



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



LEILA RAFAELA ALVES BRAGA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS TESTADOS PARA COVID-19 EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB**

JOÃO PESSOA - PB

JUNHO

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



LEILA RAFAELA ALVES BRAGA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS TESTADOS PARA COVID-19 EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia de João Pessoa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) como requisito para obtenção do grau de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr André Luis Bonifácio de Carvalho

Co-orientador: Caio César Ferreira Alverga

JOÃO PESSOA - PB

JUNHO

2023

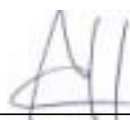
LEILA RAFAELA ALVES BRAGA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS TESTADOS PARA COVID-19 EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB**

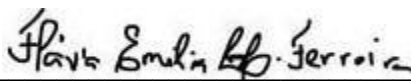
Trabalho de conclusão de curso (TCC) elaborado como requisito parcial para conclusão do
Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em 16/06/2023

Nota: 10



André Luis Bonifácio de Carvalho
Professor Avaliador



Flávia Emília Leite de Lima
Professora Avaliadora



Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Professora Avaliadora

JOÃO PESSOA - PB

JUNHO

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B813p Braga, Leila Rafaela Alves.

Perfil epidemiológico de usuários testados para Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde do município de João Pessoa/PB / Leila Rafaela Alves Braga. - João Pessoa, 2023.
36 f.

Orientação: André Luis Bonifácio de Carvalho.
Coorientação: Caio César Ferreira Alverga.
TCC (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Covid-19. 2. RT-PCR. 3. Atenção básica. I. Carvalho, André Luis Bonifácio de. II. Alverga, Caio César Ferreira. III. Título.

UFPB/CCS

CDU 638.252(043.2)

DEDICATÓRIA

Aos profissionais que trabalham na linha de frente, bem como às vítimas da COVID-19 e seus familiares, que depositaram a confiança nos estudos científicos e contribuíram para o processo de enfrentamento da doença.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meus intercessores e minha família, que sempre me forneceram amor, segurança e suporte emocional para que eu pudesse me tornar uma mulher forte, empoderada e persistente na busca dos meus objetivos.

Agradeço, em especial, aos meus avós, José Rafael Alves e Otávio Vieira Braga, que incentivaram a minha participação escolar desde a infância. Saibam que, ao contarem suas histórias e situações socioeconômicas, me fizeram perceber que, no Brasil, a educação é um privilégio de poucos, sendo, portanto, uma das minhas maiores riquezas. Hoje, sei que estão ao lado de Deus, felizes com a nossa conquista.

Agradeço ainda as minhas avós, Maria Anunciada Alves, Ivanize Vieira Braga e Lúcia da Conceição Dantas, que me ensinaram a arte do cuidar, seja com os seus atos de amorosidade, bondade e compaixão ou por meio do conhecimento popular, tão valioso na minha identidade cultural. Sou fruto da criação de vocês e, por tanto, sempre honrarei seus nomes!

Gratidão também aos pesquisadores ligados a Universidade Federal da Paraíba e os profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família do Grotão, que mesmo diante da realidade caótica, vivenciada em tempos pandêmicos, uniram forças, elaboraram estratégias e se dedicaram fortemente visando fortalecer o SUS e salvar vidas.

Ademais, é com muita admiração e respeito que evidencio minha gratidão aos meus professores e orientadores, em particular, Caio Alverga, que me auxiliou durante todo o processo de escrita e André Luis Bonifácio, que para além de acreditar no meu potencial, ampliou o meu olhar sobre o processo ensino-aprendizado, me incluiu na prática dos pilares acadêmicos (ensino, pesquisa e extensão) e influenciou fortemente minha construção de pensamentos críticos e consciência política.

EPÍGRAFE

Inumeráveis

*Andre Cavalcante era professor
amigo de todos e pai do Pedrinho. O
Bruno Campelo seguiu seu caminho
Tornou-se enfermeiro por puro amor.*

*Já Carlos Antônio, era cobrador
Estava ansioso pra se aposentar. A*

*Diva Thereza amava tocar
Seu belo piano de forma eloquente
Se números frios não tocam a gente
Espero que nomes consigam tocar.*

...

*Norberto Eugênio era jogador
piloto, artista, multifuncional.
Olinda Menezes amava o natal.
Pasqual Stefano dentista, pintor
Curtia cinema, mais um sonhador
Que na pandemia parou de sonhar.
A vó da Camily não vai lhe abraçar
com Quitéria Melo não foi diferente.
Se números frios não tocam a gente
Espero que nomes consigam tocar.*

...

*O X da questão talvez seja amar
por isso não seja tão indiferente Se
números frios não tocam a gente
Espero que nomes consigam tocar.*

(Bráulio Bessa)

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 tem ocasionado impactos psicossociais, educacionais e econômicos negativos por todo o mundo, sendo o Brasil um dos países mais afetados. O impacto dessa emergência sanitária é ainda mais árduo em regiões pobres e marginalizadas, dessa forma, a Atenção Primária em Saúde tem um papel fundamental na prevenção e rastreamento precoce da doença. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico de usuários testados para COVID-19 em uma unidade básica de saúde do município João Pessoa, Paraíba. **Metodologia:** Estudo transversal analítico, realizado com usuários de ambos os sexos, mais de 18 anos, da USF Grotão, que possuíam diagnóstico laboratorial. A análise estatística foi realizada no programa Statistical Package for Social Sciences 22.0, sendo utilizado o teste U de Mann-Whitney, Qui-quadrado de Pearson e Regressão Logística Binária. A diferença estatística foi considerada quando $p < 0,05$ e o intervalo de confiança correspondente à 95%. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. **Resultados:** Analisou-se o perfil epidemiológico de 222 usuários. Questões sociodemográficas e clínicas impactaram especialmente mulheres, autodeclarados pardos, com idade entre 31 a 59 anos e ensino médio completo ou incompleto. A maioria dos usuários apresentou sintomas leves, com dor de garganta associada à negatividade do teste RT-PCR e distúrbios gustatórios e olfativos associados à positividade. Dispneia e coriza demonstraram cerca de 2 vezes mais chances para a positividade do teste RT-PCR. Comorbidades foram mencionadas em baixas frequências. **Discussão:** Evidências exibem que as iniquidades sociais influenciam a heterogeneidade de notificações. Homens, mesmo sendo mais suscetíveis a infecções, frequentam menos os serviços de saúde, sendo um grupo de risco, juntamente com negros, idosos e pessoas com baixo estudo. Os achados sintomatológicos com relevância estatística foram condizentes com a literatura, que relata ainda, melhores sensibilidades quando associado a tosse, mialgia e febre. Queixas de taquicardia, dispneia, problemas neurológicos e gastrointestinais têm sido frequentes mesmo após a infecção de casos leves. Ademais, doenças cardiorrespiratórias, diabetes mellitus e obesidade aumentam o risco de gravidade da doença. **Conclusão:** Esta pesquisa corrobora não apenas para o entendimento da patologia, mas também favorece o diagnóstico epidemiológico, que apesar das suas barreiras, torna-se uma alternativa relevante diante a alta demanda na APS.

Palavras-chave: covid-19; RT-PCR; atenção básica.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic has caused negative psychosocial, educational, and economic impacts worldwide, with Brazil being one of the most affected countries. The impact of this health emergency is even more severe in poor and marginalized regions, highlighting the crucial role of Primary Health Care in disease prevention and early detection. **Objective:** To identify the epidemiological profile of users tested for COVID-19 in a primary health care unit in the city of João Pessoa, Paraíba. **Methodology:** Analytical crosssectional study conducted with users of both sexes, over 18 years old, from the Grotão Basic Health Unit, who had a laboratory diagnosis. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences 22.0, applying the Mann-Whitney U test, Pearson's chisquare test, and Binary Logistic Regression. Statistical significance was considered at $p < 0.05$, with a corresponding 95% confidence interval. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraíba. **Results:** The epidemiological profile of 222 users was analyzed. Sociodemographic and clinical factors disproportionately affected women, self-identified pardos, individuals aged 31 to 59 years, and those with incomplete or complete secondary education. The majority of users presented mild symptoms, with sore throat associated with RT-PCR test negativity, and taste and olfactory disorders associated with test positivity. Dyspnea and runny nose showed about twice the likelihood of RT-PCR test positivity. Comorbidities were mentioned at low frequencies. **Discussion:** Evidence shows that social inequities influence the heterogeneity of notifications. Men, despite being more susceptible to infections, seek healthcare services less frequently, making them a vulnerable group, along with Black individuals, the elderly, and those with lower education. The statistically relevant symptom findings were consistent with the literature, which also reports better sensitivities when cough, myalgia, and fever are present. Complaints of tachycardia, dyspnea, neurological and gastrointestinal problems have been frequent even after the infection in mild cases. Additionally, cardiovascular and respiratory diseases, diabetes mellitus, and obesity increase the risk of disease severity. **Conclusion:** This research not only contributes to the understanding of the pathology but also supports epidemiological diagnosis, which, despite its barriers, becomes a relevant alternative in the face of high demand in Primary Health Care.

Keywords: covid-19; RT-PCR; primary care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da amostra do estudo de rastreamento da COVID-19 na USF Grotão	22
Tabela 2. Prevalência de sintomas de COVID-19 entre usuários, da USF Grotão, com e sem anticorpos contra SARS-CoV-2	24
Tabela 3. Prevalência de clínicas pré-existentes entre usuários, da USF Grotão, com e sem anticorpos contra SARS-CoV-2	25

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Território de cobertura assistencial da USF Grotão	16
Figura 2. Fluxograma do processo de análise dos dados	18
Figura 3. Notificações de casos suspeitos de COVID-19 que resultaram na solicitação do teste RT-PCR	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Doença Coronavírus 2019
DP	Desvio Padrão
EPI 's	Equipamentos de Proteção Individual
FC	Frequência cardíaca
NR	Não reagente
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
R	Reagente
RT-PCR	Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
SpO2	Saturação de oxigênio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família
VC	Valor de Cramer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
3 PERCURSO METODOLÓGICO	15
3.1 Desenho da pesquisa	15
3.2 População e amostra	15
3.3 Critérios de inclusão	16
3.4 Critérios de exclusão	16
3.5 Instrumentos e metodologia da coleta de dados	17
3.6 Análise dos dados	18
3.7 Aspectos éticos	19
3.8 Riscos e benefícios	19
4 RESULTADOS	20
4.1 Achados sociodemográficos	20
4.2 Achados clínicos	23
4.3 Análise de predição	25
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	31
7 SUGESTÕES	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO	37

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) notificou, em março de 2020, uma grave crise sanitária global, ocasionada por um agente viral da família *Coronaviridae*, denominado SARSCoV-2 (WHO, 2020). Esse, ao entrar em contato com as vias aéreas superiores (VAS) ou mucosa humana, por meio de inalação dos particulados suspensos no ar, aerossóis e gotículas, pode acarretar um conjunto de sinais e sintomas, especialmente respiratórios e gastrointestinais, os quais foram reconhecidos pela comunidade médica como: doença Coronavírus 2019 (COVID-19) (REINHARDT, 2022; LI *et al.*, 2020).

Estima-se que cerca de 15 milhões de pessoas foram a óbito devido à COVID-19, ocasionando impactos psicossociais, educacionais e econômicos negativos por todo o mundo. (JAVED *et al.*, 2020; DE SOUZA, 2020; VITENU-SACKEY & BARFI, 2021). Apesar das inúmeras notificações, a OMS ratifica que, 80% dos casos podem ser assintomáticos, algo preocupante considerando o exponencial risco de transmissão horizontal (WHO, 2020). Além disso, o recente conhecimento acerca da fisiopatologia, bem como o despreparo dos recursos humanos e materiais inerentes ao sistema de saúde, são aspectos que contribuem para alavancar as taxas de mortalidade, principalmente nos países subdesenvolvidos, onde as iniquidades sociais são mais pronunciadas (MAGALHÃES *et al.*, 2020).

No Brasil, após confirmação do primeiro caso, em 26 de fevereiro de 2020, a COVID19 atingiu a população demasiada e brutalmente, classificando o país como um dos mais acometidos mundialmente (BRASIL, 2020). Tal dado, expõe ainda a heterogeneidade das áreas de contágio, sendo aquelas com elevadas taxas de pobreza, as mais vulneráveis (SMITH & JUDD, 2020; DE SOUSA, 2000; ROCHA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, a pandemia no Nordeste, uma das regiões mais populosas, pobres e com variedade de municípios marginalizados, representa um impacto enorme para a população. Dados epidemiológicos apontam que cerca de um terço dos casos (34%) e óbitos (32%) pela doença ocorreram nessa localidade (XIMENES *et al.*, 2021).

Conforme o Ministério da Saúde, dentre os estados que compõem tal região, a Paraíba destacou-se, alcançando a segunda maior incidência cumulativa de doenças e o terceiro maior coeficiente de mortalidade acumulada. Sua capital, João Pessoa, registrou cerca de 151.087 casos, todavia, observa-se que, as consequências da emergência sanitária foram ainda mais árduas em determinados bairros, como o Grotão, localizado na periferia desse município (BRASIL, 2021).

Dito isso, a Atenção Primária em Saúde (APS) tem um papel fundamental na prevenção e promoção da saúde, bem como na notificação precoce dos casos, possibilitando a assistência e/ou encaminhamento de forma rápida e efetiva (BRASIL, 2012). No entanto, essa rede, composta por equipes de Saúde da Família (USF), enfrenta grandes desafios especialmente em tempos pandêmicos, como o subfinanciamento de recursos materiais e humanos, além de negligência governamental para viabilizar a coordenação do cuidado e a compreensão dos fluxos de atendimento (MASSUDA, 2020).

Outrossim, a inconsistência quanto à precisão dos sintomas de COVID-19, tem sido fonte de várias pesquisas, porém, aquelas de maior relevância não englobam a população brasileira, tampouco estão inseridos no contexto das USF (STRUYF *et al.*, 2020; LAN FY *et al.*, 2020; NG MY *et al.*, 2020; TOSTMAN *et al.*, 2020; VAN LOON *et al.*, 2021). Portanto, faz-se necessário a contribuição, em maior escala, de estudos, biomédicos e artefatos laboratoriais que atuem na diferenciação de infecções respiratórias comuns e de baixa mortalidade, que acarretam condições similares à COVID-19 (PEYRONY, 2021).

Nesse sentido, o teste baseado na identificação genética do SARS-CoV-2, denominado Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR), é o método padrão ouro para detecção, mas, localidades pobres e vulneráveis enfrentam com maior intensidade a escassez desse recurso, dificultando o processo de diagnóstico e, em consequência, o controle epidemiológico da doença (GOUDOURIS, 2021).

Dessa forma, a crise política e social durante a pandemia, evidenciou a desvalorização do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da APS, que esteve carente não somente na infraestrutura, mas também na atuação de profissionais de saúde, na disponibilização de teste rápido para COVID-19 e nas estratégias de vigilância e detecção precoce da doença.

Dito isso, a presente pesquisa analisará a prevalência sociodemográfica e clínica dos casos de COVID-19 em uma comunidade de João Pessoa-PB.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o perfil epidemiológico de uma população, assistida na Atenção Primária do município de João Pessoa/PB, com diagnóstico laboratorial de infecção por COVID-19.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos usuários;
- Detectar a prevalência de casos por Microárea;
- Verificar a prevalência dos sintomas e comorbidades em pessoas com COVID-19;
- Detectar os sintomas preditores de chances aumentadas para o resultado positivo de COVID-19.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo transversal analítico, que busca identificar o perfil epidemiológico de uma população, assistida na Atenção Primária do município de João Pessoa/PB, com diagnóstico laboratorial de infecção por COVID-19.

3.2 População e amostra

O bairro Grotão, localizado na Zona Sul da cidade de João Pessoa/PB, compreende uma das regiões mais populosas do município, atingindo cerca de 18 mil habitantes. Apesar disso, sua comunidade enfrenta grandes problemas socioeconômicos e ambientais, como habitações de risco, insegurança alimentar, saneamento básico precário, bem como a infraestrutura do local. Nesse sentido, a USF Grotão, formada por quatro equipes multiprofissionais, atua prestando assistência e serviços de saúde aos moradores das microáreas, denominadas como: Grotão I, Grotão II e Grotão III (figura 1) e Vista alegre, mas essa compreende a área de outro bairro, e, portanto, não será estudada nesta pesquisa.

Dito isso, a população estudada foi composta por usuários maiores de 18 anos, de ambos os sexos e todas as raças, residentes no bairro Grotão, em João Pessoa/PB, que por apresentar sinais gripais ou estar em contato com pessoas/ambientes infectados, buscaram

atendimento médico na USF Grotão, sendo realizado o teste laboratorial RT-PCR para confirmação do diagnóstico de COVID-19.

Figura 1. Território de cobertura assistencial da USF Grotão



Fonte: Google Earth, 2023

3.3 Critérios de inclusão

Foram selecionados para participar do estudo, usuários que buscaram atendimento médico na USF Grotão, de ambos os sexos, todas as raças, com +18 anos, residentes das microáreas Grotão I, II e III, que por suspeita de COVID-19, realizaram o teste RT-PCR, durante o período de janeiro a dezembro de 2021, para conclusão do diagnóstico clínico.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo aqueles usuários em que o atendimento médico na USF Grotão não estava sendo conduzido por meio do instrumento elaborado para coleta de dados (Ficha de Avaliação Médica para pacientes com Síndrome Gripal) ou que se recusaram a participar da pesquisa. Também não foram consideradas, fichas de usuárias em estado gravídico, por apresentarem uma fisiologia alterada; bem como fichas de avaliação duplicadas ou com múltiplos dados omissos. Foram excluídas ainda, as fichas de usuários que, por quaisquer motivos, não conseguiram realizar o exame laboratorial durante o tempo adequado ou apresentaram diagnóstico laboratorial não conclusivo. Para aqueles que realizaram

avaliações consecutivas, possuindo registros de dois ou mais exames laboratoriais, a exclusão ocorreu mediante o tempo, sendo incluída apenas a primeira notificação.

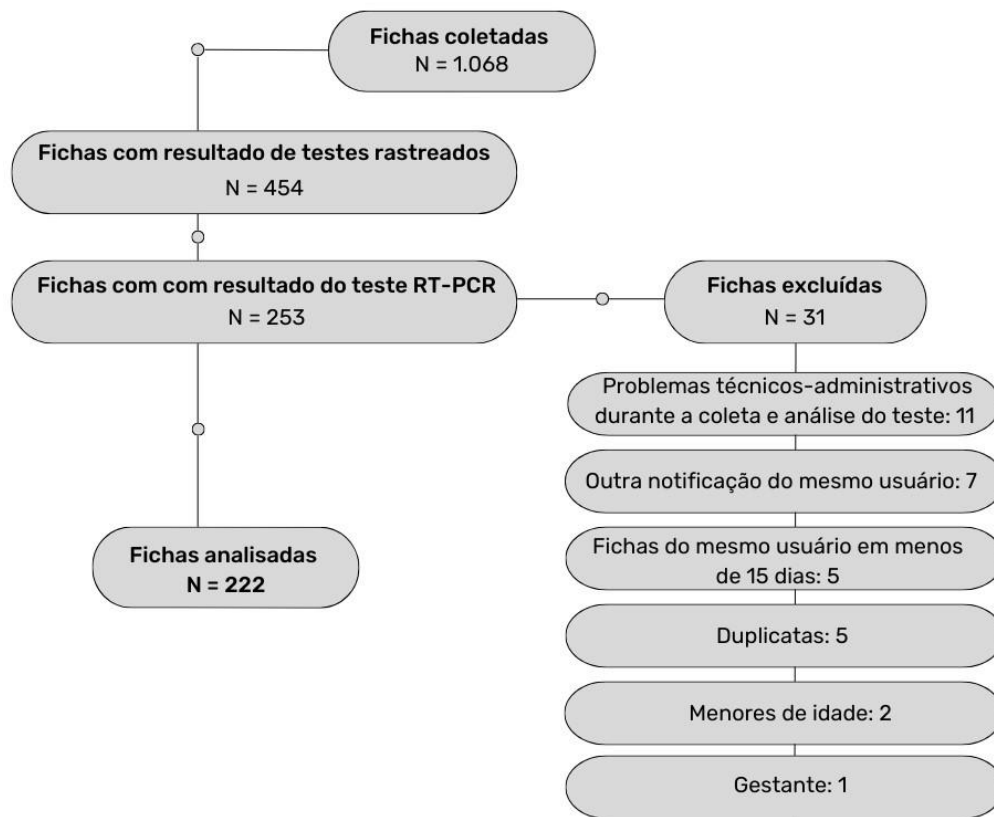
3.5 Instrumentos e metodologia da coleta de dados

Os dados foram obtidos a partir da Ficha de Avaliação Médica para pacientes com Síndrome Gripal (Anexo A), elaborada por estudantes e docentes do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em consonância com residentes do programa de Medicina da Família e Comunidade e profissionais de saúde da USF Grotão.

Estruturalmente, tal instrumento, contém variáveis discursivas e objetivas, sendo subdivididas nas seguintes dimensões: 1) dados sociodemográficos do usuário; 2) sintomas e condições clínicas; 3) presença ou ausência de contato com pessoa/ambiente contaminado e dados pessoais de contactantes domiciliares também com sintomas gripais; 4) exame físico; 5) classificação sugestiva do usuário; 6) conduta terapêutica; 7) estado e tipo do teste solicitado; 8) classificação final do usuário e evolução do caso; 9) informações complementares e observações.

Considerando a diversidade de sintomas e condições clínicas referidas pela população estudada, foi estipulado a exclusão daquelas mencionadas em baixas frequências, sendo definido, para limiar de corte, frequências de até 5%. Sendo assim, as seguintes variáveis não foram investigadas: dor na região torácica, epigástrica, abdominal, e orbicular dos olhos, espirros, calafrios, vômitos, artralgia, insônia, desorientação, taquicardia, otite, disfonia e alterações tegumentares; bem como anorexia, epilepsia, câncer, cálculo renal, hipotireoidismo, alergias, histórico de tabagismo e acidente vascular encefálico e quadros pulmonares agudos, como derrame pleural.

Abaixo, o fluxograma retrata o processo de coleta e tratamento de dados (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma da coleta e tratamento de dados

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

3.6 Análise dos dados

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados de acesso restrito e, posteriormente, analisadas no programa Statistical Package for Social Sciences 22.0 (SPSS) para Windows, que viabilizou a investigação em percentis, média e/ou desvio-padrão, dos aspectos sociodemográficos da amostra, como sexo, idade, autodeclaração racial, grau de escolaridade e local de moradia; além de estimar a prevalência de cada sintoma relatado, seja por indivíduos com diagnóstico RT-PCR positivo ou negativo para COVID-19, avaliando ainda a proporção dos sujeitos assintomáticos.

Para estabelecer comparações de resultados, foram divididos dois grupos: Não reagentes (NR) e Reagentes (R). Considerando o tamanho da amostra, foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, que determinou o estudo com amostra não paramétrica (Sig 0,000). Diante disso, utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney* para variáveis contínuas e ordinais e o teste de Qui-quadrado de *Pearson*, para as variáveis categóricas. Para as variáveis que violaram o pressuposto de baixas frequências desse teste, foi realizado o teste de Fisher.

Com o objetivo de analisar quais sintomas podem ser preditores para a positividade do teste RT-PCR e o *Odds Ratio*, para avaliar a razão de chances desta condição acontecer, aplicou-se um modelo de Regressão Logística Binária. As variáveis independentes foram selecionadas usando o método Forward de seleção de variáveis, com base na significância da estatística de escore e na probabilidade da estatística Wald; ou seja, o procedimento consiste em incluir uma variável sintomatológica por vez, sendo mantida no modelo apenas aquelas que mostram-se importantes para prever a positividade do RT-PCR. O ajuste do modelo foi avaliado usando o teste de razão de verossimilhança e a diferença estatística foi considerada quando $p < 0,05$ e o intervalo de confiança (IC) correspondente a 95%.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o número de parecer: 5.376.051. Por se tratar de um estudo de coleta de dados de prontuário, não foi necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no entanto, durante a avaliação clínica dos participantes, os mesmos foram informados acerca dos aspectos inerentes que envolvem a pesquisa.

3.8 Riscos e benefícios

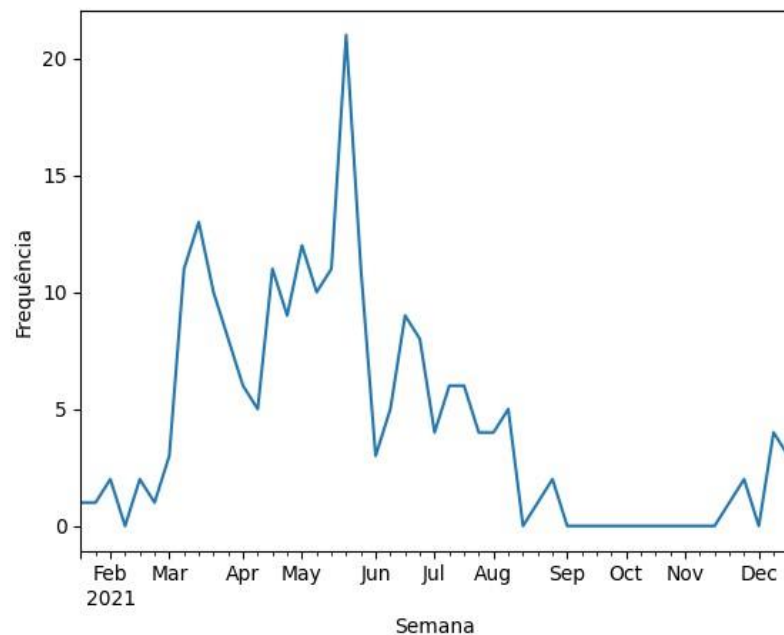
Os participantes foram convidados a disponibilizar informações clínicas e sociodemográficas, por meio da Ficha de Avaliação Médica, para que houvesse a análise e acompanhamento da evolução terapêutica. Nesse sentido, identifica-se o risco de acesso indevido de dados confidenciais, entretanto, considerando os juramentos e valores humanísticos do profissional de saúde, bem como a utilização de recursos virtuais de autenticação, espera-se que não haja danos ou qualquer forma de constrangimento. Ademais, foi esclarecido o direito em não autorizar e/ou interromper o acesso aos prontuários.

Dado o exposto, mediante a realidade social catastrófica observada durante o período pandêmico, a presente pesquisa possui benefícios importantes, uma vez que irá contribuir diretamente nas estratégias de enfrentamento à COVID-19 no âmbito da Atenção Primária. A monitorização, bem como a abordagem multidisciplinar em saúde, permitirá elucidar os possíveis achados sociodemográficos e clínicos sugestivos de infecção por SARS-CoV-2, viabilizando o diagnóstico epidemiológico, a adoção de medidas de prevenção adequadas e, posteriormente, a dimensionalização do impacto e dos danos causados à comunidade.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 222 usuários, com média de 40,03 anos ($DP = 13,18$), avaliados clinicamente, ao decorrer do ano de 2021 (figura 3), por médicos ou residentes do Programa Saúde da Família na USF Grotão. Durante o atendimento, os indivíduos apresentaram sinais vitais estáveis ($SpO_2 \bar{x} = 97,7\%/DP = 1,24$; $PAM \bar{x} = 95,16/DP = 14,6$; $FC \bar{x} = 88,10/DP = 15,7$), não sendo necessário encaminhamento para urgência ou outros níveis de atenção em saúde. Todavia, devido às condições clínicas referidas, foi solicitado o teste RT-PCR.

Figura 3. Notificações de casos suspeitos de COVID-19 que resultaram na efetivação do teste RT-PCR



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

4.1 Achados sociodemográficos

A análise laboratorial concluiu que, 145 (65,3%) pessoas estavam não reagentes (NR), enquanto 77 (34,7%) estavam reagentes (R) para o vírus SARS-Cov-2. Apontamentos sociodemográficos da população estudada estão expressos na tabela 1.

No que tange o perfil do grupo NR, foi observado maior frequência do sexo feminino (56,6%), quando comparado ao masculino (43,4%); apresentavam, média de 39,77 anos ($DP = 13,54$), sendo a faixa etária de 31 a 59 anos (66,9%) a com maior prevalência, seguida da 18 a 30 anos (25,5%) e 60+ (7,6%); eram autodeclarados pardos (57,2%), brancos (18,6%) e pretos (9,7%), no entanto, em 14,5% das fichas analisadas, esse dado esteve omissa; quanto a

escolaridade, relataram possuir Ensino Médio I/C (56,6%), Ensino Fundamental I/C (14,5%), Ensino Superior (4,8%) e Analfabetismo (0,7%), para essa variável, foi identificado ainda 23,4% de omissão; por fim, durante a notificação do caso, eram residentes das seguintes microáreas, Grotão 1 (38,5%), Grotão 2 (20,7%) e Grotão 3 (14,5%); usuários de área descoberta compreenderam 26,2%.

De forma semelhante, o perfil sociodemográfico do grupo R, caracterizou-se por: maior frequência do sexo feminino (51,9%), quando comparado ao masculino (48,1%); média de 41,66 anos (DP = 15,77), sendo a faixa etária de 31 a 59 anos (64,9%) a com maior prevalência, seguida da 18 a 30 anos (26,0%) e 60+ (9,1%). Eram autodeclarados pardos (55,8%), brancos (20,8%) e pretos (5,2%), no entanto, em 18,2% das fichas analisadas esse dado esteve omissos; quando observado a escolaridade, relataram possuir Ensino Médio I/C (42,9%), Ensino Fundamental I/C (19,5%), Ensino Superior (9,1%) e Analfabetismo (1,3%), para essa variável, foi identificado ainda 27,3% de omissão; durante a notificação do caso, eram residentes da microárea Grotão I (36,4%), II (27,3%), Grotão III (26,0%); usuários de área descoberta compreenderam 10,4%.

Considerando a totalidade de indivíduos presentes na amostra, verificou-se ainda que 29,3% e 14,9% dos usuários pertencentes aos grupos NR e R, respectivamente, reportaram contato recente com caso suspeito/confirmado de COVID-19, contrapondo-se a 27,5% e 13,5% daqueles sem contato prévio e aos 8,6% e 6,3% que não informaram esse aspecto.

Dos que entraram em contato com alguém suspeito/confirmado com a doença, 48,4% (NR: 29,0%, R: 19,4%) e 39,8% (NR: 29,0%, R: 10,8%) indicaram que tal exposição ocorreu no ambiente familiar e de trabalho, respectivamente; as demais frequências foram distribuídas considerando a relação entre vizinhos (6,5%), amigos (3,2%), ambiente escolar e hospitalar (1,1% cada).

Foi necessário, então, avaliar a dinâmica socioeconômica em que a população estava inserida. Embora o cargo ocupacional seja uma variável de grande omissão (22,5%), os serviços de atendimento ao cliente (14,9%), assim como o envolvimento em atividades domésticas (10,4%) e construção civil (9,0%), destacaram-se, nesta população, como ambientes de maior frequência de casos suspeitos de COVID-19.

Tabela 1. Descrição da amostra do estudo de rastreamento da COVID-19 na USF Grotão

Variável	N	(%)
Sexo		
Feminino	122	55,0
Masculino	100	45,0
Idade		
18 a 30 anos	57	25,7
31 a 59 anos	147	66,2
≥60	18	8,1
Autodeclaração racial		
Parda	126	56,8
Preta	18	8,1
Branca	43	19,4
Não informado	35	15,8
Grau de escolaridade		
Analfabeto	02	0,9
Ensino fundamental incompleto ou completo	36	16,2
Ensino médio incompleto ou completo	114	51,4
Ensino superior incompleto ou completo	15	6,8
Não informado	55	24,8
Local de moradia		
Grotão 1	84	37,8
Grotão 2	51	23,0
Grotão 3	41	18,5
Área descoberta	46	20,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Apesar dos percentis expostos, o teste Qui-quadrado de *Pearson* evidencia que, para a amostra em questão, o resultado do teste (NR ou R) não esteve associado ao contato recente de pessoas suspeitas/confirmado de COVID-19 [$X^2(5) = 5,566$, $p = 0,664$], $\Phi = 0,68$. Contribuindo com esse achado, o teste de Fisher expõe a ausência de associação entre o resultado do teste com o ambiente de exposição aos casos suspeitos/confirmados [$X^2(2) = 1,035$, $p = 0,596$], $VD = 0,606$.

O teste Qui-quadrado de *Pearson* permitiu também verificar que, há associação significativa entre o resultado do teste com a microárea em que os usuários residiam [$X^2(3) = 10,685$, $p = 0,014$], com valor de Cramer (VD) = 0,219. Todavia, não houve tal associação com relação ao sexo dos usuários [$X^2(1) = 0,431$, $p = 0,512$], $\Phi = -0,044$; bem como suas autodeclarações raciais [$X^2(3) = 1,809$, $p = 0,613$], $VD = 0,90$; faixas etárias [$X^2(2) = 0,174$, $p =$

0,917), VD = 0,28; grau de escolaridade [$X^2(4) = 5,011$, $p = 0,266$], VD = 0,349; e, até mesmo, a presença ou não de sintomatologias [$X^2(1) = 0,533$, $p = 0,465$], Phi = 0,049.

4.2 Achados clínicos

Diferentes sintomatologias foram mencionadas em 99,5% da amostra, ou seja, durante a avaliação médica, apenas 0,5% estava na condição assintomática. Considerando tamanha variabilidade, o estudo estabeleceu como critério de análise os elementos com frequência $\geq 5\%$. Dessa forma, destacam-se os seguintes sintomas: cefaleia (79,3%), tosse (66,2%), febre (58,6%), dor de garganta (55,0%), coriza (54,1%), diarreia (34,7%), distúrbios gustatórios (32,9%), mialgia (29,7%), distúrbios olfativos (27,9%), náusea (26,1%), dispneia (23,0%), vertigem (20,7%), fadiga (8,1%) e congestão nasal (6,3%).

A fim de identificar a prevalência dos sintomas autorreferidos entre as populações NR (65,3%) e R (34,7%), analisou-se a clínica dos usuários, sendo realizado o teste U de *MannWhitney*, que mostrou relevância estatística nos distúrbios gustatórios e olfativos, bem como dor de garganta (tabela 2).

A análise confirmatória das diferenças, realizada por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson*, identificou a associação significativa entre o resultado do teste RT-PCR com os seguintes sintomas: distúrbios gustatórios [$X^2(1) = 34,894$, $p = 0,000$], Phi = 0,396]; distúrbios olfativos [$X^2(1) = 26,879$, $p = 0,000$], Phi = 0,348]; e dor de garganta [$X^2(1) = 4,298$, $p = 0,038$], Phi = -0,139].

Tabela 2. Prevalência de sintomas de COVID-19 entre usuários, da USF Grotão, com e sem anticorpos contra SARS-CoV-2

Sintoma	Negativos		Positivos		Qui-quadrado p valor
	n	Prevalência (%)	n	Prevalência (%)	
Cefaleia	116	65,9	60	34,1	$p < 0,717$
Tosse	96	65,3	51	34,6	$p < 0,997$
Febre	81	62,3	49	37,6	$p < 0,264$
Dor de garganta*	87	71,3	35	28,6	$p < 0,039$
Coriza	85	70,8	35	29,1	$p < 0,062$
Diarreia	50	64,9	27	35,0	$p < 0,931$
Distúrbios gustativos*	28	38,3	45	61,6	$p < 0,000$
Mialgia	44	66,6	22	33,3	$p < 0,784$
Distúrbios olfativos*	24	38,7	38	61,2	$p < 0,000$
Náusea	41	70,6	17	29,3	$p < 0,318$
Dispneia	39	76,4	12	23,5	$p < 0,057$
Vertigem	30	65,2	16	34,7	$p < 0,988$
Fadiga	14	77,7	4	22,2	$p < 0,248$
Congestão nasal	11	78,5	3	21,4	$p < 0,283$

* p valor < 0,05

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

A presença de condições clínicas pré-existentes foi registrada de maneira categórica. Nos usuários, foram identificadas as seguintes prevalências: 41,0% apresentava Sinais Gripais (SG) leves sem comorbidades (NR: 25,7%; R: 15,3%); 7,2% tinham SG leve com comorbidades controladas (NR: 4,1%; R: 3,2%); 5,4% possuía SG leve com comorbidades não controladas (NR: 3,6%; R: 1,8%); e 0,5% tinha SG com critérios de gravidade/instabilidade (NR). Para a mesma classificação, 23,4% eram suspeitos de COVID leve sem comorbidades (NR: 16,7%; R: 6,8%); 8,6% suspeitos de COVID leve com comorbidades controladas (RN: 6,3%; R: 2,3%); e 1,8% suspeitos de COVID leve com comorbidades não controladas (NR: 0,9%; R: 1,8%). Em 12,2% das fichas de avaliação analisadas esse dado esteve omissa.

Levando em conta o critério estabelecido de análise com frequência $\geq 5\%$, foram analisadas as variáveis: doença respiratória crônica (8,0%), doença cardíaca crônica (18,0%), diabetes mellitus (5,9%), obesidade (5,4%). A tabela 3 exibe a prevalência, de acordo com o agrupamento da amostra; assim como o teste U de *Mann-Whitney*, que mostrou ausência de relevância estatística nas condições citadas acima.

Tabela 3. Prevalência de clínicas pré-existentes entre usuários, da USF Grotão, com e sem anticorpos contra SARS-CoV-2

Condições clínicas pré-existentes	Prevalência (%)			Total (%)	Qui-quadrado p valor
	Não	Sim	Dado omissio		
Doenças respiratórias crônicas					p < 0,396
Não reagente	19,8	3,2	42,3	65,3	
Reagente	65,3	0,5	24,8	34,7	
Doenças cardíacas crônicas					p < 0,208
Não reagente	11,7	11,3	42,3	65,3	
Reagente	3,2	6,8	24,8	34,7	
Diabetes Mellitus					p < 0,200
Não reagente	20,3	2,7	42,3	65,3	
Reagente	6,8	3,2	24,8	34,7	
Obesidade					p < 0,356
Não reagente	18,9	4,1	42,3	65,3	
Reagente	8,6	1,4	24,8	34,7	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

4.3 Análise de predição

Para identificar os possíveis sintomas preditores para o desfecho - Resultado do Teste RT-PCR Positivo - foi realizado o modelo de regressão logística binária com método Forward (tabela 4), utilizando as seguintes variáveis independentes: cefaleia, tosse, febre, dor de garganta, coriza, diarreia, distúrbios gustatórios, mialgia, distúrbios olfativos, náusea, dispneia, vertigem, fadiga e congestão nasal.

Dispneia e coriza apresentaram Odds ratio de 2,321 e 2,187, respectivamente, sendo os únicos sintomas que demonstraram cerca de 2 vezes mais chances para a positividade do teste RT-PCR.

Tabela 4. Modelo de regressão logística binária Forward com os previsores sintomatológicos

Variável		Exp. B	P valor	95% IC	
				Inferior	Superior
Etapa 4	Dispneia	2,321	0,036	1,056	5,101
	Coriza	2,187	0,018	1,146	4,172
	Constante	0,829	0,001		

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

5 DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa exibem prevalências sociodemográficas e clínicas de usuários, com diagnóstico laboratorial de infecção por COVID-19, assistidos na APS do município de João Pessoa/PB. Dessa forma, nossos resultados demonstram prevalência do sexo feminino, autodeclarados pardos, com faixa etária entre 31 a 59 anos e com ensino médio completo ou incompleto. Além disso, sintomas leves estiveram presentes em 99,0% da amostra, sendo dor de garganta, distúrbios gustatórios e olfativos, dispneia e coriza as únicas variáveis clínicas que obtiveram resultados relevantes.

Em 2021, os dados epidemiológicos nacionais indicaram um platô na notificação de casos suspeitos de COVID-19, sugerindo um efeito positivo do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a doença (BRASIL, 2021). No entanto, a emergência de novas variantes, conhecidas como Gamma (P.1) e Zeta (P.2), resultou em picos de notificações de pessoas que possuíam maior gravidade clínica (MICHELON, 2021). Na presente amostra, o aumento da incidência foi notado especialmente entre os meses de março a junho, no entanto, com prevalência de sintomas leves, diferindo do panorama nacional, que enfrentou um aumento significativo em fevereiro e março de casos graves.

Corroborando com o dado exposto, estudos revelam que essas variações temporais podem sugerir influências regionais e fatores específicos na disseminação do vírus, como o contexto e necessidades da população local, sendo ambientes pobres e de vulnerabilidade, como o nordeste brasileiro, os mais afetados e durante mais tempo (SMITH & JUDD, 2020; DE SOUSA, 2000; ROCHA *et al.*, 2021). Dito isso, fatores sociodemográficos, como sexo, raça, idade e grau de escolaridade contribuem diretamente no aumento do risco de infecção por SARS-CoV-2 (MOREIRA, 2021).

Nesta pesquisa, apesar de não haver diferença estatística, verificou-se a maior prevalência de mulheres em ambos os grupos. No que se refere a características biológicas, evidências expõem que o sexo feminino, quando comparado ao masculino, possui mais células imunes, tendo elas, um nível de expressão 10 vezes maior (VOM STEEG & KLEIN, 2016). Por outro lado, aspectos comportamentais como o consumo de álcool e cigarros, bem como negligência no uso de EPI's, são mais observados em homens, deixando-os em uma posição de maior suscetibilidade a infecções virais (BWIRO, 2020).

Apesar disso, a masculinidade tóxica, intrinsecamente ligada ao modelo sociocultural machista que vivemos, reforça os estereótipos de gêneros, como a falta de conscientização da

saúde, a supressão da fragilidade e relutância no autocuidado, favorecendo comportamentos como a baixa na procura por serviços médicos (LEVORATO *et al.*, 2014), o que explicaria o percentual de notificação dos casos analisados.

Estudos anteriores mostram ainda que, pessoas pretas ou pardas, idosas e com menor grau de escolaridade, são as mais vulneráveis ao contágio (MOREIRA, 2021). Embora registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) exiba o predomínio dessas autodeclarações raciais na área do Grotão, o seu perfil populacional é composto por mais jovens e adultos, o que pode ter refletido nos resultados de idade e escolaridade desta pesquisa.

Considerando também que, apenas 32,9% das famílias do Grotão possuem uma renda acima de 2 salários mínimos (IBGE, 2012), a expressiva prevalência de notificações em indivíduos na faixa etária economicamente ativa pode estar relacionada à maior situação de exposição ao vírus, que foi incentivada ainda mais com as declarações e posturas questionáveis do governo federal, ao negar ou desacreditar a gravidade da pandemia, assim como desencorajar o uso de máscaras e o distanciamento social (LOPES & LEAL, 2020).

Segundo estudos baseados na Classificação Brasileira de Ocupações, as profissões de maior risco estão direcionadas para as áreas da saúde, transporte, educação e segurança (LIMA, COSTA & SOUZA, 2020), no entanto, tais ocupações não refletem a realidade da amostra analisada, que exercem trabalhos marginalizados e, por vezes, não possuem recursos adequados de segurança à saúde.

Somado às questões sociodemográficas, os aspectos clínicos são de fundamental importância no desfecho da COVID-19. Dentre os sintomas mais relatados na literatura estão tosse, febre, fadiga, dor de cabeça e perda de olfato ou paladar. Entretanto, a apresentação clínica da doença pode variar de pessoa para pessoa, e há outros sintomas que podem estar presentes em diferentes graus de intensidade.

Considerando que, cerca de 75% dos sequenciamentos identificados no Brasil, em 2021, correspondiam as cepas Gamma e Zeta, associadas na literatura a uma maior gravidade da doença (MICHELON, 2021), ressalta-se que, em nosso estudo, a população, majoritariamente, apresentavam queixas leves.

Os nossos achados sintomatológicos, apontaram que a dor de garganta esteve associada ao resultado NR, corroborando com estudos anteriores, que ressalta a presença desse sintoma em diversas infecções respiratórias. Em contrapartida, os distúrbios gustatórios e olfativos, únicos sintomas com maior frequência no grupo R, configuram sintomas sensíveis à reatividade do teste RT-PCR (SAVOY, 2023).

Segundo a revisão sistemática de Costa *et al.*, 2020, há uma frequência de 56,4% e 60,7% de distúrbios no paladar e olfato, respectivamente, em pacientes com COVID-19. Sabendo que as intensidades diferem, o tempo de recuperação dos sentidos também varia, no entanto, quando ocorre, geralmente se dá nas duas primeiras semanas após a resolução da doença, sendo algo que ainda carece de estudos.

Segundo dados da Cochrane, os quadros clínicos citados acima, somados a tosse, mialgia e febre, representam melhores sensibilidades (STRUYF *et al.*, 2022; SAVOY, 2023; NOROOZNEZHAD *et al.*, 2020), no entanto, para os últimos sintomas citados, esta pesquisa não mostrou diferença entre os grupos.

Os demais sintomas autorreferidos, como dor de cabeça e distúrbios gastrointestinais também são relatados na literatura, no entanto, a dispneia normalmente é a condição aguda que mais preocupa a equipe de saúde. Estudos expõem associações dessa condição com um risco 6 vezes maior do paciente necessitar de cuidados intensivos e um risco 7 vezes maior de óbito. Por isso, o monitoramento das famílias, mesmo em isolamento social, deve ser constante (ROTHAN & BYRAREDDY, 2020; MOREIRA, 2021; LIU *et al.*, 2020).

Esse desconforto respiratório é um achado clínico frequente na COVID-19, aumentando a sensibilidade do diagnóstico clínico, principalmente em menores de 60 anos (XIE *et al.*, 2020). Segundo revisões sistemáticas, sua prevalência média é de 47% e 29% em adultos hospitalizados e não hospitalizados, respectivamente (DING *et al.*, 2020), em nossa amostra, ela esteve presente em 23,5% do grupo R, aproximando-se do valor esperado. Trata-se, portanto, de um indicador importante no processo de triagem.

Outro sintoma bastante citado nos estudos é a coriza/congestão nasal, que por estar presente em várias outras doenças respiratórias, possui baixa sensibilidade para COVID-19, ou seja, muitos indivíduos diagnosticados podem não apresentar esse achado clínico. Esse achado condiz com as prevalências de apenas 29,1% e 21,4% no grupo reagente. Todavia, esses sintomas possuem alta especificidade para COVID-19, dessa forma, em suas presenças, a infecção por SARS-CoV-2 é uma sugestiva possibilidade, devendo ser consideradas em consonância com outros sintomas (MAO *et al.*, 2020; WANG, *et al.*, 2020).

Além disso, sabe-se que a presença de comorbidades influenciam o risco de gravidade da doença, elevando os índices de morbimortalidade, especialmente em idosos. Nesse quesito, esta pesquisa obteve valores não significativos, no entanto, baixas frequências evidenciaram a presença de doenças cardiorrespiratórias, diabetes mellitus e obesidade.

Doenças respiratórias obstrutivas crônicas têm sido associadas a sintomas mais graves de COVID-19 devido à resposta inflamatória intensa desencadeada no sistema respiratório que afeta negativamente a capacidade pulmonar (LI *et al.*, 2021). Além disso, há uma grande prevalência de infecções em doentes cardiovasculares, indicando que SARS-CoV-2 possui uma afinidade pelo tecido cardíaco. A literatura aponta ainda que a diabetes mellitus contribui para o aumento da gravidade da infecção, assim, além do vírus prejudicar o metabolismo da glicose, agravando o quadro sistêmico, o uso de medicamentos que estimulam a enzima conversora de angiotensina 2 pode aumentar o risco de desfechos fatais (NOROOZNEZHAD *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2021).

Um estudo realizado por Gao et al. 2020, ao analisar a obesidade, constatou um risco três vezes maior de desenvolvimento de COVID-19 grave em indivíduos obesos. Os resultados também mostraram que a cada aumento de uma unidade no índice de massa corporal (IMC), houve um aumento de 12% no risco de COVID-19 grave. Essa associação permaneceu significativa mesmo após considerar fatores como idade, sexo, tabagismo, hipertensão, diabetes e dislipidemia.

Nesta pesquisa, não foi possível acompanhar os desfechos dos casos notificados, mas, considerando que a maioria apresentava sintomas leves, acredita-se que boa parcela dos usuários evoluiu para a recuperação. Mesmo nesses casos, cerca de 10% a 30% da população sofre, por mais de três meses, com a resposta inflamatória e hiperatividade simpática prolongada, que pode resultar em taquicardia, dispneia, dores no peito, fadiga e mialgia, além de outros sintomas neurológicos e gastrointestinais (HACHUL, ALMEIDA & SCANAVACCA, 2023). Tal condição, denominada Síndrome pós-Covid, é algo que merece ser estudado na nossa população.

Dado o exposto, a pandemia trouxe à tona um cenário insegurança, medo e realce das iniquidades sociais em saúde, salientado, inclusive, pelas medidas irresponsáveis do governo federal em vigência no ano de 2021 que, ao impor mais desafios na prevenção, promoção, detecção e acompanhamento dos usuários, contribuiu para o colapso do SUS, enfraquecendo, principalmente, as demandas na APS, seja aquelas relacionadas aos usuários suspeitos/confirmados de infecção por SARS-CoV-2 ou aquelas relacionadas aos atendimentos de rotina (MASSUDA, 2020).

Dito isso, o diagnóstico precoce é um aspecto chave no enfrentamento da COVID-19. Infelizmente, apesar da teste RT-PCR ser uma medida recomendada em casos suspeitos, a falta de insumos, como swabs e reagentes, bem como, a infraestrutura limitada de laboratórios, a

ausência de distribuição adequada nas regiões brasileiras e padronização dos testes, são aspectos que restringem o rastreamento e o monitoramento dos índices pandêmicos, ocasionando o aumento da subnotificação (SANTOS *et al.*, 2020; MORAES *et al.*, 2020; CONSOLI, *et al.*, 2020). Sendo assim, o diagnóstico epidemiológico, associado a vigilância em saúde, são meios viáveis e de extrema importância para o controle da COVID-19, contribuindo para a investigação e isolamento dos casos que atuam interrompendo o ciclo de transmissão.

6 CONCLUSÃO

Esse estudo mostrou que, em uma localidade de vulnerabilidade, questões sociodemográficas e clínicas impactam o usuário atendido com suspeita de diagnóstico de COVID-19 na APS. Sendo assim, foi possível verificar na população reagente e não reagente, a prevalência do sexo feminino, autodeclarados pardos, com faixa etária entre 31 a 59 anos, que possuíam ensino médio completo ou incompleto e residiam na microárea Grotão I.

Quadros clínicos apresentando sintomas leves estiveram presentes na maioria da amostra, sendo relatado as seguintes queixas: cefaleia, tosse, febre, dor de garganta, coriza, diarreia, distúrbios gustatórios, mialgia, distúrbios olfativos, náusea, dispneia, vertigem, fadiga e congestão nasal. Somente dor de garganta, distúrbios gustatórios e olfativos mostraram associação significativa com o resultado do teste, sendo o primeiro mais frequente no grupo NR e os demais no grupo R. Conforme a análise de predição usuários com dispneia e coriza apresentam cerca de 2 vezes mais chances para o resultado positivo do teste RT-PCR.

A maioria dos usuários relatou ausência de comorbidades, no entanto, daqueles que com alguma condição clínica pré-existente, foi identificado, em baixas frequências, a presença de doenças cardiorrespiratórias crônicas, diabetes mellitus e obesidade. Acredita-se que, estratégias de atenuação na omissão dos dados devem ser melhor elaboradas nas pesquisas futuras, afinal, isso dificulta a análise fidedigna do perfil populacional estudado.

Dado o exposto, a APS desempenha um papel importante na prevenção, detecção, notificação e acompanhamento dos casos de COVID-19. Assim, considerando a escassez de testes RT-PCR nesse nível de atenção à saúde, bem como a variedade de fatores e condições que impactam a qualidade de vida das pessoas, o presente estudo contribuiu para o entendimento da patologia, favorecendo o processo de trabalho dos profissionais frente à doença e o diagnóstico epidemiológico, que apesar das suas barreiras, torna-se uma alternativa de grande relevância, especialmente diante a alta demanda na APS.

7 SUGESTÕES

Considerando a possibilidade de a exposição ao vírus estar relacionada com o local de trabalho, sugere-se mais estudos com o protagonismo de pessoas em cargos marginalizados. Além disso, dado as limitações do estudo, bem como as recentes evidências da repercussão tardia nos aspectos biopsicossocial, sugere-se o acompanhamento desta população, a fim de estabelecer estratégias de prevenção, cuidado e valorização da APS diante das iniquidades sociais.

REFERÊNCIAS

- BAKER S.; NADIKATTU R.R.; MOHAMMAD S.M.; SATISH S.; NAGENDRA PRASAD M.N.; CHOUHAN R.S. (Eds.). COVID-19 Pandemic Update Salem Tamil Nadu: Royal Book Publishing-International p.48-49 2020.
- BARFI R. The impact of COVID-19 pandemic on the global economy: emphasis on poverty alleviation and economic growth Economics and Finance Letters v8 n1 p32-43 2021.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE PLANO NACIONAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 Secretaria extraordinária de enfrentamento à covid-19 secovid Brasília 11º edição p1-124 2021.
- BRASIL Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Atenção Básica Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Brasília Ministério da Saúde 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2016.
- BWIRO G.M. Coronavirus: Why Men are More Vulnerable to COVID-19 Than Women? SN Compr Clin Med v2 p874-6.
- CONSOLI R.A. et al. Desafios da realização de testes moleculares para SARS-CoV-2 em larga escala no Brasil Revista de Saúde Pública v54 p113.
- COSTA, Klinger V.T. da *et al.* Olfactory and taste disorders in COVID-19: a systematic review. Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology, [S.L.], v. 86, n. 6, p. 781-792, nov. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2020.05.008>.
- DE SOUZA. Impacts of COVID-19 pandemic on global education In: BAKER S.; NADIKATTU R.R.; MOHAMMAD S.M.; SATISH S.; NAGENDRA PRASAD M.N.; CHOUHAN R.S... (Eds.). COVID-19 Pandemic Update Salem Tamil Nadu: Royal Book Publishing-International p.48-49 2020.
- DING, Xun et al. Chest CT findings of COVID-19 pneumonia by duration of symptoms. European Journal Of Radiology, [S.L.], v. 127, p. 109009, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejrad.2020.109009>.
- GAO F. et al. Obesity is a Risk Factor for Greater COVID-19 Severity Diabetes Care [Preprint] 2020.
- GOUDOURIS, E.S. Laboratory diagnosis of Covid-19. J. Pediatr (Rio J), v. 97, n. 1, p. 7-12, 2021.
- HACHUL, D.; ALMEIDA, T.; SCANAVACCA, M. Disautonomias Pós-COVID: Importância do Reconhecimento Precoce e da Implementação de Programas de Recuperação. Arq Bras Cardiol, v. 120, n. 3, e20230110.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Censo Brasileiro de 2010 Rio de Janeiro IBGE 2012.
- JAVED, B.; SARWER, A.; SOTO, E.B.; MASHWANI, Z.U. The coronavirus (COVID-19)

Pandemic's impact on mental health. *International Journal of Health Planning and Management*, v. 35, n. 5, p. 993-996, 2020.

LAN, F.Y. et al. COVID-19 symptoms predictive of healthcare workers' SARS-CoV-2 PCR results. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado 2023 Maio 5];15(6):e0235460. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235460>

LEVORATO, C.D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Colet*, v. 19, n. 4, p. 1263-74.

LI, J. et al. Epidemiology of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of clinical characteristics, risk factors, and outcomes. *Journal Of Medical Virology*, v. 93, n. 3, p. 14491458, 25 ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.26424>.

LIMA, Y.O.; COSTA, D.M.; SOUZA, J.M; Risco de Contágio por Ocupação no Brasil. Impacto COVID-19, Rio de Janeiro, 26 de Mar. de 2020.

LIU, Yingxia et al. Clinical and biochemical indexes from 2019-nCoV infected patients linked to viral loads and lung injury. *Science China Life Sciences*, [S.L.], v. 63, n. 3, p. 364374, 9 fev. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11427-020-1643-8>

LOPES, I.; LEAL, D. Entre a pandemia e o negacionismo: a comunicação de riscos da Covid19 pelo Ministério da Saúde do Brasil. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, n. 145, p. 261-280, 2020.

MAGALHÃES, C.M. et al. Main SARS-CoV-2 variants notified in Brazil. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 53, n. 2, 2021.

MAO, L et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, v. 5, n. 7, p. 667-678, 2020.

MASSUDA A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva* v25(4):1181-1188.

MORAES C.L. et al... COVID-19 in Brazil: challenges for the detection and control of the disease *Journal of Medical Virology* v92 p1390-1395.

MOREIRA, R.S. et al. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à COVID-19 no Brasil: resultados da pnad-covid19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 0-9.

NOROOZNEZHAD, A.H. Primary Symptoms Comorbidities and Outcomes of 431 Hospitalized Patients with Confirmative RT-PCR Results for COVID-19. *The American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene*, v. 103, n. 2, p. 834-837.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WHO Director-General's opening remarks at media briefing on COVID-19 Geneva World Health Organization Disponível em

<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—11-march-2020>

PEYRONY, O. et al. Precisão dos achados clínicos do departamento de emergência para o diagnóstico de COVID-19: uma revisão sistemática e meta-análise. *Emerg Med J*, v. 38, n. 2, p. 96–102.

ROTHAN, H.A.; BYRAREDDY, S.N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun*, v. 109, p. 102433.

SANTOS J.M.M et al. COVID-19 in Brazil challenges for the acquisition and distribution of diagnostic tests *Journal of Medical Virology* v92 p1346–1350

SAVOY, M. et al. Diagnostic Performance of Individual Symptoms to Predict SARS-CoV-2 RT-PCR Positivity and Symptom Persistence among Suspects Presenting in Primary Care during the First Wave of COVID-19. *Infectious Disease Reports*, v. 15, n. 1, p. 112–124.

STRUYF, T. et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, v. 2022, n. 5, p. 1–09.

TOSTMANN, A. et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill*, v. 25, n. 16, p. 2000508.

UZUNIAN A Coronavirus SARS-CoV-2 and Covid-19 *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* v56 Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20200053>

VAN LOON, N. et al. Diagnosis of COVID-19 based on symptomatic analysis of hospital healthcare workers in Belgium: observational study in a large Belgian tertiary care center during early COVID-19 outbreak. *J Occup Environ Med*, v. 63, n. 1, p. 27–31.

VIEIRA, A.B.D.; MONTEIRO, P.S.; SILVA, A.L. Iniquidades sociais em tempos de pandemia de covid-19: uma reflexão. *Revista Bioética*, v. 29, n. 3, p. 459–465.

VITENU-SACKEY P.A The impact of COVID-19 pandemic on the global economy emphasis on poverty alleviation and economic growth *Economics and Finance Letters* v8 n1 p32–43

VOM STEEG, L.G.; KLEIN, S.L. Sex matters in infectious disease pathogenesis. *PLoS Pathog*, v. 12, n. 2, p. e1005374.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva World Health Organization; Feb28

WANG, Wenling *et al.* Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *Jama*, [S.L.], v. 323, n. 18, 11 mar. 2020. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.3786>.

XIE, J et al. The clinical characteristics of the 74-year-old man who recovered from COVID-19 after 9 days in the intensive care unit: A case report. *Medicine*, v. 99, n. 23, 2020.

XIMENES, R.A.A et al. Covid-19 no nordeste do Brasil: entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.39422020>>.

ANEXO

Ficha de Atendimento aos Pacientes com Síndrome Gripal - USF Integrada Grotão – João Pessoa/ PB

e-Sus notifica nº	Profissional de Saúde () Sim () Não	Profissional de Segurança () Sim () Não	Data da notificação:	
Nome Completo			CPF	
CNS	Data de Nascimento		Idade	Profissão
Nome Completo da Mãe			País de Origem:	
Sexo () F () M	Raça/COR () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena: etnia _____	() Ignorado		
Grau de escolaridade:			ACS /Microárea	
CEP	Município de Residência		Estado	
Logradouro	Nº	Bairro		
Complemento			Prontuário	
Telefone celular		Telefone 2	Data do início dos Sintomas ____ / ____ / ____	
SINTOMAS () Dor de cabeça () Tosse () Coriza () Assintomático () Febre () Dispneia () Náusea () Distúrbios gustatórios () Distúrbios olfativos () Tontura () Diarreia () Dor de garganta () Outros				
CONDIÇÕES () Doenças respiratórias crônicas descompensadas () Doenças cardíacas crônicas () Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4, 5) () Portadores de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica () Imunossupressão () Gestante () Puérpera (até 45 dias do parto) () Obesidade				
Teve contato recente com caso suspeito/confirmado de covid19? () Não () Sim Quem/Onde: _____				
Nome dos CONTACTANTES DOMICILIARES			Idade	Agravo de Saúde
EXAME FÍSICO Temperatura PA SatO2 FR Peso (se criança) FC Ausculta respiratória Ausculta cardíaca				
Classificação () SG leve sem comorbidades () Suspeito Covid leve sem comorbidades () SG leve com comorbidades controladas () Suspeito Covid leve com comorbidades controladas () SG leve com comorbidades não controladas () Suspeito Covid leve com comorbidades não controladas () SG com critérios de gravidade/instabilidade () Suspeito Covid com critérios de gravidade/instabilidade				
Conduta () Atestado () Sintomáticos () Outros: _____ () Isolamento _____ dias _____ CID: _____				
ESTADO DO TESTE () Solicitado Data da Coleta do Teste Tipo de Teste Resultado do Teste () Coletado () RT-PCR () Negativo () Concluído ____ / ____ / ____ () Teste rápido anticorpo () Positivo () Exame não solicitado () Teste rápido antígeno () Inconclusivo ou indeterminado () Enzima imunoensaio (ELISA) () Quimioluminescência (CLIA)				
Classificação final		Evolução do Caso		
() Descartado		() Cancelado	() Óbito	
() Confirmado clínico-epidemiológico		() Ignorado	() Cura	
() Confirmado laboratorial		() Em tratamento domiciliar		
() Síndrome gripal não especificada		() Internado	() Internado em UTI	
Informações Complementares e Observações				