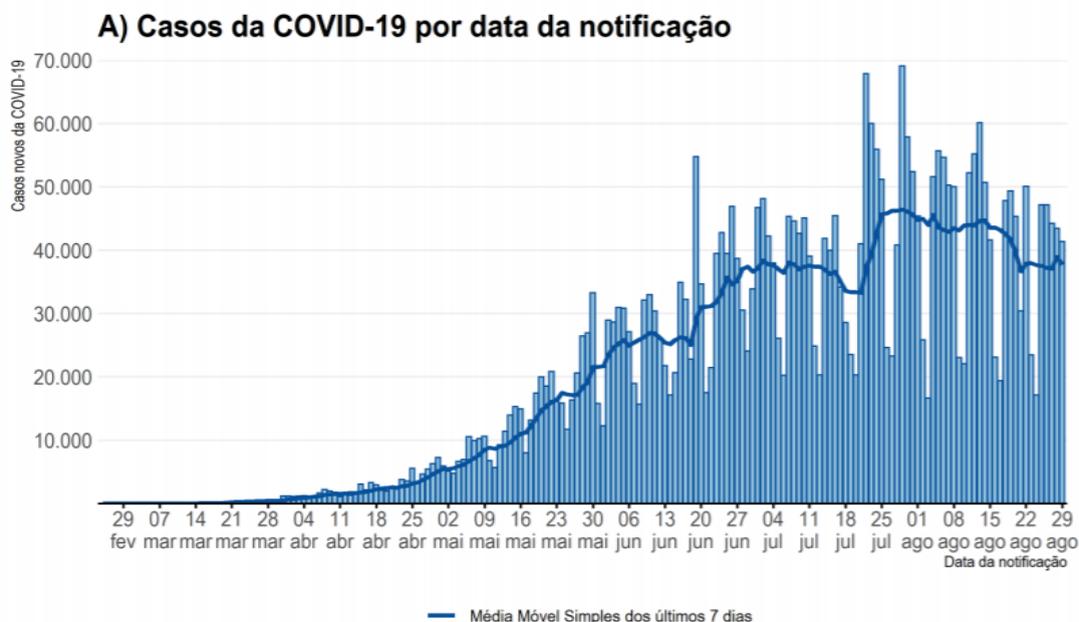
Destá forma, o contexto local da epidemia deve ser avaliado diariamente pela gestão e trabalhadores com decisões sobre a manutenção/implantação de atividades remotas (*home office*) ou suspensão dos serviços. Os trabalhadores dos serviços de saúde devem permanecer em extrema vigilância quanto ao aparecimento de sintomas, contato com casos confirmados e necessidade de medidas de isolamento.

## CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO BRASIL

O Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de COVID-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. De 26 de fevereiro a 29 de agosto de 2020 foram confirmados 3.846.153 casos e 120.462 óbitos por COVID-19 no Brasil.

O maior número de novos registros de casos ocorreu no dia 29 de julho (69.074 casos) e o de novos registros de óbitos em 29 de julho (1.595 óbitos). No final da semana epidemiológica 35 (de 16 a 29 de agosto), a média móvel dos últimos 7 dias foi de 37.684 casos e 887 óbitos, uma redução de 1% em relação à média de casos da semana anterior (37.895) e de 12% em relação à média de óbitos da semana anterior (1.003 óbitos) (Figura 5A e 5B).

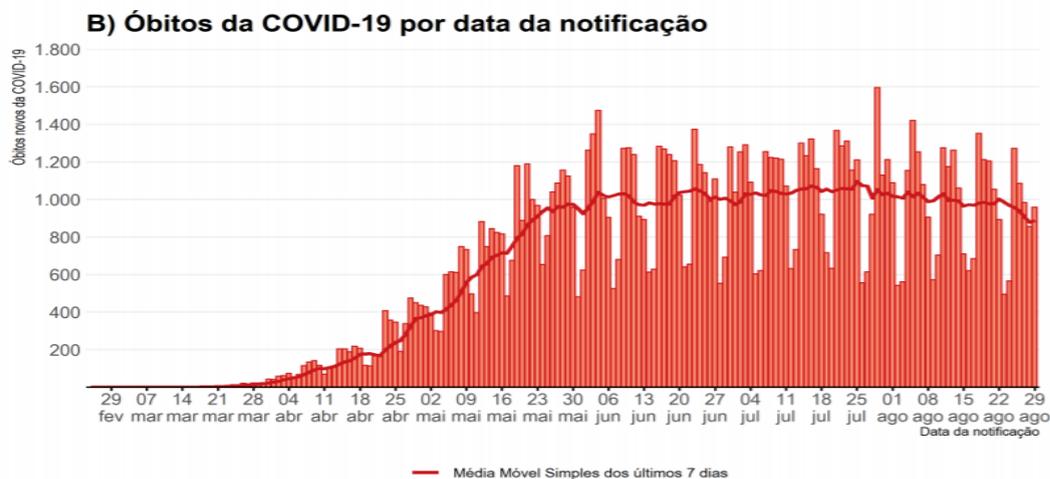
**FIGURA 5A- Número de casos novos (A) de COVID-19 e média móvel dos últimos 7 dias por data de notificação.**



Fonte: Boletim Epidemiológico especial N° 29/ Ministério da Saúde.

Durante a SE 35 foram registrados um total de 263.791 casos e 6.212 óbitos novos por COVID-19 no Brasil. Para o país, a taxa de incidência até o dia 29 de agosto de 2020 foi de 1.830,2 casos por 100 mil habitantes, enquanto que a taxa de mortalidade foi de 57,3 óbitos por 100 mil habitantes.

**FIGURA 5B- Número de óbitos(B) de COVID-19 e média móvel dos últimos 7 dias por data de notificação.**



Ao final da SE 35, o Brasil apresentava uma estimativa de 3.006.679 casos recuperados e 719.012 casos em acompanhamento.

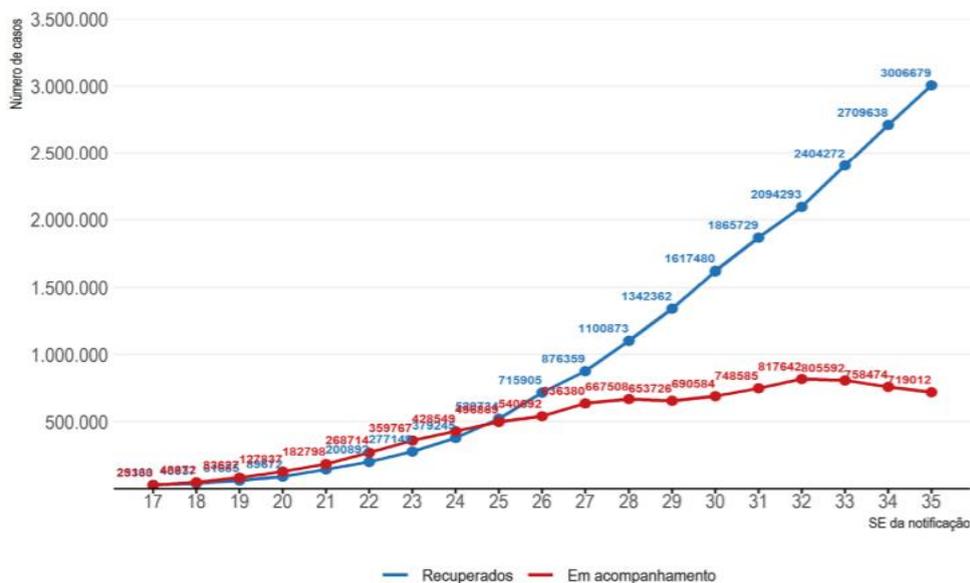
O número de casos “**recuperados**” no Brasil é estimado por um cálculo composto que leva em consideração os registros de casos e óbitos confirmados para COVID-19, reportados pelas secretarias estaduais de saúde, e o número de pacientes hospitalizados registrados no Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEPGripe). Inicialmente, são identificados os pacientes que se encontram hospitalizados por SRAG, sem registro de óbito ou com alta no sistema.

De forma complementar, são considerados os “**casos leves**” aqueles com início dos sintomas há mais de 14 dias que não estão hospitalizados, somados aos que foram hospitalizados e receberam alta (com registro no SIVEPGripe) e que não evoluíram para óbito.

São considerados como “**em acompanhamento**” todos os casos notificados, nos últimos 14 dias, pelas secretarias estaduais de saúde e que não evoluíram para óbito. Além disso, dentre os casos que apresentaram SRAG e foram hospitalizados, considera-se “**em acompanhamento**” todos aqueles que foram internados nos últimos 14 dias e que não apresentam registro de alta ou óbito no SIVEP-Gripe.

A Figura 6 abaixo apresenta a distribuição por SE dos casos de COVID-19 recuperados e em acompanhamento no Brasil.

**FIGURA 6- Distribuição dos registros de casos recuperados e em acompanhamento por semana epidemiológica de notificação. Brasil, 2020.**



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Dados atualizados em 29/08/2020, às 19h, sujeitos a revisões.

No conjunto das unidades federadas da região Centro-Oeste, observa-se estabilização no número de casos novos da SE 35 (42.344) em relação à SE 34 (40.228), com uma média diária de casos novos de 6.049 na SE 35, frente a 5.747 na SE 34.

Foi observado aumento em Mato Grosso do Sul (+15%), Mato Grosso (+10%) e estabilização em Goiás e no Distrito Federal ao final da SE 35 e apresentaram um total de 427.827 casos de COVID-19 (11,1% do total de casos do Brasil).

Os municípios com maior número de novos registros de casos na SE 35 foram: Brasília/DF (12.399), Goiânia/GO (3.420), Campo Grande/MS (2.681), Cuiabá/MT (1.813), Aparecida de Goiânia/GO (1.361).

Quanto aos óbitos, foi observado redução de 18% no número de novos registros de óbitos na SE 35 (854) em relação à SE 34 (1.041), com uma média diária novos registros de óbitos de 122 na SE 35, frente a 149 na SE 34. Foi observado redução no número de óbitos novos em Goiás (-19%), Distrito Federal (-35%) e estabilização no Mato Grosso do Sul e Mato Grosso (Figura 19B).

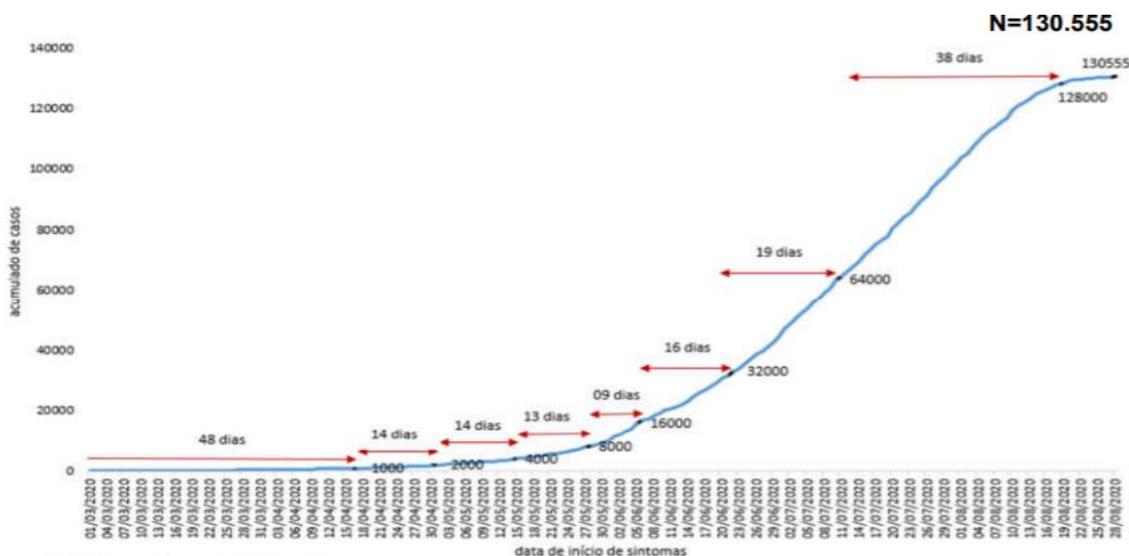
As quatro unidades federadas da região Centro-Oeste apresentaram um total de 9.056 óbitos (7,5% do total de óbitos do Brasil). Os municípios com maior número de novos registros de óbitos na SE 35 foram Brasília/DF (193), Goiânia/GO (105) e Campo Grande/MS (61).

## CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO NO ESTADO DE GOIÁS

O registro dos primeiros casos suspeitos em Goiás ocorreram a partir de 04 de fevereiro e, até 29 de agosto, foram notificados à Vigilância Epidemiológica do Estado 432.037 casos de COVID-19. Nesta última semana epidemiológica (SE 35) houve a confirmação de 14.168 casos novos, representando um aumento de 12,2% e totalizando 130.555 (30,2%) confirmados sendo 126.787 (97,1%) por critério laboratorial, 2.955 (2,3%) pelo critério clínico-epidemiológico, 255 (0,2%) por critério clínico-imagem e 181 (0,1%) pelo critério clínico, 102.660 (23,8%) foram descartados e 198.822 (46,0%) continuam como suspeitos.

No período de 18 de agosto a 29 de agosto ocorreu um aumento de 2% no total de casos (Figura 7). Ao se comparar a média de casos entre 02 de agosto (2.004,7) e 15 de agosto (1.388,1), observa-se redução de 30,8%.

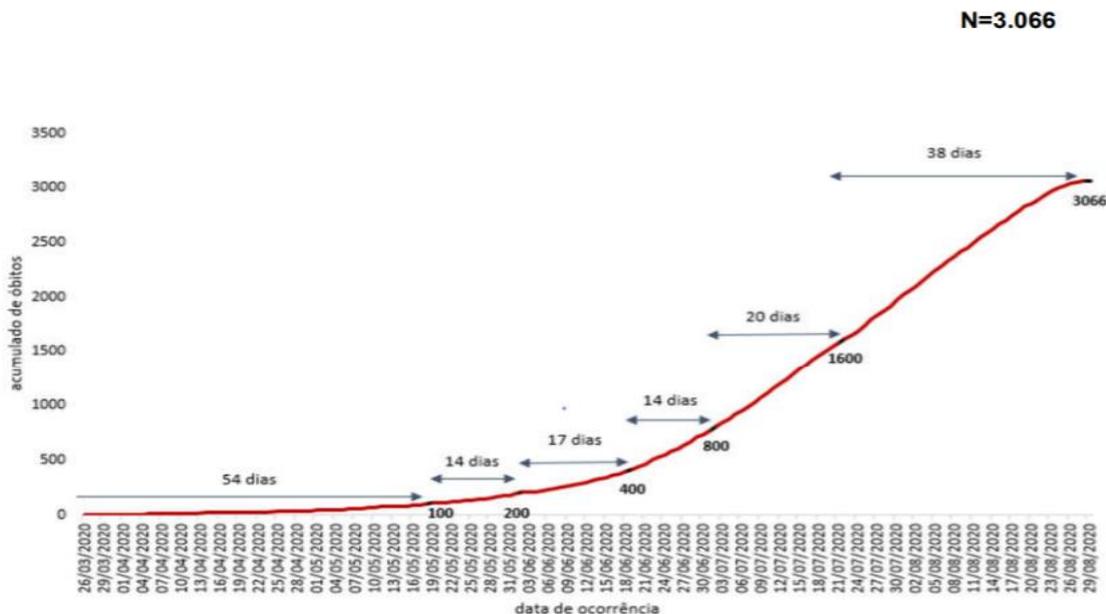
**FIGURA 7- Distribuição do acumulado de casos confirmados de COVID-19 em Goiás, 04 de fevereiro a 29 de agosto de 2020.**



FONTE: e-SUS VE e SIVEP Gripe

Quanto aos óbitos, pode-se observar que foram 110 dias desde o primeiro óbito até o registro de 400, em 19 de junho e, em 37 dias (25 de julho), alcançou 4 vezes mais este valor. De 26 de julho a 29 de agosto nota-se um intervalo de 38 dias para atingir 3.066 óbitos confirmados (aumento de 91,6%). Quando comparada à média de óbitos entre 02 de agosto (44,4) e 15 de agosto (41,0), observa-se redução de 7,7% (Figura 8).

**FIGURA 8-Distribuição do acumulado de óbitos por COVID-19 em Goiás, 04 de fevereiro a 29 de agosto de 2020.**



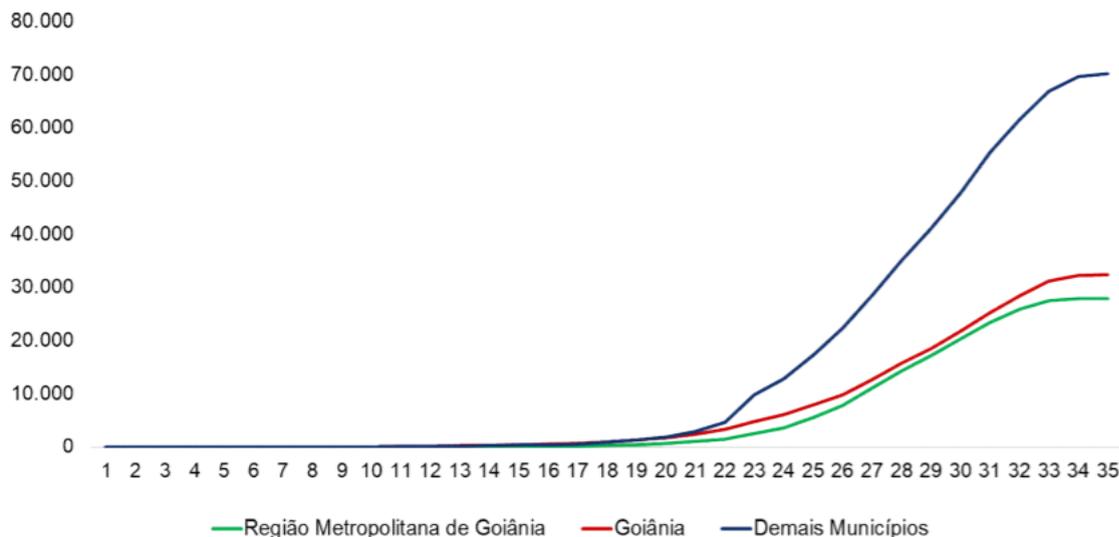
FONTE: e-SUS VE e SIVEP Gripe

A partir da SE 23 até a 35 ocorreu uma inversão: dos 121.136 casos confirmados no período, 65.640 (54,2%) foram registrados nos municípios do interior. O que caracteriza uma interiorização da epidemia de COVID-19 (Figura 9).

Os 130.555 casos confirmados estão distribuídos em 241 municípios do Estado. Cinco municípios continuam sem registro de casos confirmados de COVID-19 (Figura 9). A capital Goiânia registrou novamente o maior número, 32.395, correspondendo a 24,8% do total de casos do Estado, seguido de Aparecida de Goiânia com 18.394 (14,1%) e Rio Verde com 8.841 (6,8%).

Apesar de ser o município com maior número de casos registrados até o momento, pode ser observada uma diminuição na frequência relativa de casos na capital. Nas duas últimas SE (33 e 34) Goiânia registrou 25,1% e em 29 de agosto, 24,8% dos casos de Goiás. Neste período, Goiás apresentou coeficiente de incidência de 1.881,3 por 100.000 habitantes. Dos 241 municípios com casos confirmados, 52 (21,5%) apresentaram taxas de incidência superior à registrada no Estado, destacando-se os municípios: Palmeiras de Goiás (6.341,8/100.000), Mozarlândia (5.373,6/100.000), Santo Antônio de Goiás (4.855,3/100.000), Abadia de Goiás (4.630,6/100.000), Mineiros (4.375,0/100.000), Itaguari (4.106,4/100.000), Santa Helena de Goiás (3.964/100.000) e Rio Verde (3.919,5/100.000). (Boletim Epidemiológico nº 22- SES/SVS).

**FIGURA 9- Distribuição dos casos confirmados de COVID-19 por municípios integrantes da Região metropolitana, do interior e capital - Goiás, 04 de fevereiro a 29 de agosto de 2020.**



FONTE: e-SUS VE e SIVEP Gripe

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) informou, na data de 30 de agosto, que haviam 130.926 casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no território goiano. Destes, há o registro de 121.645 de pessoas recuperadas e 3.089 óbitos confirmados (Figura 10).

**FIGURA 10- Boletim Epidemiológico em 30/08/2020- SES Goiás.**



De acordo com o Boletim Epidemiológico N° 22, da Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado de Goiás, até a SE 35, quanto à distribuição dos casos por gênero, foi observada uma pequena predominância no sexo feminino, com 52,1%.

A faixa etária de 30 a 39 anos continua concentrando o maior número de casos com 32.660, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos, 26.752. A incidência foi maior na faixa etária de 30 a 39 anos, seguida pela 40 a 49 anos com 2.811,5 e 2.621,5/100.000 respectivamente (Figura 11).

**FIGURA 11- Número de casos confirmados e taxa de incidência de COVID-19 por gênero e faixa etária, Goiás, 04 de fevereiro a 29 de agosto de 2020.**

Variáveis	n	%	Taxa de incidência*
<b>N=130.555</b>			
<b>Gênero</b>			
Feminino	68.063	52,1	1.962,5
Masculino	62.467	47,8	1.799,5
Ignorado	25	0,02	
<b>Faixa Etária</b>			
Menor de 1 ano	492	0,4	560,4
1 a 9 anos	2.821	2,2	338,1
10 a 14 anos	2.103	1,6	404,7
15 a 19 anos	4.898	3,8	848,8
20 a 29 anos	26.752	20,5	2.258,8
30 a 39 anos	32.660	25,0	2.811,5
40 a 49 anos	26.046	20,0	2.621,5
50 a 59 anos	17.610	13,5	2.287,2
60 a 69 anos	9.691	7,4	2.020,1
Maior de 70 anos	7.482	5,7	2.256,2

FONTE: e-SUS VE e SIVEP Gripe

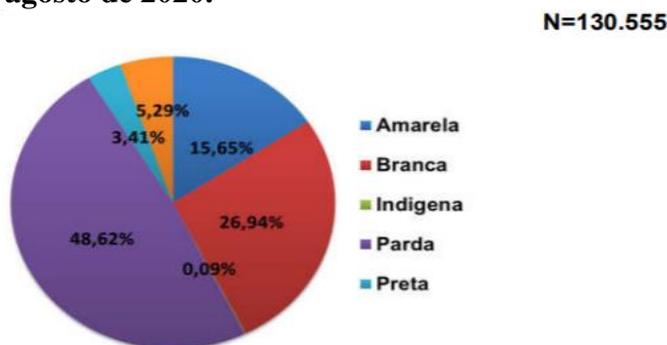
\* NOTA: Para o cálculo de incidência foi utilizada a estimativa populacional do Instituto Mauro Borges-2019.

Com relação à raça/cor, a parda continua predominando com 48,62% dos registros, seguido pela branca (Figura 12). Foi observado um percentual de 5,29% de informação ignorada referente a esta variável.

Do total de casos confirmados no período, Goiás apresentou uma estimativa de 120.039 (91,9%) casos recuperados, 6.854 (5,2%) casos em acompanhamento e 3.066 (2,3%) que evoluíram a óbito. Foram notificados, no período, 3.290 óbitos suspeitos de COVID-19. Destes, 3.066 foram confirmados, 331 óbitos (12,1%) a mais quando comparado ao total da semana anterior, com uma letalidade de 2,34%, a taxa estadual ficou abaixo da nacional (3,1%). Duzentos e vinte e quatro óbitos continuam em investigação.

Entre os óbitos confirmados por COVID-19, 59,8% são do sexo masculino. Mais de 80% dos óbitos foram de pessoas acima de 50 anos e a maior letalidade de pessoas acima de 70 anos, 20,4%, seguida pela faixa etária de 60 a 69 anos (7,5%).

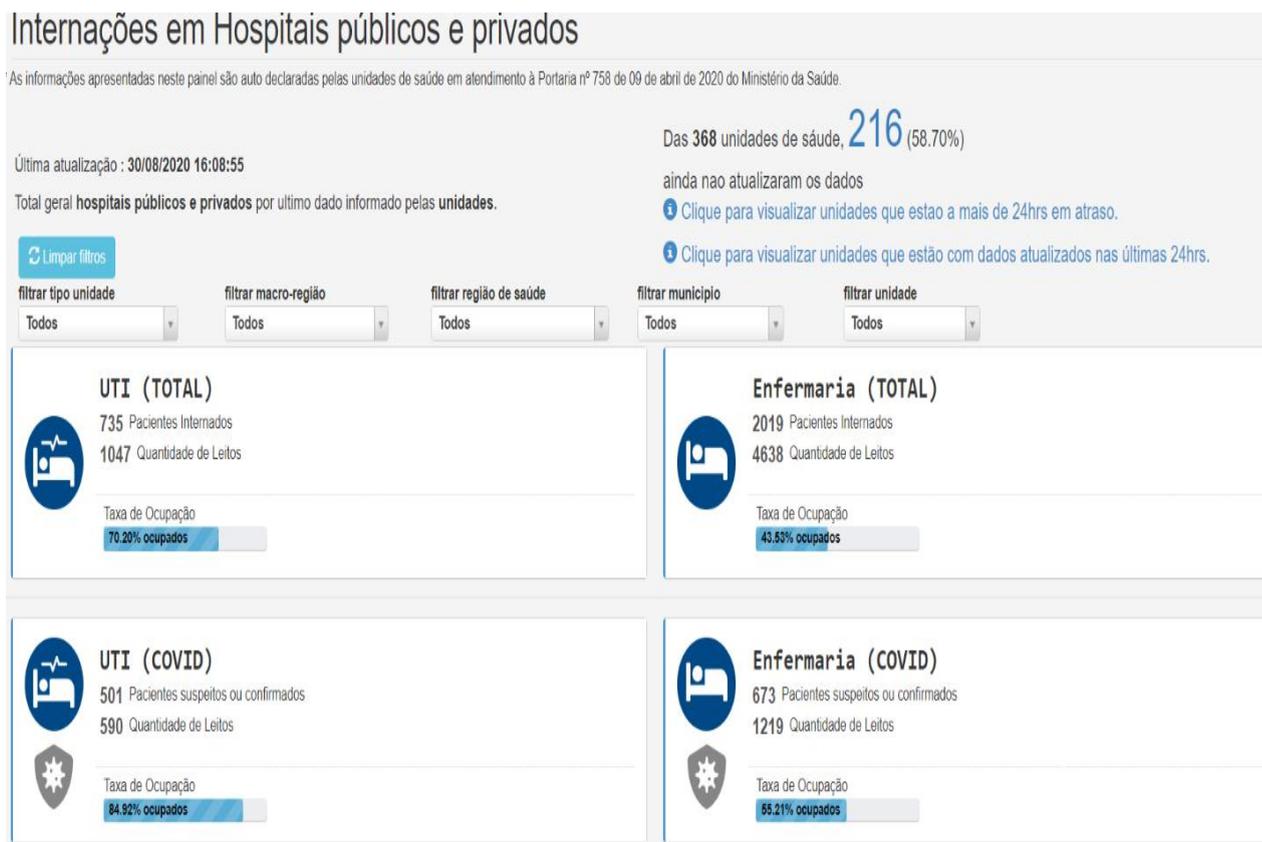
**FIGURA 11 - Percentual de casos confirmados de COVID-19 segundo raça/cor, Goiás, 04 de fevereiro a 29 de agosto de 2020.**



FONTE: e-SUS VE e SIVEP Gripe

Quando avaliadas as internações por COVID-19, no Estado de Goiás, em relação aos 130.926 casos confirmados, 1.174 pessoas estavam hospitalizadas em 30 de agosto, sendo 501 casos suspeitos ou confirmados com COVID em leitos de UTI, representando taxa de ocupação (84,92%) segundo o mapa de leitos da SES, e 673 pacientes suspeitos ou confirmados com COVID, estavam internados em leitos clínicos de enfermaria, com taxa de ocupação de 55,21% (Figura 12).

**FIGURA 12- Quantidade de internações hospitalares por COVID-19 em Goiás.**



Fonte: Mapa de leitos SES em 30/08/2020.

## CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO EM TRINDADE

A Prefeitura de Trindade registrou, até a data de 30/08/2020, 1.870 casos confirmados da COVID-19 (Figura 13). O GOE destaca que entre os casos confirmados de coronavírus, 1.413 casos (75,56%) já se encontram curados.

**FIGURA 13- Boletim Epidemiológico Coronavírus em Trindade em 30/08//2020.**

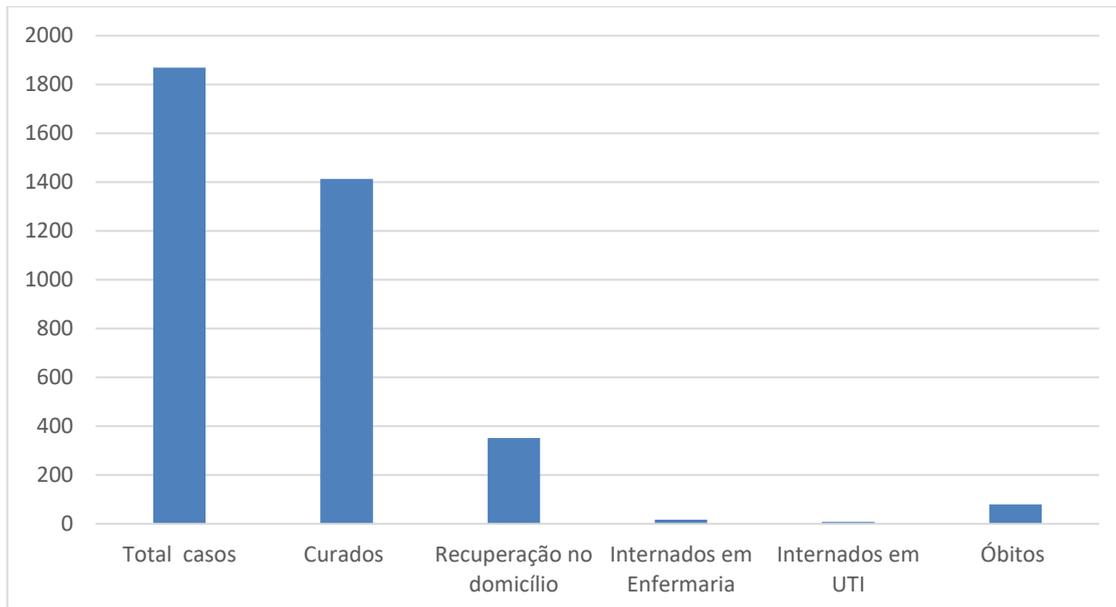


Fonte: GOE Trindade em 30/08/2020

Até 30 de agosto, no município de Trindade, 352 casos (18,82%), estavam em recuperação em isolamento domiciliar. Estes pacientes seguem em acompanhamento e monitoramento através das equipes da Secretaria Municipal de Saúde, outros 25 casos seguem internados, sendo 17 casos em leitos clínicos de enfermaria e 08 casos internados em leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Até o momento foram registrados 80 óbitos por residência tendo como causa a COVID-19, em Trindade (Gráfico 1).

Em relação ao Hospital de Campanha de Trindade - HCAMP Cristina, situado na Região Leste, desde sua abertura até o final de mês de julho, a unidade já realizou mais de 9.500 procedimentos/atendimentos, dentre eles, consultas médicas e de enfermagem, aferição de sinais vitais, administração de medicamentos, realização de exames laboratoriais, de imagem, PCR, testes rápidos para COVID, além de encaminhamentos para internação.

**GRÁFICO 1- Situação dos Casos de COVID-19 em Trindade.**



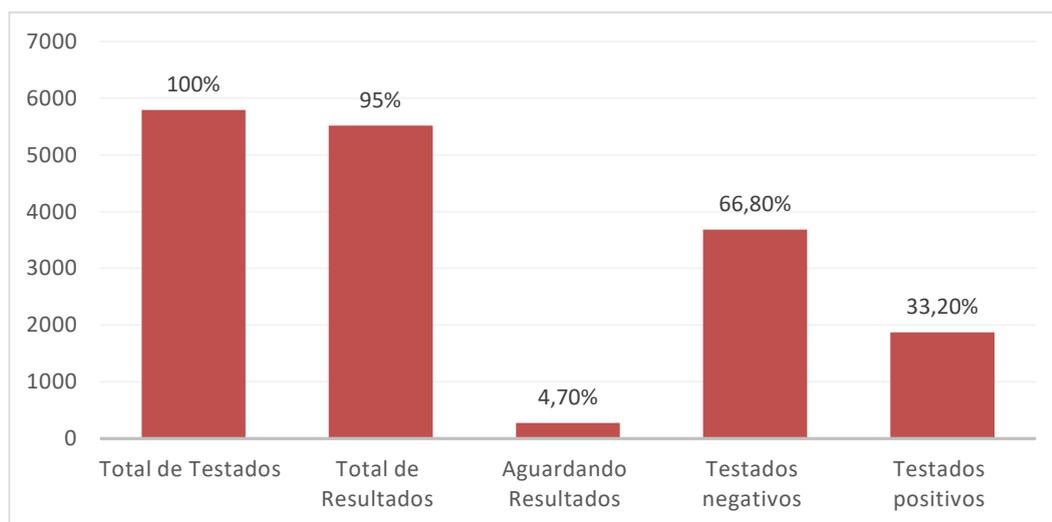
Fonte : GOE- Trindade em 30/08/2020.

### Testagem no Município de Trindade

Até o momento foram testadas no município de Trindade 5.791 e outros outros 237 casos estão aguardando liberação de resultado (Gráfico 2).

Portanto, considerando o total de amostras com resultado, 5.518 exames, destes, 1.870 (33,2%) tiveram resultado positivo para COVID-19 e 3.684 (66,8%), tiveram resultado negativo para COVID-19,

**GRÁFICO 2- Situação da Testagem de COVID-19 em Trindade.**



Fonte : GOE- Trindade em 30/08/2020.

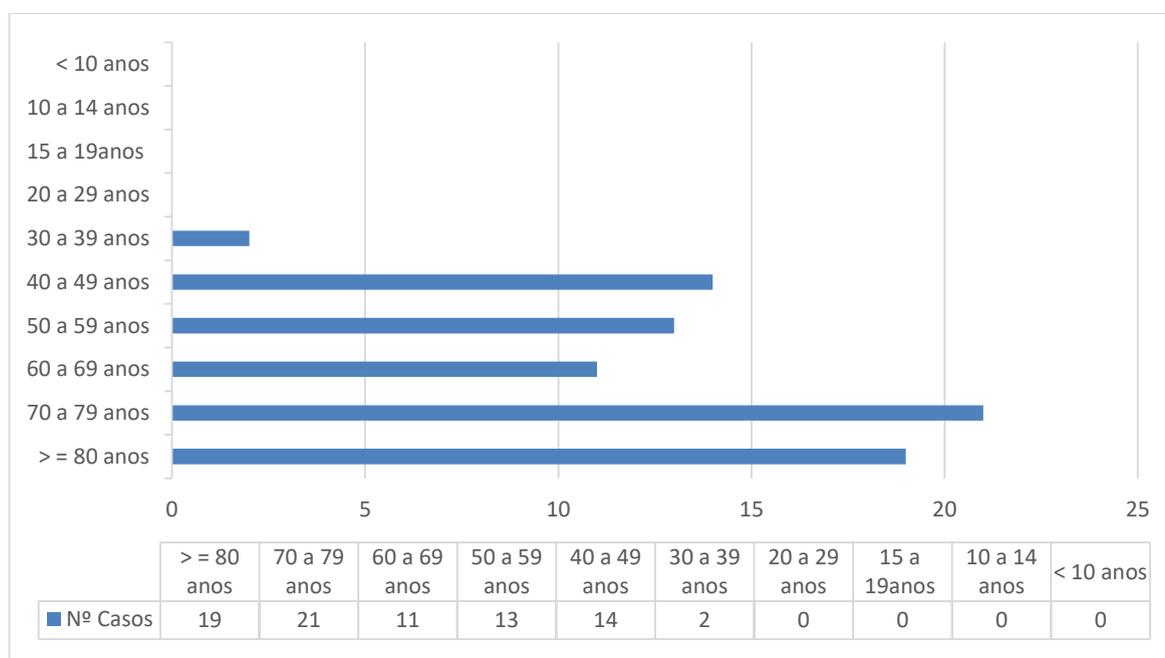
## Indicadores Municipais de Trindade Relacionados à COVID-19

Na avaliação da evolução dos indicadores municipais, relacionados à COVID-19, observa-se que, apesar do avanço dos casos, o percentual de cura é de 75,56% entre os diagnosticados. Ressalta-se, também, que quando avaliado o percentual de pacientes internados, na comparação entre casos em isolamento domiciliar (352), entre os casos ativos (377), o percentual de casos que estão internados equivale a 6,6% entre os casos ativos.

Até o momento foram registrados 80 óbitos em Trindade, com causa informada COVID-19, de acordo com dados do GOE-COVID-19. Observa-se que entre os óbitos, 44 casos foram do sexo masculino e 36 óbitos foram do sexo feminino. Foi observada a maior ocorrência de óbitos situada na faixa etária entre 70 e 79 anos, com 21 ocorrências (26,25%), seguido da faixa etária acima de 80 anos, com 19 ocorrências de óbitos (23,75%); 14 óbitos na faixa etária 40 a 49 anos (17,5%); 13 óbitos na faixa etária entre 50 a 59 anos (16,25%); na faixa etária de 60 a 69 anos ocorreram 11 óbitos (13,75%) e ainda 02 óbitos (2,5%) na faixa etária de 30 a 39 anos (Gráfico 3).

A média de idade entre os óbitos é de 69,2 anos. Se considerada a média de idade entre os óbitos ocorridos, em referência à idade média, estes não podem ser considerados como óbitos prematuros.

**GRÁFICO 3 – Faixa etária dos óbitos por COVID-19 em Trindade.**



Fonte : GOE- Trindade em 30/08/2020.

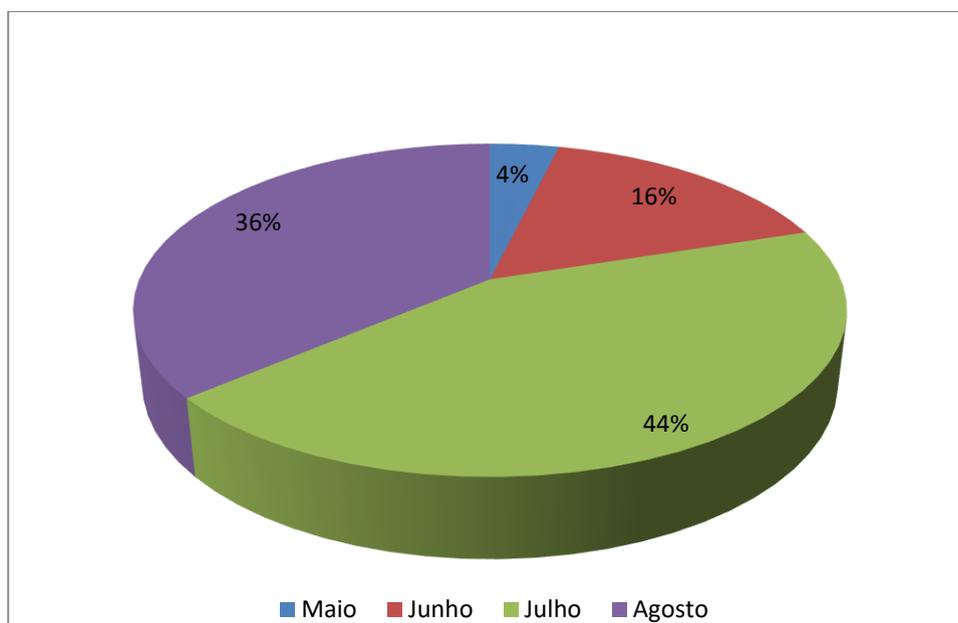
Quando avaliada a existência de doenças crônicas entre os 80 óbitos, 72 pessoas (90%) apresentavam doenças crônicas associadas, sendo 41 casos entre os óbitos (51,2%) apresentavam hipertensão arterial sistêmica; 18 casos apresentavam diabetes (22,5%), sendo importante destacar que destes 80 óbitos, 49 casos (53,75%) apresentavam mais de uma comorbidade associada, dentre elas hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença cardiovascular, obesidade, doença de chagas, asma, DPOC, Alzheimer e Imunossupressão.

Entre os 80 óbitos registrados no município de Trindade, apenas 17 casos (21,25%) foram informados sem presença de comorbidades associadas.

Quanto aos meses de ocorrência, 03 óbitos (3,75%) ocorreram no mês de maio/2020; 13 óbitos (16,25%) no mês de junho/2020; 35 óbitos (43,75%) no mês de julho/2020 e outros 29 óbitos (36,25%) no mês de agosto. Observa-se que o aumento das ocorrências de óbitos no mês de julho em Trindade acompanhou a tendência do Estado de Goiás, que registrou, somente em julho, 1.135 óbitos por coronavírus, o que representa um aumento de 217% em relação ao que havia sido contabilizado até junho.

Sendo importante destacar que, no município de Trindade, houve redução dos óbitos no mês de agosto em 7,5%, quando comparado ao mês anterior julho.

### **GRÁFICO 3 –Evolução em percentual nos meses dos óbitos por COVID-19 em Trindade.**



Fonte : GOE- Trindade em 30/08/2020.

Desta forma, o cenário epidemiológico da COVID-19 em Trindade, com população de 127.599 habitantes (IBGE), registra coeficiente de incidência de casos de 1.465/100.000, quando associado esse dado ao cenário epidemiológico, a cidade se apresenta com coeficiente muito alto para o fator extrínseco (incidência de COVID-19), conforme matriz de risco adaptada do ministério da saúde (Figura 14).

E ainda possui, neste momento, baixa vulnerabilidade – fator intrínseco (proporção de leitos de UTI ocupados com casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG), visto que a taxa de ocupação de pacientes em leitos de UTIs, vinculadas ao SUS ou privadas, registra até a presente data, 08 casos (2,12%), entre os casos ativos. Indicando conforme análise um baixo risco para o colapso do sistema de saúde local (Tabela 1).

**Tabela 1- Avaliação de risco frente ao cenário epidemiológico em Trindade.**

<b>Avaliação de Risco</b>	<b>Índice</b>	<b>Avaliação</b>
Incidência-fator extrínseco	<b>1.465/100.000</b>	<b>Incidência Muito Alta</b>
Proporção de leitos de UTI ocupados	<b>2,12%</b>	<b>Vulnerabilidade Mínima</b>
Prevalência COVID-19	<b>295%</b>	<b>Situação moderada</b>
Percentual total de internados entre os casos ativos	<b>6,6%</b>	<b>Baixo Risco para colapso do sistema de saúde local</b>
Percentual total de internados em leitos de UTI entre os casos ativos	<b>2,12%</b>	<b>Baixo Risco para colapso do sistema de saúde local</b>

Fonte : GOE- Trindade em 30/08/2020.



FIGURA 14. Matriz de Risco Adaptada Ministério da Saúde (MS).

<b>AMEAÇA<sup>4</sup></b> (Fator extrínseco) <b>Incidência de COVID-19 por 1.000.000</b>	<b>MUITO ALTA</b> ≥ 80%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)	Risco muito alto (DSA)
	<b>ALTO</b> 60% a 80%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)	Risco muito alto (DSA)
	<b>MÉDIO</b> 40% a 60%	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)	Risco muito alto (DSA)
	<b>BAIXO</b> 20% a 40%	Risco baixo (DSS básico)	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)
	<b>MUITO BAIXA</b> ≤ 20%	Risco baixo (DSS básico)	Risco baixo (DSS básico)	Risco moderado (DSS intermediário)	Risco alto (DSS avançado)	Risco alto (DSS avançado)
		<b>MÍNIMA</b> ATÉ 20%	<b>PEQUENA</b> 20% a 40%	<b>MODERADA</b> 30% a 69%	<b>GRANDE</b> 70% a 94%	<b>ELEVADA</b> 95% ou mais
		<b>VULNERABILIDADE</b> (Fator intrínseco) Proporção (%) de leitos de UTI ocupados por casos de SRAG				

GABINETE DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA COVID-19 em TRINDADE, aos 30 dias do mês de agosto de 2020.

## **ANEXO 1- Síntese de Evidências- Tempo entre o Início dos Sintomas e a Hospitalização.**

Elaboração: Alessandra Lima (CD, Msc, PhD)

Revisão: Luciana Vieira (Ft, Msc, PhD)

18 de agosto de 2020

A literatura internacional mostra variação nos intervalos de tempo relatados e no tempo médio desde o início dos sintomas até o momento de admissão hospitalar; a diferença pode estar relacionada ao desenho metodológico, assim como ao reconhecimento e atenção aos sintomas à medida que a infecção pelo novo coronavírus torna-se mais conhecida.

Leung C. (2020), em um estudo do tipo série de casos, incluiu dados clínicos dos casos fatais publicados pelo governo chinês até 02 de fevereiro de 2020. Foram analisados 46 casos fatais de pacientes que tiveram COVID-19. As variáveis independentes analisadas foram: tempo desde o início dos sintomas até a admissão hospitalar, idade, morbidades cardiovasculares e cerebrovasculares. O tempo, desde o início do primeiro sintoma até a internação hospitalar, apresentou-se distribuído com média de 6,2 dias. O tempo, desde a internação hospitalar até a morte, estava normalmente distribuído (log) com média de 11 dias (mediana de 5 dias). Após análise das variáveis o autor indicou que o tempo da hospitalização até a morte estava inversamente relacionado à idade e, ao tempo desde, o início dos sintomas até a hospitalização, a significância estatística desse intervalo de tempo sugere a necessidade de hospitalização oportuna (LEUNG, 2020).

Um estudo de coorte retrospectiva, incluindo 191 pacientes adultos, hospitalizados em duas unidades chinesas que tiveram alta (n=137) ou óbito (n= 54) até 31 de janeiro de 2020 apontou um tempo do início dos sintomas até a admissão hospitalar, variando de 08 a 14 dias (tempo médio 11 dias), para a admissão em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) de 08 a 15 dias (tempo médio 12 dias). O tempo médio do início da doença até a necessidade de ventilação mecânica invasiva foi de 14,5 dias (12-19). O tempo médio desde o início da doença (ou seja, antes da internação) até a alta foi de 22 dias, enquanto o tempo médio para o óbito nos casos fatais foi de 18,5 dias (ZHOU et al., 2020).

Considerando que a maioria das pessoas que necessita de suporte respiratório é admitida no hospital cerca de 13 dias após os primeiros sintomas, Sudre e colaboradores (2020) usaram os sintomas dos 05 primeiros dias para clusterizar os pacientes em 06 grupos:

1. 'Flu-like' sem febre;
2. 'Flu-like' com febre;
3. Gastrointestinal;
4. Severo 1 Fadiga;
5. Severo 2 Confusão;
6. Severo 3, sintomas abdominais e respiratórios.

Os pesquisadores desenvolveram um modelo combinando informações gerais (idade, sexo, índice de massa corporal e morbidades pré-existentes) com os sintomas coletados nos primeiros cinco dias de início da doença. Os resultados encontrados apontam que 8,6%; 9,9% e 19,8% dos grupos 4, 5 e 6, respectivamente, necessitaram de suporte respiratório. Para os grupos 1, 2 e 3 os percentuais foram de 1,5%; 4,4% e 3,3% (SUDRE et al., 2020).

A abordagem foi capaz de apontar o grupo de um paciente e prever o risco de o mesmo precisar de hospitalização e apoio respiratório (WISE, 2020), sendo útil no monitoramento de pacientes e também como uma forma de prever os recursos médicos necessários para o cuidado daqueles em situação de maior risco (KGL, 2020). Uma limitação do estudo é que ele se baseia em informações preenchidas pelo usuário em aplicativos de smartphones (WISE, 2020).

O guia de gestão de pacientes com confirmação de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC, 2020) dos Estados Unidos descreve, com base nos estudos analisados, que dentre os pacientes que desenvolveram doença grave, o tempo médio entre o início da doença ou dos sintomas e a ocorrência de dispneia variou de 5 a 8 dias; para o desenvolvimento da síndrome do desconforto respiratório agudo (SARS), variou de 8 a 12 dias; e para a internação na UTI, variou de 10 a 12 dias.

O tempo de internação entre os sobreviventes relatado foi de 10 a 13 dias. Apesar dos tempos médios apresentados o guia orienta que os médicos devem estar atentos, pois o quadro clínico de alguns pacientes pode se deteriorar rapidamente, em cerca uma semana após o início da doença (CDC, 2020).

## REFERÊNCIAS

1.CDC. *Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19)*. Jun 2020. KGL. King's College London. Six distinct 'types' of COVID-19 identified. [internet]. July 2020. (acessado em 18 de Agosto de 2020).

2. LEUNG C. *Clinical features of deaths in the novel coronavirus epidemic in China.* Rev Med Virol. Mar 2020.

3. SUDRE C.H. et al. *Symptom clusters in Covid19: A potential clinical prediction tool from the COVID Symptom study app.* Med. Rxiv preprint. June 2020.

4. WISE J. *COVID-19: Study reveals six clusters of symptoms that could be used as a clinical prediction tool.* BJM. Jul 2020.

5. ZHOU F. et al. *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study.* The Lancet. Mar 2020.