



www4.fsanet.com.br/revista

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 9, n. 3, art. 2, p. 20-42, set./dez. 2022

ISSN Eletrônico: 2358-7946

<http://dx.doi.org/10.12819/rsf.2022.9.3.2>

Perfil Sociodemográfico, clínico e Assistencial dos Casos Covid-19 em Viçosa (MG)

Sociodemographic, Clinical and Healthcare Profile of Covid-19 Cases in Viçosa (MG)

Lílian Fernandes Arial Ayres

Doutora em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Professora da Universidade Federal de Viçosa

E-mail: lilian.ayres@ufv.br

Anne Maria Carneiro Zuin

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa

E-mail: anne.zuin@ufv.br

Catarina Maria Nogueira de Oliveira Sedyama

Doutora em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa

Professora da Universidade Federal de Viçosa

E-mail: catarina.oliveira@ufv.br

Luciana Ramos de Moura

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais

Professora da Universidade Federal de Viçosa

E-mail: luciana.rmoura@ufv.br

Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado

Doutora em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa

Professora da Universidade Federal de Viçosa

E-mail: mara.prado@ufv.br

Camila Mendes dos Passos

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais

Professora da Universidade Federal de Viçosa

E-mail: camilapassos@ufv.br

Endereço: Lílian Fernandes Arial Ayres

Universidade Federal de Viçosa - Av. Peter Henry Rolfs, centro, 36570-000, Viçosa/MG, Brasil.

Endereço: Anne Maria Carneiro Zuin

Universidade Federal de Viçosa - Av. Peter Henry Rolfs, centro, 36570-000, Viçosa/MG, Brasil.

Endereço: Catarina M. N. de Oliveira Sedyama

Universidade Federal de Viçosa - Av. Peter Henry Rolfs, centro, 36570-000, Viçosa/MG, Brasil.

Endereço: Luciana Ramos de Moura

Universidade Federal de Viçosa - Av. Peter Henry Rolfs, centro, 36570-000, Viçosa/MG, Brasil.

Endereço: Mara Rúbia Maciel Cardoso do Prado

Universidade Federal de Viçosa - Av. Peter Henry Rolfs, centro, 36570-000, Viçosa/MG, Brasil.

Endereço: Camila Mendes dos Passos

Universidade Federal de Viçosa - Av. Peter Henry Rolfs, Centro, 36570-000, Viçosa/MG, Brasil.

Editor-Chefe: Dr. Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 31/10/2022. Última versão recebida em 16/11/2022. Aprovado em 17/11/2022.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação



RESUMO

O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico; analisar a assistência prestada aos casos notificados atendidos na Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG). Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo. A população do estudo foi composta por casos atendidos e notificados (suspeitos e/ou confirmados) registrados nos prontuários da Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG) durante o período de funcionamento (abril a julho de 2020). A pandemia da Covid-19 aumentou a carga de adoecimento, morte e as disparidades entre as classes econômicas. A maioria dos indivíduos atendidos na unidade foi do sexo feminino, branca, com idade entre 20 e 39 anos, com 12 anos ou mais de escolaridade, residentes e moradoras da zona urbana do município de Viçosa (MG). A maior parte não apresentava fatores de risco, nem sinais de gravidade e relataram/tinham poucas manifestações clínicas. A criação da Unidade Covid-19 em Viçosa foi importante para o controle dos casos de Covid-19 e para a implementação do Plano de Contingência do município. No entanto, foram encontradas fragilidades no acesso ao serviço pela população mais vulnerável.

Palavras-chave: Covid-19. Epidemiologia. Risco. Vulnerabilidade Em Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to describe the sociodemographic and clinical profile; to analyze the assistance provided to notified cases attended in the Covid-19 Unit of the city of Viçosa (MG). This is a cross-sectional, exploratory, descriptive and quantitative study. The study population consisted of cases attended and reported (suspected and/or confirmed) recorded in the medical records of the Covid-19 Unit of the municipality of Viçosa (MG) during the period of operation (April to July 2020). The Covid-19 pandemic has increased the burden of illness, death and disparities between economic classes. Most of the individuals attended in the unit were female, white, aged between 20 and 39 years, with 12 years or more of schooling, residents of the urban area of the city of Viçosa (MG). Most had no risk factors, no signs of severity and reported/had few clinical manifestations. The creation of the Covid-19 Unit in Viçosa was important for the control of Covid-19 cases and for the implementation of the Contingency Plan of the municipality. However, weaknesses were found in the access to the service by the most vulnerable population.

Keywords: Covid-19. Epidemiology. Risk. Health Vulnerability. Health Services.

1 INTRODUÇÃO

Um novo coronavírus foi identificado como a causa de um conjunto de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, e atualmente é denominado de SARS-CoV-2. A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada em 31 de dezembro de 2019 sobre vários casos de síndrome respiratória na China, definida posteriormente como COVID-19, que se disseminou rapidamente na China e em seguida tornou-se uma pandemia mundial.

A incidência de novos casos tem aumentado (WHO, 2020a; CDC, 2020), com atualmente 470.819.745 casos reportados mundialmente, com maior número de casos nos Estados Unidos, seguido por Índia e Brasil. A taxa de mortalidade variou de 5,8% em Wuhan a 0,7% na China (WHO, 2020b). E a maior parte das mortes aconteceu em pessoas com idade avançada ou com doenças subjacentes (ZHOU *et al.*, 2020; WU, 2020). A mortalidade pelo Covid-19 sofreu um declínio, com mortalidade em fevereiro de 2020 chegando a 16,7% em pessoas entre 50 e 59 anos e, atualmente, nesse mesmo grupo, em torno de 0,1%. No Brasil, até 27 de setembro de 2022, têm-se 34,6 milhões de casos confirmados, 686 mil óbitos e 2,5% de letalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os estudos sobre o SARS-CoV-2 avançaram em relação à virologia, forma de disseminação, prevenção, patologia, tratamento, entre outros aspectos. Sabe-se que o SARS-CoV-2, como outros vírus, evoluiu e apresentou mutações genéticas. Algumas específicas podem apresentar distintos graus de importância para a saúde pública, pois algumas variantes apresentaram maior transmissibilidade e diferentes implicações clínicas. A nomenclatura varia conforme o sistema e foi definida pela OMS, baseada no alfabeto grego, consideradas as mais preocupantes as variantes alpha, beta, gama, delta e ômicron. Esta última possui um grande número de mutações e isso pode possibilitar que o vírus tenha ação diferente das outras variantes.

O mecanismo de transmissão da doença ocorre principalmente por contato próximo, interpessoal, através de gotículas respiratórias e aerossóis, pela fala, respiração, canto e espirros, principalmente a curta distância. O SARS-CoV-2 também pode ser transmitido por distâncias mais longas, sobretudo em espaços fechados e com pouca ventilação. A infecção também pode ocorrer por contato com superfícies contaminadas e depois tocar em olhos, nariz ou boca. Contudo, as superfícies contaminadas não são consideradas a principal via de transmissão. A transmissão ocorre por pessoas infectadas pelo COVID 19, sintomáticas ou assintomáticas. (BRASIL, 2022, MCINTOSH, 2022, SMS-RIO, 2021).

Como medidas de prevenção, orienta-se usar máscaras em público, evitar contato próximo com indivíduos com infecções respiratórias (manter uma distância mínima de dois metros), lavar frequentemente as mãos, principalmente após contato com alguma pessoa infectada ou ao tocar objetos de uso público. O álcool gel 70% por 20 segundos é eficaz como a água e o sabão para higienizar as mãos. Outras formas de prevenção: evitar ambientes aglomerados ou com pouca ventilação, não compartilhar objetos de uso pessoal e usar lenço descartável para higiene nasal, cobrir nariz e boca ao espirrar ou tossir e evitar tocar mucosas como olhos e bocas (BRASIL, 2022; MCINTOSH, 2022; SBI, 2020).

Adicionam-se as práticas de isolamento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19, profilaxia pós-exposição e a vacinação (BRASIL, 2022; EDWARDS; ORENSTEIN, 2022). A vacina, atualmente, é considerada a estratégia mais promissora para controle da pandemia. As vacinas apresentam plataformas distintas e algumas possuem vírus inativados ou vírus atenuados ou vetor viral, proteínas recombinantes, RNA e DNA geneticamente modificados e vetores de adenovírus (EDWARDS; ORENSTEIN, 2022).

Acredita-se que o período de incubação do SARS-CoV-2 acontece dentro de 14 dias após a exposição, sendo a média de quatro a cinco dias (BRASIL, 2022, CHAN, *et al.*, 2020). O intervalo de transmissibilidade dos indivíduos infectados é incerto. Propõe-se que o período de maior infecção ocorre nos estágios iniciais da infecção (MCINTOSH, 2022, HE, *et al.* 2020, CHENG, *et.al.*, 2020), sendo a transmissão após 7 a 10 dias da doença considerada improvável, especialmente para pessoas imunocompetentes com infecção leve (MCINTOSH, 2022).

O quadro clínico da infecção por SARS-COV-2 varia desde infecção assintomática a doença grave e óbito. A proporção de pessoas que desenvolvem infecção assintomática ainda é incerta pela literatura, pois varia entre os estudos. Entretanto, estima-se em torno de 40% (MCINTOSH, 2022). E as principais manifestações clínicas são: febre, tosse, mialgia e cefaleia. Existem outros sinais e sintomas como: dor de garganta, diarreia, distúrbios do olfato ou do paladar. O quadro clínico mais grave e frequente é caracterizado por febre, tosse, dispneia e alterações na imagem do tórax (MCINTOSH, 2022, SMS-RIO, 2021, BRASIL, 2022).

Existem alguns tipos de testes para a detecção da Covid-19, são eles: teste molecular (RT-PCR), teste molecular (RT-LAMP), teste rápido de antígeno e imunológicos (sorológicos e testes rápidos) (BRASIL, 2022). O diagnóstico laboratorial ideal para identificação do vírus é através de técnicas de RT-PCR que faz a detecção de RNA SARS-CoV-2 por reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (WHO, 2020d). A OMS recomenda a realização

de teste microbiológico RT-PCR em larga escala, ou seja, em massa. Adiciona-se que os testes de antígenos são mais acessíveis, pois podem ser realizados no local de atendimento, o resultado é rápido, no entanto, apresentam menor sensibilidade quando comparados ao RT-PCR.

Um teste positivo de RT-PCR, geralmente confirma o diagnóstico, no entanto, teste falso-negativo de amostras das vias respiratórias superiores foram registrados. Desta forma, sugere-se a repetição do teste, caso a suspeita da Covid-19 persista (TREVAS, *et al.*, 2021). A OMS, nestes casos, orienta testar amostras de trato respiratório inferior, se possível (WHO, 2020e), pois apresentam cargas virais mais elevadas e com maior probabilidade de positividade.

Cabe lembrar, que alguns fatores podem influenciar no resultado, como o tipo do teste, o tipo de amostra coletada, qualidade da amostra e duração da doença. Em um estudo realizado na China, com 51 pacientes (hospitalizados, com febre e sintomas respiratórios agudos), 29% tiveram um teste inicial negativo e foram diagnosticados após a realização de exames seriados (FANG, *et al.*, 2020). Outra pesquisa, em Cingapura, com 70 indivíduos, 11% apresentaram teste negativo (LEE, *et al.*, 2020).

Evidencia-se que a probabilidade de RT-PCR apresentar positivo seja maior no começo da doença (MCINTOSH, 2022, TREVAS, *et al.*, 2021). Um estudo, com 208 amostras de sangue, combinou o teste RT-PCR e um sorológico IgM. Os pesquisadores conseguiram taxas de positividade maiores que 90% nos dias 1 a 3 da doença, 80% no dia 6 e menor que 50% após 14º dia. Concluíram que a resposta humoral ao SARS-CoV-2 pode auxiliar no diagnóstico de Covid-19, incluindo casos subclínicos (GUO *et al.*, 2020).

O gerenciamento da patologia inclui cuidados e controle da infecção que variam conforme o estado de saúde do caso (leve a grave) e estudos clínicos estão sendo realizados para o manejo adequado. E os serviços de saúde e as políticas de saúde estão em constante mudanças, a fim de atender às demandas primordiais. Deste modo, é fundamental produzir conhecimentos científicos relacionados à Covid-19, a fim de elucidar as diversas lacunas ainda presentes, incluindo análises descritivas dos casos, aspectos clínicos, tratamento e diagnóstico, a fim de contribuir com estratégias para o enfrentamento da pandemia. O presente estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos casos notificados (suspeitos ou confirmados) atendidos na Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG); e analisar a assistência prestada aos casos notificados (suspeitos ou confirmados) atendidos na Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG).

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório, descritivo e quantitativo. Ele está inserido em um projeto maior denominado “A pandemia de Covid-19 no Estado de Minas Gerais: uma investigação no âmbito da atenção, da educação, da gestão e da pesquisa em saúde”, que objetiva primordialmente analisar o impacto da doença na saúde pública, em todos esses âmbitos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob o número CAAE 31128920.5.0000.5153, parecer nº 4.019.269, em consonância com as recomendações de ética em pesquisa da Declaração de Helsinque e as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, constantes na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa foi realizada no município de Viçosa (MG) e microrregião que é composta por 20 municípios, dos quais nove foram incluídos (Araponga, Cajuri, Coimbra, Canaã, Paula Cândido, Pedra do Anta, Porto Firme, São Miguel do Anta e Teixeiras). Viçosa (MG) tem uma população estimada, em 2020, de 79.388 habitantes, majoritariamente urbana e com disponibilidade de serviços de saneamento básico (IBGE, 2021).

Metade dos estabelecimentos de saúde dessa microrregião concentra-se no município de Viçosa (MG). O município possui 32 estabelecimentos de saúde pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Dentre eles, conta com dois hospitais gerais (Hospital São Sebastião e Hospital São João Batista), com 224 leitos, sendo 128 disponíveis para o SUS e a rede de atenção primária à saúde que possui 15 unidades de saúde e 17 equipes.

Especialmente durante a pandemia, o município de Viçosa (MG) também contou com um centro de referência para agravos respiratórios (Unidade Covid-19), adaptado a partir de uma Unidade de Atenção Especializada em Saúde (UAES) da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Ela ofertou atendimento médico e de enfermagem a pacientes sintomáticos respiratórios (leve a moderado) para manejo clínico e encaminhamentos necessários. E, ainda, objetivou não sobrecarregar os hospitais da cidade, menor circulação de pessoas, otimização de equipamentos de proteção individual e, enquanto isso, a gestão municipal de saúde conseguiu organizar os serviços para melhor atendimento à população.

Esta unidade possuía uma estrutura externa com portaria, recepção e 2 consultórios de triagem. Na parte interna, foram adaptados consultórios para atendimento médico adulto e pediátrico, posto de enfermagem, unidade de observação e internação (internação-dia), e ainda área para coleta de exames RT-PCR. Outros setores administrativos também foram incorporados na estrutura final da unidade. O atendimento ao público ocorreu no horário das

07 às 18 horas, todos os dias da semana. A unidade foi responsável pelo atendimento de indivíduos (adultos e crianças) com síndromes gripais que procuraram a unidade por demanda espontânea ou encaminhados por outros serviços da RAS (telessaúde, unidades de saúde da família, hospitais, entre outros) do município. Esta foi parceria entre a prefeitura de Viçosa (MG), a UFV, os planos de saúde suplementar que prestam serviço na cidade e municípios da microrregião, cuja criação da unidade estava prevista no Plano de Contingência elaborado pelo município.

A população de estudo foi composta por casos atendidos e notificados (suspeitos e/ou confirmados) registrados nos prontuários da Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG), por todo seu período de funcionamento (abril a julho de 2020). Foram incluídos no estudo todos os casos de pessoas suspeitas ou confirmadas por Covid-19, notificadas e residentes no município que faz parte do cenário de estudo, inclusive os funcionários da unidade que eram atendidos periodicamente como medida de biossegurança. Como critérios de exclusão, foram considerados aqueles casos atendidos pelas unidades participantes do estudo, mas que não se encaixaram nos critérios de síndromes gripais ou qualquer outra caracterização de caso suspeito, além dos casos de outro município fora da área de abrangência da microrregião estudada. Obteve-se ao final do estudo, uma população final de 595 usuários da Unidade Covid-19.

A principal fonte de dados utilizada foi composta por dados secundários registrados nos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço de referência para agravos respiratórios (denominado “Unidade Covid-19”), inscrito na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Viçosa (MG), situado na região geográfica da Zona da Mata mineira.

Um instrumento para a coleta de dados dos prontuários dos atendimentos da Unidade Covid-19 foi elaborado e testado durante os meses de agosto e setembro de 2020, com o auxílio do software Epi Info. Com o subsídio desse mesmo software, a coleta dos dados dos prontuários iniciou em novembro de 2020, na própria unidade de saúde (UAES) adaptada para ser a Unidade Covid-19. Ela foi realizada por uma entrevistadora treinada, em períodos pré-agendados com a gestão da UAES. O término da coleta ocorreu em maio de 2021, contemplando todos os atendimentos que ocorreram no centro de referência, durante seu funcionamento. Os equipamentos de proteção individual foram fornecidos pelo pesquisador e todas as recomendações de proteção contra o vírus da Covid-19 foram aplicadas durante a coleta de dados.

Foram utilizadas no estudo variáveis sociodemográficas; sinais e sintomas clínicos; fatores de risco; sinais de gravidade e relacionadas à assistência prestada. As variáveis

sociodemográficas utilizadas foram: sexo (Feminino; masculino); faixa etária (≤ 9 anos, 10-19 anos, 20-39 anos, 40-59 anos, ≥ 60 anos); raça/cor (Branca; Preta ou parda; Outras); faixa de escolaridade (De 0 a 8 anos; de 9 a 11 anos, 12 anos ou mais); município de residência (Viçosa (MG); Outros municípios); área de residência (Urbana; Periurbana/ Rural). Quanto aos sinais e sintomas clínicos, as variáveis categóricas foram: falta de ar (sim; não); febre por mais de 3 dias (sim; não); tosse (sim; não); dor de garganta (sim; não); artralgia (sim; não); mialgia (sim; não); diarreia (sim; não); calafrio (sim; não); coriza (sim; não); conjuntivite (sim; não). Em relação aos fatores de risco para a Covid-19, as variáveis categóricas foram: grávida/puérpera (sim; não); ≥ 60 anos de idade (sim; não); ≤ 5 anos (sim; não); uso prolongado de ASS (sim; não); cardiopatia (sim; não); pneumonia (sim; não); tuberculose (sim; não); nefropatia (sim; não); doenças no sangue (sim; não); imunodeprimido (sim; não); diabetes (sim; não); doenças neurológicas (sim; não); obesidade (sim; não). No que se refere aos sinais de gravidade, as variáveis categóricas foram: falta de ar; febre por mais de 3 dias (sim; não); esforço respiratório (sim; não); saturação de $O_2 < 95\%$ (sim; não); PAS > 90 e/ou PAD < 60 mmHg (sim; não); pulso periférico diminuído (sim; não); piora de doença de base (sim; não). Quanto à assistência prestada, as variáveis categóricas foram: classificação do caso (Leve; Moderado/grave; Ignorado); tratamento (Domiciliar; Hospitalar; Ignorado); solicitação de teste (sim; não); teste rápido (sim; não); RT-PCR (sim; não); resultado do teste (positivo; negativo); afastamento do trabalho (sim; não); atestado para contatos domiciliares (sim; não); orientações sobre isolamento (sim; não); orientações sobre medidas comportamentais (sim; não); indicação de vacina contra influenza (sim; não); prescrição de Oseltamivir (sim; não); telemonitoramento (sim; não).

Após a coleta, os dados foram revisados e organizados no banco de dados no software Epi Info (versão 7.2.2.6). Em seguida, foram exportados para o software Microsoft Excel (versão 2010) e, por último, para o software Stata, versão 14, onde foram realizados todos os procedimentos analíticos.

Realizou-se análise descritiva com todas as variáveis selecionadas para o estudo, durante o tempo de funcionamento da Unidade Covid-19. A análise descritiva foi por meio da distribuição das variáveis (percentual de indivíduos em cada uma das categorias), erro-padrão e intervalo de confiança de 95%. Todas as variáveis categóricas foram descritas considerando todos os atendimentos realizados na Unidade Covid-19, durante todo o seu período de funcionamento (abril a julho de 2020).

Em consonância aos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/2012, aos participantes da pesquisa foi garantido o anonimato, não

houve nenhum custo adicional e nem foi oferecida vantagem financeira. Sua participação ocorreu de forma indireta, incluindo o manejo de dados, informações e percepções. A participação teve caráter voluntário e foi garantida plena liberdade de recusa de participação, assim como foi possível a retirada do consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG) foi organizado de acordo com o sexo, raça, cor, faixa etária, faixa de escolaridade, município de residência e zona de moradia. Entre as pessoas atendidas, 61,51% (n= 366) são mulheres e 38,49% (n= 229) homens. Em relação ao quesito raça/cor: 36,64% (n= 218) declararam-se brancos, 25,87% (n= 148) pretos ou pardos e outros 38,49% (n= 229) não declararam. A divisão etária apresentou que a maioria era maior que 20 anos, sendo 51,93% (n= 309) de 20 a 39 anos, 38,66% (n= 230) de 40 a 59 anos e 3,7% (n= 22) de 60 anos ou mais. A maior parte dos pacientes atendidos possui 12 anos ou mais de escolaridade, correspondendo a 58,99% (n= 351) e sobre o local de residência, 92,44% (n= 550) se declararam habitantes do município de Viçosa (MG) e 95,46% (n= 568) da zona urbana (Tabela 1).

Entre as principais queixas relatadas pelos pacientes, 32,27% (n= 192) referiram tosse, 23,53% (n= 140) dor de garganta, 23,53% (n= 140) mialgia e 23,19% (n= 138) coriza (Tabela 2). Em relação aos fatores de risco relatados, os mais prevalentes para complicações da Covid-19 foram cardiopatia, 7,39% (n= 44), pneumopatias, 6,89% (n= 41) e idosos (60 anos ou mais), 2,02% (n= 12) (Tabela 3). No que toca aos sinais de gravidade apresentados durante o atendimento médico, denota-se que em 5,88% (n= 35) dos atendimentos constatou-se falta de ar ou dificuldade para respirar, e apenas em 3,03% (n= 18) a febre por mais de três dias. Outros sinais de gravidade foram minimamente evidenciados, tais como o esforço respiratório, em 0,50% (n= 3), e a saturação de O₂ menor que 95% em 0,34% (n= 2) dos atendimentos da unidade (Tabela 4).

Em relação à assistência prestada aos casos notificados (suspeitos ou confirmados) de Covid-19 atendidos na Unidade Covid-19 do município de Viçosa (MG), identificou-se que 40,17% (n= 239) pacientes atendidos foram classificados como casos leves, apenas 5,88% (n= 35) como casos moderados/graves e 53,95% (n= 321) não receberam nenhuma classificação. Além disso, quanto ao tratamento, 45,38% (n= 270) permaneceram em domicílio, 0,84% (n=

5) foram referenciados para internação hospitalar e em 53,48% (n= 320) não tinha esta informação no prontuário (Tabela 5).

No que diz respeito à assistência prestada durante o atendimento, 2,35% (n= 14) dos pacientes receberam a solicitação de teste rápido para Covid-19 e 22,18% (n= 132) realizaram o RT-PCR. Dentre os indivíduos testados, 98,49% (n= 586) tiveram o resultado negativo e 1,51% (n= 9) apresentou o teste positivo para Covid-19. Quanto ao afastamento do trabalho, 29,41% (n= 175) pessoas receberam atestado médico e 17,98% (n= 107) receberam atestado médico para os contatos domiciliares. Sobre as questões relacionadas à educação em saúde e monitoramento, 56,30% (n= 335) dos casos atendidos não receberam orientações sobre o isolamento, 55,46% (n= 330) não receberam orientações sobre medidas comportamentais e 5,21% (n= 31) das pessoas receberam a indicação da vacina Influenza. Das 595 pessoas, 5,21% (n= 31) receberam a prescrição de Oseltamivir. Em relação ao telemonitoramento, 56,64% (n= 337) pessoas não tiveram acompanhamento e 43,36% (n= 258) receberam diariamente as ligações da Unidade Covid-19 para acompanhamento do seu estado de saúde e dos familiares (Tabela 5).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos na Unidade COVID-19 do município de Viçosa (MG)/MG, no período de abril a agosto de 2020.

Variáveis	n	%
Sexo		
Mulheres	364	61.49
Homens	228	38.51
Raça/Cor		
Preta ou Parda	148	25.04
Branca	218	36.89
Outros ou não declarante	225	38.07
Faixa Etária		
0 a 9 anos	21	3.53
10 a 19 anos	13	2.18
20 a 39 anos	309	51.93
40 a 59 anos	230	38.66
60 anos ou mais	22	3.7
Faixa de Escolaridade		
0 a 8 anos	82	14.88
9 a 11 anos	118	21.42

Variáveis	n	%
12 anos ou mais	351	63.7
Município de Residência		
Viçosa (MG)	550	92.44
Outros	45	7.56
Área		
Urbana	568	95.46
Periurbana/Rural	27	4.54

Tabela 2 - Queixas relatadas pelos pacientes atendidos na Unidade COVID-19 do município de Viçosa (MG)/MG, no período de abril a agosto de 2020.

Queixas	n	%	Erro-padrão	IC 95%	
Falta de ar					
Não	506	85.04	1.46	81.94	87.69
Sim	89	14.96	1.46	12.31	18.06
Febre por mais de 3 dias					
Não	564	94.79	0.91	92.68	96.32
Sim	31	5.21	0.91	3.68	7.32
Tosse					
Não	403	67.73	1.92	63.85	71.38
Sim	192	32.27	1.92	28.62	36.15
Dor de garganta					
Não	455	76.47	1.74	72.88	79.72
Sim	140	23.53	1.74	20.28	27.12
Artralgia					
Não	553	92.94	1.05	90.58	94.75
Sim	42	7.06	1.05	5.25	9.42
Mialgia					
Não	455	76.47	1.74	72.88	79.72
Sim	140	23.53	1.74	20.28	27.12
Diarreia					
Não	534	89.75	1.24	87.03	91.95
Sim	61	10.25	1.24	8.05	12.97
Calafrio					
Não	503	84.54	1.48	81.40	87.23

Sim	92	15.46	1.48	12.77	18.60
Coriza					
Não	457	76.81	1.73	73.23	80.03
Sim	138	23.19	1.73	19.97	26.77
Conjuntivite					
Não	573	96.30	0.77	94.44	97.56
Sim	22	3.70	0.77	2.44	5.56

Tabela 3 - Fatores de risco para complicações dos pacientes atendidos na Unidade COVID-19 do município de Viçosa (MG)/MG, no período de abril a agosto de 2020.

Fatores de risco	n	%	Erro-padrão	IC 95%	
Grávida/ Puérpera					
Não	592	99.50	0.29	98.44	99.84
Sim	3	0.50	0.29	0.16	1.56
Idoso (>=60 anos)					
Não	583	97.98	0.58	96.48	98.85
Sim	12	2.02	0.58	1.15	3.52
Criança (<=5 anos)					
Não	587	98.66	0.47	97.33	99.33
Sim	8	1.34	0.47	0.67	2.67
Uso prolongado de ASS					
Não	593	99.66	0.24	98.66	99.92
Sim	2	0.34	0.24	0.08	1.34
Cardiopatias					
Não	551	92.61	1.07	90.20	94.46
Sim	44	7.39	1.07	5.54	9.80
Pneumopatia					
Não	554	93.11	1.04	90.77	94.89
Sim	41	6.89	1.04	5.11	9.23
Tuberculose					
Não	594	99.83	0.17	98.81	99.98
Sim	1	0.17	0.17	0.02	1.19
Nefropatias					
Não	594	99.83	0.17	98.81	99.98
Sim	1	0.17	0.17	0.02	1.19
Doenças do sangue					

Não	594	99.83	0.17	98.81	99.98
Sim	1	0.17	0.17	0.02	1.19
Imunodeprimido					
Não	589	98.99	0.41	97.77	99.55
Sim	6	1.01	0.41	0.45	2.23
Diabetes ou doença metabólica					
Não	585	98.32	0.53	96.90	99.10
Sim	10	1.68	0.53	0.91	3.10
Doenças neurológicas					
Não	595	100.00	0.00		
Sim	0	0.00	0.00		
Obesidade					
Não	592	99.50	0.29	98.44	99.84
Sim	3	0.50	0.29	0.16	1.56

Tabela 4 - Sinais e/ou sintomas de gravidade apresentados pelos pacientes durante atendimento médico na Unidade COVID-19 do município de Viçosa (MG), no período de abril a agosto de 2020.

Sinais/ sintomas de gravidade	n	%	Erro-padrão	IC 95%	
Falta de ar ou dificuldade para respirar					
Não	560	94.12	0.97	91.91	95.75
Sim	35	5.88	0.97	4.25	8.09
Febre por mais de 3 dias					
Não	577	96.97	0.70	95.24	98.09
Sim	18	3.03	0.70	1.91	4.76
Esforço respiratório					
Não	592	99.50	0.29	98.44	99.84
Sim	3	0.50	0.29	0.16	1.56
Saturação O₂ < 95%					
Não	593	99.66	0.24	98.66	99.92
Sim	2	0.34	0.24	0.08	1.34
PAS > 90 e/ou PAD < 60 mmHg					
Não	594	99.83	0.17	98.81	99.98
Sim	1	0.17	0.17	0.02	1.19
Pulso periférico diminuído					

Não	595	100.00
Sim	0	0.00
Piora de doença de base		
Não	595	100.00
Sim	0	0.00

Tabela 5 - Assistência prestada aos pacientes atendidos na Unidade COVID-19 do município de Viçosa (MG), no período de abril a agosto de 2020.

Assistência prestada	n	%	Erro-padrão	IC 95%	
Classificação do caso					
Leve	239	40.17	2.01	36.29	44.17
Moderado/ Grave	35	5.88	0.97	4.25	8.09
Ignorado	321	53.95	2.05	49.92	57.93
Tratamento					
Domiciliar	270	45.38	2.04	41.40	49.41
Hospitalar	5	0.84	0.37	0.35	2.01
Ignorado	320	53.78	2.05	49.75	57.77
Solicitação de teste para Covid-19					
Não	243	57.65	2.03	53.62	61.57
Sim	252	42.35	2.03	38.43	46.38
Solicitação de teste rápido					
Não	581	97.65	0.62	96.06	98.60
Sim	14	2.35	0.62	1.40	3.94
Solicitação de RT PCR					
Não	463	77.82	1.70	74.29	80.98
Sim	132	22.18	1.70	19.02	25.71
Resultado do teste					
Negativo	586	98.49	0.50	97.11	99.21
Positivo	9	1.51	0.50	0.79	2.89
Afastamento do trabalho					
Não	420	70.59	1.87	66.79	74.12
Sim	175	29.41	1.87	25.88	33.21
Atestado para contatos domiciliares					
Não	488	82.02	1.58	78.71	84.91

Assistência prestada	n	%	Erro-padrão	IC 95%	
Sim	107	17.98	1.58	15.09	21.29
Orientações sobre isolamento					
Não	335	56.30	2.04	52.27	60.25
Sim	260	43.70	2.04	39.75	47.73
Orientações sobre medidas comportamentais					
Não	330	55.46	2.04	51.43	59.42
Sim	265	44.54	2.04	40.58	48.57
Indicação da vacina contra influenza					
Não	564	94.79	0.91	92.68	96.32
Sim	31	5.21	0.91	3.68	7.32
Prescrição de Osetalmivir					
Não	564	94.79	0.91	92.68	96.32
Sim	31	5.21	0.91	3.68	7.32
Telemonitoramento					
Não	337	56.64	2.03	52.61	60.58
Sim	258	43.36	2.03	39.42	47.39

A pandemia da Covid-19 aumentou a carga de adoecimento, morte e as disparidades entre as classes econômicas. Do mesmo modo que as doenças infecciosas (REF), a Covid-19 tem maior impacto entre os grupos mais vulneráveis da sociedade, em conformidade com os dados demonstrados pelo presente estudo. A população mais vulnerável foi também a que apresentou maior dificuldade de acessar o serviço de saúde analisado. Estudo transversal realizado nos Estados Unidos em 2020, com 102.178.117 pessoas, também demonstrou disparidades relacionadas à cor, à saúde e a questões econômicas, uma vez que pessoas residentes em locais densamente povoados, com menores anos de estudo, menor renda e menor acesso ao serviço de saúde apresentaram maior risco para infecção e morte por Covid-19. Acredita-se que esta desigualdade esteja relacionada à maior presença dessas mesmas pessoas como força de trabalho nos serviços essenciais, além de serem também os grupos com maior carga de pobreza e menor acesso aos serviços de saúde (ABEDI, et.al., 2020).

As classes econômicas menos favorecidas, além de menor acesso a bens e serviços incluindo os de saúde, são também aquelas que não têm condições de realizar o chamado *Home office* e o isolamento social, ferramentas usadas no enfrentamento da pandemia da Covid-19. A realidade que muitas pessoas enfrentam no Brasil, sobretudo, em localidades

menos favorecidas economicamente, é a de residir em um domicílio com poucos cômodos, dividindo o espaço com os demais membros da família (CNN, 2020). Nesse cenário, o isolamento social, medida de extrema importância no combate à pandemia, não é possível para muitos brasileiros – entre outras medidas que também não são possíveis, sobretudo considerando que parte da população sequer tem acesso à água potável e saneamento básico, respectivamente no Brasil em 2019 85,5% e 68,3% (IBGE). Deste modo, é essencial que o governo atue de forma efetiva a partir de políticas públicas para atendimento e acolhimento dessas pessoas que se encontram em condições mais vulneráveis.

As principais queixas relatadas pelos pacientes evidenciadas neste estudo estão em consonância com outros estudos, como em uma pesquisa, com 44.500 infecções confirmadas, cuja maioria (81%) das pessoas desenvolveu sintomas leves como febre, tosse e em algumas situações, pneumonia, e 14% apresentaram sintomas graves como dispneia, hipóxia ou envolvimento pulmonar maior que 50% em exame de imagens em 24 a 48 horas. Ainda nesse estudo, 5% dos acometidos pelo vírus apresentaram insuficiência respiratória, choque séptico ou falência de órgãos (WU, 2020). Em outro trabalho realizado na Itália, com 59 pacientes com Covid-19, 34% relataram alteração no olfato ou paladar (anosmia e disgeusia respectivamente) e 19% referiram a presença destes dois sintomas (GIACOMELLI, et al, 2020). Outras pesquisas apresentaram, ainda, alguns achados dermatológicos como erupções, urticárias, vesículas ou nódulos nos dígitos distais (“dedos da mão COVID”), como em metanálise com 44 estudos sobre manifestações cutâneas em infecção pelo COVID-19 que demonstrou presença de manifestações cutâneas em 10% dos pacientes com diagnóstico laboratorial de covid-19, sendo o rash maculopapular a manifestação mais prevalente (ROCHA et al, 2020). Destaca-se que ainda não existem manifestações clínicas específicas da Covid-19 que possam fazer diagnóstico diferencial de outras infecções virais (MCINTOSH, 2022).

Em relação aos fatores de risco encontrados no presente estudo, os mais prevalentes para complicações da Covid-19 foram cardiopatia, pneumopatias e idosos (60 anos ou mais), presentes em respectivamente 7,39%, 6,89% e 2,02% dos participantes. Sabe-se que qualquer indivíduo saudável pode apresentar as formas mais graves da doença, entretanto estas ocorrem principalmente em adultos com idade superior a 60 anos ou que apresentem comorbidade, dentre elas a doença cardiovascular, o *diabetes mellitus*, a hipertensão arterial sistêmica, a doença pulmonar, o câncer, a doença renal crônica (BRASIL, 2022, WU, 2020), os pacientes transplantados, aqueles em uso de imunossupressores (SBI, 2020; BRASIL, 2022), na presença de obesidade (KOMPANIYETS, et al., 2021, BRASIL, 2022), nos tabagistas

(LOWE, *et al.*, 2021; BRASIL, 2022), ou ainda, na presença de cirrose hepática, algumas doenças hematológicas e gestação (BRASIL, 2022). Nos Estados Unidos, os indivíduos negros e hispânicos representaram uma porcentagem significativamente maior de hospitalizações e óbitos (GARG, *et al.*, 2020). Compreende-se a necessidade de mais estudos para elucidar os mecanismos fisiopatológicos da doença e, uma vez que as razões e justificativas para essas evidências encontradas ainda não estão completamente esclarecidas, podem ainda estar relacionadas com as iniquidades de saúde.

No tocante à assistência, acredita-se que em casos leves, como encontrado em nosso estudo em 40.1% dos casos e na literatura, em 80% dos casos, é indicado o tratamento domiciliar com repouso, suporte e conforto, hidratação, medidas de alívios para o sintoma como febre, mialgia e cefaleia com antitérmicos e analgésicos, como acetaminofeno e, caso não respondam, é recomendado o uso de anti-inflamatórios não esteroidais e isolamento domiciliar até o monitoramento de alta (COHEN; BLAU, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE A, 2021; SBI, 2020; WHO, 2020c). Orienta-se, ainda, em alguns casos de pacientes sintomáticos com tosse e dispneia, a autopronação (COHEN & BLAU, 2022). É primordial aconselhar sobre os sintomas de alerta como piora da dispneia, tontura ou confusão mental, entre outras alterações no estado de saúde.

Sobreleva-se que nos casos leves, em consonância às novas demandas de cuidado, o gerenciamento da assistência e monitoramento dos pacientes possa ser realizado de maneira remota, através do serviço de teleatendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE A, 2021, CDC, 2020, EBERLY, *et al.*, 2020, RAMIREZ, *et al.*, 2020), como o adotado no presente estudo em virtude do apoio da UFV. Esta estratégia de trabalho visa reduzir a circulação de pessoas, a disseminação do vírus, as visitas desnecessárias aos serviços de saúde, a sobrecarga dos serviços de saúde e os gastos com equipamentos de proteção individual, contribuindo para mitigar o impacto produzido direta ou indiretamente pela COVID-19 no sistema de saúde (CDC, 2020, RAMIREZ, *et al.*, 2020). Tal prática pode minimizar o impacto da pandemia, preservar a vida e os recursos gastos em saúde.

Além disso, para caso leve a moderado, em pessoas que apresentam alto risco de progressão para a doença em sua forma mais grave, mas que não estejam usando ou necessitando de oxigênio complementar, como nos casos de índice de massa corporal > 35 Kg/m², doença renal crônica, diabetes, imunossupressão por doença ou uso de medicação, idade superior 65 anos ou superior 55 anos com hipertensão ou doença pulmonar, recomenda-se o uso de anticorpos monoclonais no início da doença como Nirmatrelvir-ritonavir, bebtelovimab ou remdesivir (COHEN; GEBO, 2022).

Ministério da Saúde (2021) ratifica que os casos moderados devem ser internados em hospitais para observação e acompanhamento clínico, uma vez que não apresentam critérios de gravidade para internação em uma unidade de terapia intensiva, assim como nas disfunções orgânicas ou instabilidade hemodinâmica que requeiram ventilação mecânica ou outros cuidados intensivos. Nos casos graves, é necessária internação hospitalar para suplementação de oxigênio e a ventilação mecânica, quando necessárias, e controle adequado da infecção (CONITEC, 2021a, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a; WHO, 2020c).

As Diretrizes Brasileiras para tratamento hospitalar do paciente com Covid-19 (CONITEC, 2021b) recomendam para o tratamento farmacológico, o uso de corticoide em pacientes com uso de oxigênio suplementar, sendo essa uma recomendação forte, com evidência moderada, para o uso preferencial de dexametasona e como alternativa a hidrocortisona ou metilprednisolona e em uso de oxigênio suplementar. É ainda orientado o uso de anticoagulante para prevenção de eventos tromboembólicos, como opção a heparina não fracionada, seguida de enoxaparina ou fondaparinux (alternativas). Ainda sobre o paciente tratado em regime hospitalar, o Ministério da Saúde não recomenda o uso de Remdesivir considerando “incertezas sobre a relevância do benefício clínico, associado ao elevado custo, baixa disponibilidade e baixa experiência no uso” (CONITEC, 2021)

Para Kim e Ghandhi (2022), a primeira escolha de tratamento, em casos de doença grave por COVID-19 ou com fatores de riscos laboratoriais para a progressão da doença em indivíduos hospitalizados, que não estejam usando oxigenioterapia suplementar, é recomendado remdesivir, se disponível, sem associação com a dexametasona. Para aqueles que foram hospitalizados por outro motivo e foram infectados pelo SARS-CoV-19, a recomendação é o uso de terapias já recomendadas para pacientes de alto risco, como rirmatrelvir-ritonavir, anticorpos-monoclonais ou remdesivir (KIM; GHANDI, 2022). Há ainda, em algumas situações, conforme a gravidade, a proposta de adicionar o baricitinibe ou tocilizumabe, como nos pacientes com necessidade de suporte ventilatório (Kim e Ghandhi (2022).

As terapias preferenciais, segundo FDA para tratamento de pacientes não hospitalizados com COVID -19 baseados em estudos fase 3, são o Nirmatrelvir com Ritonavir, ou Sotrovimab e Remdesivir, e terapia alternativa com Bebtelovimab ou Molnupiravir. Em fevereiro de 2022 o Food and Drug Administration aprovou para uso em caráter emergencial nos Estados Unidos do anticorpo monoclonal anti SARS-COV 19 bebtelovimab para tratamento de pacientes não hospitalizados com COVID 19, com quadros leve a moderado com alto risco de progressão para doença grave.

Segundo a diretriz para tratamento da infecção pelo COVID-19 do NIH para o tratamento de pacientes hospitalizados pela COVID-19, com alto risco de progressão para quadros graves, sem suplementação de oxigênio, é recomendado o Remdesivir, com recomendação IIB. Para aqueles internados em uso de oxigênio suplementar, o uso de medicação isolada ou em associação dependerá da quantidade de oxigênio suplementar usado pelo paciente, variando desde o remdesivir isolado, até dexametasona e Remdesivir, ou dexametasona, podendo ser acrescentada uma segunda droga como tocilizumab ou baricitinib (NIH).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu traçar o perfil sociodemográfico, clínico dos casos notificados e a assistência prestada das pessoas atendidas na Unidade Covid-19 no período de abril a julho de 2020. A maioria dos indivíduos atendidos na unidade foram do sexo feminino, brancas, com idade entre 20 e 39 anos, com 12 anos ou mais de escolaridade, residentes e moradoras da zona urbana do município de Viçosa (MG). A maior parte não apresentava fatores de risco, nem sinais de gravidade e relataram/tinham poucas manifestações clínicas. A iniciativa da UFV para a instituição de uma unidade Covid-19 na cidade de Viçosa (MG), entre outras estratégias, foi essencial para implementação do Plano de Contingência elaborado pelo município. Entretanto, o presente estudo evidenciou que houve fragilidades na acessibilidade à população mais vulnerável.

REFERÊNCIAS

ABEDI, V *et al.* Racial, Economic and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. Preprint. *medRxiv*. 2020;2020.04.26.20079756. Published 2020 May 1. doi:10.1101/2020.04.26.20079756> disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277003/>

CDC WEEKLY, C. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. **China CDC Weekly**, v. 2, n. 8, p. 113–122, 2020.

CHAN, J. F.-W. *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10223, p. 514–523, fev. 2020.

CHENG, H.-Y. *et al.* Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. **JAMA Internal Medicine**, v. 180, n. 9, p. 1156–1163, 1 set. 2020.

CNN. Moradores de favelas relatam a dura realidade durante a crise do coronavírus. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/2020/05/03/moradores-defavelas-relatam-suas-realidades-durante-a-crise-do-coronavirus> Acesso em: 21/12/2020;

COHEN, P. GEBO, K. COVID-19: Management of adults with acute illness in the outpatient setting. Up to date. Sep 07, 2022. Acesso em: 27/09/2022.

CONITEC. Relatório de Recomendação. Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com COVID-19 – Capítulo 1: Uso de oxigênio, intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210517_Relatorio_Diretrizes_Brasileira_Covid_Capitulo_1_CP_36.pdf. Acesso em: 17 ago. 2021.

Coronavírus Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 16 ago. 2021.
EBERLY, L. A. *et al.* Patient Characteristics Associated with Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care during the COVID-19 Pandemic. **JAMA network open**, 1 jan. 2020.

EDWARDS, K. M. ORENSTEIN, W. A. **COVID-19: Vaccines to prevent SARS-CoV-2 infection - UpToDate**. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2-infection>>. Acesso em: 27 set. 2022.

FANG, Y. *et al.* Sensitivity of Chest CT for COVID-19: Comparison to RT-PCR. **Radiology**, v. 296, n. 2, p. E115–E117, 19 ago. 2020.

GARG, S. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 — COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020.

MMWR. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 15, p. 458–464, 17 abr. 2020.

GIACOMELLI, A. *et al.* Self-reported Olfactory and Taste Disorders in Patients With Severe Acute Respiratory Coronavirus 2 Infection: A Cross-sectional Study. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 71, n. 15, p. 889–890, 1 ago. 2020.

GUO, L. *et al.* Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19). **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 71, n. 15, p. 778–785, 1 ago. 2020.

HE, X. *et al.* Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. **Nature Medicine** 2020 **26:5**, v. 26, n. 5, p. 672–675, 15 abr. 2020.

IBGE | **Cidades@** | **Minas Gerais** | **Viçosa (MG)** | **Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicosa/panorama>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

KIM, A.Y. M. D; GANDHI, R. T., COVID-19: Management in hospitalized adults Acesso em 27/09/2022, https://www.uptodate.com/contents/covid-19-management-in-hospitalized-adults?search=covid%2019%20intrahospitalar%20treatment&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

KOMPANIYETS, L. *et al.* Body Mass Index and Risk for COVID-19-Related Hospitalization, Intensive Care Unit Admission, Invasive Mechanical Ventilation, and Death - United States, March-December 2020. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 70, n. 10, p. 355–361, 2021.

LEE, T. H. *et al.* Testing for SARS-CoV-2: Can We Stop at 2? **Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 71, n. 16, p. 2246–2248, 15 out. 2020.

LEVIN, AT. *et al.* Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. **European journal of epidemiology**, v. 35, n. 12, p. 1123–1138, 1 dez. 2020.

LOWE, KE. *et al.* Association of Smoking and Cumulative Pack-Year Exposure With COVID-19 Outcomes in the Cleveland Clinic COVID-19 Registry. **JAMA internal medicine**, v. 181, n. 5, p. 709–711, 1 maio 2021.

MCINTOSH, K. **COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention** - UpToDate. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>>. Acesso em: 27 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE B. CONITEC. Relatório emergencial: Casirivimabe/imdevimabe para pacientes de alto risco infectados por SARS-CoV-2. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210517_Relatorio_CP_Regn_Cov2_COVID-19_CP_35.pdf. Acesso em: 17 ago. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavirus**. Acesso em: 27 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. 9 versão. Brasília: DF. 2020b.

NIH COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Acesso 27/09/2022

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 136p.

Organização Mundial da Saúde. Comentários do Diretor-Geral no briefing de mídia em 2019-nCoV em 11 de fevereiro de 2020. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>. Acesso em: 12 fev 2020.

QUININO, L.R. *et al.* Aspectos espacial e temporal e fatores associados à interiorização da Covid-19 em Pernambuco. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] (2021/Mar). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/aspectos-espacial-e-temporal-e-fatores-associados-a-interiorizacao-da-covid19-em-pernambuco-interiorizacao-da-covid-em-pernambuco/17997?id=17997>

RAMIREZ, A. V. *et al.* Telemedicine in Minority and Socioeconomically Disadvantaged Communities Amidst COVID-19 Pandemic. **Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery**, v. 164, n. 1, p. 91–92, 1 jan. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS-Rio). Guia de Referência Rápida: Abordagem da infecção pelo novo coronavírus COVID 19 na Atenção Primária. **Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)** Rio de Janeiro/RJ 2021. 1ª Edição – 02/06/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) sobre o novo coronavírus nº 10. Acesso em: 02 abr. 2020.

TREVAS, D. CALIENDO, A.M. HANSON, K. *et al.* Diagnostic Tests Can Stem the Threat of Antimicrobial Resistance: Infectious Disease Professionals Can Help. **Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 72, n. 11, p. E893–E900, 1 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19.** 2020d. Acesso em: 22 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Surveillance and case definitions.** 2020e. Acesso em: 22 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical**

guidance. 2020a. Acesso em: 01 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance: Patient management.** 2020c. Acesso em: 02 abr. 2020.

WU, Z.; MCGOOGAN, JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239–1242, 7 abr. 2020.

ZHOU, F. *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10229, p. 1054–1062, 28 mar. 2020.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

AYRES, L. F. A; ZUIN, A. M. C; SEDIVAMA, C. M. N. O; MOURA, L. R; PRADO, M. R. M. C; PASSOS. C. M. Perfil Sociodemográfico, clínico e Assistencial dos Casos Covid-19 em Viçosa (MG). **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 9, n. 3, art. 2, p. 20-42, set./dez. 2022.

Contribuição dos Autores	L. F. A. Ayres	A. M. C. Zuin	C. M. N. O. Sedivama	L. R. Moura	M. R. M. C. Prado	C. M. Passos
1) concepção e planejamento.	X	X	X	X	X	X
2) análise e interpretação dos dados.	X	X	X	X	X	X
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X	X	X	X