

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, RISCO DE AGRAVAMENTO E ÓBITO POR COVID EM IDOSOS ATENDIDOS PELA REDE HOSPITALAR NO BRASIL

Data de aceite: 01/09/2023

Carlos Felipe Araújo Rodrigues

Discente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.

Gabriela Rampanelli

Discente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.

Isabela Campos Bertoldi

Discente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.

Marina Castro Paixão

Discente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.

Roberto Guilherme Rosa Moraes

Discente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.

Luciana Marques da Silva

Docente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.
Docente da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), Cáceres - MT, Brasil

Carlos José Alves

Docente do Curso de Medicina da Universidade de Cuiabá (UNIC), Cuiabá - MT, Brasil.

RESUMO: Introdução: A Covid-19 é a infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), constatada pandêmica pela Organização Mundial de Saúde em 2020. É atualmente, um dos maiores desafios sanitários à nível mundial, pois possui alta taxa de transmissibilidade e altos índices de mortalidade na população idosa, principalmente, entre os que possuem comorbidades. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico de risco de agravamento e óbito por Covid-19 em pacientes idosos atendidos pela rede hospitalar no Brasil, em 2020. **Métodos:** Estudo com delineamento transversal quantitativo, com dados coletados em open DATASUS, nomeado de “Síndrome Respiratória Aguda Grave” – incluindo dados da COVID-19, obtidos através de análises de fatores realizadas pelo programa Epi-info. **Resultados:** A evolução com piora do quadro clínico e desfecho de óbito em pacientes idosos em

regime hospitalar que desenvolveram Covid-19 tem maior relação com a região Sudeste (60,93%), indivíduos que utilizaram suporte ventilatório não invasivo (48,96%), que possuem doença renal (RR de óbito \approx 1,31), pacientes que necessitaram de internação em UTI (73,12%) e aqueles que cursaram com dispneia (RR \approx 1,37). **Conclusão:** Alto índice de agravamento e óbito em pacientes idosos com Covid-19, sendo um dos principais fatores a presença de comorbidades e a conduta terapêutica para uso de suporte ventilatório não invasivo, além da necessidade de internação em UTI e o desenvolvimento de dispneia. Sendo assim, é de extrema importância que haja uma investigação a respeito da presença de comorbidades em todos os pacientes, em especial, os idosos, associando conduta terapêutica correta e precoce.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19; Idosos; Comorbidades; Óbito; Fatores de risco; Infecções respiratórias.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE, RISK OF AGGRAVATION AND DEATH BY COVID IN ELDERLY PEOPLE ATTENDED BY THE HOSPITAL NETWORK IN BRAZIL

ABSTRACT: Introduction: Covid-19 is a respiratory infection caused by the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), identified as a pandemic by the World Health Organization (WHO) in 2020. Currently, one of the greatest health challenges worldwide, since it has a high rate of transmission and high mortality rates in the elderly population, especially among those with comorbidities. **Objective:** To identify the epidemiological profile risk of aggravation and death by Covid-19 in elderly patients treated by the hospital network in Brazil, in the year 2020. **Methods:** Study with a quantitative cross-sectional design, with data from 6,333 records of patients who contracted Covid-19, taken from analysis of factors derived by the Epi-info program. **Results:** The evolution with worsening of the clinical picture and death outcome in elderly patients in hospital who develop Covid-19 is more related to the Southeast region (60.93%), those who used non-invasive ventilatory support (48.96%), who have kidney disease (RR for death \approx 01,31), patients who require hospitalization for ICU (73.12%) and those who have dyspnea (RR \approx 1.37). **Conclusion:** The rate of worsening and death in elderly patients with Covid-19 is high, and one of the main factors is the presence of comorbidities and the therapeutic approach for the use of non-invasive ventilatory support, in addition to the need for hospitalization in ICU and the development of dyspnea. Therefore, it is extremely important that there is an investigation into the presence of comorbidities in all patients, especially the elderly, in addition to the correct and early therapeutic conduct.

KEYWORDS: Covid-19; Seniors; Comorbidities; Death; Risk factors; Respiratory Tract Infections.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é a infecção respiratória provocada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), deflagrada pandêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2020⁽¹⁾. Esta apresenta-se um dos maiores desafios sanitários recentes no mundo, de alta transmissibilidade e alta mortalidade, com piores desfechos em grupos de risco, dentre eles, idosos e indivíduos institucionalizados⁽²⁾.

Nesse cenário, estudos de análises epidemiológicas sanitárias apontam uma maior incidência na população adulta, todavia as taxas de letalidade recaem na população idosa e conjunturais a presença comórbida inerentes a faixa etária ^(2,4). No Brasil a miscelânea sociodemográfica agrava ainda mais o quadro com sobreposição de risco e taxas ainda mais discriminantes e oscilantes ⁽²⁾.

À população idosa, sabidamente, impera-se o processo senescente do aparelho respiratório com deterioração funcional e perda de reserva homeostática, resultando maior comprometimento da capacidade de recuperação em quadros de agressão aguda ^(1,3). Além disso, causalidades cumulativas de fragilidade inserem-se nas doenças crônicas, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, doenças cardiovasculares, hábitos deletérios e indivíduos institucionalizados, principalmente em instituições de longa permanência para idosos, interagem nos desfechos desfavoráveis às infecções por SARS-CoV-2, incluindo o óbito ^(1,4).

Diante do exposto, compreender o perfil epidemiológico em idosos faz-se imperioso, bem como o impacto da Covid-19 na mortalidade da população geriátrica. Dessa forma, este conhecimento embasará o prenúncio de estratégias de enfrentamento a pandemia, a fim de mitigá-las.

De acordo com a alta relação de óbitos por Covid-19 em idosos, esse estudo tem a finalidade de demonstrar os riscos e agravamentos que podem impactar em idosos contaminados pela Covid-19. O SARS-CoV-2 possui altas letalidades associadas à idade elevada, sendo assim, as instituições de longa permanência possuem um alto risco de agravamentos em seus residentes. Dessa forma, busca-se identificar os riscos que levam ao agravamento e a letalidade da doença causada pelo vírus, a fim de orientar o cuidado de pessoas com essa faixa etária.

O levantamento epidemiológico, juntamente com a análise comparativa da incidência por idade dos casos documentados da COVID-19, servirá como método comprobatório da faixa etária de maior risco diante do vírus. Permitindo, assim, a tomada de ação correta para a conduta frente a pandemia. Logo, o objetivo deste estudo foi associar a idade maior ou igual a 60 anos, em ambos os sexos, com a prevalência da Covid-19.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico, incluindo indivíduos maiores de 60 anos de idade, dentre os quais obtiveram critérios de confirmação para COVID-19. Os dados epidemiológicos foram obtidos no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), especificamente no Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), anexados ao Sistema de Informação da secretaria de Estado do Mato Grosso – (DeWebSES-MT), no Brasil no ano de 2020.

Como critério de exclusão foram os indivíduos fora desta faixa etária que não

receberam diagnóstico de acometimento pela COVID-19 e também os que não pertencem ao período do ano determinado.

Ademais, foram descritas para análise de estudo as variáveis sociodemográficas - idade, sexo, raça, escolaridade e moradia -, variáveis independentes das comorbidades - cardiopatias, doenças hematológicas, doenças hepáticas, doenças neurológicas, imunodepressão, asma, diabetes, obesidade, doenças renais e pneumopatias, e os sinais e sintomas - febre, tosse, vômito, diarreia, dispneia e desconforto respiratório.

Os dados foram incluídos em tabela no Excel e feito a análise no EPI-INFO 7.0. As variáveis foram descritas tanto em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Já para a análise bivariada, foram realizadas as associações entre variável dependente e independente através do cálculo das Razões de Prevalência. Para calcular a significância estatística da associação, utilizou-se o Teste qui-quadrado ($p < 0,05$), pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%). Portanto foi considerado valores com p-valor menor que 0,05 como resultados estatisticamente significantes.

As limitações metodológicas identificadas compreendem a falta de aparelhos, materiais e a baixa disponibilidade literária científica relacionada. Além disso, a baixa celeridade na alimentação dos sistemas de informação disponíveis para estudos.

Para a realização deste estudo, não foi necessário a utilização do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Res. CNS 466/2 em seu capítulo IV.8), por se tratar de análises de banco de dados público e com acesso livre sem exposição de dados pessoais. Segundo a resolução 510/2016, Lei 12.527/2012, não foi necessária a submissão do trabalho para o Sistema CEP-CONEP.

RESULTADOS

De um total de 6.333 pessoas que participaram do estudo, 3.795 (59,92%) possuem 70 anos ou mais e 2.538 (40,08%) possuem entre 60 e 69 anos de idade; 5.860 (92,53%) indivíduos se identificaram como brancos, pardos ou amarelos e 473 (7,47%) se identificaram como negros ou indígenas. Em relação ao grau de escolaridade, 3.641 (57,49%) possuem até o ensino fundamental completo e 2.692 (42,51%) possuem grau de escolaridade superior ao ensino fundamental completo. Já relacionado ao local de moradia, 6.051 (95,55%) dos participantes relataram residir em região urbana ou periurbana e 282 (4,45%) em zona rural (Tabela I).

A respeito dos sinais e sintomas relacionados a COVID-19, dentre todos os 6.333 participantes, 3.861 (60,97%) deles apresentaram febre; 4.897 (77,33%) apresentaram tosse; 671 (10,60%) apresentaram vômitos; 1.056 (16,67%) apresentaram com diarreia; 5.018 (79,24%) cursaram com dispneia e 4.676 (73,84%) com desconforto respiratório (Tabela II).

Dentre os 6.333 pacientes, 3.982 (62,88%) apresentavam cardiopatias; 76 (1,20%)

doenças hematológicas; 273 (4,31%) asma; 94 (1,48%) doença hepática; 497 (7,85%) doença neurológica; 262 (4,14%) imunodepressão; 2.872 (45,35%) diabetes; 503 (7,94%) obesidade; 439 (6,93%) doença renal; 570 (9,00%) pneumopatias; como comorbidades (Tabela III).

Os dados foram tabulados pelo programa Epi-info, sendo realizado a análise de distribuição e frequência e tabulação das variáveis comorbidades, sinais e sintomas e variáveis sócio demográficas, as tabulações foram realizadas avaliando o desfecho óbito com comorbidades entre a população idosa no Brasil, 2.064 são cardiopatas e possuem risco relativo de óbito de 0,9819; 47 apresentam doença hematológica e possuem risco relativo de óbito 1,1877; 127 são asmáticos e possuem risco relativo de óbito 0,8871; 1523 são diabéticos e possuem risco relativo de óbito 1,0299; 62 são doentes hepáticos e possuem risco relativo de óbito 1,2689; 314 possuem doenças neurológicas e apresentam risco relativo de óbito 1,237; 161 são imunodeprimidos e possuem risco relativo de óbito 1,1866; 275 são obesos e possuem risco relativo de óbito 1,0519; 295 são doentes renais e possuem risco relativo de óbito 1,3158; 358 são pneumopatas e possuem risco relativo de óbito 1,2282 (Tabela IV).

Do total de 3.305 óbitos pelas regiões do Brasil, a região Sudeste teve o maior número de óbitos com 2.014 (60,93%) mortes, seguida da região Sul com 697 (21,08%), Nordeste com 229 (6,95%), Norte com 220 (7,25%) e Centro-Oeste com 145 (4,38%) (Tabela V).

Ao se tratar a respeito da análise da frequência de óbitos em pacientes com suporte ventilatório, 1.339 (40,51%) necessitaram de suporte ventilatório invasivo; 1.618 (48,96%) de suporte ventilatório não invasivo e 348 (10,53%) não necessitam de suporte. Já em relação a quantidade de dias de internação, a média foi de 13,19 dias de internação, sendo o mínimo de dias 0 e o máximo 168 dias; com desvio padrão de 13,50 (Tabela VI).

Dentre os sintomas analisados, dispneia teve a maior relação com o desfecho de óbito (RR \approx 1,37); desconforto respiratório (RR \approx 1,29); tosse (RR \approx 1,15); febre (RR \approx 1,03). Os sintomas de diarreia (RR \approx 0,86) e vômito (RR \approx 0,92) apresentaram menores chances de morte (Tabela VII).

Na amostra, os pacientes que apresentaram maior chance de óbito foram os que tiveram que ir para UTI (1.823; 73,12%; RR \approx 1,92) seguidos dos que apresentaram saturação de O₂ < 95% (2.732; 55,80%; RR \approx 1,40). A idade, aqui, apresentou pouca relação com o desfecho de morte (RR \approx 0,70) (Tabela VIII).

DISCUSSÃO

Identificou-se em análises estatísticas que há maior risco de óbito entre idosos por Covid-19, dado que também foi observado na literatura em outros estudos publicados sobre o impacto nesta faixa etária populacional. Outras variáveis de relevância estatística

foram a relação positiva entre os sintomas e o desfecho, como a febre, tosse, dispneia e o desconforto respiratório, todos em concordância com estudos ecológicos de incidência. O risco entre as comorbidades, destacando-se as doenças renais, hepática, neurológica, as pneumopatias, imunodeprimidos, doenças hematológicas, a diabetes e a obesidade, ratificando dados da literatura, mas com ressalvas em relação às cardiopatias e asma em que foram encontrados dados não relacionados a risco de morte pelo Coronavírus. O grau de saturação de oxigênio também foi outra variável de grande significância estatística, presente na avaliação de risco de agravamento na Covid-19 ^(2,8).

Não foram observadas significâncias estatísticas nas variáveis raça/cor, faixa etária e outros fatores sociodemográficos, porém, essa relação com desfecho ainda não está completamente esclarecida, uma vez que devem ser levados em conta fatores como escolaridade e fatores socioeconômicos, relacionados ao melhor nível de esclarecimento e compreensão da doença e o acesso aos serviços de saúde. Também não foi encontrada relevância na variável “tempo de internação”.

Outrossim, as regiões Sudeste e Sul do país foram as que apresentaram maior desfecho óbito na população idosa, entretanto, é conhecida a distribuição inicial da doença no país e, portanto, alinha-se a análises existentes sobre o mesmo período. Além disso, é encontrada uma maior frequência de óbitos em pacientes que necessitaram de suporte ventilatório, tanto o invasivo quanto os não invasivos, corroborando com outros estudos, os quais apontam maior risco de agravamento em pacientes que necessitam desse tipo de estratégia e os em contexto de institucionalização ^(3,4,8).

Ao analisar a diferença percentual de idade em relação ao número de óbitos, é possível observar uma maior, ainda que discreta, prevalência em maiores de 70 anos. Isso se justifica ao entender que os pacientes com Covid-19, em ambiente hospitalar, estão correlacionados com riscos já preexistentes, como a idade avançada. Devido a isso, possuem a necessidade de cuidados e profilaxias de maiores atenções.

O presente estudo demonstrou quais variáveis estão relacionadas com o risco de agravamento e óbito por Covid-19 em idosos no Brasil. Assim, tendo em vista o importante papel do atendimento na rede hospitalar ^(2,8), o artigo deixa um leque de estudos que podem ser feitos para auxiliar no planejamento das causas e consequências do agravamento e óbito por Coronavírus em idosos atendidos pela rede hospitalar.

As limitações metodológicas do estudo identificadas compreendem a falta de aparelhos, materiais e a baixa disponibilidade literária científica relacionada. Além disso, a baixa celeridade na alimentação dos sistemas de informação disponíveis para estudos.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados pelas análises presentes no estudo, conclui-se que o fator “comorbidades” associado a conduta terapêutica – uso de respiração

ventilatória invasiva e não invasiva – são os principais riscos para a evolução de óbito dos pacientes idosos com Covid-19. Embora haja uma discreta diferença do fator idade cronológica – idosos entre 60-69 anos e idosos com 70 anos ou mais – do curso para óbito da doença, esse dado pode ser entendido como uma consequência da maior quantidade de comorbidades presentes na população mais senil (70 anos ou mais).

Assim, embora o fator idade seja de extrema importância – necessitando de grande atenção dos profissionais de saúde e governos –, é prudente que haja uma maior atenção com relação às comorbidades, principalmente aquelas que envolvem os doentes renais, hepáticos, neurológicos, pneumopatas, imunodeprimidos e obesos. Além disso, há necessidade de maior cuidado entre os pacientes idosos em Unidade de Terapia Intensiva, seguido dos que apresentaram saturação de O₂ inferior a 95% e apresentaram sintomas como febre, tosse, dispneia e desconforto respiratório, já que o presente estudo mostrou uma maior prevalência de óbitos nesses pacientes.

Por fim, é importante salientar que haja mais estudos sobre essa temática, a fim de resolver as lacunas presentes no atual estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra PCL, Lima LCR, Dantas SC. Pandemia da covid-19 e idosos como população de risco: aspectos para educação em saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2020; SI (25) ISSN 2176-9133.
2. Machado CJ, Pereira CCA, Viana BM, Oliveira GL, Melo DC, Carvalho JFMG, et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020; 25(9): 3437-3444. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000903437&lng=en.
3. Moraes EM, Viana LG, Resende LMH, Vasconcellos LS, Moura AS, Menezes A, et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9): 3445-3458. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903445&lng=en.
4. Barbosa IR, Galvão MHR, Souza TA, Gomes SM, Medeiros AA, Lima KC. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2020; 23(1): e200171. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232020000100208&lng=en.
5. Fhon JRS, Silva LM, Leitón-Espinoza ZE, Matiello FB, Araujo JS, Rodrigues RAP. Hospital care for elderly COVID-19 patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28: e3396. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100428&lng=en.
6. Hammerschmidt KSA, Bonatelli LCS, Carvalho AA. Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: olhar da complexidade sobre pandemia da covid-19. *Texto contexto - enferm*. 2020; 29: e20200132. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100209&lng=pt.

7. Moraes EM, Viana LG, Resende LMH, Vasconcellos LS, Moura AS, Menezes A, et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9): 3445-3458. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903445&lng=en.

8. Machado CJ, Pereira CCA, Viana BM, Oliveira GL, Melo DC, Carvalho JF, et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25 (9): 3437-3444. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000903437&lng=en.

FIGURAS E TABELAS

	N	%	IC 95%	
Sexo				
Feminino	2991	47,23	46,00	48,46
Masculino	3342	52,77	51,54	54,00
Faixa etária				
60-69	2538	40,08	38,88	41,29
70 e mais	3795	59,92	58,71	61,12
Raça				
Branco, pardos e amarelos	5860	92,53	91,86	93,15
Negros e indígenas	473	7,47	6,85	8,14
Escolaridade				
Até fundamental completo	3641	57,49	56,27	58,71
> Fundamental	2692	42,51	41,29	43,73
Local de moradia				
Urbana e periurbana	6051	95,55	95,01	96,03
Rural	282	4,45	3,97	4,99

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)/DATASUS

Tabela I – Distribuição da análise sociodemográfica de idosos com COVID-19.

	N	%	IC95%	
Febre				
Sim	3861	60,97	59,76	62,16
Não	2472	39,03	37,84	40,24
Tosse				
Sim	4897	77,33	76,28	78,34
Não	1436	22,67	21,66	23,72
Vômito				
Sim	671	10,60	9,86	11,38
Não	5662	89,40	88,62	90,14
Diarreia				
Sim	1056	16,67	15,78	17,61
Não	5277	83,33	82,39	84,22
Dispneia				
Sim	5018	79,24	78,22	80,22
Não	1315	20,76	19,78	21,78
Desconforto Respiratório				
Sim	4676	73,84	72,74	74,90
Não	1657	26,16	25,10	27,26

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)/DATASUS

Tabela II – Análise de frequência de sinais e sintomas em idosos com COVID-19.

	N	%	IC95%	
Cardiopatias				
Sim	3982	62,88	61,68	64,06
Não	2351	37,12	35,94	38,32
Doenças hematológicas				
Sim	76	1,20	0,96	1,50
Não	6257	98,80	98,50	99,04
Asma				
Sim	273	4,31	3,84	4,84
Não	6060	95,69	95,16	96,16
Doença hepática				
Sim	94	1,48	1,21	1,81
Não	6239	98,52	98,19	98,79
Doença neurológica				
Sim	497	7,85	7,21	8,54
Não	5836	92,15	91,46	92,79
Imunodepressão				
Sim	262	4,14	3,6	4,66
Não	6071	95,86	95,34	96,33
Diabetes				
Sim	2872	45,35	44,13	46,58
Não	3461	54,65	53,42	55,87
Obesidade				
Sim	503	7,94	7,30	8,63
Não	5830	92,06	91,37	92,70
Doença renal				
Sim	439	6,93	6,33	7,58
Não	5894	93,07	92,42	93,67
Pneumopatias				
Sim	570	9,00	8,32	9,73
Não	5763	91,00	90,27	91,68

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)/DATASUS

Tabela III – Frequência das comorbidades na população idosa acometida pelo COVID-19.

	N	%	Risco Relativo	p valor
Cardiopatias	2064	51,83	0,9819	0,4633
Doença Hematológica	47	61,84	1,1877	0,0900
Asma	127	46,52	0,8871	0,0553
Diabetes	1523	53,03	1,0299	0,2216
Doença Hepática	62	65,96	1,2689	0,0070
Doença Neurológica	314	63,18	1,237	0,0000
Imunodepressão	161	61,45	1,1866	0,0021
Obesidade	275	54,67	1,0519	0,2449
Doença Renal	295	67,20	1,3158	0,0000
Pneumopatias	358	62,81	1,2282	0,0000

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)/DATASUS

Tabela IV – Análise da distribuição de risco de óbito entre as comorbidades na população idosa no Brasil.

Regiões	N	%
Norte	220	7,25
Nordeste	229	6,95
Centro-Oeste	145	4,38
Sudeste	2014	60,93
Sul	697	21,08

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)/DATASUS

Tabela V – Distribuição de óbitos por região geográfica.

Variável	Média	Mínimo-Máximo	Desvio Padrão
Tempo de internação	13,19	0-168	13,50
	N		%
Suporte Ventilatório			
Invasivo	1339		40,51
Não invasivo	1618		48,96
Sem suporte	348		10,53

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)/DATASUS

Tabela VI – Análise da frequência de óbitos em pacientes com suporte ventilatório e a distribuição do tempo de internação em dias.

	Risco Relativo	p valor
Febre	1,0312	0,2147
Tosse	1,1482	0,0000
Vômito	0,9203	0,0396
Dispneia	1,3690	0,0000
Desconforto respiratório	1,2882	0,0000
Diarreia	0,8594	0,0000

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Tabela VII – Análise da relação entre o desfecho óbito e sintomas na população idosa do Brasil.

Variável	N	%	Risco Relativo	p valor
Idade				
60 a 69	1052	41,45	0,6982	0,0000
Maior que 70	2253	59,36		
UTI	1823	73,12	1,9200	0,0000
Saturação O₂ < 95%	2732	55,80	1,3994	0,0000

Fonte: Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Tabela VIII – Análise do risco de óbito por idade, leitos UTI e grau de saturação na população idosa.