



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE COVID-19 NA CIDADE DE BRUSQUE, SANTA CATARINA**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF COVID-19 CASES IN THE CITY OF BRUSQUE, SANTA CATARINA**

Bernardo Przysieszny¹
Humberto Martins Fornari²
Lucas Vinicius Paza³
Alícia Maria de Andrade Fagundes⁴
Gabriel Isaac de Oliveira⁵
Pedro Henrique Kappler Fornari⁶

RESUMO

Objetivos: Descrever características clínicas e epidemiológicas dos indivíduos recuperados da doença COVID-19 na cidade de Brusque, Santa Catarina, Brasil. **Métodos:** Estudo observacional descritivo e retrospectivo de casos da COVID-19 compreendidas no período entre 27 de março de 2020 e 27 de maio de 2020. Foram revistos prontuários médicos de 104 indivíduos com diagnóstico laboratorial para SARS-CoV-2, analisando perfil clínico e epidemiológico, além de achados laboratoriais e de imagem e tratamento realizado. Foram utilizadas planilhas do Microsoft Excel, versão 2020, e software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 17.0 para obtenção de frequências e intervalos. **Resultados:** A média de idade dos acometidos foi de 40,1 anos, 51% eram do sexo masculino, em 14,4% dos casos houve necessidade de internação hospitalar dos quais 54,3% destes apresentavam uma ou mais comorbidades pré-existentes. O sintoma mais comum na admissão foi tosse (85,6%) e o menos comum foi dor abdominal (3,5%). Dos tratamentos utilizados, os antibióticos foram prescritos em 45,2% dos casos, sendo a azitromicina a medicação mais prevalente (39,5%). **Conclusão:** A doença causada pelo novo coronavírus, COVID-19, na cidade de Brusque, acometeu faixa etária mais nova, com menor necessidade de internações hospitalares e complicações. Por ser uma doença nova, com diferentes formas de evolução e acometimento, a experiência e os resultados de cada cidade podem contribuir no tratamento e na prevenção da vida dos indivíduos.

Descritores: COVID-19. Coronavírus. Epidemiologia.

¹Acadêmico do Curso de Medicina na Universidade Regional de Blumenau (FURB), Santa Catarina - Brasil. E-mail: beprzysieszny@gmail.com.

²Secretaria Municipal de Saúde de Brusque, Santa Catarina - Brasil. E-mail: fornarihm@gmail.com.

³Acadêmico do Curso de Medicina na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Santa Catarina - Brasil. E-mail: lucasp@univali.br.

⁴Secretaria Municipal de Saúde de Brusque, Santa Catarina - Brasil. E-mail: alicia.fagundes@smsbrusque.sc.gov.br.

⁵Acadêmico do Curso de Medicina na Fundação Educacional de Brusque (UNIFEBE) - Centro Universitário de Brusque, Santa Catarina - Brasil E-mail: gabrieloliva0506@gmail.com.

⁶Acadêmico do Curso de Engenharia Eletrônica na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina - Brasil. E-mail: pedrohkf@gmail.com.



ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and epidemiological characteristics of individuals recovered from COVID-19 disease in the city of Brusque, Santa Catarina, Brazil. **Methods:** Descriptive and retrospective observational study of COVID-19 cases from March 27, 2020 to May 27, 2020. Medical records of individuals with laboratory diagnosis for new coronavirus (SARS-CoV-2) were reviewed, analyzing clinical profile and epidemiological, in addition to laboratory and imaging findings, treatment that was performed. Microsoft Excel spreadsheets, version 2020, and *software Stastistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* version 17.0 were used to obtain frequencies and intervals. **Results:** The average age of those affected was 40,1 years, 51% were male, in 14,4% of cases there was a need for hospitalization, of which 54,3% had one or more pre-existing comorbidities. The most common symptom on admission was cough (85,6%) and the least common was abdominal pain (3,5%). Of the treatments used, antibiotics were prescribed in 45,2% of cases, with azithromycin being the most prevalent medication (39,5%). **Conclusion:** The disease caused by the new coronavirus, COVID-19, in the city of Brusque, affected a younger age group, with lower rates of hospitalization and complications. As it is a new disease, with different forms of evolution and involvement, the experience and results of each city can contribute to the treatment and prevention of individuals' lives.

Keywords: COVID-19. Coronavirus. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, casos decorrentes de uma pneumonia de origem desconhecida foram identificados na China, com epicentro na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei¹. O patógeno foi identificado como um RNA betacoronavírus de provável origem zoonótica, se assemelha ao agente causador da síndrome respiratória aguda (SARS), nomeado SARS-CoV-2².

No dia 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declara oficialmente que a epidemia da doença do coronavírus (COVID-19) havia alcançado proporções globais tornando-se uma emergência de saúde pública³.

No dia 26 de fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde do Brasil confirma o primeiro caso da doença na cidade de São Paulo-SP em um indivíduo que retornou de viagem ao norte da Itália⁴. Naquele momento, a Itália passava por uma ascensão significativa do número de casos da COVID-19 e se tornara o novo epicentro da doença⁵.

Em 11 de março de 2020, o estado de Santa Catarina, registra seu primeiro caso da COVID-19. Em pouco mais de 30 dias o estado atingia 926 casos confirmados, 20 deles na cidade de Brusque⁴. Neste período a OMS altera o nível da COVID-19 de epidemia para pandemia⁶. Em uma escala de gravidade, a pandemia é o pior dos cenários.

A cidade de Brusque tem 134.723 habitantes. Está localizada no estado de Santa Catarina, região sul do Brasil. A cidade conta com um PIB per capita/ano de R\$ 45.676,36 e IDH de 0,795⁷.

No dia 20 de junho, o número de casos confirmados no mundo atinge 8.708.008, sendo mais de 460.000 mortes pelo COVID-19⁵. Quase quatro meses após seu primeiro caso notificado, o Brasil



ultrapassa 1.000.000 de casos confirmados e registra mais de 48.000 óbitos⁴⁻⁵. Fato que contribui para que a América do Sul fosse considerado o novo epicentro da COVID-19, com mais de 60% dos casos no Brasil⁵.

Este estudo descreve a experiência da cidade de Brusque-SC quanto a abordagem e o tratamento utilizado dos casos recuperados da COVID-19 compreendidos entre o período de 27 de março de 2020 e 27 de maio de 2020. Em meio à pandemia, oferece informações de um perfil clínico e epidemiológico, descrevendo os tratamentos utilizados. Informações que podem contribuir na confecção de protocolos mais eficazes contra a doença.

MÉTODOS

Estudo observacional descritivo e retrospectivo de indivíduos recuperados da COVID-19 na cidade de Brusque, Santa Catarina, Brasil. Admitidos no período entre o primeiro caso confirmado no dia 27 de março de 2020 a 27 de maio de 2020. Os dados foram obtidos através de prontuários médicos dos centros de admissão para a doença na cidade. Foram analisadas somente pessoas que tiveram diagnóstico laboratorial confirmado para COVID-19. Pessoas não residentes de Brusque e que não apresentavam dados clínicos, laboratoriais e radiológicos suficientes, foram excluídos do estudo.

A confirmação da doença foi obtida pelos exames de laboratórios credenciados no estado de Santa Catarina para o diagnóstico da COVID-19. Os dados clínicos foram colhidos nos prontuários médicos. Dados como a exposição nos últimos 14 dias, sinais e sintomas na admissão, comorbidades pré-existentes, etnia, idade, sexo e tratamento realizado.

Quanto a *fonte de contaminação* foram criadas cinco classificações: a) contato externo, b) contato com contaminado, c) contato com familiar contaminado, d) profissional da área da saúde e e) contato comunitário. O **contato externo** é quando o indivíduo teria se contaminado em viagem a outro município, estado ou país. O **contato com contaminado** é quando o indivíduo teria entrado em contato com outra pessoa sem grau de parentesco com diagnóstico de COVID-19 confirmado. O **contato com familiar contaminado** é quando o indivíduo teria entrado em contato com algum familiar com diagnóstico de COVID-19 confirmado. **Profissional da área da saúde** é quando o indivíduo pertencia a área profissional de saúde. O **contato comunitária** é quando não havia nenhuma história de contato com alguém diagnosticado com COVID-19, sem história de viagem recente ou não pertencer a área profissional de saúde.

Os exames laboratoriais e de imagem foram obtidos conforme a exigência clínica de cada paciente. A coleta laboratorial consistiu em hemograma e leucograma completos, contagem plaquetária, creatinina, sódio e potássio sérico, proteína C-reativa (PCR), lactato desidrogenase



(LDH), dímero D, tempo de ação de protrombina (TAP), transaminases hepáticas e bilirrubina total. Os valores de referência dos exames laboratoriais foram avaliados em concordância com a metodologia aplicada pelos laboratórios responsáveis pelas coletas. Febre foi definida como temperatura axilar maior ou igual a 37,5° C. Os laudos radiológicos foram descritos pelos médicos radiologistas responsáveis pelos exames solicitados.

Quanto à classificação da severidade da doença foi realizada uma divisão entre os grupos domiciliar e hospitalar. No **grupo domiciliar** estão os indivíduos que não foram atendidos em ambiente hospitalar. No **grupo hospitalar** estão os que receberam algum atendimento hospitalar ou foram submetidos à internação hospitalar durante a doença.

Definiu-se como recuperação completa da doença a ausência de sintomas ou resultado laboratorial de IgM não reagente para SARS-CoV-2. Para análise dos sintomas durante a fase ativa da doença e após a sua recuperação, foram realizadas visitas domiciliares ou ligações telefônicas questionando os indivíduos sobre seu estado geral. Foi estabelecido um período de no mínimo 7 dias depois da recuperação total da doença para realizar o questionamento quanto aos sintomas após a doença.

Na análise de dados, as variáveis contínuas foram expressas como médias e intervalos entre quartis (IQR) ou simples intervalos. Variáveis categóricas foram resumidas em contagens ou porcentagens. As análises foram tabeladas no programa Microsoft Excel 2020 e analisadas pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 17.0. Quando houve comparação entre os grupos, foi utilizada análise estatística não paramétrica pelo teste U de Mann-Whitney, descrevendo média e valor p. Considerado estatisticamente significativo os resultados com um $p < 0,05$.

O estudo respeitou as políticas que envolvem pesquisas em seres humanos. Foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob número de protocolo CAEE 32306820.9.0000.5636.

RESULTADOS

Ao todo, 114 indivíduos tiveram o diagnóstico de COVID-19 no período descrito, sendo 10 indivíduos excluídos devido aos fatores de exclusão. Dos 104 indivíduos que foram incluídos no estudo, 69 cumpriram o isolamento em domicílio (grupo domiciliar) e 35 foram atendidos na rede hospitalar conforme necessidade clínica (grupo hospitalar). Destes, 15 necessitaram de internação hospitalar e os outros 20 foram atendidos e logo encaminhados para o isolamento domiciliar no mesmo dia. Do *grupo hospitalar*, 30 foram admitidos em hospital da rede pública e 5 em hospital da rede privada.



As características clínicas e epidemiológicas dos indivíduos com COVID-19 estão descritas na tabela 1. A média de idade em todos os indivíduos foi de 40,1 anos (29,2 - 52,7). Destes, 4 pessoas (3,8%) tinham idade menor que 15 anos e 2 pessoas com idade menor do que 1 ano de vida. Na comparação entre grupos a média de idade foi de 38,1 anos (34,5 - 41,6) no grupo domiciliar e 44,2 anos (38,7 - 49,8) no grupo hospitalar ($p>0,05$). A etnia branca e o sexo masculino tiveram a maior prevalência em todos os indivíduos estudados (75,9% e 51% respectivamente). A maioria dos indivíduos não possuíam histórico de tabagismo (89,4%) não apresentando significância estatística quando comparado entre os grupos ($p>0,05$). A incidência de sedentarismo foi maior no grupo hospitalar (82,9% vs 69,5% do grupo domiciliar) ($p>0,05$). A fonte de contaminação mais prevalente em todos os casos ocorreu pelo contato com contaminado (27,9%). De todos indivíduos analisados, 12,5% eram profissionais da área da saúde.

Na admissão, o sintoma tosse foi o de maior prevalência em todos indivíduos (85,6%) sem significância estatística quando comparado entre os grupos ($p>0,05$). A febre esteve presente em 69,2% de todos os casos, presente em 77,1% dos indivíduos do grupo hospitalar e 65,2% dos indivíduos do grupo domiciliar ($p>0,05$). Apesar de dispneia não ser um sintoma tão prevalente quanto os demais (29,1 e 37,1% nos grupos domiciliar e hospitalar, respectivamente) ($p>0,05$), desconforto respiratório foi o terceiro sintoma mais relatado entre os indivíduos do grupo hospitalar (60%) e apenas o nono no grupo domiciliar (23,2%) ($p<0,05$), se mostrando como importante sinal de risco. Anosmia/disgeunesia esteve entre os sintomas mais relatados entre os indivíduos do grupo domiciliar (53% vs 22,8% do grupo hospitalar) ($p<0,05$), contudo não se mostrou ser um fator de gravidade. Ambos sintomas foram os únicos que apresentaram significância estatística (Tabela 2).

A presença de pelo menos uma comorbidade pré-existente foi encontrada em 43,2% de todos os casos, com maior prevalência no grupo hospitalar (54,3% vs 37,7% do grupo domiciliar) ($p>0,05$). A obesidade foi a comorbidade mais prevalente em todos os casos (34,6%), seguida da hipertensão arterial sistêmica (28,9%) e diabetes mellitus (9,6%). Entretanto nos indivíduos do grupo hospitalar a hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade de maior prevalência (42,8% vs 22,8% do grupo domiciliar) ($p>0,05$). Apesar de ser a quarta comorbidade de maior prevalência em todos indivíduos (9,6%), a dislipidemia foi a terceira mais prevalente entre os indivíduos do grupo hospitalar (20% vs 5% do grupo domiciliar) ($p<0,05$) (Tabela 2).

Os tratamentos e complicações de todos os casos com COVID-19 estão apresentados na tabela 3. A antibioticoterapia foi realizada em 45,2% dos casos, sendo a Azitromicina o antibiótico mais utilizado (39,4%). Dos indivíduos analisados 19,2% receberam terapia antiviral com Oseltamivir; 6,7% fizeram uso de Hidroxicloroquina; 11,5% corticosteróides sistêmicos e 12,5% receberam terapia com anticoagulantes. Dos 104 indivíduos analisados, 15 precisaram ser internados em enfermaria



(14,4 %) e 2 em Unidade de Terapia Intensiva (1,9%). Não houve nenhum óbito confirmado durante o período deste estudo na cidade de Brusque. Entre os hospitalizados, o tempo médio de hospitalização foi de 6,3 dias (3 - 6). Quanto a presença de complicações em todos os casos, 10 indivíduos tiveram alguma complicação documentada (9,6%). A pneumonia foi a complicação de maior prevalência (6,7%).

Dentre os 35 indivíduos avaliados em nível hospitalar, 23 realizaram exame de tomografia computadorizada (TC) de tórax. Dezenove deles apresentaram resultados anormais, sendo o aspecto de opacidade em vidro fosco o resultado mais frequente (15/23 ou 65,2%), e em 6 casos (26%) não foram observadas alterações radiológicas, conforme descrito na tabela 4. O exame de hemograma foi coletado em 23 pessoas, apresentando leucopenia em 17,4% dos casos; trombocitopenia (21,7%) e ausência total de linfocitopenia. Dentre os achados laboratoriais, quando julgados como necessários de realização, proteína C-reativa em 8/9 coletas (88,9%), lactato desidrogenase 4/4 (100%) e dímero D 4/6 (66,7%) foram os que mais se encontraram alterados.

Quanto aos sinais e sintomas durante a fase ativa, em relação ao total de casos (Tabela 5), o relato mais frequente foi anosmia/disgeunesia em 43 casos (41,3%), seguido de febre (34,6%), cefaleia e tosse (23,1% cada). Apesar de o desconforto respiratório ter sido um sintoma de gravidade, se tornou menos comum ao longo da evolução da doença (9,6%). Após a fase ativa, 82 das 104 pessoas do estudo (78,8%) relataram ausência de sintomas. Fadiga e dispneia foram sintomas relatados mesmo após a alta da doença (13,5% e 5,8% respectivamente).

DISCUSSÃO

A doença COVID-19, de origem em Wuhan, continua se espalhando rapidamente. Diversos estudos estão sendo realizados, revelando o amplo espectro de sintomas e severidade da doença.

Tian et al. (2020) analisaram 262 casos e observaram que a média de idade foi de 47,5 anos e que 3,1% desta amostra tinham menos do que 12 anos. Observaram uma discreta prevalência do sexo feminino (52,5%)⁸. Guan et al. (2020) analisaram 1099 casos e também observaram que a média de idade foi de 47 anos e que 41,9% dos casos eram do sexo feminino⁹. Zheng et al. (2020) analisaram 161 casos e observaram que a média de idade encontrada foi de 45 anos, e neste estudo não houve diferença estatística entre prevalência de gênero¹⁰. Goyal et al. (2020) realizaram uma pesquisa na cidade de Nova York e analisaram 393 casos, onde observaram que a média de idade foi de 62,2 anos, com maior prevalência em indivíduos do sexo masculino (60,6%)¹¹. Neste estudo na cidade de Brusque observou-se que a média de idade foi de 40,1 anos, com discreta prevalência do sexo masculino (51%).



Tian et al. (2020) descrevem que os sintomas mais frequentes na admissão foram febre (82,1%), tosse (45,8%) e fadiga (26,3%). O sintoma menos relatado foi cefaléia (6,5%)⁸. Guan et al. (2020) descrevem que 43,8% das pessoas apresentaram febre na admissão e que 88,7% dos indivíduos desenvolveram febre durante a fase ativa da doença. Tosse foi relatada em 67,8% e sintomas gastrointestinais representavam 8,8% dos casos⁹. Zheng et al. (2020) observaram que a febre na admissão esteve presente em 75,8% dos indivíduos, tosse em 62,7% e de menor prevalência de sintomas gastrointestinais (14,3%)¹⁰. Em um estudo na Coreia do Sul, o Centro Nacional de Resposta Emergencial ao COVID-19 analisou 28 casos, observando que os indivíduos apresentaram febre na admissão em 32,1% dos casos, tosse em 32,1% e em 10,7% não houve relato de nenhum sintoma¹². Neste estudo na cidade de Brusque observou-se que os indivíduos relataram tosse em 85% dos casos, febre em 69% e 51% relataram mialgia quando admitidos em acolhimento médico inicial.

Zheng et al. (2020), descrevem que 20,5% dos indivíduos apresentaram pelo menos uma comorbidade, sendo HAS a comorbidade mais prevalente (13,7%)¹⁰. Goyal et al. (2020) relataram que a segunda maior comorbidade era a obesidade (35,8%), precedido da HAS em 50,1% dos casos¹¹. Neste presente estudo em Brusque observou-se que a obesidade foi a comorbidade mais prevalente em 34,6% dos indivíduos. Porém, entre os casos do grupo hospitalar a comorbidade de maior prevalência foi HAS (42,8%).

Os achados de imagem pelo exame de TC de tórax na admissão deste estudo corroboram com os encontrados no estudo de Guan et al. (2020). Guan et al. (2020) analisaram 975/1099 exames, sendo que 86,2% deles apresentaram alterações radiológicas. No mesmo estudo, o aspecto opacidade em vidro fosco foi o mais prevalente (56,4%)⁹. Na experiência brasileira de 12 casos com COVID-19 apresentando pneumonia, Chate et al. (2020) observaram que em 100% dos casos apresentavam aspecto radiológico em vidro fosco na admissão¹³.

Zheng et al. (2020) observaram a presença de leucopenia e trombocitopenia em 41% e 6,8% dos casos respectivamente¹⁰. Guan et al. (2020) relataram leucopenia em 33,7% dos casos e em 36,2% trombocitopenia no largo estudo com 1099 indivíduos⁹. Os índices de trombocitopenia e leucopenia dos indivíduos no presente estudo, quando comparados aos demais estudos, apresentaram menor incidência (21,7% e 17,4% respectivamente). Os valores de proteína C-reativa estavam elevados em 75,2% dos indivíduos no estudo de Tian et al. (2020)¹⁰ e em 60,7% dos indivíduos no estudo Guan et al. (2020)⁸. Neste presente estudo em Brusque este achado laboratorial também foi observado em 88,9% dos casos.

Em série de 21 casos em serviço terciário de saúde na Índia, Gupta et al. (2020) observaram que a história de exposição externa foi a mais prevalente (61,9%)¹⁴. No estudo sul-coreano de 28 casos foi observado que 10 indivíduos haviam se contaminado de forma local, sendo que 7/10 ocorrem



através de contato domiciliar com familiares com diagnóstico confirmado de COVID-19¹⁵. No presente estudo em Brusque com 104 casos foi observado que em 85,6% dos casos a forma de contaminação foi local, e em 18,3% decorrente de contato com familiar contaminado.

Ohe et al. (2020) analisaram o uso de macrolídeos para o tratamento de COVID-19, especialmente com a azitromicina, sugerindo ser terapia de potencial eficácia, sendo que a medicação pode ser prescrita de forma singular ou em associação com outras medicações¹⁶. Guan et al. (2020) descrevem o uso de antibióticos em 58% dos casos sem especificar qual classe de antibióticos foi escolhida⁹. Neste estudo da cidade de Brusque foi observado a prescrição de antibióticos em 45,2% dos casos, sendo a azitromicina o antibiótico mais utilizado (39,5%).

Guan et al. (2020) descrevem que a pneumonia foi documentada em 972 de uma amostra de 1099 indivíduos, sendo a complicação mais frequente⁸. Zheng et al. (2020) relatam a complicação de pneumonia em 64,3% dos indivíduos¹⁰. Zhou et al. (2020) em análise de 191 casos observaram que a complicação mais prevalente foi sepse (59%), seguida de infecções secundárias (15%)¹⁷. O presente estudo observou menor número de casos com complicações registrados, sendo que a pneumonia foi documentada em 6,7% e sepse em 0,9% dos casos.

O baixo número de exames laboratoriais e de imagem, em virtude da menor necessidade clínica desses indivíduos, constitui-se em uma limitação do estudo, uma vez que maior número de exames produziriam média mais relevante.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentaram maior acometimento de faixa etária produtiva, com menor necessidade de internações hospitalares e desfechos desfavoráveis. A dificuldade inicial em diagnosticar indivíduos sem alterações radiológicas ou assintomáticos, continua sendo um paradigma. Apesar de o conhecimento sobre o tema estar aumentando, a importância de experiências bem sucedidas e linhas terapêuticas de bons resultados contribui com os demais estudos.

REFERÊNCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395(10223):497-506.
2. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, Wang W, Song H, Huang B, Zhu N, Bi Y, Ma X, Zhan F, Wang L, Hu T, Zhou H, Hu Z, Zhou W, Zhao L, Chen J, Meng Y, Wang J, Lin Y, Yuan J, Xie Z,



Ma J, Liu WJ, Wang D, Xu W, Holmes EC, Gao GF, Wu G, Chen W, Shi W, Tan W. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395(10224):565-574.

3. World Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak*. [acessado 2020 Jun 20]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim epidemiológico. Doença pelo Coronavírus 2019*. 2020. [acessado 2020 Jun 20]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.

5. World Health Organization. *WHO: novel coronavirus (COVID-19) situation*. [acessado 2020 Jun 20]. Disponível em: <https://who.sprinklr.com>.

6. World Health Organization. *WHO declares COVID-19 a pandemic*. [acessado 2020 Jun 20]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-march-2020>.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Brusque. Panorama*. 2020. [acessado 2020 Jun 19]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/brusque/panorama>.

8. Tian S, Hu N, Lou J, Chen K, Kang X, Xiang Z, Chen H, Wang D, Liu N, Liu D, Chen G, Zhang Y, Li D, Li J, Lian H, Niu S, Zhang L, Zhang J. Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. *J Infect*. 2020; 80(4): 401-406.

9. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DSC, Du B, Li LJ, Zeng G, Yuen KY, Chen RC, Tang CL, Wang T, Chen PY, Xiang J, Li SY, Wang JL, Liang ZJ, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Zhong NS; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; 382(18):1708-1720.

10. Zheng F, Tang W, Li H, Huang YX, Xie YL, Zhou ZG. Clinical characteristics of 161 cases of corona virus disease 2019 (COVID-19) in Changsha. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; 24(6):3404-3410.

11. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck EJ, Chen R, Jabri A, Satlin MJ, Campion TR Jr, Nahid M, Ringel JB, Hoffman KL, Alshak MN, Li HA, Wehmeyer GT, Rajan M, Reshetnyak E, Hupert N, Horn EM, Martinez FJ, Gulick RM, Safford MM. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med* 2020; 382(24):2372-2374.

12. COVID-19 National Emergency Response Center, Epidemiology and Case Management Team, Korea Centers for Disease Control and Prevention. Early Epidemiological and Clinical Characteristics of 28 Cases of Coronavirus Disease in South Korea. *Osong Public Health Res Perspect* 2020;11(1):8-14.

13. Chate RC, Fonseca EKUN, Passos RBD, Teles GBDS, Shoji H, Szarf G. Presentation of pulmonary infection on CT in COVID-19: initial experience in Brazil. *J Bras Pneumol* 2020;46(2):e20200121.



14. Gupta N, Agrawal S, Ish P, Mishra S, Gaiind R, Usha G, Singh B, Sen MK, Covid Working Group SH. Clinical and epidemiologic profile of the initial COVID-19 patients at a tertiary care centre in India. *Monaldi Arch Chest Dis* 2020;90(1).

15. COVID-19 National Emergency Response Center, Epidemiology and Case Management Team, Korea Centers for Disease Control and Prevention. Early Epidemiological and Clinical Characteristics of 28 Cases of Coronavirus Disease in South Korea. *Osong Public Health Res Perspect* 2020;11(1):8-14.

16. Ohe M, Shida H, Jodo S, Kusunoki Y, Seki M, Furuya K, Goudarzi H. Macrolide treatment for COVID-19: Will this be the way forward? *Biosci Trends* 2020; 14(2):159-160.

17. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L, Wei Y, Li H, Wu X, Xu J, Tu S, Zhang Y, Chen H, Cao B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395(10229):1054-1062.

TABELAS

Tabela 1 – Características clínicas e epidemiológicas dos indivíduos com COVID-19.

Característica	TODOS OS CASOS N = 104	DOMICILIAR N = 69	HOSPITALAR N = 35
<i>Idade</i>			
Média (IQR) – anos*∅	40,1 (29,2 – 52,7)	38,1 (34,5 – 41,6)	44,2 (38,7 – 49,8)
Distribuição – n°/total n° (%)			
0-14 anos	4/104 (3,8)	4/69 (5,8)	0/35 (0)
15-49 anos	70/104 (67,3)	49/69 (71)	21/35 (60)
50-64 anos	26/104 (25)	15/69 (21,7)	11/35 (31,4)
≥ 65 anos	4/104 (3,8)	1/69 (1,4)	3/35 (8,6)
Sexo feminino - n°/total n° (%)∅	51/104 (49)	33/69 (47,8)	18/35 (51,4)
<i>Etnia - n°/total n° (%)**∅</i>			
Branca	79/104 (75,9)	51/69 (73,9)	28/35 (80)
Parda	24/104 (23,1)	18/69 (26,1)	6/35 (17,1)
Preta	1/104 (0,9)	0/69 (0)	1/35 (2,9)
Sedentarismo – n°/total n° (%)***∅	77/104 (74)	48/69 (69,5)	29/35 (82,9)
<i>História de tabagismo – n°/total n° (%)∅</i>			
Nunca fumou	93/104 (89,4)	63/69 (91,3)	30/35 (85,7)
Ex-tabagista	10/104 (9,6)	5/69 (7,2)	5/35 (14,3)
Tabagista ativo	1/104 (0,9)	1/69 (1,4)	0/35 (0)
<i>Exposição a fonte de contaminação nos últimos 14 dias – n°/total n° (%)</i>			
Comunitária	28/104 (26,9)	16/69 (23,2)	12/35 (34,3)

continua



continua

Exposição a fonte de contaminação nos últimos 14 dias – n°/total n° (%)

Profissional da área da saúde	13/104 (12,5)	7/69 (10,1)	6/35 (17,1)
Contato com contaminado	29/104 (27,9)	23/69 (33,3)	6/35 (17,1)
Contato com familiar contaminado	19/104 (18,3)	15/69 (21,7)	4/35 (11,4)
Externa	15/104 (14,4)	10/69 (14,5)	5/35 (14,3)

*IQR intervalo entre quartis; $\diamond P > 0,05$

**Etnia foi definida pelo participante

***Sedentarismo Classificado como < 150 minutos semanais de atividades leve-moderada

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Tabela 2 – Sinais e sintomas na admissão e comorbidades pré-existentes dos indivíduos com COVID-19.

Característica	TODOS OS CASOS N = 104	DOMICILIAR N = 69	HOSPITALAR N = 35	P
Febre na admissão – n°/total n° (%)	72/104 (69,2)	45/69 (65,2)	27/35 (77,1)	0,210
<i>Sintomas na admissão – n° (%)</i>				
Cefaleia	53/104 (50,9)	38/69 (55,1)	15/35 (42,8)	0,241
Tosse	89/104 (85,6)	57/69 (82,6)	32/35 (91,4)	0,229
Odinofagia	19/104 (18,2)	8/69 (11,6)	11/35 (31,4)	0,560
Fadiga	35/104 (33,6)	21/69 (30,4)	14/35 (40)	0,332
Mialgia	53/104 (51)	36/69 (52,2)	17/35 (48,6)	0,730
Diarreia	22/104 (21,1)	14/69 (20,3)	8/35 (22,8)	0,631
Desconforto respiratório	37/104 (35,6)	16/69 (23,2)	21/35 (60)	0,000
Dispneia	29/104 (31,6)	16/69 (29,1)	13/35 (37,1)	0,186
Anosmia/disgeunisia	39/104 (56,5)	37/69 (53)	8/35 (22,8)	0,029
Naúsea ou vômito	12/104 (11,5)	8/69 (11,6)	4/35 (11,4)	0,471
Coriza	29/104 (29,8)	26/69 (32,9)	8/35 (22,8)	0,481
Dor abdominal	4/104 (3,5)	1/69 (1,3)	3/35 (8,6)	0,650
<i>Comorbidade pré-existente – n° (%)</i>				
≥ 1	45/104 (43,2)	26/69 (37,7)	19/35 (54,3)	0,810
Hipertensão arterial sistêmica	33/104 (28,9)	18/69 (22,8)	15/35 (42,8)	0,080
Diabetes Mellitus	11/104 (9,6)	5/69 (6,3)	6/35 (17,1)	0,120
Obesidade*	36/104 (34,6)	22/69 (31,9)	14/35 (40)	0,504
Imunodeficiência	3/104 (2,6)	1/69 (1,3)	2/35 (5,8)	0,121
Dislipidemia	11/104 (9,6)	4/69 (5)	7/35 (20)	0,027
Hipotireoidismo	6/104 (5,3)	4/69 (5)	2/35 (5,8)	0,408
Doença cardiovascular/cardiopatia	8/104 (7)	3/69 (3,8)	5/35 (14,3)	0,740
Doença pulmonar	5/104 (4,8)	2/69 (2,6)	3/35 (8,6)	0,203

continua



continua

Comorbidade pré-existente – n° (%)

Depressão/ansiedade	4/104 (3,8)	2/69 (2,6)	2/35 (5,8)	0,630
---------------------	-------------	------------	------------	-------

*Obesidade definida pelo Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30 kg/m²

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Tabela 3 – Tratamentos e desfecho clínico dos indivíduos com COVID-19.

Variável	TODOS OS CASOS N = 104
Complicações – n°/total n° (%)	
Pneumonia	7/104 (6,7)
Síndrome respiratória aguda grave	2/104 (1,9)
Sepse	1/104 (0,9)
Tratamentos – n°/total n° (%)	
Antibióticos	47/104 (45,2)
Azitromicina	41/104 (39,4)
Ceftriaxona	11/104 (10,6)
Amoxicilina + clavulanato	3/104 (2,9)
Piperaciclina + tazobactam	2/104 (1,9)
Metronidazol	2/104 (1,9)
Quinolonas	4/104 (3,8)
Hidroxicloroquina – n° (%)	7/104 (6,7)
Osetamivir – n° (%)	20/104 (19,2)
Corticoesteróides sistêmico – n° (%)	12/104 (11,5)
Anticoagulante – n° (%)	13/104 (12,5)
Nitazoxanida – n° (%)	2/104 (1,9)
Oxigenioterapia – n° (%)	4/104 (3,8)
Ventilação mecânica – n° (%)	2/104 (1,9)
Admissão em unidade de terapia intensiva – n° (%)	2/104 (1,9)
Tempo médio de internação hospitalar (IQR) – dias*	6,3 (3 - 6)
Desfecho clínico – n° (%)	
Atendimento hospitalar	20/104 (19,2)
Internação hospitalar	15/104 (14,4)
Recuperação	104/104 (100)
Óbito	0/104 (0)

*IQR intervalo entre quartis

Fonte: elaborado pelos autores (2020).



Tabela 4 - Achados laboratoriais e radiológicos de admissão nos indivíduos com COVID-19 do grupo hospitalar.

Variável	HOSPITALAR N = 35
Achados radiológicos	
Tomografia Computadorizada de tórax – n°/total n° (%)	23/35 (65,7)
Opacidade em vidro fosco	15/23 (65,2)
Consolidação pulmonar bilateral	2/23 (8,6)
Anormalidades intersticiais	1/23 (4,3)
Derrame pleural	1/23 (4,3)
Sem alterações radiológicas	6/23 (26)
Achados laboratoriais	
Leucograma – n°/total n° (%)	23/35 (66)
Média (IQR) – células/mm ³ *	6.602 (4.750 – 8.560)
Distribuição – n°/total n° (%)	
> 10.000/mm ³	1/23 (4,3)
< 4.000/mm ³	4/23 (17,4)
Linfócitos	
Média (IQR) - %*	23 (17 – 32)
Plaquetas	
Média (IQR) – células/mm ³ *	203.739 (158.000 – 266.000)
Distribuição – n°/total n° (%)	
< 150.000/mm ³	5/23 (21,7)
Hemácias (IQR) – milhões/mm ³ *	4,51 (4,1 – 4,8)
Hemoglobina média (IQR) – g/dl*	13,2 (12,5 – 13,9)
Saturação ≤ 95% - n°/total n° (%)	2/9 (22,2)
Distribuição de outros achados – n°/total n° (%)	
Proteína C-reativa ≥ 10 mg/l	8/9 (88,9)
Lactato desidrogenase ≥ 250 U/l	4/4 (100)
d-Dímero ≥ 0,5 mg/l	4/6 (66,7)
Aspartato aminotransferase > 40 U/l	1/5 (20)
Alanina aminotransferase > 40 U/l	1/5 (20)
Bilirrubina total > 1,2 mg/dl	0/4 (100)
Creatinina ≥ 1,3 mg/dl	5/21 (23,8)
Troponina > 40 ng/l	1/7 (14,3)
TAP médio (IQR) – INR*×	1,12 (1,00 – 1,21)
Sódio médio (IQR) - mmol/l*	137,1 (135 - 140)
Potássio médio (IQR) - mmol/l*	4,3 (3,8 – 4,7)

*IQR intervalo entre quartis

×TAP – Tempo de ação de protrombina definido em INR (Razão normalizada internacional)

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

**Tabela 5** - Sinais e sintomas durante a fase ativa e após recuperação da doença em indivíduos com COVID-19.

Característica	FASE ATIVA	APÓS RECUPERAÇÃO
Febre – n°/total n°	36/104 (34,6)	2/104 (1,9)
<i>Sintomas – n°/total n°</i>		
Ausência de sintomatologia	15/104 (14,4)	82/104 (78,8)
Anosmia/disgeusia	43/104 (41,3)	1/104 (0,9)
Cefaleia	24/104 (23,1)	5/104 (4,8)
Odinofagia	5/104 (4,8)	2/104 (1,9)
Tosse	24/104 (23,1)	1/104 (0,9)
Dispneia	22/104 (21,1)	6/104 (5,8)
Desconforto respiratório	10/104 (9,6)	3/104 (2,9)
Diarreia	13/104 (12,5)	0/104 (0)
Náusea/vômito	8/104 (7,7)	0/104 (0)
Fadiga	23/104 (22,1)	14/104 (13,5)
Mialgia/artralgia	23/104 (22,1)	2/104 (1,9)
Coriza	6/104 (5,8)	1/104 (0,9)
Congestão nasal	1/104 (0,9)	0/104 (0)
Dor abdominal	2/104 (1,9)	1/104 (0,9)
Dor torácica	3/104 (2,8)	4/104 (3,8)
Indisposição	9/104 (8,6)	3/104 (2,9)
Irritabilidade	2/104 (1,9)	0/104 (0)
Visão embaçada	0/104 (0)	1/104 (0,9)
Monilíase	2/104 (1,9)	2/104 (1,9)
Inapetência	7/104 (6,7)	0/104 (0)

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).