

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COVID DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EM 2020**

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS ADMITTED TO
THE COVID INTENSIVE CARE UNIT OF A UNIVERSITY
HOSPITAL IN 2020

Cristina Novais Venson¹,
Fernanda da Cruz Coltri²,
Flávia Andrade Martins³,
Rafaela Brinquedo Teodoro⁴,
Raiane christina moreirados santos⁵,
Flávio Campos Fontoura⁶.

RESUMO:

Introdução: A atual pandemia de COVID-19 teve seus primeiros casos relatados em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, na China. O status pandêmico da COVID-19 foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. A COVID-19 trata-se de uma doença respiratória decorrente da infecção causada pelo novo coronavírus. A maioria dos casos de infecção não é grave, porém alguns indivíduos infectados requerem hospitalização e cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados na UTI- Covid-19 do Hospital Júlio Müller, Cuiabá- MT, no período de abril a novembro de 2020. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, observacional e descritivo, realizado a partir da coletada de informações de prontuários de pacientes admitidos na UTI COVID-19. dos pacientes, 30% evoluíram para óbito, 69% progrediram para alta da UTI e 1% foi transferido de unidade hospitalar.

Palavras Chaves: COVID-19; Unidades de Terapia Intensiva; Suporte Ventilatório;

ABSTRACT:

Introduction: The current COVID-19 pandemic had its first reported cases in December 2019 in Wuhan, Hubei province, China. COVID-19's pandemic status was recognized by the World

¹ Discente do curso de Fisioterapia do Univag

² Discente do curso de Fisioterapia do Univag

³ Discente do curso de Fisioterapia do Univag

⁴ Discente do curso de Fisioterapia do Univag

⁵ Discente do curso de Fisioterapia do Univag

⁶ Docente do curso de Fisioterapia do Univag

Health Organization (WHO) on March 11, 2020. COVID-19 is a respiratory disease resulting from the infection caused by the new coronavirus. Most cases of infection are not serious, but some infected individuals require hospitalization and intensive care. Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of patients admitted to the ICU-Covid-19 of Hospital Júlio Müller, Cuiabá-MT, from April to November 2020. Methodology: This is a retrospective, observational and descriptive study, carried out from the collection of information from medical records of patients admitted to the ICU COVID-19. Results: The sample of 99 patients corresponds to 51% male and 49% female, aged between 18 and 104 years, with a mean age of 49.5 years. Of these, 33% do not have any adjuvant disease; 67% have preexisting diseases, with 58% being cardiovascular diseases. As for ventilatory devices on admission of patients, 35% used invasive ventilatory support and 65% used spontaneous ventilation. Regarding the patients' outcome, 30% progressed to death, 69% progressed to ICU discharge and 1% was transferred from a hospital unit.

Keywords: COVID-19; Intensive Care Units; Ventilatory Support;

INTRODUÇÃO

A atual pandemia de COVID-19 teve seus primeiros casos relatados em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, na China. O status pandêmico da COVID-19 foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Trata-se de uma doença respiratória decorrente da infecção causada pelo novo coronavírus, posteriormente batizado de SARS-CoV-2. Os coronavírus (CoV) são RNA vírus pertencentes à família Coronaviridae, formados por RNA de fita simples positiva, contendo um nucleocapsídeo e proteínas Spike ou espículas que conferem aparência de coroa solar (ALMEIDA; OLIVEIRA ET AL, 2020).

O vírus SARS-CoV-2 pode atravessar a membrana das mucosas, especialmente laríngea e nasal a partir da aspiração de gotículas exaladas por indivíduos contaminados, ou seja, contendo o vírus, que entra nos pulmões através do trato respiratório. O vírus utiliza o receptor da Enzima Conversora da Angiotensina 2 (ECA-2) para adentrar as células. Esse receptor é expresso nos cardiomiócitos, pneumócitos tipo 2, epitélio renal e gastrointestinal, exercendo importante papel protetor em órgãos vitais a partir da regulação negativa do sistema renina angiotensina (SRA). A ligação viral ao ECA-2 ocorre por meio da proteína spike S. Essa ligação causa alterações conformacionais na proteína Spike S, garantindo a fusão do envelope viral na membrana celular e promovendo a endocitose do material genético viral (HICKMANN; ALEXANDRE ET AL, 2020).

A partir do contágio, o paciente pode apresentar sintomas como febre (87,9%), fadiga (38,1%), tosse (67,7%), dispneia (18,6%) e mialgia (14,8%), com a possibilidade de evolução para pneumonia, síndrome respiratória aguda grave, insuficiência cardíaca, sepse, falência renal aguda e por fim, óbito. A progressão da doença envolve a ativação de uma cascata de citocinas inflamatórias e eventos pró-trombóticos. Estes eventos estão relacionados a numerosos fatores de risco, como hipertensão, câncer, idade avançada, doença cardiovascular prévia, diabetes e doença respiratória crônica (HICKMANN; ALEXANDRE ET AL, 2020).

A maioria dos casos de infecção por SARS-CoV-2 não é grave, incluindo apresentações assintomáticas ou oligossintomáticas. Todavia, relatos sugerem que até 20% dos indivíduos infectados requerem hospitalização, e desses, até 25% necessitam de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI). Essas taxas variam de acordo com diferenças culturais em relação aos critérios de admissão à UTI e características regionais, como idade da população e prevalência de outras comorbidades. Desenvolvimento de dispneia e síndrome respiratória aguda grave são as indicações mais comuns de internação em UTI (NASCIMENTO, et al. 2021).

Dentre os profissionais envolvidos na equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar, destaca-se o fisioterapeuta, que está inserido nos diferentes setores, passando pela emergência, chegada ao hospital, internação em enfermarias nos pacientes com sintomas moderado a grave, e nos pacientes críticos quando a necessidade de ventilação artificial. Diante disso aborda de forma individualizada de acordo com o estágio da doença e a gravidade dos pacientes, e tem como desafio durante o tratamento reverter a deterioração da oxigenação. Quando os pacientes são intubados e conectados ao ventilador mecânico, é do fisioterapeuta a expertise de prover o correto acoplamento, promovendo a adequada sincronia entre o paciente ventilador, gerenciar as estratégias ventilatórias, monitorização e ventilação de proteção pulmonar (CHICAYBAN; SOARES, 2020).

Os pacientes críticos, dependentes de ventilação mecânica invasiva (VMI) por longos períodos (mais de 48 horas), apresentam importante comprometimento dos músculos respiratórios, que perdem força e resistência, devido à inatividade. A fraqueza da musculatura respiratória é uma das principais causas da dificuldade e/ou insucesso no desmame, pois impede que o paciente respire espontaneamente de forma adequada (ROSSI, CAMILLIS, et al. 2021).

De acordo com ROSSI et al. (2021), comumente a traqueostomia ocorre entre o 7º e 10º

dia posteriormente a intubação, porém, é adequado postergar essa conduta em pacientes com COVID-19. A ventilação mecânica nesses pacientes perdura de 2 a 3 semanas, esse tempo prolongado gera risco de outras infecções, alterações motoras e mortalidades. A traqueostomia é um procedimento onde dissemina aerossol deixando os profissionais de saúde com maior vulnerabilidade a infecções, mesmo com uso de equipamento de proteção individual (EPI) em conformes.

Segundo o posicionamento da ASSOBRAFIR (2020), a VNI não é recomendada devido a possibilidade de geração de aerossóis e, conseqüentemente, aumento da disseminação do vírus. As recomendações de VNI para o período pós-extubação, em pacientes com fator de risco para falha na extubação, podem ser mantidas desde que sejam respeitados os critérios supracitados, com o objetivo de evitar a disseminação do vírus.

Conforme a atualização da ASSOBRAFIR de 28 de janeiro de 2021, sobre o uso da VNI publicada no Comitê COVID-19 da ASSOBRAFIR, a aplicação inadequada da VNI pode causar atraso no processo de intubação e aumentar o risco de mortalidade, desta forma entende que não é a primeira estratégia ventilatória para o tratamento de COVID-19. Contudo, as situações específicas definidas pela equipe pode ser feito teste de resposta VNI por 60 minutos em pacientes com IRpA hipoxêmica. Durante o uso da VNI há risco da dispersão de aerossol devido partículas liberadas na expiração e deve ser utilizada em ambiente restritivo, como quarto de isolamento.

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados na uti com COVID-19, bem como identificar os principais fatores de risco e suporte ventilatórios dos pacientes que passaram pela internação pelo vírus sars-cov-2.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo realizado a partir da coleta de informações de prontuários de pacientes admitidos na UTI COVID-19, de um hospital universitário em Cuiabá-MT, no período de abril a novembro de 2020. O estudo foi constituído por 119 prontuários de pacientes que se encaixavam-se nos critérios de inclusão e exclusão. Foram 99 prontuários inclusos e 20 excluídos.

Incluiu-se os dados coletados nos prontuários eletrônicos de pacientes admitidos na UTI COVID-19 que estavam preenchidos corretamente com todas as informações, pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado de COVID-19, e que permaneceram por no mínimo 24 horas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no período de abril a novembro de 2020. Foram excluídos deste estudo, todos os pacientes que apresentam prontuário incompleto, menores de 18 anos, casos não confirmados de COVID-19 e pacientes que permaneceram internados por um período inferior a 24 horas.

Os dados utilizados nessa pesquisa, foram coletados diariamente pelos fisioterapeutas da UTI adulto do hospital Júlio Muller, em Cuiabá - MT, Brasil, no ano de 2020. Eles avaliaram os pacientes que chegavam e acrescentavam os dados nos prontuários fisioterapeutas da UTI adulto do hospital Júlio Muller, em Cuiabá - MT, Brasil, no ano de 2020. Eles avaliaram os pacientes que chegavam e acrescentavam os dados nos prontuários eletrônicos. Após a aprovação do comitê de ética, entre os meses de setembro a outubro de 2021, coletamos os dados desses prontuários, sendo estes digitalizados em uma planilha no Microsoft Excel (anexo 1). Os dados numéricos foram descritos através de média e frequência absoluta e relativa.

Com a chegada do Covid-19 foi necessário o Hospital Universitário Júlio Muller passar por algumas mudanças, junto com a universidade federal de mato grosso e a rede Ebserh (HUFMT/UFMT/Ebserh) e ajustes na infraestrutura física e números de leitos na UTI, que possuíam apenas 7 leitos na terapia intensiva, foi disponibilizado ao sistema único de saúde (SUS), 16 leitos, na qual 10 desses leitos seriam destinados para Unidade de terapia Intensiva (UTI) sendo oito adultos e dois neonatais, os outros seis leitos foram designados para a enfermaria, sendo assim cinco dos leitos para a ala adulta e um para a pediatria.

Para o combate do covid-19, foi investido pela Ebserh no Hospital Universitário Júlio Müller R\$ 350 mil para as obras e adequações da infraestrutura, R\$ 241 mil para reparação de ventiladores pulmonares e camas já existentes no hospital, R\$ 2,1 milhões para adquirir novos ventiladores e monitores multiparamétricos e aquisição de equipamentos de proteção individual (EPIs), medicamentos, Kits de diagnósticos e produtos para a saúde para todo o hospital, além das adaptações realizadas no espaço físico, como instalação de

exaustores e mecanismo de barreira (porta de duas etapas), serviços de pinturas, troca de pisos e reparos de equipamentos danificados.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e aprovado através do parecer nº 5.010.507, conforme determinada a resolução 466/2012.

RESULTADOS

No período de abril a novembro de 2020 houve o total de 119 (100%) internações na Unidade de terapia intensiva por covid-19. Foram excluídos 20 (17%) prontuários, por não possuírem os critérios de inclusão, sendo 2 (10%) menores de 18 anos, 17 (85%) com diagnóstico não confirmado de covid-19 e 1 (5%) por tempo de internação inferior a 24 horas. A amostra dos 99 pacientes incluídos, correspondem a 50 (51%) do sexo masculino e 49 (49%) do sexo feminino, com faixa etária de 18 a 104 anos, sendo a idade média de 49,5 anos, representado na tabela 1.

Tabela 1: Descrição de sexo e idade dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

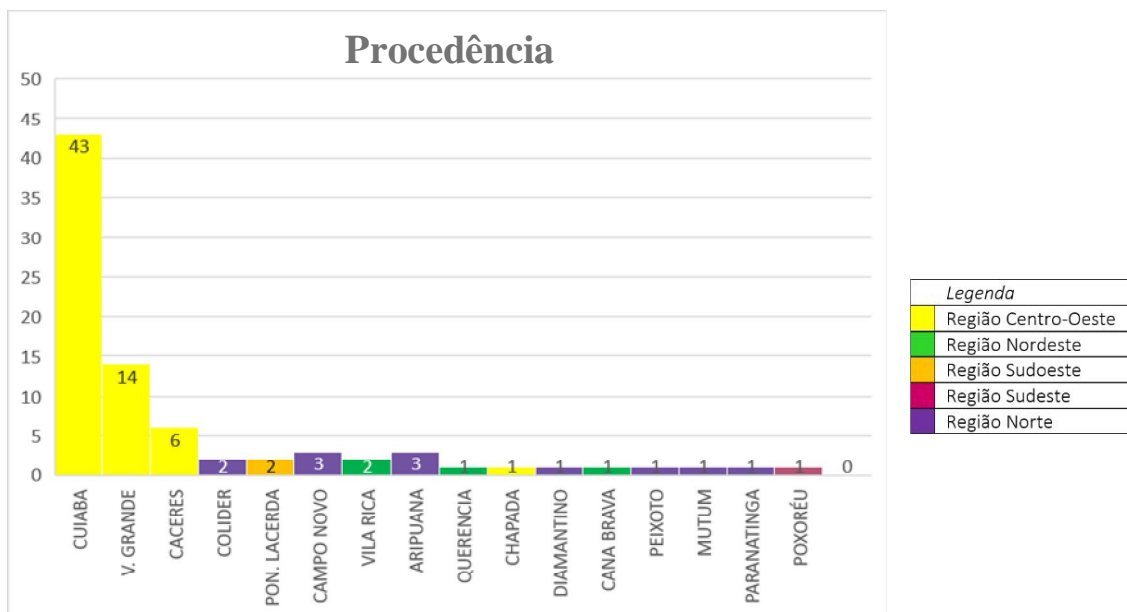
Sexo	Frequência relativa (n)	Frequência absoluta (%)
Masculino	50	51%
Feminino	49	49%
Idade		
18 -25	5	5%
25 -44	35	35%
45 - 64	33	33%
65 - 84	23	23%
85 - 104	3	3%

Fonte: Própria (2020).

Com relação a procedência dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva, destaca-se a região centro-oeste do estado mato-grossense, com 66% dos pacientes, a região norte do estado representa 22% das internações, seguida da região nordeste e sudoeste com 5%, e região sudeste com 1%. Na região centro-oeste, destaca-se com maior número de

procedentes a capital Cuiabá com 43% e o município de Várzea Grande com 14%, que juntos totalizam 58%. Sendo representado na tabela 2.

Gráfico 1: Classificação da procedência dos pacientes com covid-19 positivos de abril a novembro de 2020.



Fonte: Própria (2020).

Em relação a amostra estudada e a existência e/ou ausência de diagnóstico secundário; 33% não apresenta nenhuma doença coadjuvante; 67% (66) da amostra apresenta doenças preexistentes, sendo a maior taxa de doenças cardiovasculares com 58% (38), seguida de doenças metabólicas com 52% (34), doenças do sistema respiratório representando 26% (17), doenças neurológicas 17% (11), doenças hepáticas e infecto contagiosas com 9% (6), doenças do sistema endócrino 6% (4), 5% (3) doenças do sistema gastrointestinal, doenças musculoesqueléticas, reumáticas, e do sistema renal quantificam 3% (2), doenças hematológicas com 2% (1). A amostra dos pacientes é composta por 19 gestantes, das quais 32% (6) possuem doença pré-existent, sendo que doença metabólica obteve maior representatividade. Demonstrado na tabela 2

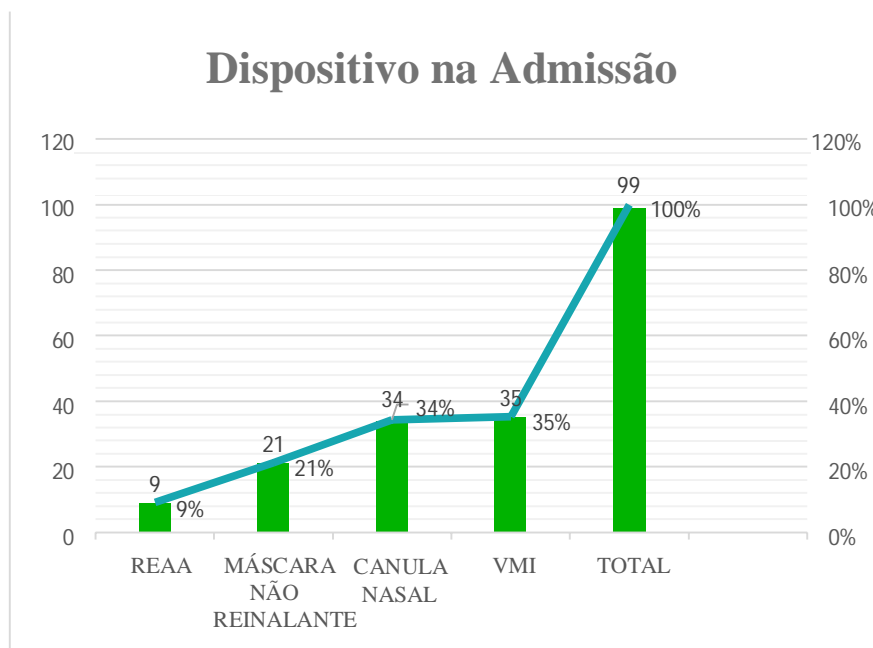
Tabela 2: Frequência relativa e absoluta dos sistemas, comorbidades e quantidade destas, dos pacientes com covid-19 positivos de abril a novembro de 2020

Sistemas	Frequência Relativa (n)	Frequência Absoluta (%)
Cardiovascular	38	58%
Metabólico	34	52%
Respiratório	17	26%
Neurológico	11	17%
Neoplasias	5	8%
Hepática	6	9%
Infecto	6	9%
Reumática	2	3%
Musculoesquelética	2	3%
Digestório	3	5%
Urinário	1	2%
Endócrino	4	6%
Renal	2	3%
Hematológico	1	2%
Número de comorbidades		
Acima de 3	11	17%
3 comorbidades	12	18%
2 comorbidades	21	32%
1 comorbidades	22	33%
Total		
Com comorbidades	66	67%
Sem comorbidades	33	33%

Fonte: Própria (2020).

Quanto aos dispositivos ventilatórios utilizados na admissão dos pacientes, 35% (35) foram admitidos com uso de suporte ventilatório invasivo e 65% (64) em ventilação espontânea, sendo que 33% (21) em Máscara não reinalante, 53% (34) em cateter nasal, e 14% (9) em respiração em ar ambiente. Quanto a evolução da oxigenação nos 65% (64) dos pacientes admitidos em ventilação espontânea, 39% (25) evoluíram para intubação. Portanto, o total de pacientes internados nesse período que utilizaram suporte ventilatório invasivo foram de 61% (60) pacientes, 23% (14) pacientes evoluíram para traqueostomia, 13% (8) com necessidade de reentubação. Retratado na tabela 4.

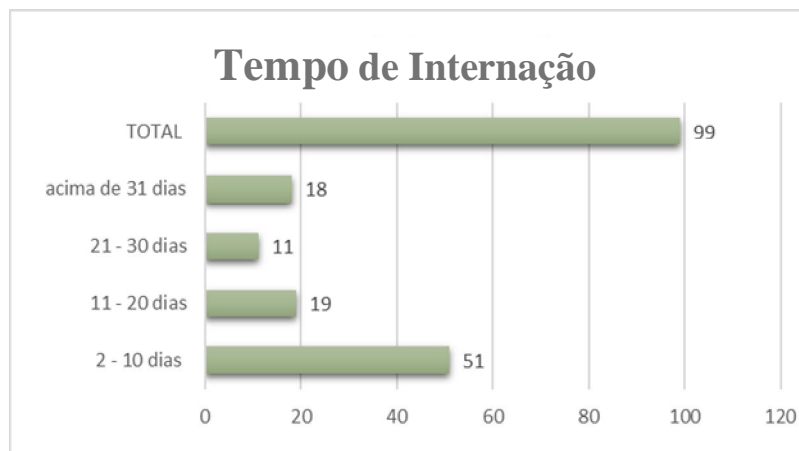
Gráfico 2: Classificação dos dispositivos na admissão dos pacientes com covid-19 positivos de abril a novembro de 2020.



Fonte: Própria (2020).

Referente ao tempo de internação na UTI, 52% (51) dos pacientes permaneceram entre 2 e 10 dias sob cuidados intensivos, 19% (19) entre 11 a 20 dias, 11% (11) entre 21 a 30 dias e 18% (18) mantiveram-se internados com tempo superior a 31 dias. A média do tempo de internação na unidade de terapia intensiva foi de 17,9 dias.

Gráfico 3: Classificação em dias, quanto ao tempo de internação dos pacientes com covid-19 positivos de abril a novembro de 2020.

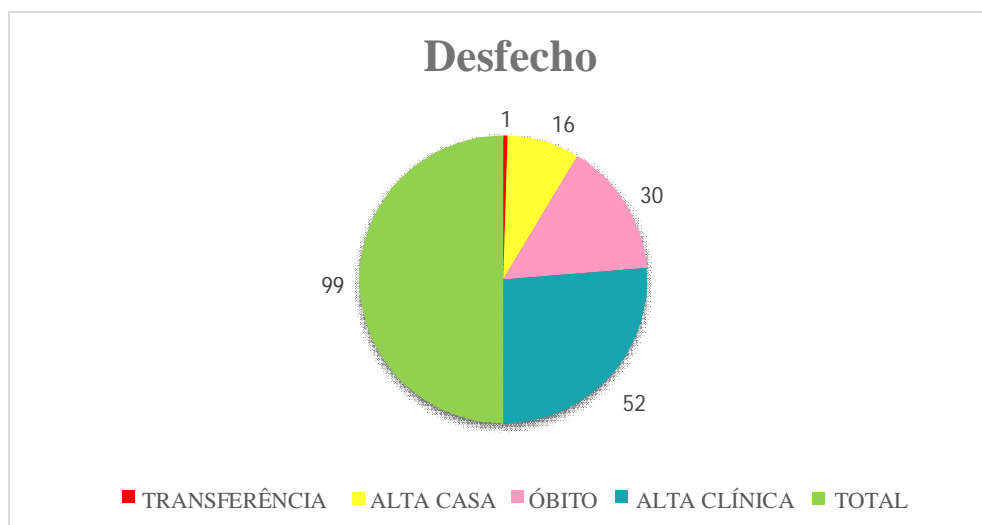


Fonte: Prontuários do HUJM

Com relação ao desfecho dos pacientes que foram submetidos aos cuidados na Unidade de Terapia Intensiva, 30% (30) evoluíram para óbito, 69% (68) progrediram para alta da UTI e 1% (1) foi transferido de unidade hospitalar. Em relação a alta da UTI, 53% (52) receberam alta para enfermaria e 16% (16) alta diretamente para suas residências.

Correspondente no gráfico 1.

Gráfico 4: Classificação do desfecho dos pacientes internados de abril a novembro no ano de 2020.



Fonte: Própria (2020).

Analisando o perfil dos 30 pacientes que evoluíram para óbito 17 (57%) do sexo feminino e 13 (43%) são do sexo masculino, com idade média de 58,7 anos; 40% procedem da capital Cuiabá, 33% do interior mato-grossense e 23% (7) do município de Várzea Grande. A

média do tempo de internação foi de 15,3 dias, 87% apresentam doença preexistente, sendo doenças cardiovasculares de maior destaque com 62% (16), seguida de doenças metabólicas com 42% (11) e doenças neurológicas 19% (5). Do que se refere aos dispositivos ventilatórios usados na admissão hospitalar, 63% (19) apresentava uso de suporte ventilatório invasivo, 33% (10) com suporte de oxigenioterapia e 3% (1) em respiração espontânea em ar ambiente.

DISCUSSÃO

De acordo com Nascimento et al, (2021) grande parte dos casos confirmados de infecção por Sars-Cov2 são leves, porém 20% dos indivíduos infectados por COVID-19 requerem atendimento especializado em ambiente hospitalar, e 25% evoluem para cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Essas taxas diversificam conforme os critérios de admissão à UTI disposto em cada região e características populacionais, como idade e prevalência de doença preexistente.

Xiaoyu Fang (2020), concluiu em uma revisão sistêmica e meta-análise, que o sexo masculino, idade avançada e presença de comorbidades foram fortes evidências de associações com a gravidade e prognóstico COVID-19. Achado este que foi provado pelo próprio autor durante a análise de um estudo italiano realizado com 1.591 pacientes internados na unidade de terapia intensiva, onde a taxa do sexo masculino representava 82,0% dos pacientes sob cuidado intensivo.

No presente estudo foi possível identificar que 51% dos pacientes internados são do sexo masculino, que corrobora com o estudo de Mascarello et al (2021) realizado no Espírito Santo, onde afirma que as internações na UTI por COVID-19, foram mais frequentes entre os indivíduos do sexo masculino (5,87%). Lima et al (2021), verificou os casos de hospitalização por COVID-19 nas capitais do nordeste brasileiro, concluindo que o sexo mais acometido foi o masculino, com 24.599 (56,0%) casos.

Na avaliação realizada por Pitilin et al (2021), referente aos primeiros casos graves de COVID-19 em mulheres no Brasil demonstrou que do total de internações do sexo feminino foi de 428.573 e que 1.760 (14,6%) evoluíram para necessidade de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva. Mascarello et al (2021) descreve que a partir das características sociodemográficas do Espírito Santo o sexo feminino tem 33% menos de probabilidade de ser

internada por COVID-19, e na probabilidade de vir a óbito, é de 37% menor em comparação aos indivíduos do sexo masculino.

No estudo realizado por Paiva et al (2021) no município de Santarém (PA), que teve como objetivo verificar o perfil demográfico e clínicos dos casos diagnosticados como infecção pelo COVID-19, a média de idade dos pacientes notificados com COVID-19, foi de 52,5 anos, sendo 26 anos a faixa etária mínima, e 86 anos a máxima. Moura et al (2020) descreve que no estado de Santa Catarina a população com faixa etária de 20-39 e 40-59 anos evidenciou maior representatividade nas infecções confirmadas no estado. Na revisão sistêmica e meta-análise de Urizarri et al (2021) o intervalo da faixa etária dos casos de infecção de covid foi de 25 a 87 anos. Dados que consolidam com os resultados obtidos no presente estudo, onde o intervalo de faixa etária da população estuda foi de 18 - 104 anos, com idade média de 49,5 anos.

Na recomendação Nº 039, de maio de 2020 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) descreve que maiores de 60 anos, pessoas imunodeficientes e/ou pessoas com doenças crônicas ou graves, gestantes e lactantes se enquadram nos grupos de risco. A Fundação Oswald Cruz caracteriza que pessoas com anemia falciforme, problemas respiratórios, tabagistas, hipertensos, diabéticos, pessoas com doenças crônicas e idosos compõem o grupo de risco, e são mais suscetíveis a contrair a enfermidade e evoluir para pior desfecho.

Souza et al (2021) realizou um estudo em Pernambuco, com amostra de 9.325 pacientes com infecção confirmada por COVID-19, 78,7% da amostra apresentava duas ou mais comorbidades, sendo pelo menos uma relacionada ao aparelho circulatório. Dentre elas, a hipertensão arterial sistêmica foi observada em 82,7% dos indivíduos e a cardiopatia não especificada em 25,9%. Diabetes mellitus, obesidade, doença renal crônica e tabagismo compunham os fatores de risco da população estudada.

No estudo de Paiva et al (2020) realizado no estado paranaense com amostra composta por 174.124 pacientes com infecção por COVID-19, 9.616 (66% da amostra) pacientes foram submetidos a hospitalização e apresentavam fatores de risco e doenças associadas, sendo mais prevalentes, doença cardiovascular crônica em 46,73% da amostra, 31,85% com Diabetes mellitus, doença neurológica crônica em 9,79%, 8,39% da amostra com doença renal crônica, 8,23% apresentam pneumopatias crônicas e 6,66% obesidade. Resultados

que são semelhantes aos obtidos por Santos et al (2021) no estudo do perfil epidemiológico de um Hospital universitário de Brasília, onde 50% da amostra apresentava hipertensão arterial, 40% diabetes, 36% insuficiência renal, 28% obesidade e 16% neoplasia.

No estudo realizado no Paraná por Pontes et al (2021) com objetivo de analisar as características individuais, clínicas e os fatores associados à mortalidade de pacientes com COVID-19, com amostra composta de 86 pacientes, cerca de 58,1% possuíam algum tipo de comorbidade prévia. Destaca-se que 36 pessoas apresentavam duas ou mais comorbidades, sendo, 76% cardiovasculares, 22% neurológicas, 12% pulmonares, 2% hepática e 2% nefrológica. Pontes et al (2021) afirma que pacientes com comorbidades possuem oito vezes maior chance de óbito quando comparada à população sem diagnóstico secundário

A Secretaria de Vigilância de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil descreve no Boletim Epidemiológico Especial que as principais comorbidades identificadas nos pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19 são: cardiopatia, diabetes, doença renal, doença neurológica, pneumopatia, imunodepressão, obesidade, doenças hepáticas e hematológicas, relação que corrobora com os resultados descritos nos estudos anteriores, e com os resultados do presente estudo. Onde identificou-se que 67% da amostra estudada possui doenças associadas, sendo de maior representatividade doenças cardiovasculares com 58%, onde a maior incidência foi de hipertensão arterial sistêmica; posteriormente de doenças metabólicas com 52%, onde a maior incidência foi obesidade, e de Diabetes Mellitus.

Segundo o Painel Epidemiológico de COVID-19 do Governo de Mato Grosso, no período de abril a novembro de 2020, o estado obteve 1.170.167 casos confirmados de COVID-19. A capital Cuiabá totalizou 39.778 dos casos, e 118.325 são confirmados no interior do estado. (GOV MT- 2020). Santos et al, (2021) descreve que no período de fevereiro a dezembro de 2020, a região Centro Oeste brasileira obteve 39.207 internações hospitalares decorrente de infecção causada por Sars-Cov 2. O estado Mato-grossense representa 9.328 internações, com tempo médio de permanência de 7,1 dias dentro do ambiente hospitalar, o que totalizou 41.813.431,57 reais para Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS et al, 2021).

Muraro et al 2020, afirma que em junho de 2020, Mato Grosso dispunha de 241 leitos de UTI adulto exclusivos para COVID-19, e segundo os dados publicados no Boletim Informativo COVID-19 no mesmo mês a taxa de ocupação dos leitos UTI exclusivo era de

74,6%. Com relação a procedência dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Júlio Muller, o presente estudo identificou que 43% dos pacientes são provenientes da capital, e 42% são dos municípios do interior do estado.

Em 09 de março de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), publicou uma anota afirmando que dos 135 leitos de UTI COVID-19 que a capital Cuiabá disponibiliza, 60 são ocupados por pacientes não residentes na capital, resultando na taxa de 44,4% de ocupação de UTIs por pessoas do interior do estado de Mato Grosso. De acordo com dados da Vigilância Epidemiológica, 23 pacientes residem no município de Várzea Grande e 37 pacientes são provenientes de 25 municípios diferentes do estado (Penha, 2021).

Admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deve seguir os critérios já estabelecidos na RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016, perante a presença de instabilidade clínica e necessidade de monitorização intensiva. O processo de tomada de decisão deve ser aberto, transparente, razoável e inclusivo. Algumas situações clínicas são de maior relevância para a internação, e devem ser tidas como mandatórias para a internação na Unidade. A presença de diagnóstico de COVID-19, e acometimento pulmonar extenso no exame de imagem deve indicar uma maior monitorização do paciente, esse deve ser encaminhado a Unidade de Terapia Intensiva. (Medeiros et al, 2020).

Teich et al (2021) conclui que a maioria dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico confirmado de COVID-19 é decorrente de insuficiência respiratória hipoxêmica aguda, e/ou que necessitava de suporte ventilatório. Nascimento et al (2021) afirma que os casos mais graves e o desenvolvimento de dispneia e síndrome respiratória aguda grave são as indicações mais comuns de internação em UTI por complicação decorrentes da infecção causada pelo COVID-19.

Em relação ao tempo médio de permanência dos pacientes submetidos aos cuidados na Unidade de Terapia Intensiva, Oliveira et al (2010) descreve que média de internação na unidade de terapia intensiva adulto em 2010 foi de 10,8 dias. No presente estudo identificou-se a média de 17,9 dias, dado que corrobora com o estudo de Machado et al (2021) realizado em um Hospital Universitário do Sergipe onde a média do período de permanência na UTI COVID-19 foi de 16 dias.

No estudo produzido por Bastos et al (2020) em março de 2020, que descreve os preditores de ventilação mecânica em pacientes adultos internados em um hospital privado de Porto Alegre com COVID-19. Na amostra observou-se que 60,27% dos pacientes foram hospitalizados, 32,9% foram admitidos diretamente na Unidade de Terapia Intensiva e 20,5% dos pacientes evoluíram com uso de suporte ventilatório invasivo. A duração mediana da permanência na UTI foi de 23 dias e a duração mediana do suporte ventilatório foi de 29,5 dias. No estudo realizado em um Hospital privado de São Paulo, descrito por Teich et al (2021), a hospitalização foi necessária 14% dos pacientes, e 27,8% foram admitidos na Unidade de Terapia Intensiva. Dos pacientes admitidos na UTI, 65% necessitaram de ventilação mecânica invasiva.

Com relação ao uso suporte ventilatório, no estudo de Pontes et al (2021) realizado com 86 pacientes, aproximadamente 85% necessitaram de oxigenação, sendo que a maior parte utilizou cateter nasal (70 pacientes), 21 utilizaram máscara de alta concentração com reservatório, e a Ventilação Mecânica Invasiva foi necessária em 12 pacientes. Apenas um paciente precisou de macronebulização e outro, de traqueostomia. Dados que são semelhantes aos encontrados no presente estudo, onde 53% utilizaram cateter nasal, 33% máscara de alta concentração com reservatório, ou máscara não reinalante, e 39% dos pacientes evoluíram para ventilação mecânica invasiva. Além disso 23% realizaram traqueostomia e 13% evoluíram para reentubação.

Oliveira et al (2010) descreve que pacientes em uso prolongado de ventilação mecânica invasiva (VMI), sem condições clínicas instáveis para o desmame, podem ser submetidos à traqueostomia. Este tipo de canulação pode facilitar o desmame da ventilação mecânica por reduzir o espaço morto e a resistência em vias aéreas superiores, melhorar a retirada de secreções pulmonares e diminuir a necessidade de sedação, porém há escassez de estudos clínicos controlados sobre o assunto. A evolução para traqueostomia e reentubação estão associados à maior taxa de mortalidade e tempo de permanência prolongado em UTI. Em seu estudo realizado em Campinas observou que a taxa de mortalidade foi de 13,46%.

Mascarello et al (2021) descreve que a probabilidade de um desfecho negativo aumenta com o avançar da idade, quando se avalia o óbito, a razão de prevalências é 56,31 para os mais velhos de 60 anos ou mais, quando se compara aos mais novos, de 18 a 29 anos. A

presença de multimorbidade também aumentou essa a probabilidade de óbito por COVID-19, em 3,63 vezes quando comparado aos pacientes sem nenhuma morbidade. Pontes et al (2021) concluiu que a chance de óbito, na população maior que 65 anos, foi 58 vezes maior, quando comparada aos menores de 65 anos. Com relação a presença de comorbidade, destacam-se que as doenças cardiovasculares são preditores para os piores desfecho.

No estudo de Nascimento et al (2021), realizado no Rio de Janeiro, com amostra composta por 105 a amostra era composta por 105 casos confirmado, desses, 15 evoluíram para óbito, o que resultou em uma taxa de mortalidade de 24,6%. A amostra estudada permaneceu 15 dias na UTI, e 59% necessitaram de suporte ventilatório invasivo.

Araujo, Soares (2020) verificou o perfil dos pacientes internados em UTI de um hospital em Belém (PA), amostra composta por 84 pacientes com diagnóstico de COVID-19. Dentre os pacientes que estiveram na Unidade de Terapia Intensiva 54 (64,2%) receberam alta, e 30 (35,7%) foram a óbito. Dados que corroboram com os resultados obtidos no presente estudo, onde 30% dos pacientes internados na UTI estudada evoluíram para óbito, 69% receberam alta.

Em relação ao número de óbitos, Souza et al (2020) verificou o Vale do Ribeira (SP), com objetivo de analisar o perfil epidemiológico dos casos confirmados de COVID-19, e conclui-se que os pacientes que evoluíram para óbito decorrentes de complicação por COVID19, são grande parte do sexo masculino, faixa etária acima de 60 anos, com histórico de cardiopatia. Resultados que diferem o perfil descrito neste estudo, onde os pacientes que evoluíram para o óbito são 57% do sexo feminino, com idade média de 58 anos, com presença de multimorbidade, onde é possível destacar que 62% possuíam doenças cardiovasculares.

O presente estudo delinea o perfil epidemiológico e clínicos dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário no município de Cuiabá, Mato Grosso. Foi possível traçar a evolução dos pacientes, correlacionando o tipo de desfecho com a evolução clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos com este estudo que o Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM),

em Cuiabá, é uma unidade de referência para atendimento de casos graves do novo coronavírus. No perfil dos pacientes estudados admitidos na unidade de terapia intensiva entre abril a novembro de 2020, não houve diferença entre os sexos, idade prevalente entre 25 a 44 anos, grande parte dos pacientes é proveniente da capital, Cuiabá; a maioria apresentava diagnóstico secundário e com no mínimo 2 comorbidades, com prevalência do sistema cardiovascular. Foram admitidos em ventilação espontânea com suporte de cateter nasal, com tempo de permanência entre 2 e 10 dias e com desfecho favorável à alta hospitalar.

Sugerimos mais estudos relacionados ao perfil clínico e epidemiológico de pacientes internados nas UTI's do Brasil com Covid-19, com amostras maiores, afim de compreendermos o porquê desses pacientes necessitarem de cuidados intensivos, iguais os encontrados no presente estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. O, et al. **COVID-19: Fisiopatologia e Alvos para Intervenção Terapêutica**. *RVq - Revista Virtual de Química*. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. v. 12, n. 6, p. 1464-1497, 17 set 2020.

ARAÚJO, C. et al. **Perfil Dos Pacientes Baixados Por Covid-19 No Hospital Geral De Belém**. *Artigocientífico*, Belém, Brasil. agosto de 2020, Disponível em: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/7493/1/Cap_Cintya%20Nascimento%20Fontelles%20Araujo.pdf>. Acesso em: 13 de nov de 2021.

ASSOBRAFIR, Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva. 2020. **Indicação e Uso da Ventilação Não-Invasiva e da Cânula Nasal de Alto Fluxo, e Orientações sobre Manejo da Ventilação Mecânica Invasiva no Tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda na Covid19**. Disponível em: <http://crefito7.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/ASSOBRAFIR_COVID-19_VNI-1.pdf>. Acesso em: 02 mai 2021.

ASSOBRAFIR, Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva. 2020. **Ventilação Mecânica Não Invasiva**. Disponível em: <<https://assobrafir.com.br/wpcontent/uploads/2021/02/assobrafir-slide.pdf>>. Acesso em: 02 mai 2021.

BASTOS, G. et al. **Características clínicas e preditores de ventilação mecânica em pacientes com COVID19 hospitalizados no sul do país**. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Porto Alegre - RS, Brasil. dezembro de 2020, Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/rgsDLttGc4qXYWmy8cLW8gw/>>. Acesso em: 13 de nov de 2021.

CHICAYBAN, L. M, SOARES, E. V. **O papel fundamental do fisioterapeutas em tempos de COVID-19**.

Isecensa. p. 15 – 17. 2020.

HICKMANN, M. F. G, et al. **Fisiopatologia da COVID-19 e alvo farmacológico tromboimunológico.** *Vittalle*
– *Revista de Ciências da Saúde*. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. v. 32, n. 3, p. 30-34, 28 out 2020.

FANG, X. et al. **Epidemiological, comorbidity factors with severity and prognosis of COVID-19: a systematic review and meta-analysis.** *AGING*. China. Vol. 12, No. 13, 13 jul 2020. Disponível em: < file:///C:/Users/fevec/Downloads/artigo%20tc%20ingles.pdf >. Acesso em: 13 nov 2021.

LIMA, G. A. et al. **Avaliação do Desfecho dos Pacientes Hospitalizados por Covid-19 nas Capitais do Nordeste brasileiro.** *Socepis (Sociedade Cearense De Pesquisa E Inovação De Saúde)*. 2021. Disponível em:

<https://doity.com.br/media/doity/submissoes/artigo-96f147401fa9909a678180f7a4953c2992344738segundo_arquivo.pdf>. Acesso em: 08 de nov de 2021. MACHADO, S. et al. **Perfil clínico e assistencial de duas UTIs de um Hospital Universitário através da análise de indicadores de um serviço de fisioterapia.** *Research, Society and Development*, v. 10, n.13, Sergipe–Brasil.14, out, 2021, Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21365/18994>>. Acesso em: 14 de nov de 2021.

MASCARELLO, K. C. et al. **Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Espírito Santo. Brasil. 30 (3) 202109, Jul 2021.

MEDEIROS, G. A. A. et al. **Protocolos: Centro Estadual de Disseminação de Evidências em Saúde do COVID-19 da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (CED-COVID19).** *Secretaria do Estado da Saúde*. João Pessoa – Paraíba, Brasil. 2020. Disponível em:

<<https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/coronavirus/evidencias-cientificas/arquivos/criterios-para-internacaohospitalar-em-enfermaria-ou-uti-no-cenario.pdf>>. Acesso em: 13 nov 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2020. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Corona Vírus.**

Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/dezembro/30/boletim_epidemiologico_covid_43_final_coe.pdf>
> Acesso em: 14 nov 2021.

MOURA, P. H. et al. **Perfil Epidemiológico da Covid-19 em Santa Catarina.** *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*. Santa Catarina. Brasil. v. 9 n. 1 (2020): RIES. Disponível em:

<<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2316>>. Acesso em 12 nov 2021.

MURARO, A. P. et al. 2020. **Demanda por UTIs em Mato Grosso em decorrência da pandemia da Covid19: situação e projeção para as macrorregiões de saúde.** *UFMT*
– *Universidade Federal De Mato Grosso*.

Cuiabá – MT, Brasil. Disponível em:

<<https://cms.ufmt.br/files/galleries/50/COVID/saude%20coletiva/NotaTecnica-DemandaporUTIsemMatoGrossoCovid-19.pdf>>.

Acesso em: 14 nov 2021

NASCIMENTO, J. H. P, et al. **COVID-19 e Injúria Miocárdica em UTI Brasileira: Alta Incidência e Maior Risco de Mortalidade Intra-Hospitalar.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* São Paulo - SP, Brasil. v. 16, n.2, 18 jan 2021.

OLIVEIRA, A. et al. **Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* Campinas - SP, Brasil, agosto de 2010, Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/6qrwTw99v7yvyFSKH3b3VBH/>>. Acesso em: 13 de nov de 2021.

PAIVA, C. I. et al. **Perfil epidemiológico da Covid-19 no Estado do Paraná.** *Revista De Saúde Pública Do Paraná.* Paraná. Brasil. v. 3 n. Supl. (2020): Supl. 1, Ações de enfrentamento da COVID-19 no contexto dos Sistemas de Saúde do Paraná. 21 dez 2020.

PAIVA, C. E. A. et al. **Perfil Epidemiológico e Clínico dos Casos de Síndrome Gripal diagnosticado como Infecção pelo Vírus Sars-Cov-2 no Município de Santarém-Pará.** *Atena, Editora.* Santarém – Pará. Brasil. Vol. 1, Cap. 6, p. 41-51. 2021.

PENHA, R. 2020. **SMS divulga ocupação de leitos de UTIs Covid: 44% dos pacientes são do interior de MT.** *Prefeitura de Cuiabá.* Cuiabá- MT, Brasil. Disponível em: <<https://www.cuiaba.mt.gov.br/saude/smsdivulga-ocupacao-de-leitos-de-utis-covid-44-dos-pacientes-sao-do-interior-de-mt/23544>>. Acesso em: 14 nov de 2021.

PITILIN, E. B. et al. **COVID em mulheres no Brasil: tempo de permanência e status das primeiras internações.** *Rev. Rene.* Brasil. 22:e61049. 16 mar 2021. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/57967>>. Acesso em: 14 nov 2021.

PONTES, L et al. **Perfil Clínico e Fatores Associados ao Óbito de Pacientes Covid-19 nos Primeiros Meses da Pandemia.** *Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem.* Rio de Janeiro – RJ, Brasil Vol. 26, n° esp, 2022. 15Out 2021.

ROSSI, D, CAMILLIS, M. L. F. **Desmame da Ventilação Mecânica em Pacientes Traqueostomizados com Covid-19: Dados Preliminares.** *Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha.* Caxias do Sul – RS, Brasil. v. 8 n. 8, 01 out 2020.

SANTOS, H. L. P. C. **Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020.** *Rev. Saúde Pública.* vol.55 São Paulo 2021 Epub 04-ago-2021.

SANTOS, P. S. A. et al. **Perfil Epidemiológico Da Mortalidade De Pacientes Internados Por Covid-19 Na Unidade De Terapia Intensiva De Um Hospital Universitário.** *Brazilian Journal Of Development.* Brasília – Brasil. Vol 7, Nº 5 (2021).

SOUZA, A. et al. **Análise do perfil epidemiológico dos casos confirmados de covid-19 no vale do ribeira, São Paulo, Brasil.** *Revista Prevenção e de infecção e Saúde.*

ResearchGate. Vale Do Ribeira, São Paulo, Brasil. 20, agosto de 2020, Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/jose-simas/publication/343785402_analise_do_perfil_epidemiologico_dos_casos_confirmados_de_covid_19_no_vale_do_ribeira_sao_paulo_brasil/links/5f3f25a1299bf13404d8c30d/analise-do-perfil-epidemiologicodos-casos-confirmados-de-covid-19-no-vale-do-ribeira-sao-paulo-brasil.pdf>. Acesso em: 13 de nov de 2021.

SOUZA, C. D. F., LEAL, T. C. e SANTOS, L. G. **Doenças do Aparelho Circulatório em Indivíduos com COVID-19: Descrição do Perfil Clínico e Epidemiológico de 197 Óbitos**. *Sociedade Brasileira De Cardiologia*. Pernambuco – Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 115 (2). Ago 2020.

TEICH, V. D. et al. **Características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com COVID-19 no Brasil**. *Einstein*. São Paulo – SP, Brasil. 2/ago/2020;18:eAO6022. Disponível em: <<https://journal.einstein.br/ptbr/article/caracteristicas-epidemiologicas-e-clinicas-dos-pacientes-com-covid-19-no-brasil/>>. Acesso em: 12 nov 2021

URIZARRI, P. et al. **Comorbidities and clinical severity of COVID-19: systematic review and metaanalysis**. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*; 19, 2020.

GOVERNODASILEIRO, 2020. **Com R\$ 3,9 milhões em recursos da Ebserh, Hospital Júlio Müller disponibiliza 16 leitos para Covid-19**. Disponível em <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/com-r-3-9-milhoes-em-recursos-da-ebserh-hospital-julio-muller-disponibiliza-16-leitos-para-covid-19>>. Acesso em 01 de novembro de 2021.

