



Perfil Epidemiológico dos Pacientes de SARS-COV-2 no Brasil

*Milena Maria Felipe Girão¹; Naara de Paiva Coelho²;
Bruna Silveira Barroso³; Maria do Socorro Vieira Gadelha⁴*

Resumo: A epidemia do novo coronavírus teve início em Wuhan, na China, e em pouco tempo sucedeu proporções mundiais com o Brasil assumindo a quarta posição entre os países com maiores números de casos confirmados do SARS-CoV-2. Este estudo visa caracterizar o perfil dos pacientes acometidos por esse patógeno consoante critérios sociodemográficos, culturais e clínicos. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica através da literatura online no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Public Medline e do Ministério da Saúde do Brasil. A pesquisa apontou que os casos hospitalizados por SARS-CoV-2 ocorreram com maior prevalência no sexo masculino, com faixa etária acima de 50 anos, na raça branca e com comorbidade prévia, sendo a população de renda baixa os mais acometidos. Por conseguinte, ações de articulações do Governo em contribuição ao comportamento social devem ser tomadas no fito de mitigar a transmissão do SARS-CoV-2 no território nacional.

Palavras-chave: Brasil. Coronavírus. Epidemiologia

Epidemiological Profile of SARS-COV-2 Patients in Brazil

Abstract: The epidemic of the new coronavirus started in Wuhan, China, and in a short time it has reached worldwide proportions with Brazil taking the fourth position among the countries with the highest numbers of confirmed cases of SARS-CoV-2. This study aims to characterize the profile of patients affected by this pathogen according to sociodemographic, cultural and clinical criteria. A bibliographic search was conducted through online literature in the database of the Virtual Health Library, Public Medline and the Ministry of Health of Brazil. The research pointed out that the cases hospitalized for SARS-CoV-2 occurred with greater prevalence in the male sex, with age group above 50 years, in the white race and with previous comorbidity, being the low income population the most affected. Consequently, actions taken by the Government to contribute to social behavior must be taken in order to mitigate the transmission of SARS-CoV-2 in the national territory.

Keywords: Brazil. Coronavirus. Epidemiology

¹ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0219-5019>. E-mail: milenamfg@hotmail.com;

² Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0683-1345>. E-mail: naaradepaivacoelho03@hotmail.com;

³ Acadêmica do Curso de Medicina, Universidade Federal do Cariri – UFCA, Barbalha, Ceará, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-2274-7677>. E-mail: brunaasilveirab@gmail.com;

⁴ Docente, Universidade Federal do Cariri – UFCA, Ceará, Brasil (autora correspondente). <https://orcid.org/0000-0001-9920-2494>. E-mail: socorro.vieira@ufca.edu.br.

Introdução

Desde 1960 as infecções por coronavírus são conhecidas no âmbito científico, sendo constatado a existência de sete tipos de coronavírus humano, sendo quatro (: HCoV-OC43, HCoV-HKU1, HCoV-229E e HCoV-NL63) desses responsáveis por 5% a 10% das afecções respiratórias leves. Os outros três tipos são identificados pela capacidade de provocar síndromes respiratórias graves: o MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome*), o SARS-CoV e, atualmente, o SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) (CHEN, LIU, GUO, 2020).

A epidemia do novo coronavírus teve início em Wuhan, na China e o surto foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional no dia 30 de janeiro de 2020 e uma pandemia em 11 de março de 2020. Rotulada inicialmente como 2019-nCoV ou Covid-19 (Doença por Coronavírus 2019), posteriormente passou a ser denominada SARS-CoV-2 pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (CLELAND et al., 2020).

O vírus apresenta uma alta capacidade de se disseminar rapidamente e em pouco tempo conquistou diversas partes do mundo, como também se tornou uma emergência de saúde pública, sendo responsável até o momento por 4.619.477 casos confirmados e 311.847 óbitos distribuídos (BRASIL^a, 2020). O primeiro caso suspeito de COVID-19 no Brasil foi notificado no dia 22 de janeiro de 2020, e em um breve período, observou-se um aumento significativo nas taxas de infecção do Brasil e em vários outros países (BRASIL^b, 2020). O Brasil assume a quarta posição entre os países com maiores números de casos confirmados de COVID-19, ficando somente atrás dos Estados Unidos, Rússia e Reino Unido (BRASIL^a, 2020).

O SARS-CoV-2 é transmitido pela via respiratória através de pequenas gotículas que se disseminam um ou dois metros ao falar ou tossir. Esse patógeno se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina II (ACE2) e invade células que expressam esse receptor, como nos pneumócitos do trato respiratório inferior, que são o alvo principal, células endovasculares, rim e músculo liso. O período médio de incubação é de cinco dias, com o intervalo médio entre 3 a 7 dias e máximo 14 dias. Durante a fase de replicação viral, os indivíduos podem exibir sintomas leves como resultado do efeito do vírus e da resposta imune inata (ARTAL, 2020).

O espectro clínico da infecção por SARS-CoV-2 aparenta ser amplo, variando desde um curso assintomático, a sintomas leves de um resfriado do trato respiratório superior até uma síndrome da insuficiência respiratória aguda e morte (IHLE-HANSEN et al., 2020). De acordo com a experiência internacional, é possível idealizar que cerca de 1% dos casos expostos ao

SARS-CoV-2 serão assintomáticos e 80,9% dos expostos apresentarão manifestações clínicas leves não requerendo hospitalização. No entanto, sabe-se que 20% dos casos necessitarão de hospitalização, onde 5% deles exigirão internação em unidade de terapia intensiva e 2,3% requererão ventilação mecânica (RAFAEL et al., 2020).

As variações nas manifestações clínicas se devem, entre outras propriedades, a diferenças na composição etária, morbidades, condições sociais, como também a diferenças de cultura, de estrutura social e de cuidados de saúde entre os países e regiões (ZHOU et al., 2020). É fundamental entender e identificar as principais características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com SARS-CoV-2, a fim de reconhecer o perfil mais vulnerável a doença, bem como ajudar na prevenção e detecção (ZHU et al., 2020). Nesse viés, o objetivo desse estudo é descrever o perfil epidemiológico do paciente de SARS-CoV-2 no Brasil, analisando critérios sociodemográficos, culturais e clínicos.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, epidemiológico e quantitativo, através da literatura online, cujos dados foram obtidos por meio de consulta ao banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Public Medline (PUBMED) e dos boletins epidemiológicos publicados pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil.

Na pesquisa, foram empregados os descritores “Coronavírus” e “Epidemiologia”. No cruzamento das palavras foi utilizada a expressão booleana AND (inserção de duas palavras). Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: (a) artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português; (b) artigos completos e disponíveis na íntegra; (c) abordavam o tema central da pesquisa, com enfoque em humanos. Como critérios de exclusão foram excluídas revisões de literatura e aqueles que não abordavam o objeto de estudo da pesquisa.

A pesquisa foi utilizada usando filtros para títulos, resumo e assunto. Cada artigo e boletim epidemiológico do banco de dados foi lido na íntegra e suas informações foram dispostas em uma planilha, incluindo ano de publicação, autores, base de dados e revista ou jornal no qual foi publicado. Os dados foram compilados no programa computacional Microsoft Office Word e as informações analisadas correlacionando os parâmetros estudados. O processo de síntese dos dados foi realizado por meio de uma análise descritiva, epidemiológica e

quantitativa dos estudos selecionados, sendo o produto da análise apresentado de forma dissertativa e gráfica.

Resultado e Discussão

O perfil epidemiológico do primeiro caso confirmado de SARS-CoV-2 no Brasil consiste em um homem, brasileiro, 61 anos de idade que viajou de 9 a 20 de fevereiro de 2020 para a Lombardia, norte da Itália, chegou ao Brasil no dia 21 de fevereiro de 2020, apresentando febre, tosse seca, dor de garganta e coriza (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020). Esse perfil é consoante, em muitos aspectos, as atuais características dos pacientes com COVID-19.

A maior parte dos casos de COVID-19 se concentra na região Sudeste (58,4%), seguido das regiões Nordeste (18%) e Sul (10,9%). Dentre as Unidades Federadas, São Paulo possui a maior quantidade de casos confirmados do SARS-CoV-2 (40,4%), seguido do Rio de Janeiro (12,1%), Ceará (8,4%) e Amazonas (4,4%). Os maiores coeficientes de incidência foram registrados pelo Distrito Federal (15,5/100.000), Amazonas (12,6/100.000), Ceará (11,0/100.000), São Paulo (10,5/100.000) e Rio de Janeiro (8,4/100.000) (BRASIL^b, 2020).

Os sintomas clínicos mais frequentes em pacientes com COVID-19 incluem febre, tosse, fadiga, mialgia, expectoração, anorexia, aperto no peito, dispneia. Os sintomas menos frequentes são náusea e vômitos, como também diarreia, dor de cabeça, faringalgia, tremores e rinorreia (ZHU et al., 2020). Geralmente, esses sintomas vão ser de indivíduos que poderão ser tratados em domicílio e que em torno de 12,5 dias vão estar recuperados sem necessidade de hospitalização (RAFAEL et al., 2020).

Contudo, nos casos que evoluem para sintomas mais graves pode ser relatado presença de insuficiência respiratória aguda, lesão miocárdica aguda e lesão renal aguda (LI, MA, 2020). Ademais, os vírus respiratórios podem penetrar o sistema nervoso central (SNC), afetar os neurônios e as células da glia e induzir várias patologias neurológicas (neurovirulência), entre elas a encefalopatia, encefalite, encefalopatia necrosante hemorrágica, acidente vascular cerebral, convulsões epiléticas, rabdomiólise e síndrome de Guillain-Barré, associadas à infecção por SARS-CoV-2 (ARTAL, 2020). No estado do Amazonas, por exemplo, os sinais e sintomas mais relatados entre os casos graves de COVID-19 foram: febre (88,3%), tosse (88,0%), dispneia (80,0%) e desconforto respiratório (78,9%) (AMAZONAS, 2020).

Quanto à evolução da doença, 13,9% evoluíram para cura, 7,6% foram orientados para tratamento domiciliar, 1,1% foram encaminhados para internação hospitalar e 1,8% evoluíram

ao óbito (BRASIL^a, 2020). Ao se comparar pacientes falecidos e recuperados, notou-se quem febre e tosse foram os sintomas mais prevalentes no início da doença em ambos pacientes falecidos e pacientes recuperados, com proporções comparáveis. Outros sintomas prevalentes no início da doença dos casos de óbitos foram fadiga, dispneia, aperto no peito e produção de escarro, além de anorexia, diarreia e mialgia menos frequentemente. Dentre estes, dispneia e aperto no peito foram muito mais comuns em pacientes falecidos do que em pacientes recuperados. Paralelo a isso, em relação aos sinais vitais, a pressão arterial sistólica mediana foi significativamente maior nos pacientes falecidos do que nos pacientes recuperados; a frequência cardíaca foi muito maior em pacientes falecidos do que em pacientes recuperados; a frequência respiratória foi significativamente maior em pacientes falecidos do que em pacientes recuperados. Além disso, pacientes falecidos desenvolveram mais frequentemente taquicardia e taquipneia do que pacientes recuperados, e também tiveram de forma muito mais recorrente complicações respiratórias e cardíacas, como síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória tipo I, sepse, lesão cardíaca aguda, insuficiência cardíaca, choque, alcalose, hipercalemia, lesão renal aguda e encefalopatia hipóxica, o que mostra uma possível associação com o resultado clínico (CHEN et al., 2020).

O sexo masculino é o mais acometido pelo SARS-CoV-2 nos registros de hospitalizações e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Entre os homens, a faixa etária com o maior número de casos foi entre indivíduos de 50 a 59 anos, enquanto nas mulheres foi entre 60 a 69 anos (BRASIL^a, 2020). Em consonância com o dado, o estudo de Lagi et al. (2020), realizado em Florença, Itália, demonstra que a maior parte dos casos internados durante os primeiros 30 dias da pandemia de COVID-19 eram homens com mais de 60 anos de idade.

A idade avançada se configura fator de risco para a infecção pelo SARS-CoV-2, visto que aumenta as chances de evolução para a SRAG, desfecho de maior gravidade que, constantemente, demanda cuidados em Unidade de Terapia Intensiva e uso de ventilação mecânica, bem como resultar em óbito (MENDONÇA et al., 2020). Não obstante, em um estudo realizado em pacientes transferidos ou admitidos no Hospital Tongji, a idade média dos pacientes falecidos foi de 68 anos, e a dos pacientes recuperados foi de 51 anos, um valor significativamente menor, sendo que 83% pacientes falecidos e 37% dos que se recuperaram tinham 60 anos ou mais, o que aponta para a influência da idade como fator de risco. Além disso, o sexo masculino foi notadamente mais predominante em pacientes falecidos (73%) do que em pacientes recuperados (55%) (CHEN et al., 2020).

No estado do Amazonas, segundo o boletim epidemiológico de 26 de maio, nota-se que 50% dos casos confirmados são de indivíduos com idade entre 30 a 49 anos, as quais englobam a maior parte da população economicamente ativa do estado. Provavelmente, isso ocorre por que essa faixa etária tem uma baixa adesão ao isolamento social. No que concerne ao gênero, 50,7% dos casos eram de indivíduos do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino. Entre os casos graves de COVID-19, a maior prevalência era de indivíduos do sexo masculino, que representava 63,3% dos casos (2.208/3.489). Em relação à faixa etária, 21,0% (731/3.489) dos indivíduos internados possuíam idade entre 60 a 69 anos. Do total de casos que evoluíram para óbito, 69,0% (1.203/1.744) são do sexo masculino e a faixa etária com maior número de óbitos foi entre 60 a 69 anos (AMAZONAS, 2020).

No Ceará, até dia 5 de junho, houve 60.504 casos confirmados de COVID-19, 55.048 casos em investigação e 41.204 casos recuperados no estado. Quanto ao número acumulado segundo faixa etária e sexo, os casos mais incidentes são do sexo feminino entre 35 a 39 anos (3.633) (Tabela 1). Paralelo a isso, a faixa etária mais acometida pelo novo coronavírus, no que concerne à população residente no estado, são os indivíduos entre 70 a 74 anos (1,638%), seguido dos indivíduos com 75 a 79 anos (1,574%), 65 a 69 anos (1,285%) e 60 a 64 anos (1,249%) (CEARÁ^a, 2020). Ademais, a faixa etária com o maior número de óbitos são os indivíduos com 80 anos ou mais, os quais correspondem cerca de 29% do total de óbitos no Ceará. Quanto ao gênero com o maior número de óbitos, o sexo masculino é o mais incidente com 2.082 óbitos (54,12%) (CEARÁ^b, 2020).

Tabela 1. Número de casos confirmados e óbitos registrados conforme sexo e faixa etária nos estados do Amazonas e Ceará.

Faixa etária (anos)	Amazonas				Ceará			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
>=80	468	226	365	130	1.608	579	1.842	535
70 a 79	894	289	642	139	2.355	544	2.355	399
60 a 69	1.434	336	1.153	130	3.304	428	3.227	272
50 a 59	2.200	192	2.146	74	4.190	285	4.767	176
40 a 49	3.365	102	3.504	27	4.967	152	5.987	79
30 a 39	3.294	42	3.679	23	5.775	64	7.215	35
20 a 29	1.732	8	2.234	10	3.674	19	4.825	20
10 a 19	454	1	569	2	859	4	1.032	4
<10	326	3	277	2	644	7	639	7
Total	14.167	1.199	14.569	537	27.376	2.253	31.889	1.527

Fonte: Amazonas (2020) Adaptado. Ceará^a (2020) Adaptado. Ceará^b (2020) Adaptado.

No Distrito Federal, até o dia 04 de junho, foram notificados 12.923 casos confirmados de COVID-19, desse total de casos confirmados, 6.633 casos são do sexo feminino (51,3%). No que tange aos óbitos, os maiores números absolutos são de indivíduos do sexo masculino (56,6%). Quanto às idades mais acometidas, os maiores valores absolutos estão na faixa etária de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 80 ou mais anos. Já no que concerne à letalidade, a maior prevalência está na faixa etária do grupo de 80 ou mais anos (DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020). No Estado de São Paulo, avaliando-se os casos e óbitos confirmados até o dia 04 de junho de 2020, a faixa etária com o maior número de casos confirmados em mulheres é de 30 a 39 anos, e em homens é de 40 a 49 anos. Em relação aos óbitos, idades maiores que 60 anos apresentaram mais mortes em ambos homens e mulheres, mas o sexo masculino concentrou o maior número de óbitos (SÃO PAULO, 2020).

Baseado nos dados científicos evidenciados pela China, Itália e Estados Unidos, recém-nascidos aparentam ser significativamente menos afetados pela COVID-19 do que os adultos. Reduzidos casos de neonatos positivos para o COVID-19 foram relatados em revistas científicas e em todos os casos apresentavam ausência de sintomas ou muito leves a moderados, sem qualquer caso fatal explicitados em bebês menores de 28 dias (PROCIANOY *et al.*, 2020). De maneira análoga, as crianças também são menos acometidas que os adultos e apresentam menor gravidade da patologia, uma possível hipótese para explicar a menor gravidade pode estar relacionada a expressão da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) nas células epiteliais alveolares do tipo I e II. Demonstrou-se que a ACE2 é o receptor do SARS-CoV-2, necessário para a entrada na célula hospedeira e posteriormente replicação viral. Dessa forma, na infância, há uma expressão reduzida da ACE2, podendo proteger as crianças das formas graves da doença. Além disso, os homens têm níveis mais elevados de ACE2 em suas células alveolares em comparação às mulheres, o que também poderia explicar as taxas mais altas de desfechos graves no sexo masculino (SAFADI, 2020).

Notou-se que 51,4% das hospitalizações por SRAG pelo COVID-19 ocorreram entre pessoas de raça/cor branca, seguido pela parda (39,7%), preta (7%), amarela (1,7%) e indígena (0,3%) (BRASIL^a, 2020). Embora apresente baixa porcentagem nos casos de hospitalização, os povos indígenas rurais historicamente encontram entraves no acesso ao serviço de saúde e sofrem profunda discriminação referente a etnia, pobreza e linguagem. É esperado que o SARS-CoV-2 tenha proporções devastadoras nessas comunidades, visto que possuem uma precária saúde e condições de vida, seu perfil epidemiológico é marcado pela desnutrição, doenças

infecciosas e crônicas, bem como por altos níveis de fertilidade (MENESES-NAVARRO et al., 2020)

Em relação à raça/cor mais acometida pela COVID-19 no Amazonas, a população autodeclarada como parda é ampla maioria com 87,5% dos casos graves e 88% dos óbitos. No que concerne à população indígena, observa-se que essa etnia apresentava 2,2% dos casos graves e 2,5% dos óbitos confirmados por essa doença. As etnias indígenas mais afetadas são a Ticuna com 15 casos confirmados, seguido da Kocama (11 casos), Baré (07 casos), Tukano (06 casos) e Saterê-Mawé, Munduruku e Apurina (04 casos em cada) (AMAZONAS, 2020). No Ceará, dentre os casos confirmados, a maior prevalência, segundo raça/cor, é de pardos (27.451), seguido de brancos (6.693), amarelos (4.696), pretos (839) e indígenas (192). Os outros casos confirmados (20.633) não foram informados a raça/cor (CEARÁ^a, 2020) (Figura 1).

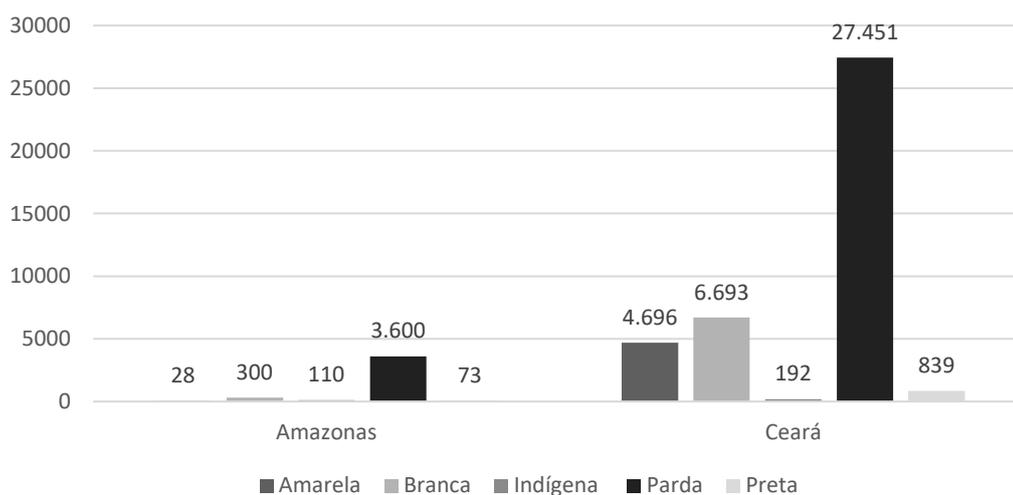


Figura 1. Distribuição dos casos graves por COVID-19 segundo grupo étnico, no estado do Amazonas e no Ceará em 2020.

Fonte: Amazonas (2020) Adaptado. Ceará^a (2020) Adaptado.

No Brasil, dentre os óbitos confirmados pelo SARS-CoV-2, 69,3% das pessoas que morreram apresentavam mais de 60 anos e 64% continham pelo menos um fator de risco. A cardiopatia foi a mais relevante doença subjacente e esteve presente em 5.236 dos óbitos, seguida de diabetes (4.035 óbitos), doença renal (917), doença neurológica (851) e pneumopatia (784). Em todos os grupos de risco, a maioria dos indivíduos tinha 60 anos ou mais, exceto para obesidade (BRASIL^a, 2020). Em um estudo italiano, a maioria dos pacientes analisados tinham

pelo menos uma morbidade das quais hipertensão, cardiopatias, diabetes mellitus eram mais frequentes, doença oncológica anterior ou ainda, pneumopatia, insuficiência renal crônica e doença cerebrovascular também estavam presentes (LAGI et al., 2020).

Na China também se observou influência das comorbidades nas manifestações clínicas e no prognóstico em pacientes com COVID-19. Notou-se que essas doenças, principalmente as circulatórias e as endócrinas, eram comuns entre esses pacientes, e que o número de comorbidades estava associado a piores resultados clínicos (GUAN et al., 2020). Chen et al. (2020) avaliaram 113 pacientes que morreram por COVID-19 e 161 que se recuperaram e receberam alta. Evidenciou-se que hipertensão crônica e outras comorbidades cardiovasculares foram significativamente mais frequentes entre pacientes falecidos do que entre aqueles recuperados, pois 71 (63%) dos pacientes que morreram e 62 (39%) dos que se recuperaram tinham pelo menos uma condição médica crônica.

No Amazonas referente aos fatores de risco/comorbidade, 73% (2.538/3.489) dos casos graves possuíam pelo menos algum fator agravante, sendo 69% (1.746/2.538) pertencentes ao grupo dos idosos, 34% (870/2.538) possuíam alguma doença cardiovascular e 30% (772/2.538) tinham Diabetes Mellitus. Em relação aos óbitos por COVID-19, 83% (1.455/1.744) apresentavam fatores de risco, como idade avançada, doenças cardíacas, diabetes, hipertensão e entre outras comorbidades associadas (AMAZONAS, 2020). No Ceará em relação aos óbitos, o estado possuía um total de 3.847 óbitos acumulados desde o início da pandemia, sendo que 2.126 casos possuíam alguma comorbidade, como Doença Cardiovascular Crônica (40,73%), Diabetes mellitus (36,68%), Doença Neurológica Crônica (5,59%), Doença Renal Crônica (5,22%), Pneumopatia Crônica (2,82%), Imunodeficiência/ Imunodepressão (2,3%), Obesidade (2,16%), Asma (1,74%), Doença Hepática Crônica (1,41%), Doença Hematológica Crônica (0,89%) e Síndrome de Down (0,42%) (CEARÁ^b, 2020).

Ademais, 847 casos confirmados no Distrito Federal por COVID-19 tinham pelo menos uma comorbidade, sendo as doenças cardiovasculares mais prevalentes, seguido dos distúrbios metabólicos, pneumopatias e obesidade. No que tange aos óbitos, em relação à presença de comorbidade, a maior incidência é de indivíduos com doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos (Figura 2) (DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020). Em São Paulo houve elevada prevalência de comorbidades entre o total de óbitos (8.561) que ocorreram nesse estado. Cerca de 80% (6.902) das pessoas que morreram por COVID-19 também apresentavam alguma comorbidade, sendo a cardiopatia o fator de risco mais prevalente, seguida pela diabete mellitus (SÃO PAULO, 2020).

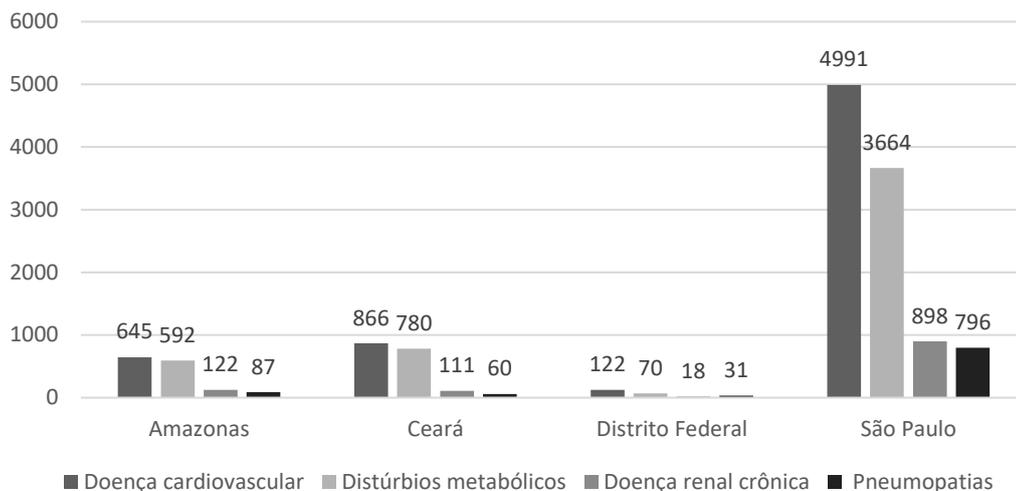


Figura 2. Número de óbitos, segundo comorbidades, nos estados do Amazonas, Ceará, Distrito Federal e São Paulo.

Fonte: Amazonas (2020) Adaptado. Ceará^b (2020) Adaptado. Distrito Federal (2020) Adaptado. São Paulo (2020) Adaptado.

Embora os perfis socioeconômicos das vítimas iniciais do COVID-19 eram restritos a populações mais ricas do país, haja vista que sua condição econômica permitia que tivessem maior acesso aos testes diagnósticos. No final de março, ocorreu uma transição e passou a atingir mais a população pobre (SOUZA, 2020). Inúmeras são as variáveis que tornam a população de baixa renda mais propícia à infecção pelo SARS-CoV-2, tais como o uso do transporte público, a maior quantidade de residentes por domicílio, o deficitário acesso ao saneamento básico e a saúde, além da dificuldade em manter o isolamento social sem perda importante da renda ou do trabalho (MENDONÇA et al., 2020). Ademais, em países de baixa e média renda possuem os sistemas de saúde mais fracos e procurados, como também abrangem 69% da população com idade de 60 anos ou mais, sendo essa faixa etária os mais acometidos gravemente pelo vírus (LLOYD-SHERLOCK et al., 2020).

Conclusões

A pesquisa revelou o retrato sociodemográfico de acordo com registro de hospitalizações dos pacientes de SARS-CoV-2 no Brasil, na perspectiva de que o sexo mais afetado é o masculino, com faixa etária, majoritariamente, acima de 50 anos, sendo a raça

branca a mais afetada. Ademais, a maior incidência de casos foi oriunda do Distrito Federal, apesar da maior parte dos casos registrados serem advindos do Sudeste e a população de baixa renda são as mais propensas a infecção do patógeno. O número de susceptíveis na população e a própria estrutura social são capazes de afetar a capacidade de reprodução da doença, e até o momento não há imunobiológico próprio para a atenuação de susceptíveis. Nesse sentido, ações de articulação do governo em contribuição ao comportamento social devem ser tomadas no fito de mitigar a transmissão do SARS-CoV-2 no território nacional.

Referências

AMAZONAS. FUNDAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO AMAZONAS. **Situação Epidemiológica de COVID-19 e da Síndrome Respiratória Aguda Grave no Estado do Amazonas, 2020 N°9.** Disponível em: http://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/boletim_covid_09.pdf.

ARTAL, F. J. C. Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. **Revista de Neurología**, [s.l.], v. 70, n. 09, p. 311, 2020. Viguera Editores SLU. <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7009.2020179>.

BRASIL^a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 16: COE-COVID19. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/21/2020-05-19---BEE16---Boletim-do-COE-13h.pdf>.

BRASIL^b. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico 03: Doença pelo Novo Coronavírus 2019 - COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/21/2020-02-21-Boletim-Epidemiologico03.pdf>

CEARÁ^a. INTEGRASUS. **Boletim Epidemiológico Novo Coronavírus (COVID-19)**, 2020. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara>

CEARÁ^b. INTEGRASUS. **Óbitos por COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://indicadores.integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/obitos-covid>

CHEN Y., LIU Q., GUO D. Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. Genome structure, replication, and pathogenesis. **Journal of Medical Virology**, [s.l.], v.92, n.4, p.418-423, 7 fev. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25681>.

CHEN, T. et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. **Bmj**, [s.l.], v. , n. , p. 1-12, 26 mar. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1091>

CLELAND, J. et al. How Covid-19 opened up questions of sociomateriality in healthcare education. **Advances In Health Sciences Education**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 479-482, maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10459-020-09968-9>.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico N°94, 2020**. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2020/03/Boletim-COVID_DF_N94.pdf.

GUAN, W. et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. : a nationwide analysis. **European Respiratory Journal**, [s.l.], v. 55, n. 5, p. 2000547, 26 mar. 2020. European Respiratory Society (ERS). <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>.

IHLE-HANSEN, H. et al. Covid-19: symptomer, forløp og bruk av kliniske skåringsverktøy hos de 42 første pasientene innlagt på et norsk lokalsykehus. : Symptomer, forløp og bruk av kliniske skåringsverktøy hos de 42 første pasientene innlagt på et norsk lokalsykehus. **Tidsskrift For Den Norske Legeforening**, [s.l.], 2020. Norwegian Medical Association. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.20.0301>.

LAGI, F. et al. Early experience of an infectious and tropical diseases unit during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, Florence, Italy, February to March 2020. **Eurosurveillance**, [s.l.], v. 25, n. 17, 30 abr. 2020. European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC). <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.es.2020.25.17.2000556>.

LI, X.; MA, X. Acute respiratory failure in COVID-19: is it typical ards? **Critical Care**, [s.l.], v. 24, n. 1, 6 maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-02911-9>.

LLOYD-SHERLOCK, P. et al. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. : older people in low and middle income countries. **Bmj**, [s.l.], 13 mar. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1052>.

MENDONÇA, F. D. et al. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. **Journal Health Npeps**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 20-37, 2020. Universidade do Estado do Mato Grosso - UNEMAT. <http://dx.doi.org/10.30681/252610104535>.

MENESES-NAVARRO, S. et al. The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. **International Journal For Equity In Health**, [s.l.], v. 19, n. 1, 7 maio 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-020-01178-4>

PROCIANOY, R. S. *et al.* Neonatal COVID-19: little evidence and the need for more information. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 96, n. 3, p. 269-272, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2020.04.002>.

RAFAEL, R. M. R. et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no brasil? [epidemiology, public policies and covid-19 pandemics in brazil. : o que esperar no Brasil? [Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil. **Revista**

Enfermagem Uerj, [s.l.], v. 28, 2 abr. 2020. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>.

RODRIGUEZ-MORALES, A. J. et al. COVID-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. : The implications of the first confirmed case in Brazil. **Travel Medicine And Infectious Disease**, [s.l.], fev. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>

SAFADI, M. A. P. The intriguing features of COVID-19 in children and its impact on the pandemic. **Jornal de Pediatria (versão em Português)**, [s.l.], v. 96, n. 3, p. 265-268, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2020.04.001>.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. **Novo Coronavírus (COVID-19): situação epidemiológica**. Situação Epidemiológica. 2020. Atualização:04/06/2020 08:32:00. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/coronavirus040620_situacao_epidemiologica.pdf

SOUZA, W. M. **Epidemiological and clinical characteristics of the early phase of the COVID-19 epidemic in Brazil**. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341031116_Epidemiological_and_clinical_characteristics_of_the_early_phase_of_the_COVID-19_epidemic_in_Brazil.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. : a retrospective cohort study. **The Lancet**, [s.l.], v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30566-3).

ZHU, J. et al. Clinicopathological characteristics of 8697 patients with COVID-19 in China: a meta-analysis. : a meta-analysis. **Family Medicine And Community Health**, [s.l.], v. 8, n. 2, abr. 2020. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/fmch-2020-000406>.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

GIRÃO, Milena Maria Felipe; COELHO, Naara de Paiva; BARROSO, Bruna Silveira; GADELHA, Maria do Socorro Vieira. Perfil Epidemiológico dos Pacientes de SARS-COV-2 no Brasil. **Id on Line Rev.Mult.Psic.**, Julho/2020, vol.14, n.51, p. 646-658. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 10/07/2020;
Aceito: 17/07/2020.