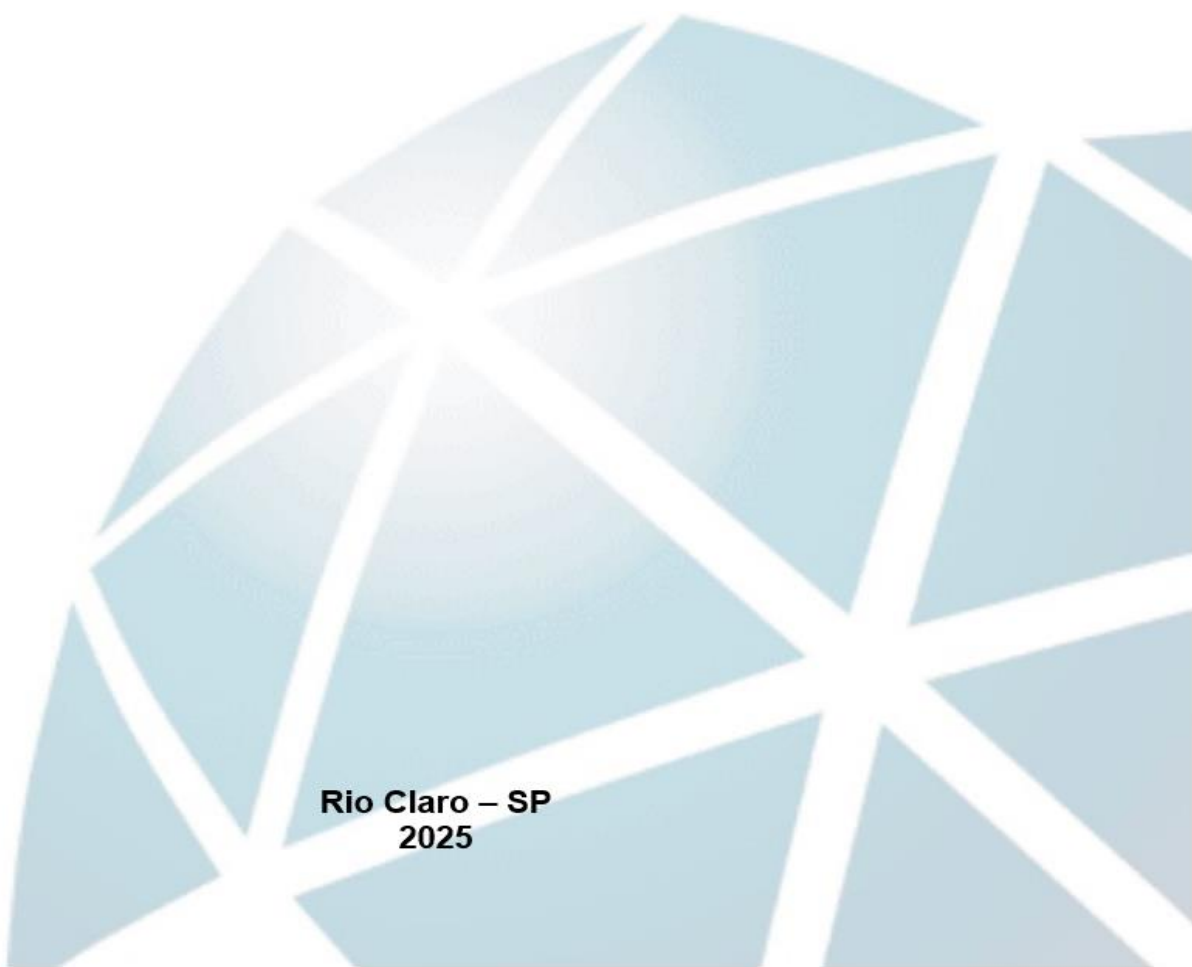

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO HUMANO E
TECNOLOGIAS.**

**PERFIL DE PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID 19 ATENDIDOS EM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE MARÍLIA-SP**

ELAINE CRISTINA BENTO MULATO



**Rio Claro – SP
2025**

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO HUMANO E
TECNOLOGIAS.**

**PERFIL DE PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID 19 ATENDIDOS EM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE MARÍLIA-SP**

ELAINE CRISTINA BENTO MULATO

Dissertação apresentada ao Instituto de Biotecnologia, Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Humano e Tecnologias.

Orientador: Prof. Dr. Robison José Quitério

**Rio Claro – SP
2025**

M954p Mulato, Elaine Cristina Bento
 Perfil de pacientes acometidos por Covid 19 atendidos em hospital
de referência da cidade de Marília-SP / Elaine Cristina Bento Mulato.
-- Rio Claro, 2025
62 p. : il., tabs.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Instituto de Biociências, Rio Claro
Orientadora: Robison José Quitério

1. COVID-19;. 2. Incidência;. 3. Prevenção de Doenças;. 4. Sistema
único de saúde;. 5. Morte.. I. Título.

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Diante do presente estudo buscou-se como potencial científico entender e traçar as características similares e predominantes no perfil epidemiológico apresentado entre os pacientes submetidos a hospitalização em um hospital referência na cidade de Marília-SP e após confirmação de contágio por COVID-19, analisar e titular o público-alvo vulnerável mais infectado no período entre abril de 2020 a dezembro de 2022.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

In view of the present study, the scientific potential sought to understand and outline the similar and predominant characteristics in the epidemiological profile presented among patients hospitalized in a reference hospital in the city of Marília-SP and after confirmation of contagion by COVID-19, analyze and title the most infected vulnerable target audience in the period between April 2020 to December 2022.

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: PERFIL DE PACIENTES ACOMETIDOS POR COVID 19 ATENDIDOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE MARÍLIA-SP

AUTORA: ELAINE CRISTINA BENTO MULATO

ORIENTADOR: ROBISON JOSÉ QUITÉRIO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, área: Tecnologias nas Dinâmicas Corporais pela Comissão Examinadora:

 Documento assinado digitalmente
ROBISON JOSÉ QUITÉRIO
Data: 16/06/2025 11:55:59 -0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Prof. Dr. ROBISON JOSÉ QUITÉRIO (Participação Presencial)
Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UNESP - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília - SP

Profa. Dra. ANA ELISA ZULIANI STROPPA MARQUES (Participação Presencial)
Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UNESP - Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília - SP

Profa. Dra. DORALICE FERNANDA DA SILVA RAQUEL (Participação Presencial)
FAIP / Faculdade de Ensino Superior do Interior Paulista - Marília/SP

Rio Claro, 16 de junho de 2025

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos acometidos por COVID-19, internados na Associação Beneficente Hospital Unimar em Marília-SP, durante o período pandêmico entre abril de 2020 a dezembro de 2022. **Métodos:** Pesquisa documental, quantitativa com dados retrospectivos. Analisadas as variáveis: sexo, raça/cor, convênio, nível de escolaridade, alta ou óbito, idade e território de habitação (cidade) de 3.372 prontuários de pacientes acometidos ou com suspeita de COVID-19, que foram internados, sendo 1.793 utilizados para o presente estudo. **Resultados:** predomínio de homens hospitalizados, 929 (51,81%), especialmente na faixa etária entre 50 a 59 anos, 180 (10,03%); com características fenotípica branca mais declarada, 668 (37,25%); a maioria dos pacientes com escolaridade 2º grau completo, 331 (18,46%); utilizando o SUS como convênio de internação, 520 (29,00%); maior incidência de óbitos no sexo masculino ocorreu entre 70 a 79 anos, 38 (11,73%); ficando mais expressiva a concentração de internações no primeiro semestre de 2021, 548 (30,56%). **Conclusão:** O sexo masculino representou o maior número de casos, evidenciando a idade 60 a 69 anos em ambos os sexos são particularmente mais vulneráveis a hospitalização, 50 a 59 anos para o sexo masculino e 60 a 69 anos sexo feminino. A raça/ cor de pele branca foi a mais declarada, houve mais declarados como alfabetizados 90,12%, cobertura das internações 52,5 % eram SUS. Quanto a evolução para óbito, a idade 60 a 69 anos para mulheres e homens 70 a 79 anos. Não houve diferença entre sexo e número de óbitos. O estudo enfatiza a importância da vacinação como medida de prevenção, onde ficou evidente a diminuição dos casos após a imunização. O pico de hospitalizados entre o segundo semestre de 2020 ao primeiro de 2021 em Marília foi similar ao do Brasil. Esta pesquisa representa uma contribuição valiosa para conhecimento dos dados epidemiológico local da população que mais se instabilizaram clinicamente com necessidade de internação e suporte multiprofissional e pode servir como base para futuras investigações e criação de campanhas preventivas assertivas, conscientização e educação em saúde.

Palavras-chave: COVID-19; incidência; prevenção de Doenças; sistema único de saúde; morte.

ABSTRACT

Objective: To outline the epidemiological profile of patients affected by COVID-19, hospitalized at the Associação Beneficente Hospital Unimar in Marília-SP, during the pandemic period between April 2020 and December 2022. **Methods:** Documentary, quantitative research with retrospective data. The following variables were analyzed: sex, race/color, health insurance, level of education, discharge or death, age and territory of residence (city) of 3,372 medical records of patients affected or suspected of having COVID-19, who were hospitalized, of which 1,793 were used for the present study. **Results:** predominance of hospitalized men, 929 (51.81%), especially in the age group between 50 and 59 years, 180 (10.03%); with more declared white phenotypic characteristics, 668 (37.25%); the majority of patients with completed high school education, 331 (18.46%); using the SUS as a hospitalization agreement, 520 (29.00%); the highest incidence of deaths in males occurred between 70 and 79 years old, 38 (11.73%); the concentration of hospitalizations being more expressive in the first half of 2021, 548 (30.56%). **Conclusion:** Males accounted for the largest number of cases, showing that ages 60 to 69 years in both sexes are particularly more vulnerable to hospitalization, 50 to 59 years for males and 60 to 69 years for females. White race/skin color was the most declared, there were more declared as literate 90.12%, coverage of hospitalizations 52.5% were SUS. Regarding the evolution to death, ages 60 to 69 years for women and 70 to 79 years for men. There was no difference between sex and number of deaths. The study emphasizes the importance of vaccination as a preventive measure, where the decrease in cases after immunization was evident. The peak of hospitalizations between the second half of 2020 and the first of 2021 in Marília was similar to that of Brazil. This research represents a valuable contribution to the knowledge of local epidemiological data of the population that most became clinically unstable with the need for hospitalization and multidisciplinary support and can serve as a basis for future investigations and the creation of assertive preventive campaigns, awareness and health education.

Keywords: COVID-19; incidence; disease prevention; unified health system; death.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Amostra total e por faixas etárias dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	26
Tabela 2. Dados da amostra separados por raça/cor da pele, dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	31
Tabela 3. Dados a amostra separados pelo nível de escolaridade, dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	35
Tabela 4. Dados da amostra separados pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	40
Tabela 5. Número de indivíduos que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	44

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Unidades assistenciais de saúde em Marília-SP.....	19
Figura 2. Diagrama do processo metodológico de busca e análise de dados.....	22
Figura 3. Cenário epidemiológico em Marília-SP, durante os três picos de óbitos por COVID-19 no Brasil.....	24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Dados da amostra semestral por faixas etárias dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	28
Gráfico 2. Dados da amostra semestral por faixas etárias das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	29
Gráfico 3. Dados da amostra total dos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	30
Gráfico 4. Dados da amostra semestral por raça/cor da pele, dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	32
Gráfico 5. Dados da amostra semestral por raça/cor da pele, das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	33
Gráfico 6. Dados da amostra total por raça/cor da pele, dos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	34
Gráfico 7. Dados da amostra semestral pelo nível de escolaridade, dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	37

Gráfico 8. Dados da amostra semestral pelo nível de escolaridade, das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	38
Gráfico 9. Dados da amostra total pelo nível de escolaridade, dos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	39
Gráfico 10. Dados da amostra total pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	41
Gráfico 11. Dados da amostra semestral pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	42
Gráfico 12. Dados da amostra semestral pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), das mulheres acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	43
Gráfico 13. Dados da amostra semestral dos homens que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	46
Gráfico 14. Dados da amostra semestral das mulheres que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	47
Gráfico 15. Dados da amostra total dos indivíduos que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE2	<i>Angiotensin i converting enzyme 2</i>
ANVISA	Agência nacional de vigilância sanitária
AME	Ambulatório Médico de especialidades
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
e-SUS Notifica	Registro de Casos de síndrome gripal
HAS	Hipertensão
ABHU	Associação Beneficente Hospital Unimar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGPD	Lei geral de proteção de dados
MERS-CoV	Coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio
MV PEP	MV saúde digital
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
RT-PCR	<i>Reverse transcription polymerase chain reaction</i>
SARS-CoV	Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave
SCIH	Serviço de controle de infecção hospitalar
SIVEP GRIPE	Vigilância epidemiológica da gripe
SUS	Sistema único de saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVO.....	18
4. MÉTODO.....	18
4.1 Cenário do estudo.....	18
4.2 Tratamento dos dados para coleta e seleção.....	20
4.3 Critérios de elegibilidade para inclusão.....	20
4.4 Critérios utilizados para não inclusão.....	21
4.5 Perfil dos Pacientes analisados.....	22
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSSÃO.....	49
6.1 Percentual de indivíduos acometidos.....	49
6.2 Faixa etária.....	50
6.3 Raça/cor de pele.....	51
6.4 Nível de escolaridade.....	53
6.5 Óbitos	53
7. LIMITAÇÕES	55
8. IMPORTÂNCIA DESTE ESTUDO E SUAS UTILIDADES.....	56
9. CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS	58

1. INTRODUÇÃO

A primeira descrição do Coronavírus foi em uma publicação por Tyrrell and Bynae, em 1966. Tais patógenos eram considerados como responsáveis por resfriados de baixa complexidade. Porém no século 21 o Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e coronavírus da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) foram responsáveis por uma epidemia com números elevados de mortalidade e morbidade (NOGUEIRA *et al.*,2021).

Diante do cenário caótico iniciado na China, imaginava-se, ou ao menos assim queria-se crer, que o SARS-CoV 2 não pudesse chegar em solo brasileiro, porém em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo - SP foi notificado o primeiro caso da América Latina, um brasileiro de 61 anos que passou pela Itália. Assim iniciou uma corrida de contenção e disseminação contra o vírus (GONÇALVES; DO NASCIMENTO, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE,2022).

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS), decretou estado pandêmico por COVID-19 (Coronavírus Disease 2019). Em 31 de março de 2020, 33 dias após a confirmação do COVID-19 na cidade de São Paulo, a Vigilância epidemiológica da cidade de Marília-SP recebeu a primeira confirmação, um homem de 53 anos morador da cidade, que exercia suas atividades profissionais em São Paulo. Assim 20 dias após o decreto pandêmico, Marília-SP se torna uma cidade em estado de alerta por confirmar o primeiro caso (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA, 2025; OMS,2024).

Seguindo o Governo do Estado de São Paulo, foi decretado no município de Marília-SP em 21 de março de 2020 o fechamento de órgãos e estabelecimentos, dando prioridade a serviços considerados essenciais (farmácia, posto de combustível, mercados ,unidades de saúde entre outros) por 15 dias inicialmente para contenção do vírus. Uma série de medidas foram preconizadas como: álcool em gel para utilização de funcionários e clientes; higiene do local e superfícies; manter kit completo de higiene de mãos e determinar caso aja fila de espera, que seja mantida distância mínima de dois metros entre as pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA, 2025).

Para auxiliar as cidades e prefeituras do estado de São Paulo, foi criado em maio de 2020 o plano São Paulo onde determinava as regras de quarentena no estado, sendo determinada pelo governo estadual com base em indicadores de saúde como mortes por COVID-19, internações, ocupação de leitos de UTI (unidade de terapia intensiva). As cinco fases são: Fase vermelha (Alerta Máximo) fase laranja (Controle), fase amarela (Flexibilização), fase verde (Abertura parcial) e fase azul (Normal controlado). Estabelecia os setores da economia que poderiam funcionar em cada fase de restrição, tais como horário de funcionamento e capacidade máxima (G1 BAURU E MARÍLIA,2020).

A transmissão do vírus ocorre de três modos: contato, gotículas ou aerossol, o contato de forma direta pessoas contaminadas (menos de um metro de distanciamento) ou indiretas superfícies e objetos que foram contaminados por alguns dos três tipos descritos acima. Uma pessoa infectada pelo vírus pode transmitir a doença até 48 horas antes do início dos sintomas, pacientes infectados e assintomáticos podem também ser transmissor do vírus (FERNANDES, L. R. *et al.*, 2022).

O SARS-CoV-1, gerou grande contágio com o primeiro relato na China em 2002 e teve como o principal alvo respiratório, assim como SARS-CoV-2", ocasionando sinais clínicos característico, incluindo febre, tosse seca, fadiga e dispneia (PEREIRA,2020). Alguns sintomas podem se desenvolver ao longo prazo, como cefaleia, redução da capacidade funcional, ansiedade, depressão, perda da memória, distúrbio do sono, distúrbio cognitivo, dentre outros (NOGUEIRA, *et al.*, 2021).

A Agência Nacional de vigilância sanitária (ANVISA) dispõe de medicamentos aprovados no tratamento do COVID-19, sendo eles: Remdesivir, Baricitinibe, Paxlovid, Molnupiravir e Tocilizumabe , que são antivirais e anticorpos com capacidade de imitar o sistema imunológico a combater o vírus assim atuando e impedindo a replicação do vírus (GOV.BR,2025).

O tratamento também envolve cuidados não farmacológicos, a doença pode ocasionar restrições e limitações de atividades da vida diária, ou seja, necessidades

consideradas básicas e ocasionando prejuízos na qualidade de vida e independência deste indivíduo. Assim o engajamento e acompanhamento da equipe multiprofissional (fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista) dentre outros se fazem necessária para garantir e reabilitar, funções e sequelas.

Por se tratar de uma doença rápida e silenciosa, mais de sete milhões de pessoas morreram em todo o mundo. No Brasil, estes números chegaram a 710.174 óbitos acumulados, aproximadamente nove campos de futebol do estádio do Maracanã no Rio de Janeiro-RJ e deixou um rastro devastador (OMS,2024).

De acordo com o ministério da saúde COVID-19 no Brasil, até 14 de novembro de 2024, Marília-SP apresentou 57.380 casos confirmados e 1.217 óbitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE-COVID-19 NO BRASIL, 2024). Índice que passa por constantes alterações, onde a transmissão não apresenta características sazonal, diferente da gripe, o COVID-19 se destaca por contágio até mesmo no verão (KUNKEL.*et al.*,2024).

Os dados epidemiológicos brasileiros, eram atualizados diariamente, através do controle e mapeamento de contágio e óbitos, através de canais de monitoramento, sendo eles: <https://localizasus.saude.gov.br>,<https://covid.saude.gov.br/>, <https://suasnalitico.saude.gov.br/> e <https://opendata.sus.saude.gov.br/>.

O sistema de informações da vigilância epidemiológica da gripe (SIVEP Gripe) implantado desde o ano de 2000, passou por atualizações após decreto pandêmico, realizando adaptações em seu sistema de notificações, para acompanhar e registrar os casos de Síndromes Respiratórias agudas, visando o monitoramento da circulação do novo coronavírus (SRAS-CoV-2), influenza e outros vírus respiratórios (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2023).

De acordo com o portal de transparência do município de Marília – SP, os gastos com as despesas no enfrentamento do COVID-19, entre fevereiro e dezembro de 2020 foram de R\$ 40.378.095,40. Quando analisado por período, podemos observar a diminuição bastante significativa, entre fevereiro e junho de 2021, R\$ 21.056.224,55. Entretanto, os gastos entre janeiro e junho de 2022 foi de R\$ 8.199.576,70. Diminuição nos gastos em torno de R\$ 12.856.648, valores que

puderam ser comparados com a diminuição do número de contaminados diariamente, internações, disposição de leitos e campanhas voltadas a pandemia (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARÍLIA, 2022).

Em Marília-SP, a primeira dose da Coronavac foi no dia 19 de janeiro 2021 em uma técnica de enfermagem de 32 anos, funcionária do Hospital das clínicas de Marília –SP (G1. BAURU E MARÍLIA,2021). Afirmar que a vacinação foi o motivo real da diminuição de casos no Brasil é um tanto quanto incerto afinal outras medidas foram empreendidas em conjunto. Ao decorrer dos anos as medidas preventivas incluindo a vacinação, são sustentadas, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS,2024).

O perfil epidemiológico dos acometidos passou por constantes mudanças, uma vez que medidas preventivas como distanciamento social, uso de máscara, lavagem das mãos, uso de álcool gel e vacinação são fundamentais para o controle da disseminação do vírus. E quando ocorreu o relaxamento de medidas preventivas, em momentos de pico de curva epidêmica, foi notável o aumento de número de casos (KUNKEL. *et al.*,2024).

Um estudo prévio realizado no município da Zona da Mata Mineira, constatou que durante a pandemia, houve mudança no perfil epidemiológico da doença com redução dos casos de óbitos na população já vacinada. Concluiu-se que a vacinação da população foi uma medida eficaz e com grande impacto quando associadas a medidas preventivas tais como o controle de disseminação (FABRI.,2021).

Desde o primeiro caso confirmado de COVID-19, há mudanças nas características dos pacientes internados, com relação aos sintomas, idade, gravidade e desfecho. “Estima-se que aproximadamente 18,5% dos casos de infecção são pacientes que demandam atendimento hospitalar, desses 4,7% são críticos e necessitam de cuidados intensivos.” (BRANCO. *et al.*,2020).

Diante das constantes mudanças desde o início da pandemia e as inúmeras indagações a cerca desse assunto, como por exemplo: a permanência de níveis altos de transmissão, o surgimento de variantes do vírus, aplicação escalonada de vacinas e a incapacidade do sistema de saúde de atender a vários outros aspectos emergentes da pandemia no Brasil, tornou-se cada vez mais importante conhecer o perfil dos pacientes mais propícios à infecção pelo vírus, afim de diminuir o impacto desse cenário na saúde do Brasil.

Serviços hospitalares voltados ao atendimento nos casos de suspeitos e confirmados para COVID-19, se organizaram como plano de contingência estabelecendo novos fluxos de atendimento e setores interligados como barreiras de isolamento e equipe especializadas ao atendimento destes pacientes, a fim de garantir assistência, rápida e com recursos necessários aos cuidados (BRANCO. *et al.*,2020).

Em julho de 2020 a prefeitura municipal de Marília-SP, selecionou as unidades de saúde referenciadas ao atendimento a pacientes com sintomas respiratório da COVID-19, em zonas norte, sul, leste e oeste a fim de evitar contágio e diminuir a disseminação do vírus, medida está fundamental e necessária em momentos de pandemia (G1 BAURU E MARÍLIA,2020).

Moradia, fatores pessoais (idade, sexo, cor e patologias), condições socioeconômicas, assistência à saúde, dentre tantos outros fatores podem alterar o perfil epidemiológico (IBGE, 2023).

O estudo epidemiológico é fundamental e capaz de analisar esse perfil, visto que as características locais e regionais podem sofrer alterações de padrão, sendo necessários cada vez mais estudos que se proponham a investigar a incidência, prevalência e características epidemiológicas, a fim de tentar traçar medidas preventivas mais consolidadas.

1. JUSTIFICATIVA

Diante das fragilidades, pela falta de conhecimento prévio da ciência e da população de como conduzir os casos clínicos, refletiu-se na evolução de prognósticos desfavoráveis, principalmente no que diz respeito à tomada de decisões (manejo clínico) e medidas de prevenção primária e secundária (FREITAS, C.M,2021).

Nesta perspectiva, conhecer o perfil epidemiológico da população mais acometida no município pode mitigar ainda mais valores gastos, visto que atuar de

forma preventiva e assertiva com a população predisposta a contaminação, diminui o número de casos, óbitos, hospitalizações, auxilia políticas de saúde, sanitária e econômica.

3. OBJETIVO

Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados com diagnóstico de COVID-19 em um hospital referência do interior do estado de São Paulo, no que se refere a: idade; sexo; cidade; nível de escolaridade; cor da pele/raça; período (momento temporal); mortalidade e tipo de assistência médica (convênio utilizado). Analisar a mudança do perfil após a aplicação das medidas preventivas de intervenção como vacinação, conscientização da população e desfecho clínico.

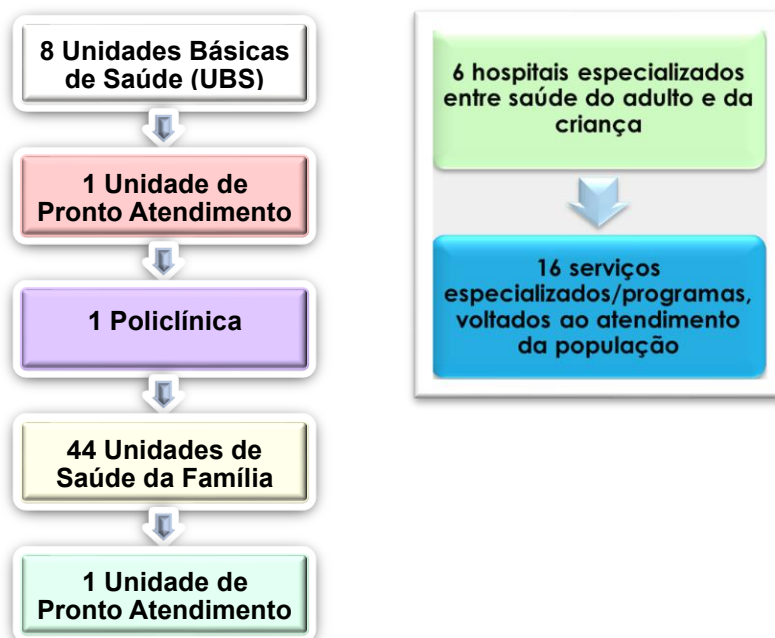
4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, quantitativo com dados retrospectivos, do banco de dados de caráter observacional de 1.793 prontuários, respeitando o sigilo destes, houve autorização para a coleta dos dados sem a obrigatoriedade de assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Estudo aprovado pelo CEP: 5.794.700 e CAAE: 65389222.0.0000.5406.

4.1 Cenário do estudo

Marília-SP, localizado a 443 km da capital São Paulo, possui 246.627 habitantes, de acordo com os dados apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na estimativa de 1 de julho de 2024. A saúde é representada nos níveis de assistência básica, intermediária, alta complexidade e programas especializados. A figura 1 representa a divisão do serviço conforme suas complexidades.

Figura 1 – Unidades assistenciais de saúde em Marília-SP



Fonte: Prefeitura Municipal de Marília-SP (2024).

A Associação Beneficente Hospital Unimar (ABHU), há mais de 20 anos é na cidade um centro de referência como hospital-escola, clínico e cirúrgico, atendendo casos de baixa a alta complexidade, contando ainda com a gestão de serviços ambulatoriais e de urgência como o AME, UPA e PA Sul.

Em abril de 2020 o ABHU divulgou a população através de nota em rede social sendo referência para pacientes com sintomas respiratórios para COVID-19, aos munícipes da cidade de Marília-SP, para enfrentamento da doença após definição do Departamento Regional de Saúde.

Após reestruturação interna de isolamento de setores para receber a população de forma isolada e exclusiva e com equipe multiprofissional qualificada e treinada para manejo, foi denominada como:

- Área roxa (pacientes com sintomas respiratórios, suspeitos e confirmados para COVID-19)

- Área branca para setores (sem sintomas respiratórios não isolados com suspeita de contágio).

O complexo hospitalar ABHU, colocou à disposição 30 leitos UTI e 40 leitos clínicos, durante o período pandêmico para enfrentamento a doença (UNIMAR, 2020).

Vale ressaltar que os estabelecimentos de saúde são responsáveis pelas notificações de pacientes com quadro respiratório agudo até 24 h através do formulário SRAG (Síndrome respiratória aguda grave) de notificação (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, 2023).

4.2 Tratamento dos dados para coleta e seleção

A fonte de informação para pesquisa, foi realizada a partir do levantamento do banco de dados ofertados através de uma planilha (*Microsoft Office Excel* 2019) pelo serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) e por prontuário eletrônico institucional, de pacientes submetidos a internação no hospital de grande porte, ABHU do município de Marília-SP, também referência nas áreas de ensino e pesquisa.

Foram disponibilizados 3.372 prontuários de pacientes acometidos ou com suspeita de COVID-19, internados em Unidade de Terapia Intensiva e/ou enfermaria, destes 1.793 prontuários foram compatíveis representados no estudo, e organizados em uma planilha (*Microsoft Office Excel* 2019).

Para o processo de seleção, dos 3.372 prontuários ofertados dos hospitalizados, foram coletados: convênio, resultado do teste RT-PCR, gênero autodeclarado, nome, idade, autodeclaração racial, escolaridade, alta ou óbito e município residente no período entre abril de 2020 a dezembro de 2022.

4.3 Critérios de elegibilidade para inclusão

- a) Resultado positivo para COVID-19, comprovados através do teste molecular *reverse transcription polymerase chain reaction* (**RT-PCR**).
- b) Idade (em anos): 18 anos ou mais.

- c) Informações completas em prontuário, tais como: idade; sexo; cidade; nível de escolaridade; cor da pele/raça; período de internação; mortalidade ou alta e convênios/ tipo de internação.

Os pacientes no qual atenderam os critérios acima descritos na ocorrência de internações, foram identificados e representados em dados tabulados.

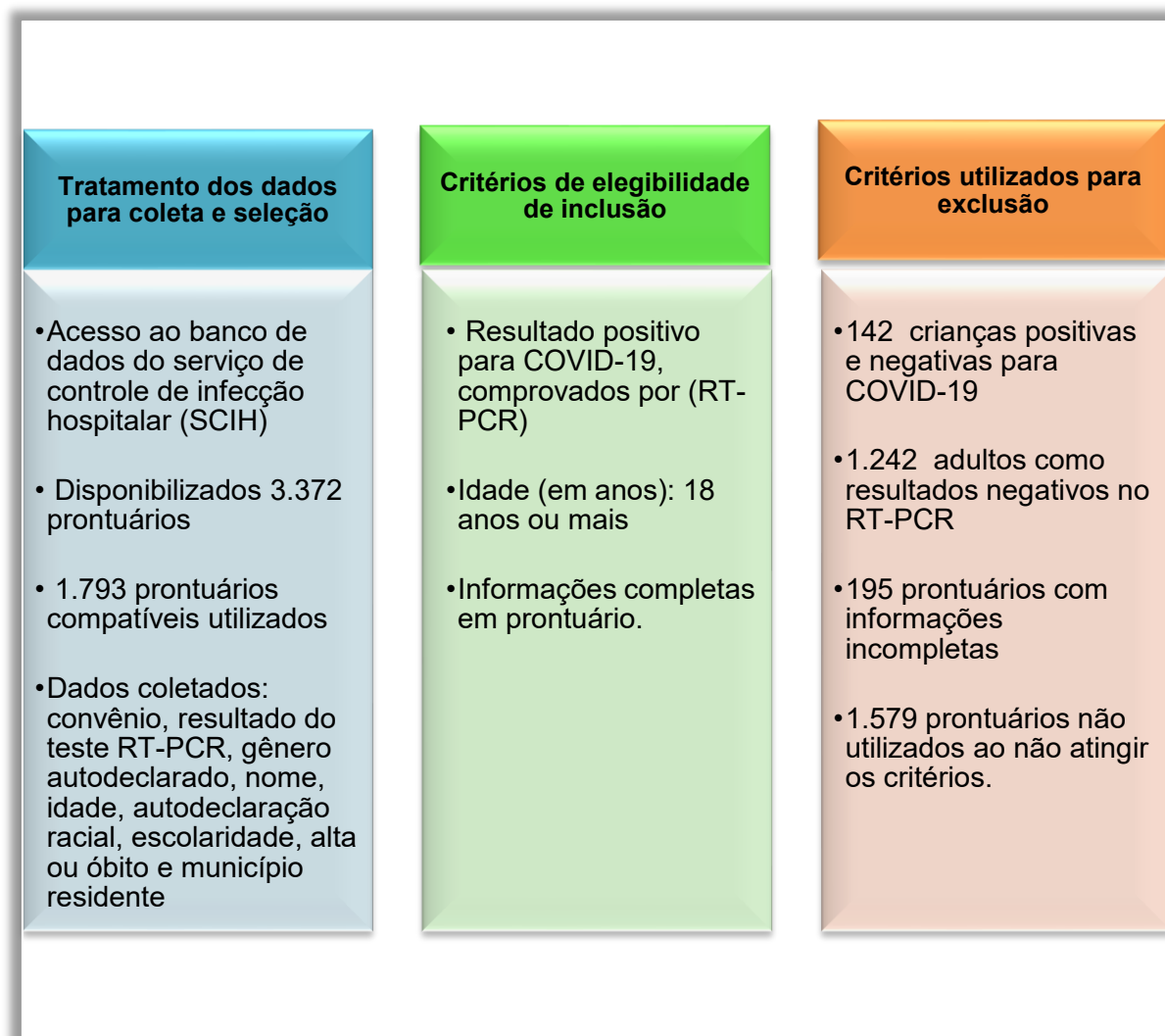
4.4 Critérios utilizados para não inclusão

- a) 142 (9%) crianças positivas e negativas para COVID-19, menores de 18 anos, visto que o ABHU, não foi referência na cidade para casos pediátricos.
- b) 1.242 (78,65%) adultos como resultados negativos no RT-PCR, descartando a doença.
- c) 195 (12,35%) prontuários com informações incompletas, não contribuindo para os dados pré-definidos tabulados.

Assim, totalizando 1.579 prontuários não utilizados no presente trabalho ao não atingir os critérios.

Após acesso ao banco de dados ofertados e alimentados pelo SCIH, foi realizado busca em 1.579 prontuários eletrônicos pela plataforma de gestão desenvolvida pela MV saúde digital (MV-PEP).

Para o processo de coleta de dados, as informações com critérios de elegibilidade foram organizadas em planilhas, e posteriormente confirmadas em prontuários eletrônicos logados pela rede de internet a login e senha do usuário, para segurança e garantia das informações no cruzamento de dados de acordo com a Lei geral de proteção de dados (LGPD) visto que o ABHU ofertou o parecer de liberação para andamento da pesquisa.

Figura 2 – Diagrama do processo metodológico de busca e análise de dados

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

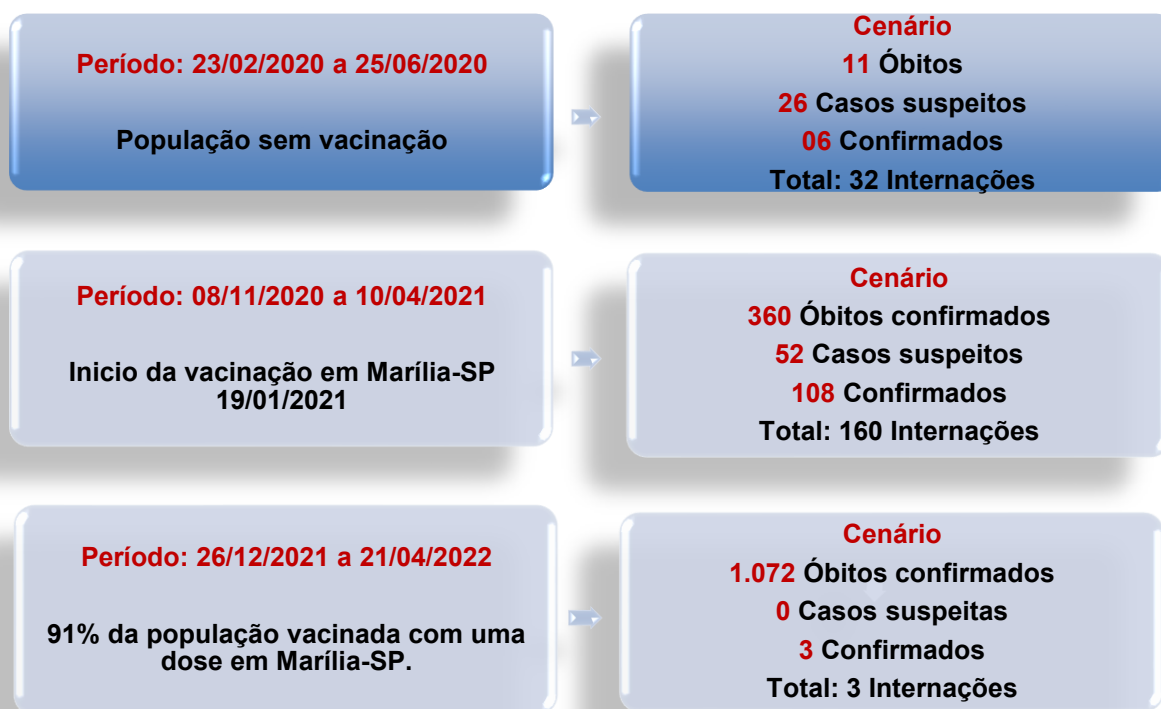
4.5 Perfil dos pacientes analisados

Foram analisados os prontuários dos indivíduos acometidos por COVID-19 no primeiro e segundo semestre dos anos de 2020, 2021 e 2022, quanto: 1) Número total; 2) sexo e faixa etária; 3) raça/cor da pele; 4) nível de escolaridade; 5) tipo assistência (pública, convênios ou particular); 6) óbitos e 7) internações.

5.RESULTADOS

Analizados 1.793 prontuários de indivíduos acometidos por COVID-19 entre os anos de 2020 e 2022. Destes, estiveram internados, em números absolutos e percentual da amostra total: 1º semestre de 2020 = 19(1,06%); 2º semestre de 2020 = 279 (15,56%); 1º semestre de 2021 = 1.062 (59,25%); 2º semestre de 2021 = 230 (12,82%); 1º semestre de 2022 = 159 (8,86%); 2º semestre de 2022 = 44 (2,45%).

Figura 3 Cenário epidemiológico em Marília-SP, durante os três picos de óbitos por COVID-19 no Brasil



Fonte: Prefeitura Municipal de Marília-SP, boletim epidemiológico Números: 651,405 e 113 (2020; 2021 e 2022).

Ao comparar Marília-SP com o cenário epidemiológico dos óbitos nas três ondas de picos do Brasil, é possível observar o acumulativo de número de óbitos semanal, ou seja, casos notificados no Brasil com maior número de óbitos em semanas notificados pelos picos. O boletim epidemiológico COVID-19 de Marília, apresenta saldo acumulativo diário e não semanal.

Observando a evolução das internações hospitalares na cidade ficou evidente que houve um aumento de casos confirmados no cenário da pesquisa, que no segundo semestre de 2020, 279 (15,56%) ao primeiro semestre de 2021, 1.062 (59,25%), o aumento do número de casos confirmados. Assim como suspeitos e confirmados internados nos hospitais da cidade, divulgados através do boletim da Prefeitura de Marília expressivo chegando a 160 leitos de internação.

Portanto é possível afirmar que o pico das internações no ABHU foram similares a segunda onda de pico de óbitos /casos Brasil. Explorando a vacinação como medida preventiva de contaminação pelo vírus da COVID-19, a cidade iniciava em 19 de janeiro de 2021 sua campanha de imunização, ainda no pico da segunda onda no Brasil consequentemente no ABHU. Na terceira onda a cidade já acumulava cerca de 91% da população vacinada e 3 internações confirmadas sem casos suspeitos hospitalizados. Ficando evidente que a vacinação foi necessária e tem como reflexo a diminuição convincente das complicações no qual levavam a hospitalização.

Tabela 1. Amostra total e por faixas etárias dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022

(continua)							
	2020 a 2022 (total)	2020		2021		2022	
		1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
Amostra total (N/%)	1.793(100%)	19(1,06%)	279(15,56%)	1.062(59,23%)	230(12,82%)	159(8,86%)	44(2,45%)
o Homens	929(51,81%)	7(0,39%)	143(8,0%)	548(30,56%)	135(7,52%)	71(3,95%)	25(1,40%)
o Mulheres	864(48,19%)	12(0,66%)	136(7,60%)	514(28,66%)	95(5,30%)	88(4,90%)	19(1,05%)
Por faixa etária (N/%)							
18 a 29 anos total	51(2,84%)	2(0,11%)	7(0,39%)	20(1,11%)	13(0,72%)	6(0,33%)	3(0,16%)
o Homens	31(1,72%)	0(0,0%)	5(0,27%)	12(0,66%)	10(0,55%)	1(0,05%)	3(0,16%)
o Mulheres	20(1,11%)	2(0,11%)	2(0,11%)	8(0,44%)	3(0,16%)	5(0,27%)	0(0,0%)
30 a 39 anos total	201(11,21%)	3(0,16%)	30(1,67%)	128(7,13%)	30(1,67%)	9(0,50%)	1(0,05%)
o Homens	110(6,13%)	0(0,0%)	16(0,89%)	71(3,96%)	20(1,11%)	2(0,11%)	1(0,05%)
o Mulheres	91(5,08%)	3(0,16%)	14(0,78%)	57(3,17%)	10(0,55%)	7(0,39%)	0(0,0%)
40 a 49 anos total	299(16,70%)	5(0,27%)	50(2,78%)	202(11,26%)	33(1,84%)	9(0,50%)	0(0,0%)
o Homens	156(8,70%)	3(0,16%)	22(1,22%)	104(5,8%)	22(1,22%)	5(0,27%)	0(0,0%)
o Mulheres	143(8,00%)	2(0,11%)	28(1,56%)	98(5,46%)	11(0,61%)	4(0,22%)	0(0,0%)
50 a 59 anos total	332(18,51%)	5(0,27%)	49(2,73%)	227(12,66%)	36(2,00%)	13(0,72%)	2(0,11%)
o Homens	180(10,03%)	2(0,11%)	29(1,61%)	118(6,58%)	27(1,50%)	4(0,22%)	0(0,0%)
o Mulheres	152(8,48%)	3(0,16%)	20(1,11%)	109(6,07%)	9(0,50%)	9(0,50%)	2(0,11%)
60 a 69 anos total	365(20,35%)	1(0,05%)	63(3,51%)	249(13,88%)	31(1,72%)	19(1,06%)	2(0,11%)

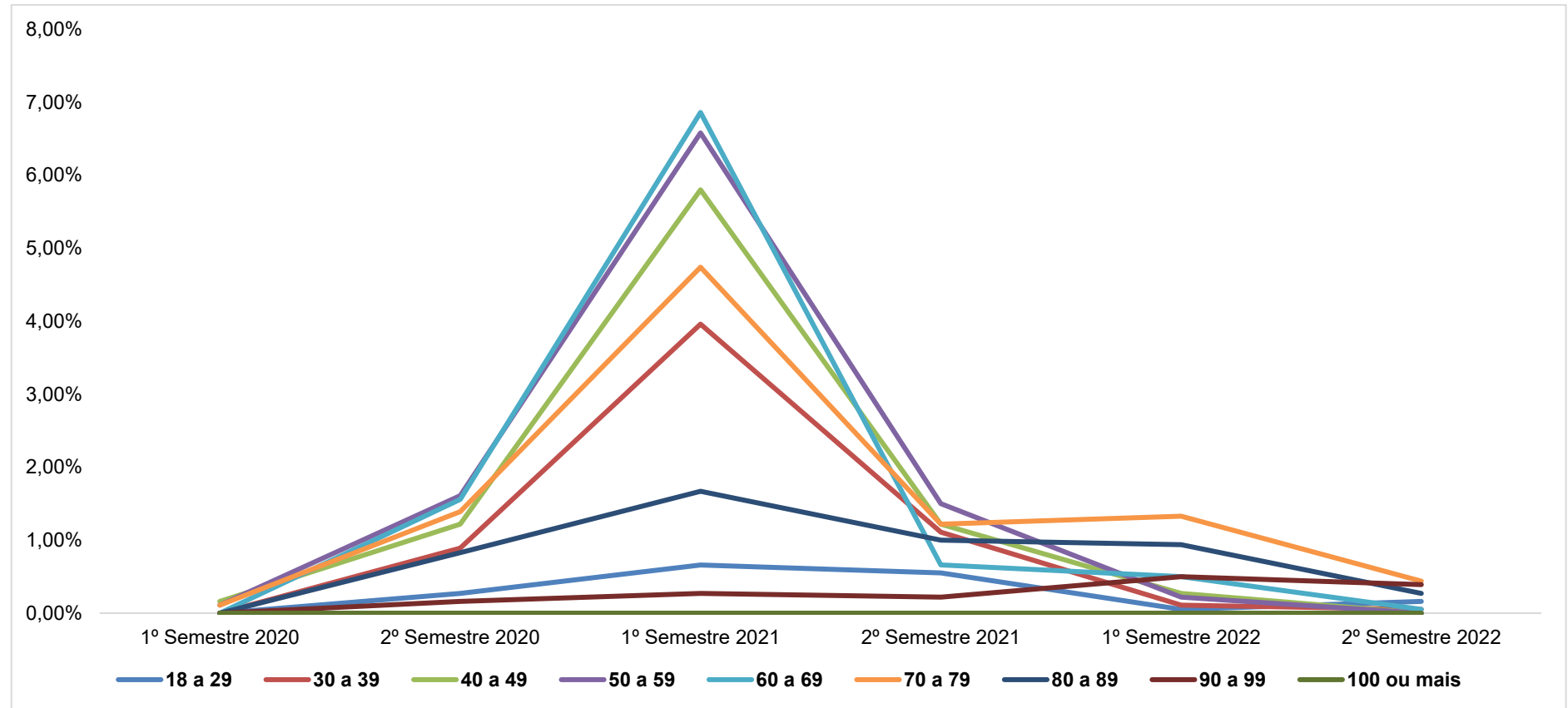
o Homens	173(9,65%)	0(0,0%)	28(1,56%)	123(6,86%)	12(0,66%)	9(0,50%)	1(0,05%)
o Mulheres	192(10,70%)	1(0,05%)	35(1,95%)	126(7,02%)	19(1,06%)	10(0,55%)	1(0,05%)
70 a 79 anos total	307(17,12%)	3(0,16%)	51(2,84%)	155(8,64%)	43(2,39%)	39(2,17%)	16(0,89%)
o Homens	166(9,25%)	2(0,11%)	25(1,39%)	85(4,74%)	22(1,22%)	24(1,33%)	8(0,44%)
o Mulheres	141(7,87%)	1(0,05%)	26(1,45%)	70(3,90%)	21(1,17%)	15(0,83%)	8(0,44%)
80 a 89 anos total	178(9,93%)	0(0,0%)	25(1,39%)	68(3,79%)	32(1,78%)	43(2,39%)	10(0,55%)
o Homens	85(4,75%)	0(0,0%)	15(0,83%)	30(1,67%)	18(1,00%)	17(0,94%)	5(0,27%)
o Mulheres	93(5,18%)	0(0,0%)	10(0,55%)	38(2,11%)	14(0,78%)	26(1,45%)	5(0,27%)
90 a 99 anos total	58(3,23%)	0(0,0%)	4(0,22%)	13(0,72%)	11(0,61%)	21(1,17%)	9(0,50%)
o Homens	28(1,56%)	0(0,0%)	3(0,16%)	5(0,27%)	4(0,22%)	9(0,50%)	7(0,39%)
o Mulheres	30(1,67%)	0(0,0%)	1(0,05%)	8(0,44%)	7(0,39%)	12(0,66%)	2(0,11%)
100 anos ou mais total	2(0,11%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,05%)	0(0,0%)	1(0,05%)
o Homens	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
o Mulheres	2(0,11%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,05%)	0(0,0%)	1(0,05%)

Nota: COVID-19: Coronavirus disease 2019; ABHU: Associação Beneficente Hospital Unimar; SEM: Semana; 1º: Primeira; 2º: Segunda; %: Porcentagem; >: Maior; < Menor

(conclusão)

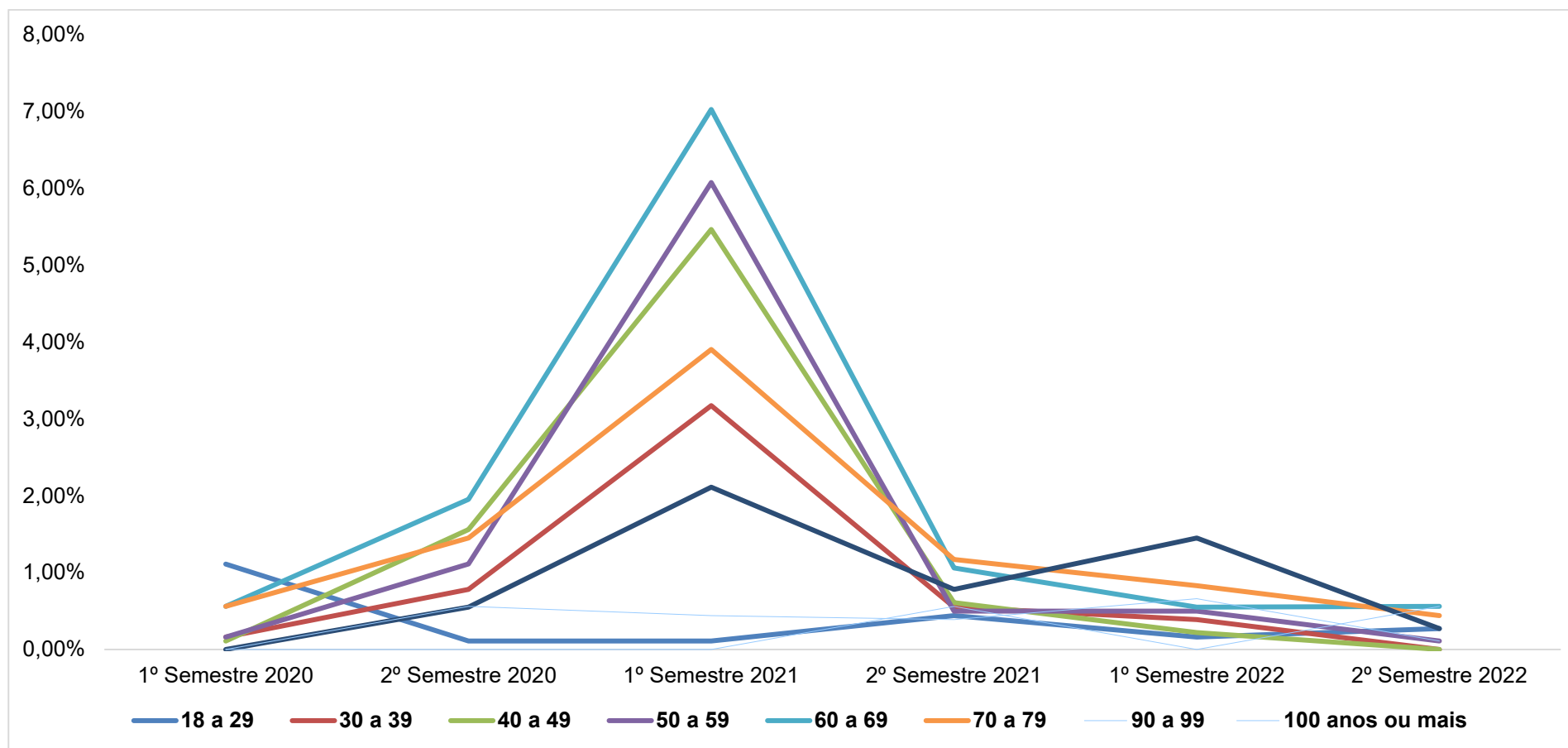
A faixa etária de 60 a 69 anos foi a de maior prevalência dos casos. Ao se comparar por sexo, homens obtiveram mais hospitalização nas idades entre 50 a 59 anos 180 (10,03%) e mulheres 60 a 69 anos 192 (10,70%), é possível observar que idades entre 40 a 89 anos foi expressiva para internações ficando em menor evidência 18 a 29 anos, 51 (2,84%) e 100 anos ou mais 2 (0,11%).

Gráfico 1. Dados da amostra semestral por faixas etárias dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



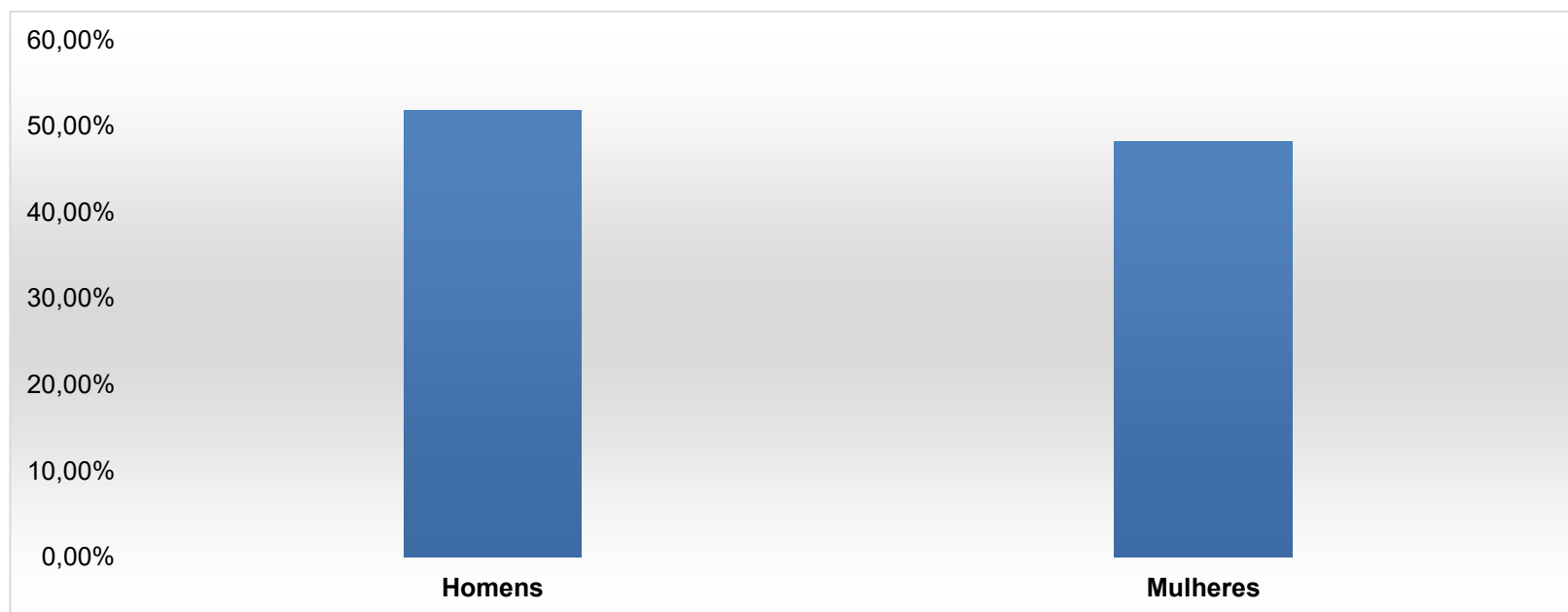
Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 2. Dados da amostra semestral por faixas etárias das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 3. Dados da amostra total dos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Tabela 2. Dados da amostra separados por raça/cor da pele, dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022

(continua)

	2020 a 2022 (total)	2020		2021		2022	
		1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
Branco							
Total	1.300(72,51%)	18(1,00%)	217(12,10%)	741(41,32%)	164(9,14%)	124(6,91%)	36(2,00%)
o Homens	668(37,25%)	7(0,39%)	109(6,07%)	380(21,19%)	96(5,35%)	55(3,06%)	21(1,17%)
o Mulheres	632(35,25%)	11(0,61%)	108(6,02%)	361(20,13%)	68(3,79%)	69(3,84%)	15(0,83%)
Negro							
Total	74(4,13%)	0(0,00%)	13(0,72%)	48(2,67%)	7(0,39%)	5(0,27%)	1(0,05%)
o Homens	48(2,68%)	0(0,00%)	6(0,33%)	30(1,67%)	7(0,39%)	5(0,27%)	0(0,00%)
o Mulheres	26(1,45%)	0(0,00%)	7(0,39%)	18(1,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)
Pardo							
Total	387(21,58%)	1(0,05%)	45(2,51%)	252(14,27%)	58(3,23%)	26(1,45%)	5(0,27%)
o Homens	200(11,15%)	0(0,00%)	25(1,39%)	130(7,25%)	32(1,78%)	9(0,50%)	4(0,22%)
o Mulheres	187(10,42%)	1(0,05%)	20(1,11%)	122(6,80%)	26(1,45%)	17(0,94%)	1(0,05%)
Amarelo							
Total	21(1,17%)	0(0,00%)	2(0,11%)	17(0,94%)	0(0,00%)	1(0,05%)	1(0,05%)
o Homens	11(0,61%)	0(0,00%)	2(0,11%)	8(0,44%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)
o Mulheres	10(0,55%)	0(0,00%)	0(0,00%)	9(0,50%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)
Indígena							
Total	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Homens	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
Sem informações declaradas							
Total	10(0,56%)	0(0,00%)	2(0,11%)	3(0,16%)	1(0,05%)	3(0,16%)	1(0,05%)
o Homens	2(0,11%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)

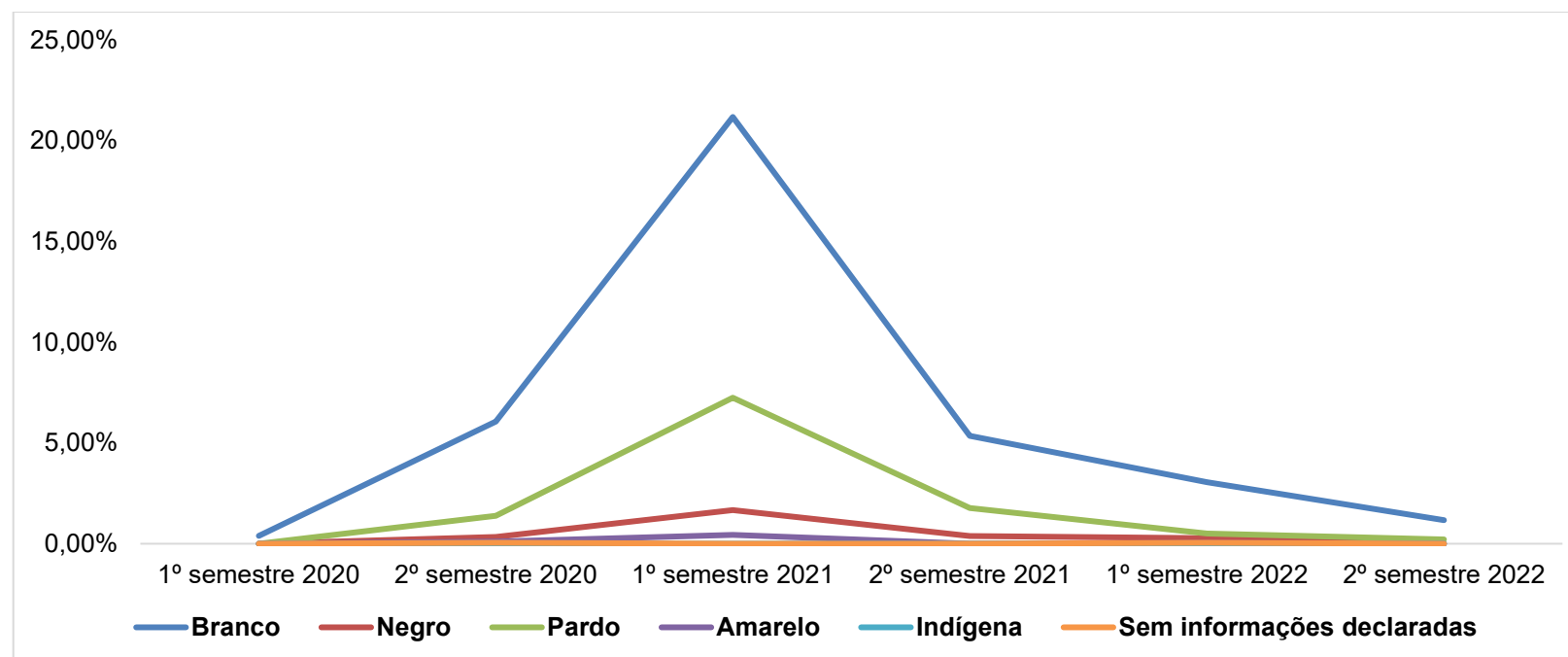
o Mulheres	8(0,45%)	0(0,00%)	1(0,05%)	3(0,16%)	1(0,05%)	2(0,11%)	1(0,05%)
------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Nota: COVID-19: Coronavirus disease 2019; ABHU: Associação Beneficente Hospital Unimar; SEM: Semana; 1º: Primeira; 2º: Segunda; %: Porcentagem; >: Maior; < Menor

(conclusão)

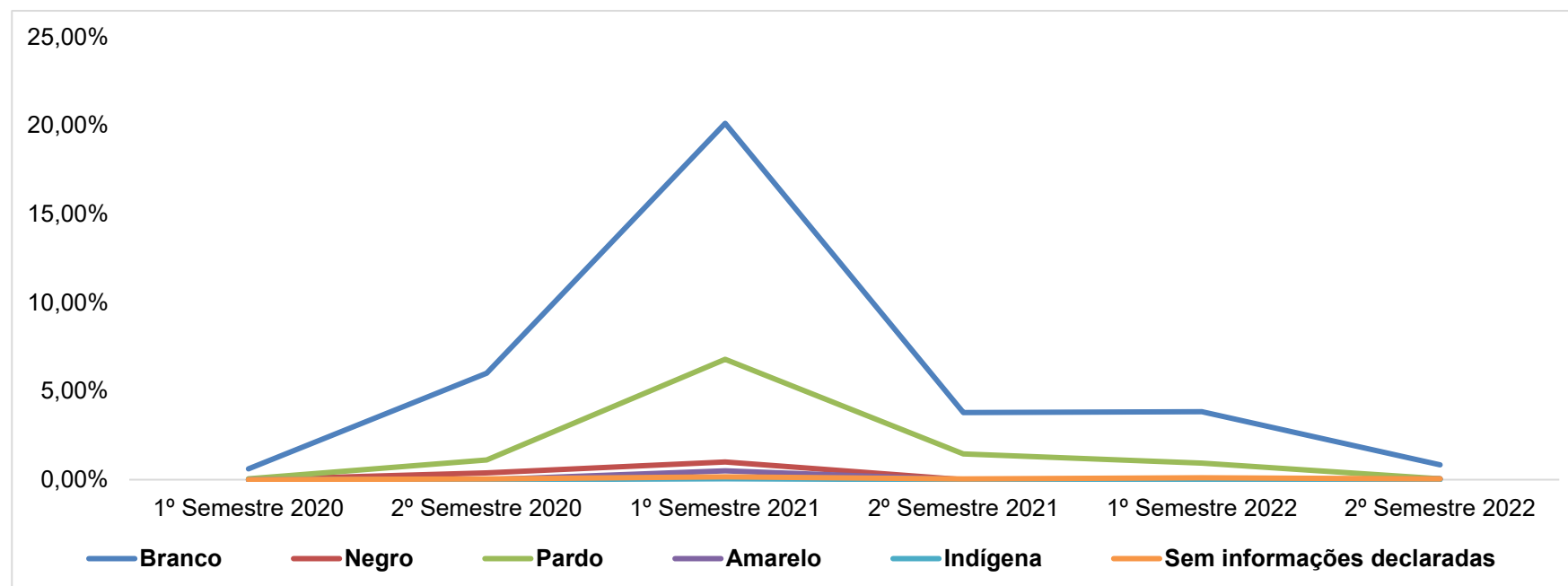
No que se refere a raça/ cor de pele, a cor branca foi a mais declarada 1.300 (72,51%) em ambos os sexos, homens 668 (37,5%) e mulheres 632 (35,25%), posterior aparecem os pardos 387 (21,58%), negros 74 (4,13%), amarelos 21 (1,17%) e indígenas 1 (0,05%).

Gráfico 4. Dados da amostra semestral por raça/cor da pele, dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



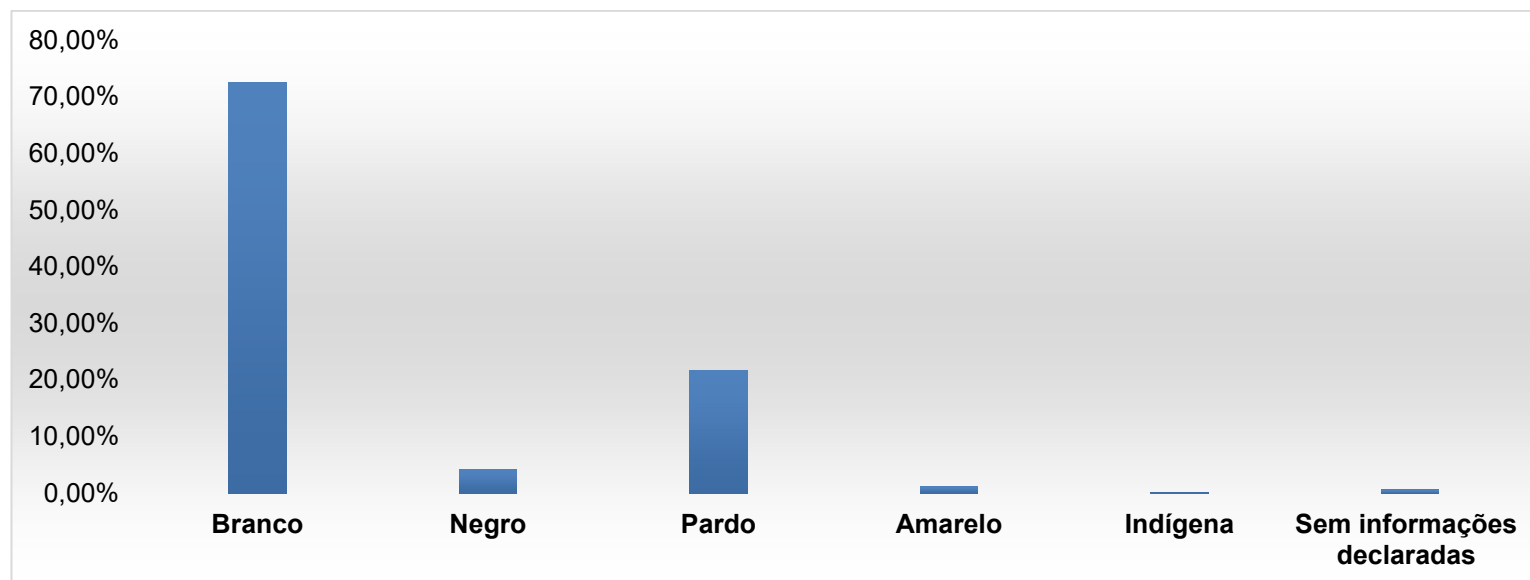
Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 5. Dados da amostra semestral por raça/cor da pele, das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 6. Dados da amostra total por raça/cor da pele, dos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Tabela 3. Dados a amostra separados pelo nível de escolaridade, dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.

(continua)

	2020 a 2022 (total)	2020		2021		2022	
		1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
Analfabeto							
Total	58(3,23%)	0(0,00%)	3(0,16%)	29(1,61%)	9(0,50%)	14(0,78%)	3(0,16%)
o Homens	21(1,17%)	0(0,00%)	1(0,05%)	13(0,72%)	2(0,11%)	4(0,22%)	1(0,05%)
o Mulheres	37(2,06%)	0(0,00%)	2(0,11%)	16(0,89%)	7(0,39%)	10(0,55%)	2(0,11%)
1º grau incompleto							
Total	152(8,47%)	0(0,00%)	17(0,94%)	89(4,96%)	25(1,39%)	17(0,94%)	4(0,22%)
o Homens	74(4,12%)	0(0,00%)	12(0,66%)	42(2,34%)	12(0,66%)	7(0,39%)	1(0,05%)
o Mulheres	78(4,35%)	0(0,00%)	2(0,11%)	16(0,89%)	7(0,39%)	10(0,55%)	2(0,11%)
1º grau completo							
Total	367(20,48%)	2(0,11%)	28(1,56%)	195(10,87%)	51(2,84%)	74(4,12%)	17(0,94%)
o Homens	195(10,88%)	1(0,05%)	20(1,11%)	92(5,13%)	32(1,78%)	38(2,11%)	12(0,66%)
o Mulheres	172(9,60%)	1(0,05%)	8(0,44%)	103(5,74%)	19(1,06%)	36(2,00%)	5(0,27%)
2º grau incompleto							
Total	37(2,06%)	0(0,00%)	7(0,39%)	26(1,45%)	3(0,16%)	1(0,05%)	0(0,00%)
o Homens	18(1,0%)	0(0,00%)	2(0,11%)	13(0,72%)	2(0,11%)	1(0,05%)	0(0,00%)
o Mulheres	19(1,06%)	0(0,00%)	5(0,27%)	13(0,72%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)
2º grau completo							
Total	603(33,63%)	6(0,33%)	82(4,57%)	407(22,69%)	82(4,57%)	20(1,11%)	6(0,33%)
o Homens	331(18,46%)	3(0,16%)	41(2,28%)	224(12,49%)	49(2,73%)	9(0,50%)	5(0,27%)
o Mulheres	272(15,17%)	3(0,16%)	41(2,28%)	183(10,20%)	33(1,84%)	11(0,61%)	1(0,05%)
Graduação incompleto							
Total	52(2,9%)	0(0,00%)	5(0,27%)	34(1,89%)	11(0,61%)	2(0,11%)	0(0,00%)

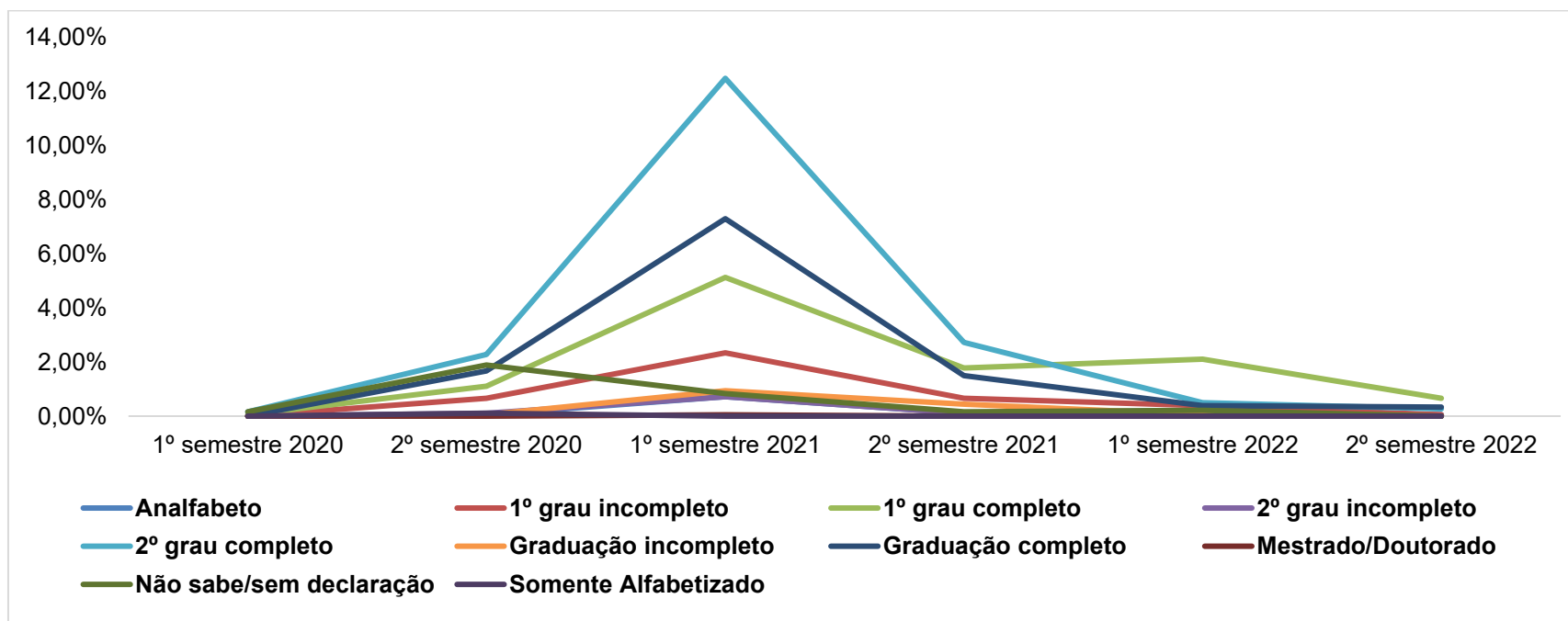
o Homens	27(1,50%)	0(0,00%)	1(0,05%)	17(0,94%)	8(0,44%)	1(0,05%)	0(0,00%)
o Mulheres	25(1,40%)	0(0,00%)	4(0,22%)	17(0,94%)	3(0,16%)	1(0,05%)	0(0,00%)
Graduação completo							
Total	394(21,97%)	5(0,27%)	64(3,56%)	246(13,72%)	41(2,28%)	26(1,45%)	12(0,66%)
o Homens	201(11,21%)	0(0,00%)	30(1,67%)	131(7,30%)	27(1,50%)	7(0,39%)	6(0,33%)
o Mulheres	193(10,76%)	5(0,27%)	34(1,89%)	115(6,41%)	14(0,78%)	19(1,06%)	6(0,33%)
Mestrado/Doutorado							
Total	2(0,11%)	1(0,05%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Homens	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	1(0,05%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
Não sabe/sem declaração							
Total	119(6,65%)	5(0,27%)	68(3,79%)	33(1,84%)	6(0,33%)	5(0,27%)	2(0,11%)
o Homens	59(3,30%)	3(0,16%)	34(1,89%)	15(0,83%)	3(0,16%)	4(0,22%)	0(0,00%)
o Mulheres	60(3,35%)	2(0,11%)	34(1,89%)	18(1,00%)	3(0,16%)	1(0,05%)	2(0,11%)
Somente Alfabetizado							
Total	9(0,50%)	0(0,00%)	5(0,27%)	2(0,11%)	2(0,11%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Homens	2(0,11%)	0(0,00%)	2(0,11%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	7(0,39%)	0(0,00%)	3(0,16%)	2(0,11%)	2(0,11%)	0(0,00%)	0(0,00%)

Nota: COVID-19: Coronavirus disease 2019; ABHU: Associação Beneficente Hospital Unimar; SEM: Semana; 1º: Primeira; 2º: Segunda; %: Porcentagem; >: Maior; < Menor

(conclusão)

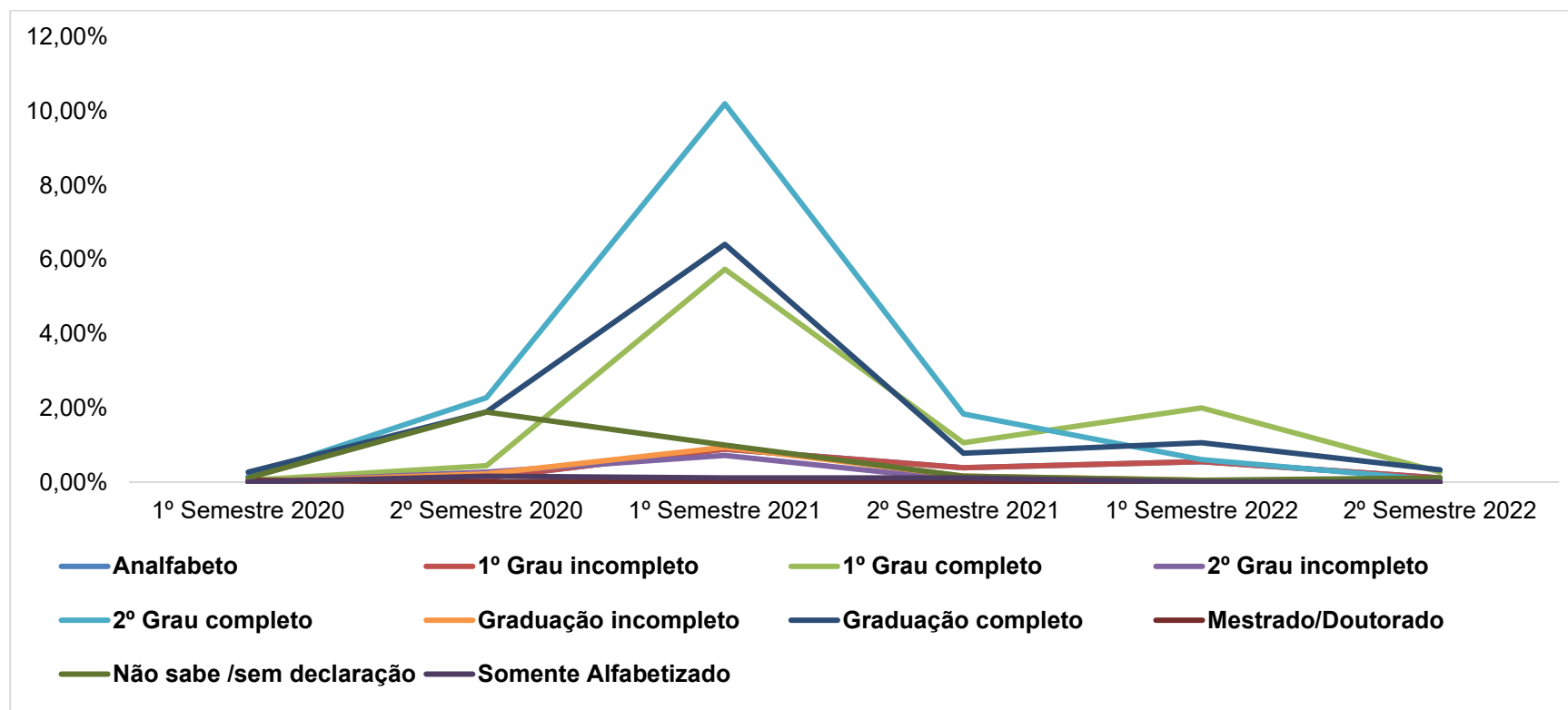
Observa-se que o nível de escolaridade entre homens e mulheres com o segundo grau completo 603 (33,63%) foi mais declarado e representado nos seis semestres consecutivos sendo, 331 (18,46%) homens e 272 (15,17%) mulheres, mestrado/doutorado 2 (0,11%) foi o menor da amostra.

Gráfico 7. Dados da amostra semestral pelo nível de escolaridade, dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



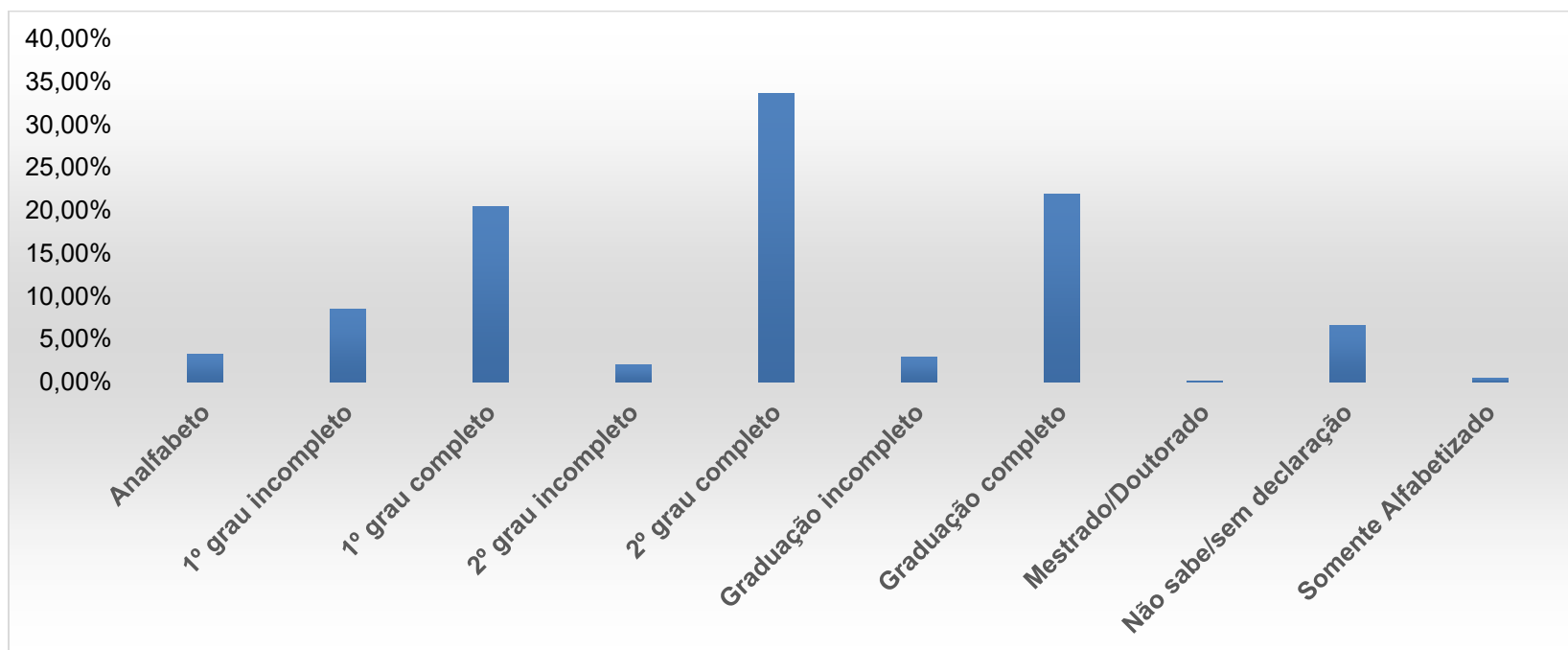
Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 8. Dados da amostra semestral pelo nível de escolaridade, das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 9. Dados da amostra total pelo nível de escolaridade, dos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

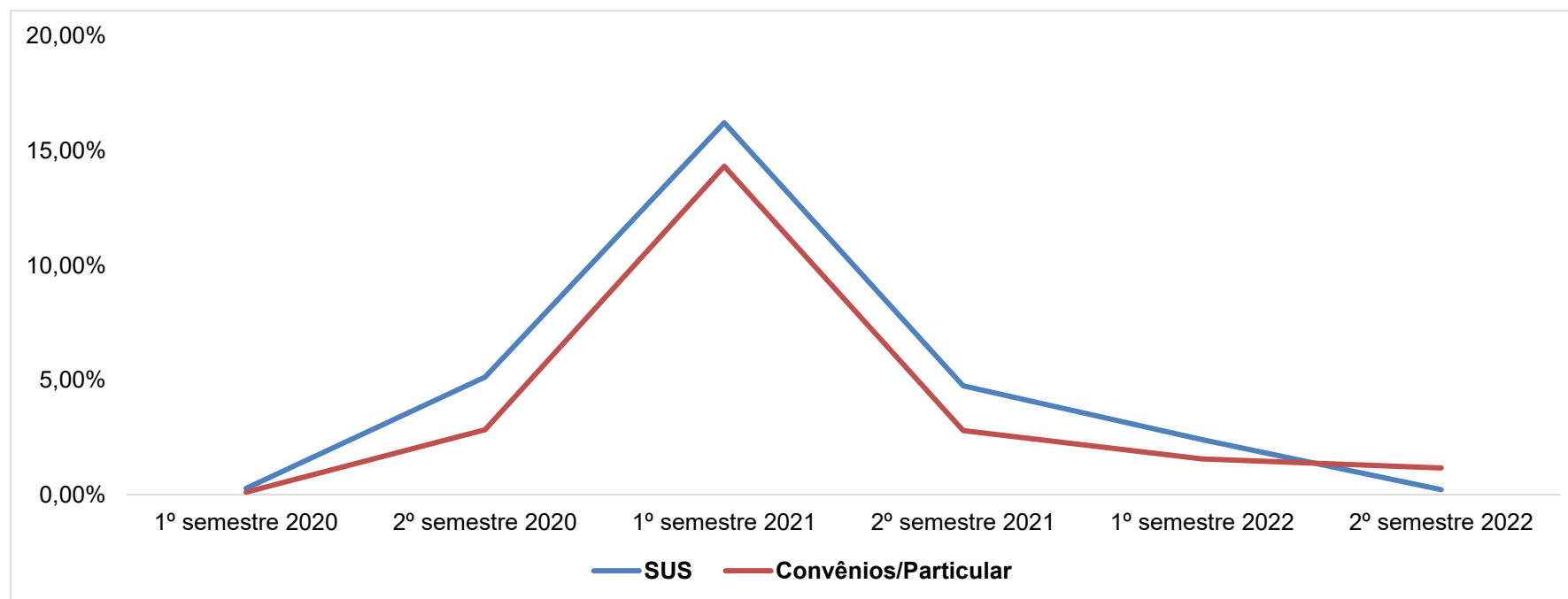
Tabela 4. Dados da amostra separados pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.

	2020 a 2022 (total)	2020		2021		2022	
		1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
SUS							
Total	1029(57,39%)	12(0,67%)	176(9,81%)	586(32,68%)	152(8,49%)	97(5,41%)	6(0,33%)
o Homens	520 (29,00%)	5(0,28%)	92(5,13%)	291(16,23%)	85(4,75%)	43(2,40%)	4(0,22%)
o Mulheres	509 (28,39%)	7(0,39%)	84(4,68%)	295(16,45%)	67(3,74%)	54(3,01%)	2(0,11%)
Convênios/Particular							
Total	764(42,61%)	7(0,39%)	103(5,74%)	476(26,54%)	78(4,36%)	62(3,46%)	38(2,12%)
o Homens	409(22,81%)	2(0,11%)	51(2,84%)	257(14,33%)	50(2,80%)	28(1,56%)	21(1,17%)
o Mulheres	355(19,80%)	5(0,28%)	52(2,90%)	219(12,21%)	28(1,56%)	34(1,90%)	17(0,95%)

Nota: COVID-19: Coronavirus disease 2019; ABHU: Associação Beneficente Hospital Unimar; SEM: Semana; 1º: Primeira; 2º: Segunda; %: Porcentagem; >: Maior; < Menor

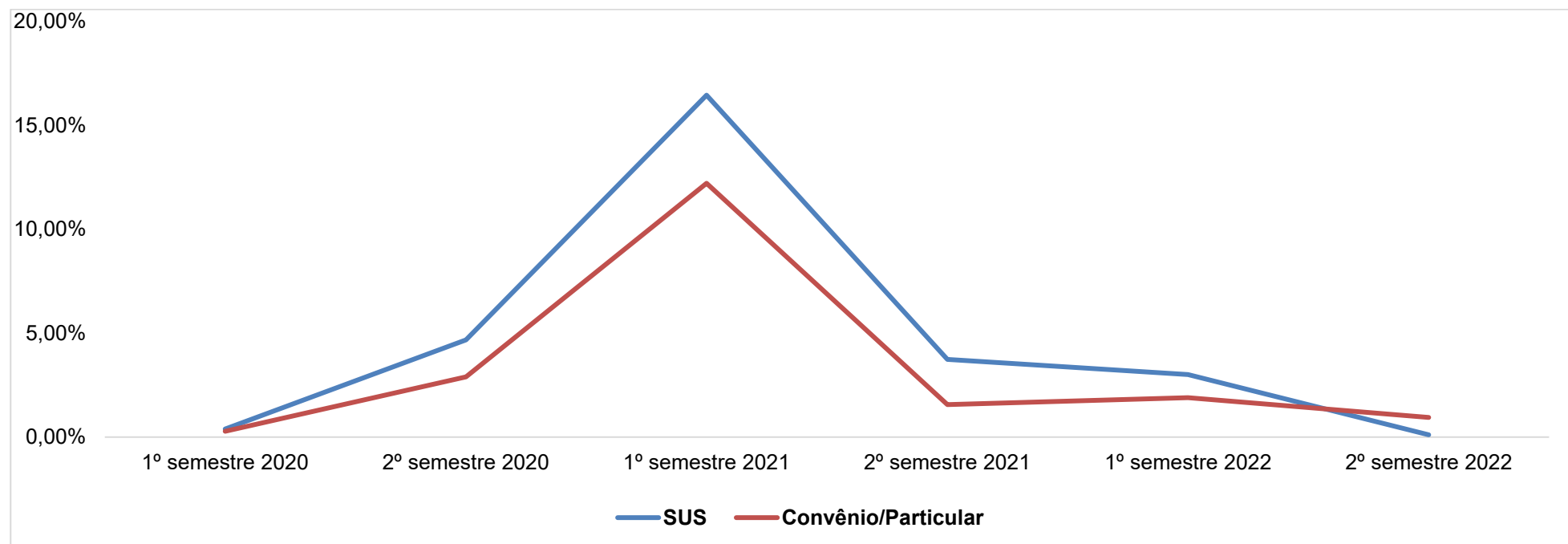
A modalidade das internações dos usuários do serviço destacou-se como SUS, 1.029 (57,39%) foi o maior em ambos os sexos, homens 520 (29,00%) e mulheres 509 (28,39%) nos cinco primeiros semestres, apenas no segundo semestre de 2022 convênios /particulares ultrapassaram as internações SUS, homens 21 (0,17%) e mulheres 17 (0,94%).

Gráfico 10. Dados da amostra semestral pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), dos homens acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



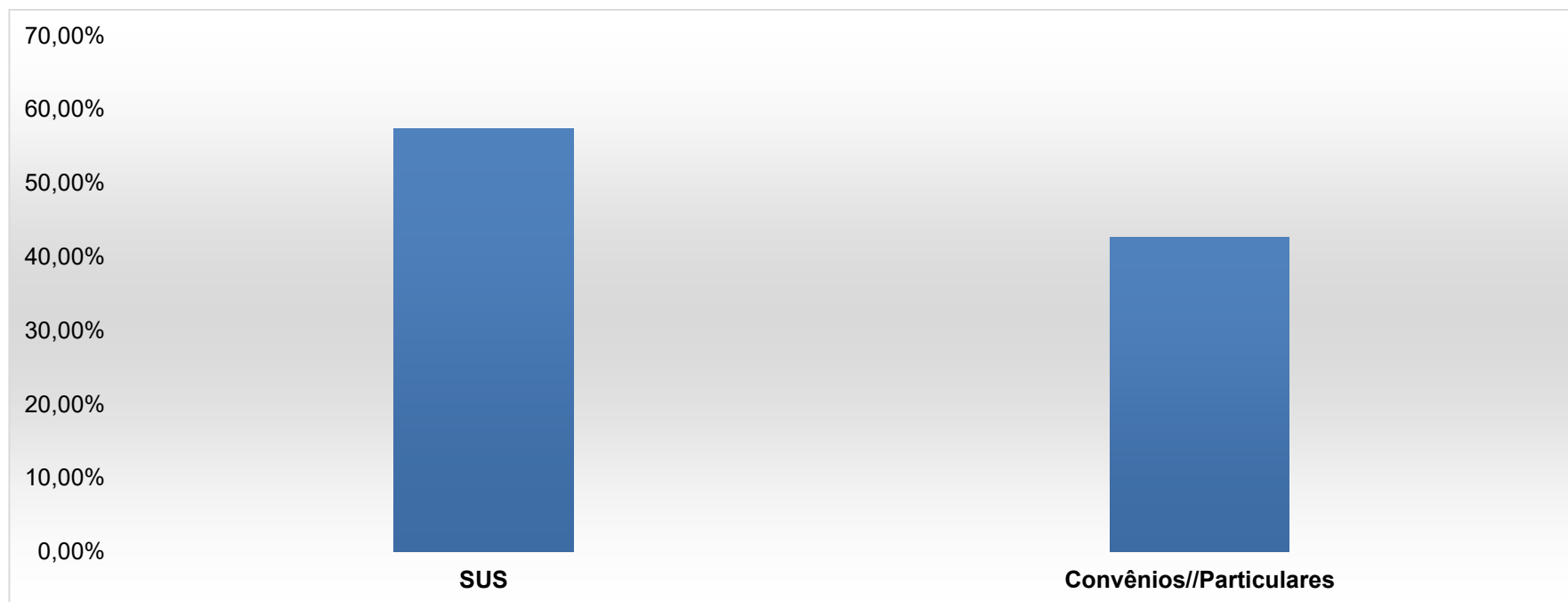
Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 11. Dados da amostra semestral pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), das mulheres acometidas por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 12. Dados da amostra total pelo tipo de assistência médica (pública, convênio ou particular), dos indivíduos acometidos por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Tabela 5. Número de indivíduos que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.

(continua)

	2020 a 2022 (total)	2020		2021		2022	
		1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem	1º Sem	2º Sem
Amostra total (N/%)	324 (100%)	0(0,00%)	16(4,94%)	219(67,60%)	47(14,50%)	37(11,41%)	5(1,55%)
o Homens	162 (50%)	0(0,00%)	10(0,55%)	110(6,13%)	26(1,45%)	13(0,75%)	3(0,16%)
o Mulheres	162 (50%)	0(0,00%)	6(0,33%)	109(6,07%)	21(1,17%)	24(1,33%)	2(0,11%)
18 a 29 anos – total	3(0,92%)	0(0,00%)	0(0,00%)	2(0,11%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Homens	2(0,62%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	1(0,30%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
30 a 39 anos – total	22(6,79%)	0(0,00%)	0(0,00%)	20(1,11%)	2(0,11%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Homens	14(4,32%)	0(0,00%)	0(0,00%)	13(0,72%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	8(2,47%)	0(0,00%)	0(0,00%)	7(0,39%)	1(0,05%)	0(0,00%)	0(0,00%)
40 a 49 anos – total	21(6,47%)	0(0,00%)	1(0,05%)	16(0,89%)	3(0,16%)	1(0,05%)	0(0,00%)
o Homens	11(3,39%)	0(0,00%)	0(0,00%)	9(0,50%)	1(0,05%)	1(0,05%)	0(0,00%)
o Mulheres	10(3,08%)	0(0,00%)	1(0,05%)	7(0,39%)	2(0,11%)	0(0,00%)	0(0,00%)
50 a 59 anos – total	55(16,97%)	0(0,00%)	1(0,05%)	45(2,5%)	6(0,33%)	3(0,16%)	0(0,00%)
o Homens	30(9,25%)	0(0,00%)	1(0,05%)	24(1,33%)	5(0,27%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	25(7,72%)	0(0,00%)	0(0,00%)	21(1,17%)	1(0,05%)	3(0,16%)	0(0,00%)
60 a 69 anos – total	78(24,07%)	0(0,00%)	4(0,22%)	66(3,67%)	4(0,22%)	4(0,22%)	0(0,00%)
o Homens	37(11,42%)	0(0,00%)	3(0,16%)	30(1,67%)	2(0,11%)	2(0,11%)	0(0,00%)
o Mulheres	41(12,65%)	0(0,00%)	1(0,05%)	36(2,00%)	2(0,11%)	2(0,11%)	0(0,00%)
70 a 79 anos – total	72(22,23%)	0(0,00%)	6(0,33%)	44(2,45%)	13(0,71%)	7(0,38%)	2(0,11%)
o Homens	38(11,73%)	0(0,00%)	3(0,16%)	25(1,39%)	5(0,27%)	3(0,16%)	2(0,11%)
o Mulheres	34(10,50%)	0(0,00%)	3(0,16%)	19(1,06%)	8(0,44%)	4(0,22%)	0(0,00%)
80 a 89 anos – total	55(17,00%)	0(0,00%)	3(0,16%)	22(1,22%)	14(0,77%)	14(0,77%)	2(0,11%)
o Homens	21(6,50%)	0(0,00%)	2(0,11%)	6(0,33%)	9(0,50%)	3(0,16%)	1(0,05%)
o Mulheres	34(10,50%)	0(0,00%)	1(0,05%)	16(0,89%)	5(0,27%)	11(0,61%)	1(0,05%)
90 a 99 anos – total	17(5,25%)	0(0,00%)	1(0,05%)	4(0,22%)	4(0,22%)	8(0,44%)	0(0,00%)

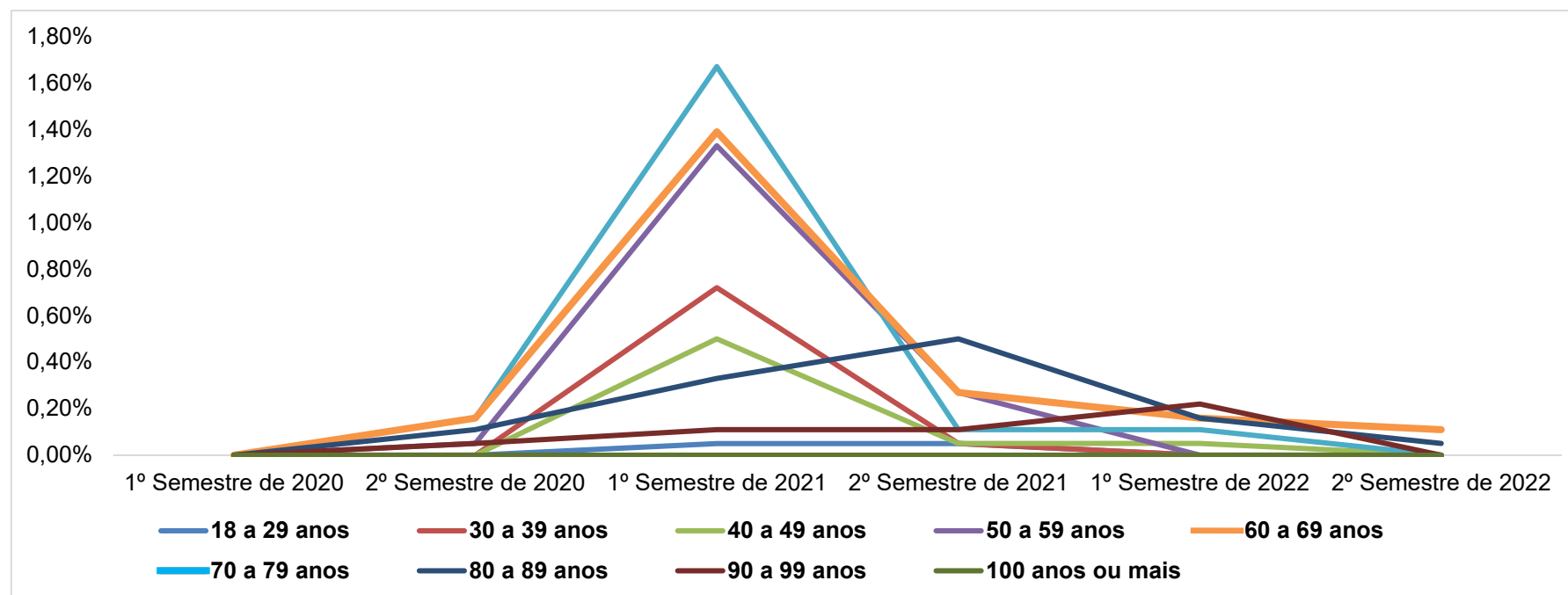
o Homens	9(2,78%)	0(0,00%)	1(0,05%)	2(0,11%)	2(0,11%)	4(0,22%)	0(0,00%)
o Mulheres	8(2,47%)	0(0,00%)	0(0,00%)	2(0,11%)	2(0,11%)	4(0,22%)	0(0,00%)
100 anos ou mais – total	1(0,30%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)
o Homens	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
o Mulheres	1(0,30%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)	1(0,05%)

Nota: COVID-19: Coronavirus disease 2019; ABHU: Associação Beneficente Hospital Unimar; SEM: Semana; 1º: Primeira; 2º: Segunda; %: Porcentagem; >: Maior; < Menor

(conclusão)

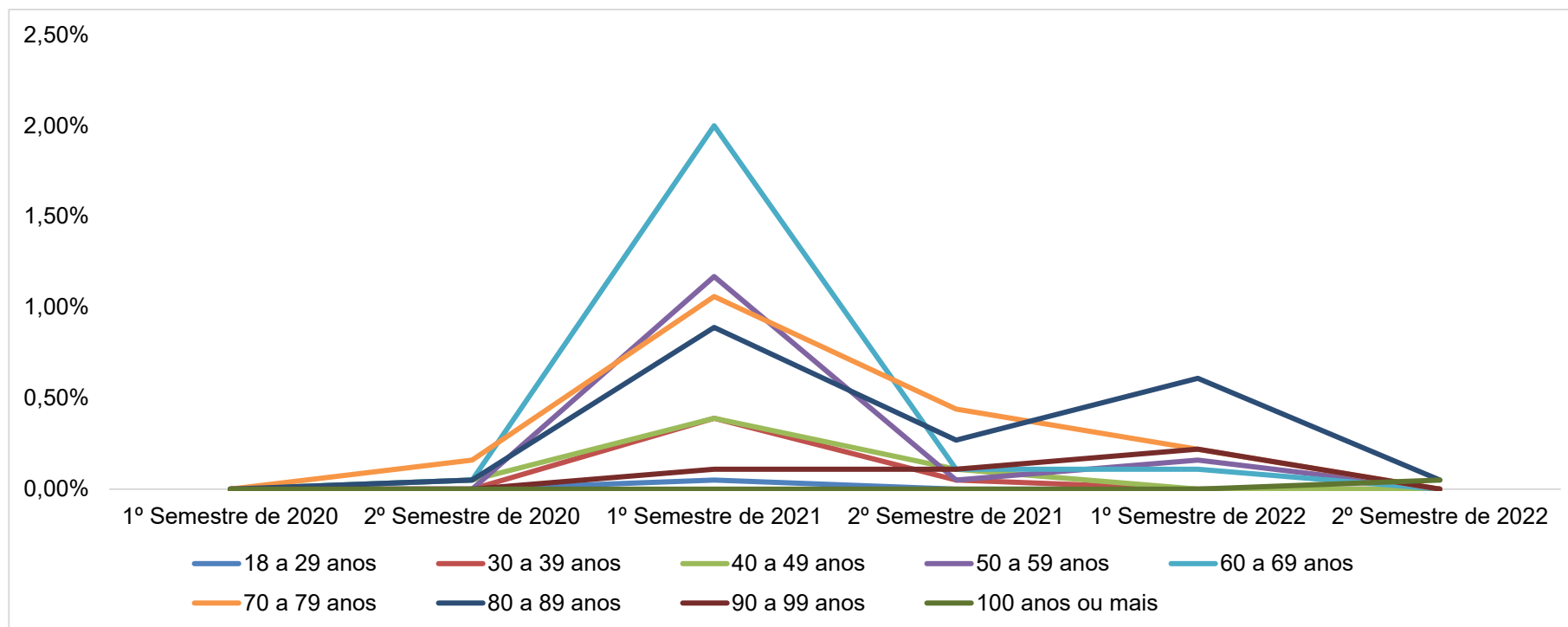
Idade de 60 a 69 anos foi a mais afetada no qual a evolução clínica desfecho foi óbito 78 (24,07%), ao se comprar por sexo as mulheres evoluíram a óbito entre 60 a 69 anos 41 (12,65%) e homens 38 (11,73%) 70 a 79 anos. Assim dos 60 aos 89 anos foi mais característico o prognóstico óbito, 18 a 29 anos não foram registrados nenhum caso. No que se fere ao quantitativo de óbitos a ambos os sexos, ficou evidente que não houve diferença 162 (50%) para homens e 162 (50%) para mulheres. Levando a 324 (100%) óbitos, equivalente a (18,08%) dos casos, quando comparados as altas 1.469 (81,92%).

Gráfico 13. Dados da amostra semestral dos homens que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



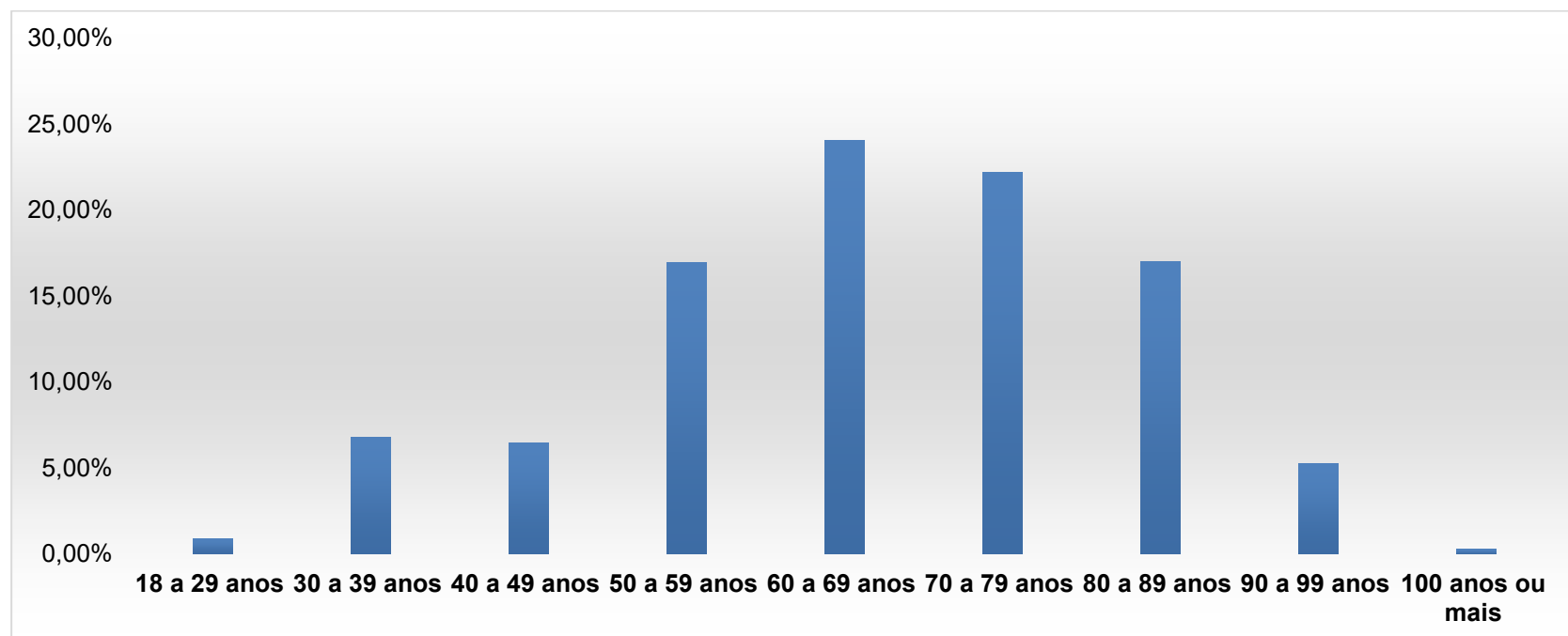
Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 14. Dados da amostra semestral das mulheres que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Gráfico 15. Dados da amostra total dos indivíduos que foram a óbito, por COVID-19 nos anos de 2020 a 2022.



Fonte: elaborado pelo autor (202

6. DISCUSSÃO

O presente estudo investigou 1.793 prontuários de indivíduos acometidos por COVID-19 entre os anos de 2020 e 2022, no município de Marília – SP, com objetivo de traçar o perfil epidemiológico desta população.

Os principais achados indicam que a maior prevalência da doença ocorreu: homens, idosos, com segundo grau completo, dependentes da assistência médica pública. O número de óbitos na amostra total foi similar entre os sexos e mais prevalente nos idosos

6.1 Percentual de indivíduos acometidos

No período estudado se verificou que a prevalência foi maior nos homens (51,81%). Quando analisado por semestre, os homens apresentaram menor prevalência somente no primeiro semestre de 2020 e de 2022.

Ressalto ainda que números de contaminados podem ser bem maiores devido casos subnotificados ou que não entram nas amostras analisadas no ABHU em Marília-SP, devido a hospitalização em outros hospitais da cidade .

Estes achados corroboram com outros estudos brasileiros que verificaram as seguintes ocorrências: 62% (Silva *et al.*, 2022); 66,48% (Mergulhão *et al.*, 2023); 51,5% (Matos *et al.*, 2022); 54% (Mendonça, 2024); 54,6% (Rocha, 2024).

O predomínio no sexo masculino, nas internações pode ter correlação à medidas preventivas como barreira de contaminação falhas ou inexistentes, Khan *et. al* (2020), descreve que as mulheres são mais adeptas a seguir medidas preventivas de práticas de higiene das mãos e cuidados preventivos, quando comparado aos homens.

As doenças de base “comorbidades”, em homens que por sua vez, podem não ser tratadas ou ser de baixa adesão à medidas de controle e acompanhamento, colocam os homens em situação de risco quando contaminados pelo COVID-19 (MERGULHÃO *et al.*, 2023).

Este percentual se torna mais importante ao verificarmos que as mulheres representam 52% da população mariliense (IBGE, 2022). Ou seja, mesmo sendo o maior número, foram menos contaminadas.

Porém, estes dados diferem de outros estudos que encontraram maior prevalência para o sexo feminino: 61,9% (Daumichen *et al.*, 2024); 54,27% (Fernandes *et al.*, 2022); 51,4%(Oliveira *et al.*, 2022); 54,8% (Moreira; Lima, 2023); 52,6% (Moura *et al.*, 2020).

Acredita-se que fatores imunológicos e a composição celular, caracteriza o sexo feminino mais vulnerável a contaminação por COVID-19, porém com menor prognóstico óbito, visto que o tabagismo é um fator mais comum no sexo masculino que pode influenciar negativamente o sistema imune, ou seja, mulheres são mais contaminadas, porém, os homens com maior desfecho óbito (DAUMICHEN. *et al.*, 2024).

Efeitos biológicos e comportamentais, são apresentados por Moreira; Lima, 2023, onde o estrogênio em mulheres são fatores biológicos que contribuem como efeito protetor contra a COVID-19 e fatores comportamentais descreve as mulheres como a maior categoria multiprofissional atuantes como linha de frente na saúde e na pandemia, assim contribuindo como maior exposição e risco de contágio.

6.2 Faixa etária

O fator idade também foi avaliado e comparado com sexo à faixa etária de 60 a 69 anos destaca-se, onde homens obtiveram mais hospitalização nas idades entre 50 a 59 anos, 180 (10,03%), e mulheres 60 a 69 anos, 192 (10,70%). É possível observar que dos 40 até 89 anos internações eram maiores nesta população e menos evidente dos 18 a 29 anos, 51 (2,84%) e 100 anos ou mais, 2 (0,11%). Segundo o Censo Demográfico da Pirâmide Etária -2022 , Marília -SP representava sua maior população em ambos os sexos na faixa etária entre 40 a 44 anos 19.110 (8,04%) dos marilienses, similares aos achados.

O estado de São Paulo representou com maior número de contaminados a faixa etária de 30 a 39 anos, CORONAVIRUS BRASIL (2022). Porém não se faz semelhança com os dados de hospitalização do estudo. Uma vez que o fator jovem,

pode não estar associado a comorbidades no qual é característica de instabilidade, levando o paciente a hospitalização. Dos participantes do estudo de Matos *et. al* (2022) 58,8% apresentavam comorbidades associadas como hipertensão (HAS); diabetes mellitus (DM) e obesidade.

Segundo o estudo de Matos *et. al* (2022) apresenta símile no fator idade, onde a média dos participantes internados foi de 60,32 anos. A mediana de idade foi de 66 anos, também no estudo de Rocha (2024), em dois hospitais público e privado no Rio de Janeiro-RJ e por Cardoso; Gomes; Silva (2023) em seu estudo de caráter nacional onde a média para idade foi de 61 anos.

Foi observado em Santa Catarina, baixa contaminação na população mais jovem, sendo semelhante aos resultados, porém a faixa etária adulta e de meia-idade, especialmente os idosos acabam sendo mais vulneráveis à infecção, pois apresentam maior probabilidade de terem comorbidades e de apresentar quadros clínicos mais severos de adoecimento (MOURA, P. H. *et al*,2020).

Pereira *et.al* (2024) ao avaliar o perfil epidemiológico e os desfechos / mortalidade de 106 pacientes jovens e idosos, internados por COVID-19 em um Hospital de Brasília. Dos 18 aos 60 anos considerados como jovens por Pereira no estudo, representou sua maioria com 50,7% das internações, resultados estes divergem dos achados, visto que a faixa etária dos achados chegam a ultrapassam os 60 anos.

Por fim o estado de São Paulo, é representado pela população de aproximadamente 12.396.372 habitantes, quando classificados por faixa etária seu percentual de contaminação, é possível analisar que a faixa etária do estado com menor índice de contágio é representado por 90 anos ou mais, assim sendo, menor índice de hospitalização consequentemente e aproximando aos achados (CORONAVIRUS BRASIL,2022).

6.3 Raça / cor da pele

Sabemos que a COVID-19 afeta a população de forma generalizada, porém ao avaliar fatores como raça/ cor de pele, a cor branca foi a mais declarada 1.300 (72,51%) em ambos os sexos, posterior aparecem os pardos 387 (21,58%), negros

74 (4,13%), amarelos 21 (1,17%) e indígenas 1 (0,05%). Estes dados são similares à população geral da cidade que consta com 237.627 habitantes sendo: branco 142.400 (59,92%), pardos 75.198 (31,64%), preto 14.136 (5,94%), amarelos 5.681 (2,39%) e indígena 210 (0,08%) (IBGE,20220). Ou seja, a população que mais declara como branca nas hospitalizações também é a mais declarada entre os 237.627 habitantes.

Daumichen *et. al* (2024) branca atingindo 86,06% dos casos seguidos por pardo, negros e amarelo, resultando em dados semelhantes.

Resultados como o de Moreira (2023) e Oliveira *et.al* (2022) descreve a cor parda como predominante e diferem dos encontrados em Marília-SP. É importante enfatizar que a raça/cor de pele pode apresentar características mais predominantes em determinadas regiões do Brasil, devido fatores culturais da população.

Os achados de Portela *et.al* (2023), também não apresentam semelhanças nos resultados pois apontam maior mortalidade hospitalar por COVID-19 entre pessoas de cor preta em todas as regiões do Brasil, e indígenas, nas regiões Norte e Centro-Oeste. E descartam a fragilidade de não preenchimento adequado da variável raça/cor, assim não sendo possível a identificação de maior ocorrência de óbitos entre pardos e brancos.

Mesmo não analisando óbitos por raça, onde impossibilitou comparativos, o estado de São Paulo traz como maior incidência na raça branca com 70,15% dos casos de óbitos (CORONAVIRUS BRASIL,2022).

Portela *et.al* (2023), enfatiza que embora os dados não tenham permitido a diferenciação da cor de pele com risco de morte, entre pardos e brancos as condições socioeconômicas da população e de acesso aos serviços podem apresentar informações relevantes, por sua vez as macrorregiões apresentam grandes centros de saúde e estrutura acessíveis de forma mais rápida.

Um trabalho voltado aos pacientes hospitalizados utilizado como base de dados nacionais de internação por SRAG/COVID-19 no Brasil. Foi analisado um total de 2.459.844 indivíduos internados Cardoso; Gomes; Silva (2023) afirma que dos 2.021.991 (82,2%) dos indivíduos que preencheram o quesito raça/cor, 52,5% se autodeclararam brancos; 40,5%, pardos; 5,6%, pretos; 1,21%, amarelo; e 0,21%, Indígena, onde correspondem quando comparados dados nacionais a internações no ABHU em Marília-SP.

6.4 Nível de escolaridade

Quanto a escolaridade, a maior proporção de contágio aconteceu em pacientes com formação em nível de leitura, ou seja, alfabetizados totalizando 1.616 (90,12%) dos pacientes, 177 (9,88%) da população em questão do estudo podem não ter oportunidade de leitura devido se declararem analfabetos 58(3,23%) ou não sabem /sem declaração 119 (6,65%).

Em ambos os sexos o segundo grau completo 603 (33,63%) foi o mais declarado e representado nos seis semestres consecutivos sendo, 331 (18,46%) homens e 272 (15,17%) mulheres, mestrado/ doutorado 2 (0,11%) foi o menor da amostra. O Censo Demográfico divulgado pelo IBGE . Marília se destaca entre as 50 melhores cidades com o melhor Índice de Desenvolvimento Humano no País, possui índice de alfabetização de 97,37% de pessoas que sabem ler e escrever. (Prefeitura de Marília, 2024). Os achados são similares nos pacientes hospitalizados.

A característica demográfica do estudo de Matos *et. al* (2022), afirma que o curso superior completo é mais declarado em sua amostra 41,1%. Onde o perfil do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas, divergem dos resultados encontrados em Marília-SP.

6.5 Óbitos

Bianchi (2024) ao pesquisar em seu estudo a variável escolaridade demonstrou que óbitos titulados com nenhuma escolaridade e ignorado é pouco expressivo na amostra 2.286 (11,67%) dos 19.590, não justificando a falta de escolaridade um fator alarmante para óbitos ou contágio.

Ao associar a morbimortalidade e nível de escolaridade de pacientes internados por COVID-19 em dois hospitais do Rio de Janeiro (público x privado), Rocha (2024), afirma que a mortalidade dentre os pacientes sem escolaridade foi aproximadamente duas vezes maior em comparação à mortalidade observada entre os pacientes com ensino superior.

Avaliar a escolaridade dos contaminados, de certa forma é avaliar o nível socioeconômico local visto que tais resultados também podem ser um fator determinante ao associar escolaridade a óbitos.

Cardoso; Gomes; Silva (2023), com relação à escolaridade, dos 866.455 pacientes que tinham essa informação registrada, 7,2% eram sem escolaridade e 13,8% tinham Ensino Superior, dados não equivalentes ao cenário do estudo, podendo ser justificado pela falta de informações.

A característica de internação Convênios ou SUS dos usuários do serviço destacou-se como SUS, 1.029 (57,39%) maior em ambos os sexos, nos cinco primeiros semestres, apenas no segundo semestre de 2022 convênios /particulares ultrapassaram as internações SUS.

Ao avaliar a relação entre raça/cor e mortalidade hospitalar de 2.459.844 pacientes hospitalizados com COVID-19 no Brasil. Da população do estudo, 81,5% foram internados em instituições do sistema público de saúde de acordo com Cardoso; Gomes; Silva (2023), dados similares encontrados no ABHU por atender mais de 50% das intenções como SUS e Portela *et.al* (2023), onde apontaram que mais de 70% das internações por COVID-19 no Brasil foram cobertas pelo SUS, e atendiam a classe social mais vulnerável. Ainda faz comparativos entre internações SUS com mais mortalidade hospitalar, quando comparados aos hospitais privados e filantrópicos a classe socioeconômica mais privilegiadas, apresentaram os melhores resultados no desfecho óbito.

Ao que se refere fator óbito a idade entre 60 a 69, 78 (24,07%), representou o maior número. Assim ao se comparar por sexo, mulheres ficaram entre 60 a 69 anos 41 (12,65%) e homens 38 (11,73%) 70 a 79 anos. Sendo possível concluir que as mulheres evoluíram ao óbito com idade inferior aos homens.

Entretanto, dos 60 aos 89 anos foi mais característico para evolução do prognóstico óbito. No que se refere ao quantitativo de óbitos a ambos os sexos, ficou evidente que não houve diferença 162 (50%) para homens e 162 (50%) resultando em 324 óbitos não evidenciando diferenças entre sexo, porém também de maior incidência no primeiro e segundo semestre de 2021. Kunkel *et al.* (2024) destaca o mesmo período com maior número de óbitos entre os hospitalizados.

Avaliando desfecho clínico 342 óbitos, equivalente a (18,08%) dos casos, quando comparados aos pacientes recuperados e que saíram de alta hospitalar 1.469 (81,92%).

Silva *et al.* (2022), detectou maior prevalência de óbitos no sexo masculino 64,9%, no hospital público de Minas Gerais, semelhante a Moreira (2023), na cidade de Recife-PE. Bianchi (2024) após analisar 20.064 óbitos em Santa Catarina - SC, resultou com 57,56% no sexo masculino. Fernandes *et al.* (2022) avaliou as curvas epidemiológicas entre os óbitos, 53,91% ocorreram em homens. Tais achados não corroboram com o encontrado, visto que não houve sexo específico a se sobressair, ficando de forma igualitária.

O portal de transparência de registro civil, através da Central de Informações, aponta que durante o período do estudo, Marília-SP obteve 1.302 óbitos com suspeita ou confirmação por COVID-19 entre março de 2020 a dezembro de 2022, totalizando assim 24,88% dos casos de óbitos intra-hospitalar foram no Hospital do presente estudo, neste mesmo período o Brasil atingiu 682.625, onde a cidade de Marília passa a representar 0,04% dos registros em cartório.(PORTAL DE TRANSPARÊNCIA,2024)

7. LIMITAÇÕES

Durante a análise de levantamento, algumas limitações da pesquisa foram observadas como: transição de prontuário físico para eletrônico no início pandêmico; gerando dados incompletos em prontuário 195 (12,35%) seja por falta de finidade ou aptidão de alguns colaboradores em manipular uma ferramenta nova digital , 142 (9%) crianças pois o hospital não era referência para o COVID-19 em Marília -Sp para crianças diferente dos adultos, 1.242 (78,65%) internações suspeitas onde resultado para COVID-19 foram negativos e não corroborando para a pesquisa, totalizando 1.579 pacientes.

Os possíveis motivos de casos subnotificados podem ser por: falta de testes/disponibilidade; falta de informações; pacientes assintomáticos, contaminados e não testados ou teste rápido para COVID-19 realizados em domicílio não notificados.

8. IMPORTÂNCIA DESTE ESTUDO E SUA UTILIDADE

Ao traçar o perfil epidemiológico durante a pandemia, foi possível ter uma visão ampla das características da população hospitalizada que apresentavam semelhança. Os resultados são capazes de identificar quem foi a população com maior comprometimento clínico, submetido a hospitalização ou com risco eminente para evoluir a óbito. Destaca-se a faixa etária entre 40 a 89 anos para ambos os sexos, que apresentou maior número de internações em leitos de clínica médica ou UTI.

Sabendo que este público ficou exposto a complicações e agravamento do quadro, seja pelo fator idade, sedentarismo, falta de adesão a medidas de prevenção ou comorbidades, é fundamental investir em campanhas de vacinação inicialmente voltadas para este grupo, além de incentivos na mídia de forma visual ou áudio, visto que a maior população apresentou nível de escolaridade compatível com a leitura.

Diminuir o número de casos e consequentemente gastos com a saúde, auxiliando novos protocolos sanitários e economia na cidade.

Assim, deixamos de avaliar a população não somente de forma generalizada a hospitalizada e passamos a agir com o público assertivo, evitando agravos e possíveis aumento de demanda hospitalar, falta de leitos e novos possíveis surtos da doença.

9. CONCLUSÃO

Conclui-se que o sexo masculino representou o maior número de casos hospitalizados. Idade 60 a 69 anos ficou em evidência, 50 a 59 anos para o sexo masculino e 60 a 69 anos sexo feminino, 18 a 29 anos e maiores de 100 anos não representou relevância significativa nas hospitalizações. A raça/ cor de pele branca foi a mais declarada com 52,5%. Os pacientes hospitalizados eram mais declarados como alfabetizados 90,12%. Os gastos hospitalares com a cobertura das internações 52,5 % eram SUS. Não houve diferença entre sexo e número de óbitos apenas idade, mulheres 60 a 69 anos e homens 70 a 79 anos. O cenário de pico dos casos hospitalizados entre o segundo semestre de 2020 ao primeiro de 2021 em Marília foi similar ao do Brasil.

A vacinação como medida de prevenção e diminuição dos casos ficou evidente. Assim, por meio do estudo epidemiológico hospitalar local é possível identificar a

população que mais se instabilizarão clinicamente com necessidade de suporte multiprofissional levando a internação. Portanto elaborar medidas preventivas de forma assertiva para controle da disseminação e a criação de protocolos de fluxo hospitalar e assistencial.

REFERÊNCIAS

1. ARRECADAÇÕES do COVID-19 . Prefeitura de Marília. Dez.2021.Disponível em: https://transparencia.marilia.sp.gov.br/index.php/receita_covid/index. Acesso em: 09 dez. 2021.
2. BIANCHI,J.C. Perfil epidemiológico dos óbitos por covid-19 no estado de Santa Catarina, no período entre 2020 a 2021.**Repositório institucional UFSC**. Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/255504>. Acesso em 10 nov. 2024.
3. BOLETIM epidemiológico nº 118 - Boletim COE coronavírus. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. 24 de jun.2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-118-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em: 30 jun. 2022.
4. CARDOSO,F.S.;GOMES,D.C.K;SILVA,A.S. Desigualdade racial na assistência à saúde do adulto internado por COVID-19.**Caderno de saúde pública**. v39,2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT215222>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZXwXMtPhmRQBqRznB83C6LB/?lang=pt>. Acesso em 25 fev. 2025.
5. CORONAVÍRUS - Boletim Nº 669 - 27/06/2022. **Prefeitura de Marília**. 27 de jun. 2022. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/11654/coronavirus---boletim-n-669---27062022---atualizado-as-12h>. Acesso em: 02 set. 2022.
6. CORONAVÍRUS- Boletim Nº113- 25/06/2020. **Prefeitura de Marília**. 26 de jun.2022. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/8665/coronavirus--boletim-n-113---25062020-atualizado-as-11h>. Acesso em: 26 de nov.2024.
7. CORONAVÍRUS- Boletim Nº405- 10/04/2021.**Prefeitura de Marília**. 10 de abr. 2021. Disponível em: <https://www.Marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/9766/coronavirus---boletim-n-405-10042021---atualiza>. Acesso em: 26 de nov.2024.
8. CORONAVÍRUS- Boletim Nº651- 20/04/2022. **Prefeitura de Marília**. 20 de abr. 2022.Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/11402/coronavirus---boletim-n-651---20042022---atualizado-as-12h>. Acesso em 26 nov. 2024.
9. CORONAVÍRUS BRASIL. **COVID-19 Painel de Coronavírus**.2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 mai. 2022.
10. CORONAVÍRUS BRASIL. **COVID-19 Painel de Coronavírus**.2023.Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 02 nov .2023.
- 11.DADOS de Marília. **Prefeitura de Marília**. Set. 2024. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/servicos/1002/dados-de-marilia>. Acesso em: 24 de set. 2024.

12. DADOS de Marília. **Prefeitura municipal de Marília**. set. 2024. Disponível em: [https://www.marilia.sp.gov.br/portal/servicos/1002/dados-de-marilia/#:~:text=O%20munic%C3%ADpio%20%C3%A9%20servido%20por,Transbrasiliana%20\(BR%2D153\).&text=Possui%2046.627%20habitantes%2C%20de%20acordo,de%201%C2%BA%20de%20julho%202024](https://www.marilia.sp.gov.br/portal/servicos/1002/dados-de-marilia/#:~:text=O%20munic%C3%ADpio%20%C3%A9%20servido%20por,Transbrasiliana%20(BR%2D153).&text=Possui%2046.627%20habitantes%2C%20de%20acordo,de%201%C2%BA%20de%20julho%202024). Acesso em: 07 dez. 2024.
13. DAUMICHEN, C.S, *et al* .Perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com COVID-19 em um hospital escola no oeste do Paraná. **Cuadernos de educación y desarrollo**. v.16,n.11,p.01-13,2024. Disponível em :<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/6223>. Acesso em 8 nov. 2024.
14. ENTENDA as fases do Plano São Paulo, que regulamenta o que pode funcionar na quarentena em SP; veja perguntas e respostas. **G1.SÃO PAULO**.23 de jan.2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/23/entenda-as-fases-do-plano-sao-paulo-que-regulamenta-o-que-pode-funcionar-na-quarentena-em-sp-veja-perguntas-e-respostas.ghtml>. Acesso em: jun. 2024.
15. ESPECIAL COVID-19. **Portal da transparência**.2024. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/painel-registral/especial-covid>. Acesso em: 06 mar 2024.
16. FABRI, F.N.; RODRIGUES, V.A.S. Covid-19 –Evolução epidemiológica e o impacto da vacinação em um município da Zona da Mata Mineira. **Revista Saúde Dinâmica**. Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.v.3,n.3,2021.DOI:<https://doi.org/10.4322/2675-133X.2022.042>. Disponível em: <https://revista.Faculadadedinamica.com.br/index.php/sausedinamica/article/view/95>. Acesso em: 3 out. 2023.
17. FERNANDES, L.R. *et al*. Perfil epidemiológico dos casos de COVID-19 em uma cidade do noroeste paulista. **Bepa, Boletim Epidemiológico Paulista**.v.19,n.217 2022. DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37650>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/BEPA182/article/view/37650>. Acesso em: 1 mai. 2022.
18. FREITAS, C.M.; BARCELLOS, C.; VILLELA, D.A.M. Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. **Editora Fio Cruz**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz. 2021.p.418.DOI :<https://doi.org/10.7476/9786557081211>. Disponível em:<https://books.scielo.org/id/zx6p9>. Acesso em 16 dez. 2022.
19. GONÇALVES, F. N. R.; DO NASCIMENTO, C. J. W.; Epidemiologia do surto de doença por Coronavírus (COVID-19). **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v.7, especial n.3, p.18-25,2020.DOI:<https://doi.org/10.20873/uftsuple2020-8710>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/340910041_EPIDEMIOLOGIA_DO_SURTO_DE_DOENCA_POR_CORONAVIRUS_COVID-19. Acesso em: 03 dez. 2021.

20. ÍNDICE de alfabetização de Marília é de 97,37%, ultrapassando as taxas da Grécia e de Portugal. Secretaria de Educação comemora resultado e ressalta a soma de esforços de todos os setores **Prefeitura de Marília**. Mai.2024. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/porta1/noticias/0/3/13698/indice-de-alfabetizacao-de-marilia-e-de-9737-ultrapassando-as-taxas-da-grecia-e-de-portugal-secretaria-de-educacao-comemora-resultado-e-ressalta-a-soma-de-esforcos-de-todosossetores>. Acesso em 29 jun.2025.
21. KHAN, M, *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: a single – centre study. **National Library of Medicine**.p.1114–1123,2020. DOI:10.1099/jm m.0.001231.Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32783802/>. Acesso em: 9 out. 2023.
22. KUNKEL, M.*et al.* Curvas epidêmicas e o perfil de pacientes hospitalizados pela COVID-19 em região de fronteira. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. P.32,2024.DOI:10.1590/1518-8345.6772.4297.Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/6728>. Acesso em: 14 nov.2024.
23. MATOS, I.C.S, *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com COVID-19 atendidos no Hospital Universitário Getúlio Vargas durante a pandemia. **Revista HUGV**.Manaus,v.21,n1.2022.DOI: <https://doi.org/10.60104/revhugv10955>. Disponível em:<https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/revistahugv/article/view/10955> 5. Acesso em: 20 jan.2025.
24. MERGULHÃO, D. M. A, *et al.* Perfil Epidemiológico e Clínico dos Pacientes com Covid-19 Internados na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Referência no Município de Parauapebas, Pará. **Revista Amazonia: Science & Health**,v.11,n.1 ,p.2-12,2023.DOI:10.18606/23181419/amazonia.sci.health.v11n1p2.Disponível em: <https://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/4016/2007>. Acesso em:26 jun .2023.
25. MINISTÉRIO da saúde. COVID-19 no Brasil. GOV. BR. 2024.Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em 03 mar. 2024
26. MOREIRA, A. M.; DE LIMA, E. G. Perfil epidemiológico da COVID-19 na cidade do Recife (Pernambuco).**Revista Universitária Brasileira**, v.1,n.1,2023.DOI: 10.5281/zenodo.8006729.Disponível em: <https://ojs.grupounibra.com/index.php/rub/article/view/10>.Acesso em: 26 jun .2023.
27. MOURA, P. H. *et al.* Perfil epidemiológico da COVID-19 em Santa Catarina . **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v.9, n.1,2020.Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2316>. Acesso em: 19 mai. 2022.

28. NOGUEIRA, A. B. *et al.* Perfil epidemiológico da pandemia de COVID-19 e características do agente etiológico: Revisão. **Pubivet**, v.15,n.06,p.1-11.2021. Disponível em: https://web.archive.org/web/20210728223847id_/http://www.pubvet.com.br/uploads/37fb47730eb811a18743ff24fc926024.pdf. Acesso em: 07 fev. 2022.
29. NOTA: 1º dia de flexibilização em Marília. **Prefeitura de Marília**. 01 de jun. 2020. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/8541/nota-1-dia-de-flexibilizacao-em-marilia>. Acesso em: 1 set.2024.
30. NOTA: coronavírus – boletim nº 25. Prefeitura Municipal de Marília. Mar 2020. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/8263/nota-coronavirus-boletim-n-25-31032020-as-17h>. Acesso em: 7 mar. 2025.
31. OLIVEIRA, F. A. C. *et al.* Características epidemiológicas relacionadas aos óbitos de idosos acometidos por Covid em um município do Tocantins. **Revista Científica do Tocantins**, v.2,n.1,p.1–11,2022. Disponível em <https://itpacporto.emnuvens.com.br/revista/article/view/56>. Acesso em: 24 set .2023.
32. PAINEL da OMS COVID-19. **Organização Mundial de Saúde**.2022.Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 27 junho. 2022.
33. PANORAMA Marília-SP. **IBGE**. 22 de dez 2023.Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>. Acesso em 02 nov. 2023.
34. PEREIRA, J. The role of angiotensin-converting enzyme 2 as a critical structure to COVID-19 infection. **MDPI Sciforum**. 2020.Disponível em: <https://sciforum.net/manuscripts/6874/manuscript.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.
35. PEREIRA, L.C. *et al.* Levantamento epidemiológico de pacientes infectados por Coronavírus em hospital da capital do Brasil. **Revista Archives of Health**, Curitiba, v.5,n.6,p.01-22,2024.DOI: <https://doi.org/10.46919/archv5n6-006>. Disponível em :<https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/2452>. Acesso em: 10 jan .2025.
36. POPULAÇÃO estimada. **IBGE**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama>. Acesso em: 01 fev. 2022.
37. POPULAÇÃO residente, por cor ou raça , nos Censos demográficos. **IBGE**. Dez .2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/9605#resultado>. Acesso em 29 jun.2025
38. PORTELA, M.C. *et al.* Mortalidade hospitalar por COVID-19 no Brasil de 2020 a 2022:um estudo transversal de revisão com base em dados secundários. **Revista internacional para Equidade em saúde**.n22. Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-023-02037-8>. Acesso em : 5 fev. 2025

39. PRIMEIRA vacinada contra Covid em Marília ficou isolada dos pais idosos dentro de casa: 'Linha de frente com orgulho'. **G1. BAURU E MARÍLIA**. 09 de jan. 2021, Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2021/01/19/primeira-vacinada-contra-covid-em-marilia-ficou-isolada-dos-pais-idosos-dentro-de-casa-linha-de-frente-com-orgulho.ghtml>. Acesso em: 06 dez. 2021.
40. QIAN, J. *et al.* Diferenças de gênero dependentes da idade na COVID-19 em China continental: estudo comparativo. **National Library of Medicine**. 2020. DOI: 10.1093/cid/ciaa683. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7314154/>. Acesso em: 22 dez. 2021.
41. REFERÊNCIA para atendimento ao Covid-19 em Marília, HBU busca parcerias e doações. **Unimar**. 9 de abril 2020. Disponível em: [https://blog.unimar.br/2020/04/09/referencia-para-atendimento-ao-covid-19-em-marilia-hbu-busca-parcerias-e-doacoes/#:~:text=O%20HBU%20tamb%C3%A9m%20busca%20as,\(14\)%20105%2D4628](https://blog.unimar.br/2020/04/09/referencia-para-atendimento-ao-covid-19-em-marilia-hbu-busca-parcerias-e-doacoes/#:~:text=O%20HBU%20tamb%C3%A9m%20busca%20as,(14)%20105%2D4628). Acesso em 17 nov.2024.
42. ROCHA, J.R.F. Associação entre morbimortalidade e escolaridade em pacientes internados por covid-19 em dois hospitais na cidade do Rio de Janeiro. **BVS Biblioteca virtual em saúde**. Rio de Janeiro, p.117, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1579792>. Acesso em: 12 fev. 2025.
43. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Guia Rápido SIVEP GRIPE**. 2021. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/GUIA-RAPIDO-SIVEP-GRIPE-atualizado-em-maio_2021.pdf. Acesso em: 24 de mar. 2024.
44. SEGUINDO Governo do Estado, Prefeitura decreta estado de calamidade pública decorrente do Covid-19. **Prefeitura de Marília**. Mar. 2020. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/8213/seguindo-governo-do-estado-prefeitura-decreta--estado-de-calamidade-publica-decorrente-do-covid-19>. Acesso em 4 set. 2024.
45. SILVA, R. P. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados por Covid-19 em um hospital público de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 15, n. 7, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10540.2022>. Disponível em: <https://acervo.mais.com.br/index.php/saude/article/view/10540>. Acesso em: 5 out. 2024.