

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

MYLA SASSE RINCO

**FATORES COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE NO PROGNÓSTICO DA
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)**

PASSO FUNDO, RS

2022

MYLA SASSE RINCO

**FATORES COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE NO PROGNÓSTICO DA
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo - RS.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva

Coorientador(a): Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello

PASSO FUNDO, RS

2022

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Rinco, Myla Sasse

FATORES COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE NO PROGNÓSTICO DA
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) / Myla Sasse
Rinco. -- 2022.

84 f.

Orientadora: Doutora Shana Ginar Silva

Co-orientadora: Doutora Renata dos Santos Rabello
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo,RS, 2022.

1. SRAG. 2. Tabagismo. 3. Alcoolismo. 4. Obesidade.
I. Silva, Shana Ginar, orient. II. Rabello, Renata dos
Santos, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

MYLA SASSE RINCO

**FATORES COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE NO PROGNÓSTICO DA
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)**

Trabalho de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo - RS.

Este trabalho será defendido para a banca em 23/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva – UFFS
Orientadora

Prof. Especialista Tiago Teixeira Simon – UFFS

Prof.^a Especialista Dr.^a Ciciliana Maíla Zilio Rech – UFFS

Às milhões de vítimas provocadas pela SRAG,
aos que sofreram pelos sintomas, e aos ainda
sofrem com as sequelas e com a perda dos
entes queridos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao meus pais, Roberto Rinco e Ana Lúcia Sasse, pelo apoio incondicional. Pelas ideias desde a definição do tema trabalho. Por enfrentarem comigo todas as ansiedades frutos de cada etapa desse projeto. E por me aconselharem de forma tão sábia, mesmo sem nunca terem o privilégio de estar em uma faculdade, e nunca terem apresentado um Trabalho de Curso ou algo semelhante.

Ao meu namorado, Raphael Dias, que sempre esteve ao meu lado, principalmente ouvindo minhas preocupações. Por ter estado disponível lendo as versões do trabalho, sugerindo ideias e reformulações entre as aulas em duas escolas, três cursinhos pré-vestibular e uma pós graduação.

Aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado ouvindo as reclamações, fazendo sugestões e compartilhando as ansiedades envolvidas na produção desse trabalho de curso. Em especial ao Dimitry Kelim, que me acompanhou nos ambulatórios para coletas dos dados, e sempre esteve disposto a ler as versões do trabalho e fazer sugestões e críticas pertinentes. À Nicoli Belolli que se disponibilizou a me ensinar a usar a ferramenta PSPP e me cobrou apenas um café. E ao Gustavo Antunes, que, em um momento de bloqueio criativo, sentou ao meu lado e me ajudou a escrever cada linha, até eu conseguir voltar a produzir por conta.

Às orientadoras deste projeto, Prof.^a Dr.^a Shana Ginar Silva e Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello, por terem aceitado me acompanharem e me instruírem durante o desenvolvimento da pesquisa. Por estarem sempre dispostas a me ajudarem e ensinarem. Por sempre exigirem o melhor de mim.

Aos professores dos componentes curriculares de Trabalho de Curso I, II e III, Prof.^a Dr.^a Ivana Loraine Lindemann e ao Prof. Dr. Gustavo Olzanski Acrani, por sempre me ajudarem quando preciso, com observações aparentemente simples e óbvias, me fizeram enxergar muito além do que eu conseguia ver. Vocês foram minha maior inspiração.

“O anão sobre os ombros de um gigante vê um pouco além do que o próprio gigante.”
Wilhem Stekel

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho trata-se de um Trabalho de Curso (TC), realizado pela acadêmica Myla Sasse Rinco, orientado pela Prof.^a Dr.^a Shana Ginar da Silva e coorientado pela Prof.^a Dr.^a Renata dos Santos Rabello, configurado como um requisito parcial para obtenção do título de Médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus de Passo Fundo (UFFS/PF), e aborda sobre fatores comportamentais e de saúde no prognóstico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). O estudo foi desenvolvido nos semestres acadêmicos 2021.2, 2022.1 e 2022.2, nos componentes curriculares (CCr's) Trabalho de Curso I (TCI), Trabalho de Curso II (TCII) e Trabalho de Curso III (TCIII). Este trabalho está em conformidade com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento do TC do curso e consiste em três partes: projeto, relatório de pesquisa e artigo científico.

RESUMO

Introdução: Os principais agentes que podem causar a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) podem ser virais, como o vírus sincicial respiratório (VSR), o metapneumovírus humano (MPVh) adenovírus (ADV) parainfluenza (PIV) 1, 2, e 3, influenza (Flu) A e B, rinovírus, bocavírus e coronavírus e outros agentes como pneumococos, Legionella sp. e leptospirose. Com a recente pandemia causada pelo surgimento do novo coronavírus, o SARS-Cov-2, houve um aumento exponencial dos casos de SRAG, houve, portanto, a necessidade de avaliar a relação entre os fatores comportamentais e de saúde no prognóstico da SRAG. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, pelo dano aos pulmões e acometimento da resposta imune, o etilismo e a obesidade, por também interferir de forma negativa, mesmo que indireta, na resposta imune. **Objetivo:** Descrever a relação entre o prognóstico de pacientes que foram internados com SRAG e fatores comportamentais e de saúde. **Metodologia:** O estudo é quantitativo, observacional, corte retrospectivo, descritivo e analítico e foi realizado por meio de coleta de dados dos prontuários de pacientes internados pro SRAG no Hospital de Clínicas, na cidade de Passo Fundo, RS, entre os semestres 2021.2, 2022.1, 2022.2. **Resultados esperados:** A proporção de pacientes tabagistas, ex-tabagistas, etilistas, ex-etilistas, obesos seria de 18%, 13%, 10%, 8% e 30% respectivamente. A razão de chances de pacientes tabagistas, ex-tabagistas, etilistas, ex-etilistas, obesos internados por SRAS evoluírem a óbito em comparação à pacientes que não tem esses fatores comportamentais seria de 1,57, 1,59, 2,50, 1,5, respectivamente. O tabagismo, o etilismo e a obesidade seriam fatores de risco para aumento de tempo de internação e mortalidade por SRAG.

Palavras-chave: SRAG, Tabagismo, Obesidade, Alcoolismo

ABSTRACT

Introduction: The main agents that can cause Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) can be viral, such as respiratory syncytial virus (RSV), human metapneumovirus (hMPV) adenovirus (ADV) parainfluenza (PIV) 1, 2, and 3, influenza (Flu) A and B, rhinovirus, bocavirus and coronavirus and other agents such as pneumococci, Legionella sp. and leptospirosis. With the recent pandemic caused by the emergence of the new coronavirus, SARS-Cov-2, there has been an exponential increase in SARS cases, there was therefore a need to evaluate the relationship between behavioral and health factors in the prognosis of SARS. Among these factors, smoking stands out, due to damage to the lungs and impairment of the immune response, alcoholism and obesity, which also negatively interfere, even if indirectly, in the immune response. **Objective:** To describe the relationship between the prognosis of patients who were admitted with SARS and behavioral and health factors. **Methodology:** The study is quantitative, observational, retrospective, descriptive and analytical and was carried out by collecting data from the medical records of patients hospitalized for SARS at the Hospital de Clínicas, in the city of Passo Fundo, RS, between the semesters 2021.2, 2022.1, 2022.2. **Expected results:** The proportion of smokers, ex-smokers, alcoholics, ex-alcoholics, obese patients would be 18%, 13%, 10%, 8% and 30% respectively. The odds ratio of smokers, ex-smokers, alcoholics, former alcoholics, obese patients hospitalized for SARS to evolve to death compared to patients who do not have these behavioral factors would be 1.57, 1.59, 2.50, 1 .5, respectively. Smoking, alcoholism and obesity would be risk factors for increased length of stay and SARS mortality.

Keywords: SRAG, Smoking, Obesity, Alcoholism

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG entre janeiro e julho de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo – RS (n=377)	69
Tabela 2. Distribuição dos indicativos de gravidade pelos hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG no entre janeiro e julho de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo – RS	70
Tabela 3. Distribuição do tempo de internação em UTI pelos hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG no primeiro semestre de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo - RS pelo teste do qui-quadrado.	72
Tabela 4. Distribuição dos desfechos óbito e alta pelos hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG no entre janeiro e julho de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo - RS pelo teste do Qui-quadrado	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IOT	Intubação Orotraqueal
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
USV	Uso de Suporte Ventilatório
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

$>$	Maior que
\geq	Maior ou igual que
$<$	Menor que
\leq	Menor ou igual que
p	este qui-quadrado
b	Significância estatística conforme teste do qui-quadrado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	DESENVOLVIMENTO	17
2.1	PROJETO DE PESQUISA.....	17
2.1.1	<i>Tema</i>	17
2.1.2	<i>Problemas</i>	17
2.1.3	<i>Hipóteses</i>	17
2.1.4	<i>Objetivos</i>	18
2.1.4.1	Objetivo geral.....	18
2.1.4.2	Objetivos Específicos.....	18
2.1.5	<i>Justificativa</i>	18
2.1.6	<i>Referencial Teórico</i>	19
2.1.6.1	OBESIDADE	19
2.1.6.2	TABAGISMO.....	21
2.1.6.3	ETILISMO.....	22
2.1.7	<i>Metodologia</i>	23
2.1.7.1	Tipo de estudo.....	23
2.1.7.2	Local e período de realização	23
2.1.7.3	População e amostragem.....	23
2.1.7.4	Logística, variáveis e instrumentos de coleta de dados	24
2.1.7.5	Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	24
2.1.7.6	Aspectos éticos.....	25
2.1.8	<i>Recursos</i>	26
2.1.9	<i>Cronograma</i>	26
	REFERÊNCIAS	27
	ANEXO A – Questionário coleta de dados em prontuários.....	30
	ANEXO B – Termo de aprovação do CEP.....	38
2.3	RELATÓRIO	52
	ANEXO ÚNICO – Normas de escrita do artigo científico.....	53
3	ARTIGO CIENTÍFICO	62
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) foi reconhecida pela primeira vez pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003 após uma explosão de casos de pneumonia atípica, com rápida progressão, sem causa desconhecida (MORB MORTAL WKLY REP, 2003). Os principais agentes podem ser virais, como o vírus sincicial respiratório (VSR), o metapneumovírus humano (MPVh) adenovírus (ADV) parainfluenza (PIV) 1, 2, e 3, influenza (Flu) A e B, rinovírus, bocavírus e coronavírus (MAGALHAES et al., 2017) e outros agentes como pneumococos, *Legionella sp.* e leptospirose (NVEH/SCMG, 2017). Em 2019, houve o surgimento de um novo coronavírus de alta transmissibilidade, o SARS-Cov-2, o que levou à pandemia e aumento exponencial dos casos de SRAG, tornando esse assunto de interesse global.

Para otimizar o manejo da doença e as estratégias de utilização de recursos no cuidado desses pacientes, é importante serem estudados os fatores de prognósticos, pois esses são fundamentais para orientar a estratificação de pacientes com a doença infecciosa, e classificar o risco de desenvolver a doença grave e morte. Por conta disso, alguns estudos já destacaram a grave associação de doenças, como o diabetes e a asma, como o mau prognóstico de pacientes internados com SRAG (YU, 2021). Mas ainda há um número reduzido de estudos que abordam a correlação entre os hábitos de vida e fatores comportamentais ao mau prognóstico da SRAG.

Dentre alguns fatores comportamentais e de saúde, sabe-se que o tabagismo além de associado a diversas doenças pulmonares, tais como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e câncer de pulmão, também pode causar lesões pulmonares e prejudicar a resposta imune do paciente (KASHYAP, 2020), e por isso, pode-se inferir, portanto, que o uso do tabaco também possa trazer complicações aos pacientes internados com a SRAG. O consumo abusivo de álcool, além de alterar o funcionamento do pulmão, como também interfere de forma negativa no sistema imune (YELIGAR, 2017), tal qual a obesidade (SILVERIO, 2020).

Sendo assim, buscando encontrar a relação entre o tabagismo, etilismo, obesidade e o prognóstico da SRAG, este trabalho tem como objetivo avaliar a relação entre o prognóstico de pacientes internados com SRAG esses fatores comportamentais e de saúde descritos anteriormente.

O trabalho atualmente está organizado com introdução, desenvolvimento, compreendendo o projeto de pesquisa, com tema, problemas hipóteses, objetivos e justificativa, referencial teórico.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1 Tema

Fatores comportamentais e de saúde no prognóstico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

2.1.2 Problemas

Quais as características comportamentais e de saúde de pacientes internados por SRAG?

Qual a relação de hábitos comportamentais e de saúde como o tabagismo, o etilismo e a obesidade com o prognóstico de pacientes internados com SRAG?

2.1.3 Hipóteses

Dos pacientes internados por SRAG 18% são tabagistas, 10% são etilistas, 30% são obesos.

Indivíduos tabagistas, etilistas e obesos terão maior risco de óbito, maior tempo de internação por SRAG e comporão a maior parcela de pacientes que necessitaram de uso de respiração mecânica invasiva e uso de terapia renal substitutiva (TRS).

2.1.4 Objetivos

2.1.4.1 Objetivo geral

Avaliar a relação entre fatores comportamentais e de saúde e prognóstico de pacientes internados com SRAG.

2.1.4.2 Objetivos Específicos

Descrever a proporção de tabagistas, etilistas e obesos entre os indivíduos internados com SRAG.

Investigar a relação entre os pacientes tabagistas, etilistas e obesos comparando aos pacientes que não pertencem a esses grupos com o óbito, tempo de internação, uso de respiração mecânica invasiva e uso de TRS.

Classificar os fatores comportamentais e de saúde como fatores protetivos ou fatores de risco, considerando o aumento do tempo de internação, uso de respiração mecânica invasiva, uso de TRS e óbitos dos pacientes internados por SRAG.

2.1.5 Justificativa

Já é de conhecimento popular que o tabagismo, o consumo abusivo de álcool e a obesidade são fatores que podem causar doenças diretas, como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), cirrose e arteriosclerose, como também podem contribuir para a piora de quadros clínicos de outras doenças.

Portanto, tais fatores comportamentais e de saúde, geram quadros clínicos graves que, muitas vezes evoluem a óbito. Mortes essas que poderiam ser evitadas com políticas públicas que desincentivem o consumo do álcool, do tabaco e de alimentos ultra processados, e incentivem o consumo de alimentos mais saudáveis por meio da atenção primária à saúde. Pois, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por

Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2019, cerca de 9,8% da população brasileira é fumante, 55,4% têm o IMC > 25 e 18,8% têm consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Dessa forma, considerando o atual surto de SRAG e esses dados do Vigitel, faz-se necessário trazer cada vez ainda mais estudos que dê suporte ao fortalecimento de medidas públicas de saúde e contribuir para o melhor prognóstico e diminuição de óbitos por SRAG, além de qualificar o manejo e possibilitar uma intervenção precoce dessa doença, alcançando assim, um tratamento adequado em tempo hábil e um melhor prognóstico.

2.1.6 Referencial Teórico

Os principais agentes etiológicos que podem levar a um quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) podem ser divididos em dois grupos: os vírus, dentre os quais destacam-se influenza, dengue, adenovírus e coronavírus, e outros agentes como pneumococos, *Legionella* sp. e leptospirose (NVEH/SCMG, 2017). Devido a mais recente pandemia de coronavírus, causada pelo SARS-Cov-2, a SRAG e fatores que podem interferir no prognóstico dos infectados têm sido muito estudados referente à COVID-19, por essa razão, os trabalhos mais recentes abordam quase que exclusivamente essa temática.

Dentre os fatores comportamentais e de saúde que podem interferir no prognóstico dos pacientes com SRAG, destaca-se a obesidade, tabagismo e etilismo. Tais elementos serão apresentados em seguida separados por tópicos.

2.1.6.1 OBESIDADE

Estudos mais recentes, feitos em vários países do mundo, demonstram haver uma relação de pior prognóstico de SRAG, causada pelo SARS-Cov-2, em pacientes obesos em relação a pacientes não obesos. Quanto ao tempo de recuperação, Yu *et.al.* (2020) apontou estudos feitos em Israel, China e Itália que demonstraram uma relação de 23 a 20 dias de tempo médio de internação para pacientes obesos comparado com 18 a 8 dias de tempo médio de internação para pacientes não obesos. O mesmo estudo mostrou que, Hubei, na China, os

pacientes com $IMC > 25$ representavam 22,1% dos pacientes em estado grave de COVID-19 em leito de UTI, enquanto em Nova York, EUA, dos pacientes abaixo dos 60 anos, com o IMC entre 30 e 34 tiveram um aumento de 1,8 probabilidade de admissão na UTI, e os pacientes com o $IMC \geq 35$ tiveram um aumento de 3,6 na probabilidade de admissão na UTI, ambos em comparação com pacientes com $IMC < 30$. Também foi observado que os pacientes com COVID-19 em UTIs tinham IMC mais alto do que os pacientes não-UTI (mediana de 30,5 e 28,77, respectivamente)

Também foi encontrado por Yu *et. al.* (2020) em Nova York, 43,4% dos pacientes que receberam ventilação mecânica invasiva (VMI) eram obesos. De maneira semelhante, na França, os pacientes obesos foram os que mais necessitaram de VMI, sendo apontado um risco de 7 vezes maior em pacientes com o $IMC > 35$. Quanto ao óbito, em Nova York verificou-se que a obesidade grave estava associada a mortalidade de pacientes internados. Da mesma forma, um estudo em Milão, Itália, descobriu que pacientes obesos tinham um risco 3 vezes maior de morrer em comparação com aqueles com índice de massa corporal abaixo de 30.

Esse estudo ainda ressalta que “a obesidade também tem sido cada vez mais comum (...) em relação a outros fatores de risco conhecidos (por exemplo, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2), e esta alta prevalência previu uma mudança na COVID-19 grave, como o risco de morte para as populações mais jovens”.

Outro estudo, realizado por Silverio *et.al.* (2021) encontrou alta prevalência de obesidade entre os pacientes hospitalizados com infecção por SARS-Cov-2 (43% – 48%) em unidades de terapia intensiva (UTI) na Espanha, nos EUA e na China. Também foi observado que “O IMC de pacientes com doença cardiovascular e infecção por SARS-CoV-2 na UTI é maior do que o de pacientes sem necessidade de cuidados intensivos” (SILVERIO, 2021). Ainda, o mesmo estudo destaca a prevalência de obesidade entre os não sobreviventes de COVID-19 variando de 4,60%, no Brasil, a 12,10%, na Itália.

Quanto ao prognóstico dos pacientes com sobrepeso ou obesidade, Izcovich *et. al.* (2020) encontraram um aumento de 45% nas chances de mortalidade por COVID-19 em pacientes com IMC entre 25 e 30 comparado com pacientes com o IMC abaixo de 25. Enquanto Petrilli e colaboradores estabeleceram que a chances dos pacientes com IMC entre 25 e 29,9 serem internados por COVID-19 grave é 30% (OR = 1,3) maior do que os pacientes com o IMC abaixo de 25, e assim sucessivamente pacientes com IMC entre 30 e 39,9 apresentaram um

aumento de 80% de chance (OR = 1,8) e pacientes com IMC acima de 40 apresentaram um aumento de 145% de chances (OR = 2,45).

2.1.6.2 TABAGISMO

O tabagismo é um importante comportamento associado a doenças respiratórias como asma, DPOC e câncer no pulmão e Kashyap *et. al.* (2020) acrescenta que “fumar é um importante fator de risco para infecções respiratórias devido ao efeito supressor da resposta imune, portanto, uma ligação hipotética entre fumar e agravar COVID-19 pode ser feita”. Considerando esse aspecto, dos pacientes adultos totais internados por COVID-19, cerca de 1,4% a 18,5% eram fumantes. Ainda, foi encontrado que o risco de SRAG é quase o dobro em fumantes em relação a não fumantes. Também, destaca-se que fumantes ativos e ex-fumantes têm mais chances de desenvolver quadros de pneumonia adquirida na comunidade em comparação com pacientes que nunca fumaram (KASHYAP, 2020).

Em outra meta-análise, realizada por Gülsen *et. al.* (2020), foram encontrados valores ainda maiores em relação a fumantes e não fumantes com casos graves de COVID-19, representando 21,2% e 10,7% respectivamente.

Ainda, Han *at. al.* (2019) encontraram que fumantes sempre ativos tiveram mais chances de internações hospitalares após infecções por influenza, em comparação com nunca fumantes. Também foi destacada a presença de uma associação positiva entre o tabagismo passivo e as internações hospitalares associadas à influenza em crianças com menos de 15 anos de idade. Além disso, Godoy *et. al.* (2017) também destacou que o hábito de fumar pode prejudicar a eficácia da vacina da influenza, pois foi encontrado a taxa de prevenção de hospitalização após a vacinação de 21% em fumantes e ex-fumantes e 39% em não fumantes.

Quanto ao prognóstico dos pacientes fumantes com COVID-19, Izcovich e colaboradores (2020) apresentaram um aumento de 57% (OR = 1,57) nas chances de mortalidade por COVID-19 em pacientes fumantes atuais. Por contraste, Petrilli *et. al.* (2019), na análise da relação entre o tabagismo e o risco de internação por COVID-19, encontraram a OR = 0,69 em ex-fumantes, e OR = 0,59 em fumantes atuais, o que sugere o tabagismo como um fator protetivo da COVID-19 grave. Tal achado, no entanto, pode ser considerado um fator de confusão epidemiológico, e a justificativa proposta pelos autores do trabalho por tal resultado

foi a falta de dados desproporcionalmente ausentes para fumantes atuais ou ex-fumantes pois os pacientes com o histórico de tabagismo desconhecido tiveram o risco significativamente maior de COVID-19 grave.

2.1.6.3 ETILISMO

O abuso do álcool de forma crônica pode causar prejuízo do funcionamento das células pulmonares, como explicado por Yeligar *et. al.*:

As células ciliadas das vias aéreas eliminam as partículas inaladas do pulmão, agindo assim como a primeira linha de defesa contra os patógenos inalados. Durante a ingestão de álcool, essas células ciliadas são expostas exclusivamente ao álcool em fase de vapor durante a respiração. A alta concentração de álcool no sangue na circulação brônquica está diretamente exposta às vias aéreas ciliadas. Isso ocorre porque, durante a ingestão de álcool, o álcool é liberado da circulação brônquica das vias aéreas condutoras para o ar exalado, resultando no fluxo de álcool através do epitélio das vias aéreas para o ar exalado. (YELIGAR, 2016, p. 5)

O álcool também pode causar estresse oxidativo, que pode resultar em prejuízo da função fagocítica dos macrófagos alveolares, reduzindo assim, o potencial de defesa contra patógenos dos indivíduos infectados.

Ainda, Yeligar *et. al.* (2016) apresentam que, dos pacientes hospitalizados com infecções por pneumococos, cerca de 20% a 30% atenderão aos critérios para etilismo. O consumo crônico abusivo de bebidas alcoólicas no contexto da pneumonia é frequentemente associado à disseminação extrapulmonar da doença, como bacteremia, sepse e choque séptico, que são os principais fatores de risco para o desenvolvimento da SRAG.

Além disso, Bailey *et. al.* (2021) ressalta outros mecanismos que podem prejudicar o prognóstico da SRAG no contexto da COVID-19, como aumento do risco de dispneia, diminuição da frequência dos batimentos dos cílios das células pulmonares, supressão do reflexo da tosse e toxicidade direta na medula óssea, levando às disfunções na produção dos neutrófilos, importantes para a resposta à infecção do SARS-Cov-2 e outros vírus pandêmicos, incluindo a influenza, SARS-CoV e MERS-Cov.

Quanto ao prognóstico de pacientes com histórico de abuso de álcool internados por SRAG causada pelo SARS-Cov-2 Brieghel *et. al.* (2021) encontraram um aumento na chance de mortalidade de 350% (OR = 4,5) em relação a pacientes não etilistas.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

O presente trabalho é um estudo quantitativo, observacional, corte retrospectivo, descritivo e analítico.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no Hospital de Clínicas, na cidade de Passo Fundo, RS, entre abril de 2021 a julho de 2022.

2.1.7.3 População e amostragem

Este trabalho é um recorte de algumas das variáveis da pesquisa *Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo – RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados*. Para este estudo foram utilizados todos prontuários dos pacientes da pesquisa maior, hospitalizados com SRAG no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) no período de 01 de janeiro a 31 de julho de 2020.

2.1.7.4 Logística, variáveis e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada no começo do semestre 2020.2. Durante as semanas, os pesquisadores, constituídos por acadêmicos de medicina, bolsistas e/ou voluntários do projeto *Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo – RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados*, devidamente matriculados na Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, previamente treinados, se deslocam até o hospital HC-PF ou ao ambulatório do HC-PF e, por meio de login e senha disponibilizados, acessam os prontuários no sistema por meio do número do atendimento previamente selecionado.

Do questionário do projeto *Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo – RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados*, presente no anexo A, serão utilizados para essa pesquisa as informações coletadas no bloco A, que compreende os dados de identificação e sociodemográficos, no bloco B, que traz questões relacionadas a características de saúde e hábitos de vida, e no bloco F, que são dados sobre a internação hospitalar dos pacientes.

As variáveis independentes utilizadas nesse estudo serão o tabagismo, etilismo e a obesidade. As variáveis dependentes serão tempo de internação, uso de ventilação mecânica, uso de terapia renal substitutiva (TRS) e óbito. As covariáveis serão todos os dados sociodemográficos presentes no questionário (ANEXO A).

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Os dados do questionário serão duplamente digitados e validados para proporcionar maior qualidade. Após a coleta, os dados e os nomes dos usuários serão codificados para garantir o sigilo dos dados de identificação e facilitar as análises dos dados.

As análises estatísticas compreenderão a distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis de interesse. Para as variáveis numéricas serão calculadas a média, o desvio padrão e a mediana, enquanto que para as categóricas serão calculadas as proporções e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

As variáveis relacionadas às características comportamentais (tabagismo, etilismo e obesidade) serão consideradas como exposição na análise que terá como variáveis dependentes questões relacionadas ao prognóstico (tempo de internação, uso de ventilação mecânica, uso de TRS e óbito). Será utilizado o teste do qui-quadrado na análise bruta e razões de odds ajustadas e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%) na análise multivariada por meio da Regressão Logística. Em todos os testes será admitindo um erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais. Todas as análises estatísticas serão realizadas nos Programas PSPP, versão 1.2.0, e Programa Stata, versão 12.0, licenciado sob o número 30120505989.

2.1.7.6 Aspectos éticos

O projeto *Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo – RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados* do qual este recorte faz parte foi encaminhado e aprovado sob o parecer número 4.405.773 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/ UFFS), atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B).

2.1.8 Recursos

Todos os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

Quadro 1 - Orçamento			
Item	Quantidade	Custo Unitário (R\$)	Custo total (R\$)
Canetas	1 caixa com 50 unidades	37,19	37,19
Prancheta	1 unidade	4,50	4,50
Impressão	100	0,10	10
Folhas A4	1 pacote de 100 folhas	5,90	5,90
Marca texto	1 unidade	2,14	2,14
Total			59,73

Fonte: elaborado pela autora, 2021

2.1.9 Cronograma

Quadro 2 – Cronograma

Atividades a serem desenvolvidas	2021								2022								
	4	5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Coleta de dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
Análise de dados												X	X	X	X		
Divulgação dos resultados														X	X	X	X
Elaboração do relatório final																	X

Fonte: elaborado pela autora, 2021

REFERÊNCIAS

- BAILEY, K. L.; SAMUELSON, D. R.; WYATT, T. A. Alcohol use disorder: a pre-existing condition for covid-19?. **Alcohol**, [Omaha], v. 90, p. 11-17, fev. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7568767/pdf/main.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.
- BARRETO, P. S.; VELLAS, B.; ROLLAND, Y. Physical activity and exercise in the context of SARS-Cov-2: a perspective from geroscience field. **Ageing Research Reviews**, [S.l.], v. 66, p. 1-6, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101258>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8042847/pdf/main.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.
- BRIEGHEL, C.; ELLEKVIST, P.; LUND, M. L.; SØBORG, C.; WALSTED, E. S.; THOMSEN, J. J.; BIERING-SØRENSEN, T.; MOHR, T.; KNOP, F. K.; RAVN, P. Prognostic factors of 90-day mortality in patients hospitalised with COVID-19. **Danish Medical Journal**, [S.l.], v. 63, n. 3, p. 1-9, fev. 2021. Disponível em: https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2021-02/a09200705_web.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.
- GIACOMELLI, A.; RIDOLFO, A. L.; MILAZZO, L.; ORENI, L.; BERNACCHIA, D.; SIANO, M.; BONAZZETTI, C.; COVIZZI, A.; SCHIUMA, M.; PASSERINI, M.; PISCAGLIA, M.; COENA, M.; GUBERTINIA, G.; RIZZARDINIA, C.; COGLIATID, G.; BRAMBILLAE, A. M.; COLOMBO, R.; CASTELLI, A.; RECHF, R.; RIVA, R.; TORREA, A.; MERONIA, L.; RUSCONIA, S.; ANTINORIA, S.; GALLIA, M. 30-day mortality in patients hospitalized with COVID-19 during the first wave of the Italian epidemic: a prospective cohort study. **Pharmacological Research**, [S.l.], v. 158, p. 1-7, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.104931>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7242199/pdf/main.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.
- GODOY, P.; CASTILLA, J.; SOLDEVILA, N.; MAYORAL, J. M.; TOLEDO, D.; MARTÍN, V.; ASTRAY, J.; EGURROLA, M.; MORALES-SUAREZ-VARELA, M.; DOMÍNGUEZ, A. Smoking may increase the risk of influenza hospitalization and reduce influenza vaccine effectiveness in the elderly. **European Journal Of Public Health**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 150-155, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx130>. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/1/150/4108100>. Acesso em: 28 set. 2021.
- GÜLSEN, A.; YIGITBAS, B. A.; USLU, B.; DRÖMANN, D.; KILINC, O. The effect of smoking on COVID-19 symptom severity: systematic review and meta-analysis. **Pulmonary Medicine**, [S.l.], v. 2020, p. 1-11, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/7590207>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7499286/pdf/PM2020-7590207.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

HAN, L.; RAN, J.; MAK, Y.; SUEN, L. K.; LEE, P. H.; PEIRIS, J. S. M.; YANG, L. Smoking and Influenza-associated morbidity and mortality: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology**, [S.l.], v. 30, n. 3, p. 405-417, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/ede.0000000000000984>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30789425/>. Acesso em: 20 set. 2021.

IZCOVICH, A.; RAGUSA, M. A.; TORTOSA, F.; MARZIO, M. A. L.; AGNOLETTI, C.; BENGOLEA, A.; CEIRANO, A.; ESPINOSA, F.; SAAVEDRA, E.; SANGUINE, V. Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: a systematic review. **Plos One**, [S.l.], v. 15, n. 11, p. 1-30, 17 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241955>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7671522/pdf/pone.0241955.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

KASHYAP, V. K.; DHASMANA, A.; MASSEY, A.; KOTNALA, S.; ZAFAR, N.; JAGGI, M.; YALLAPU, M. M.; CHAUHAN, S. C. Smoking and COVID-19: adding fuel to the flame. **International Journal Of Molecular Sciences**, [S.l.], v. 21, n. 18, p. 1-22, jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms21186581>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7555793/pdf/ijms-21-06581.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

NAKESHBANDI, M.; MAINI, R.; DANIEL, P.; ROSENGARTEN, S.; PARMAR, P.; WILSON, C.; KIM, J. M.; OOMMEN, A.; MECKLENBURG, M.; SALVANI, J. The impact of obesity on COVID-19 complications: a retrospective cohort study. **International Journal Of Obesity**, [S.l.], v. 44, n. 9, p. 1832-1837, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0648-x>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41366-020-0648-x.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

PETRILLI, C. M.; JONES, S.; YANG, J.; RAJAGOPALAN, H.; O'DONNELL, L.; CHERNYAK, Y.; TOBIN, K.; CERFOLIO, R. J.; FRANCOIS, F.; HORWITZ, L. I. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. **BMJ**, [S.l.], v. 369, p. 1-15, maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1966>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1966.full.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. Núcleo De Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico SRAS**. Goiânia, 2017. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-07/bolepi_scmg_2017-061.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

SILVEIRA, M. P.; FAGUNDES, K. K. S.; BIZUTI, M. R.; STARCK, E.; ROSSI, R. C.; SILVA, D. T. R. Physical exercise as a tool to help the immune system against COVID-19: an integrative review of the current literature. **Clinical And Experimental Medicine**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 15-28, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10238-020-00650-3>. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7387807/pdf/10238_2020_Article_650.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

SILVERIO, R.; GONÇALVES, D. C.; ANDRADE, M. F.; SEELAENDER, M. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and nutritional status: the missing link?. **Advances In Nutrition**, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 682-692, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa125>. Disponível em: <https://academic.oup.com/advances/article/12/3/682/5911598>. Acesso em: 28 set. 2021.

YELIGAR, S. M.; CHEN, M. M.; KOVACS, E. J.; SISSON, J. H.; BURNHAM, E. L.; BROWN, L. A. S. Alcohol and lung injury and immunity. **Alcohol**, v. 55, p. 51-59, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2016.08.005>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319482/pdf/nihms820826.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

YU, W.; ROHLI, K. E.; YANG, S.; JIA, P. Impact of obesity on COVID-19 patients. **Journal Of Diabetes And Its Complications**, [S.l.], v. 35, n. 3, p. 1-14, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2020.107817>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7690270/pdf/main.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

ANEXO A – Questionário coleta de dados em prontuários



Formulário para a coleta de dados em prontuário - Hospital de Clínicas (HC-PF)

Título da pesquisa: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo – RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados. Versão 3.0. 13/04/2021.

BLOCO A – Dados de identificação e sociodemográficos		
1	ID do formulário	idform_ _ _ _
2	Número do atendimento <i>(utilizar para acesso ao sistema)</i>	natend_ _ _ _ _
3	Nome do entrevistador	Nentr
4	Código do entrevistador	codentr_ _
5	Data da coleta	/ /
6	Data do atendimento no HC:	datend / /
7	Data da internação:	dinter / /
8	Sexo (1) feminino (2) masculino (9) não informado	sex_
9	Escolaridade (0) Sem escolaridade/ Analfabeto (1) Fundamental 1º ciclo (1ª a 5ª série) (2) Fundamental 2º ciclo (6ª a 9ª série) (3) Médio (1º ao 3º ano) (4) Superior (9) Não informado	esc_
10	Ocupação <i>(anotar o que aparece no prontuário)</i>	ocup_
11	Gestante (1) sim (2) não (9) não informado	gest_
11.a	Se sim, qual idade gestacional? _ _ semanas. (9) não informado	idadgest_ _
12	Puérpera (1) sim (2) não (9) não informado	puerp_
13	Data de nascimento:	dnasc / /
14	Município de residência: (9) não informado	munic_
15	Cor da pele (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela (9) não informado	corpel_
16	Estado civil (1) Casado(a) (2) solteiro (a) (3) viuvo(a) (4) divorciado(a) (9) não informado	estciv_

BLOCO B - Características de saúde e hábitos de vida		
17	Tabagista (1) sim (2) não (3) ex-fumante (9) não informado	tabag_
18	Etilista (1) sim (2) não (3) ex-etilista (9) não informado	etilis_
19	Presença de comorbidades (1) sim (2) não (9) não informado <i>Se sim, identificar no prontuário e em exames laboratoriais</i>	prescomorb_
19.a	Asma (1) sim (2) não (9) não informado	asma_
19.b	Câncer (1) sim (2) não (9) não informado	cancer__
19.c	Diabetes (<i>sem especificar tipo</i>) (1) sim (2) não (9) não informado	diabe_
19.d	Diabetes mellitus tipo 1 (1) sim (2) não (9) não informado	diabe1_
19.e	Diabetes mellitus tipo 2 (1) sim (2) não (9) não informado	diabe2_
19.f	Doença autoimune (1) sim (2) não (9) não informado	dauto____
19.g	Doença cardiovascular (1) sim (2) não (9) não informado	dcardio_
19.h	Doença cardiovascular congênita (1) sim (2) não (9) não informado	dcardiocong_
19.i	Doença hematológica crônica (1) sim (2) não (9) não informado	dhemato_
19.j	Doença hepática crônica (1) sim (2) não (9) não informado	dhepatic_
19.l	Doença neurológica crônica (1) sim (2) não (9) não informado	dneuro_
19.m	Doença renal crônica (1) sim (2) não (9) não informado	drenal_
19.n	DPOC (1) sim (2) não (9) não informado	dpoc_
19.o	Hipertensão arterial sistêmica (1) sim (2) não (9) não informado	has_
19.p	Imunodeficiência/imunodepressão (1) sim (2) não (9) não informado	imuno_
19.q	Obesidade (1) sim (2) não (9) não informado	obes_
19.r	Síndrome de Down (1) sim (2) não (9) não informado	down_
19.s	Outra pneumopatia crônica (1) sim (2) não (9) não informado	outrapneu_
19.t	Outra, se sim, qual? _____	outra_____
20	Uso de medicamentos contínuos (<i>identificar no prontuário</i>) (1) sim (2) não (9) não informado	usomed_
20.a	Se sim, quantos? (<i>tem que contar com base no que aparece no prontuário</i>)	nmed_
	Se sim, quais? (<i>anotar o nome/princípio ativo de todos os medicamentos</i>)	
20.b	Medicamento 1: _____	medc1_____
20.c		
20.d	Medicamento 2: _____	medc2_____
20.e		
20.f	Medicamento 3: _____	medc3_____
20.g		
	Medicamento 4: _____	medc4_____
	Medicamento 5: _____	medc5_____
	Medicamento 6: _____	medc6_____
21	Peso ___, __ kg (9) não informado	pes_ _ _
22	Altura __ cm (9) não informado <i>Observação: Criança/adolescente: Peso e altura na primeira página da evolução, e em outros prontuários na prescrição da nutrição. Adulto/Idoso: observar se consta a evolução do EMTN (equipe multiprofissional de terapia nutricional).</i>	alt_ _ _

BLOCO C – Sinais e sintomas relatados no momento do atendimento no HC		
23	Cansaço/dor no corpo 1) Sim (2) não (9) não informado	cans_
24	Coriza (1) Sim (2) não (9) não informado	coriz_
25	Desconforto respiratório 1) Sim (2) não (9) não informado	desconf_
26	Diarréia (1) Sim (2) não (9) não informado	diarr_
26.a	Número de evacuações/dia n/dia (9) não informado	nevac_ _
27	Dispneia 1) Sim (2) não (9) não informado	disp_
28	Dor de garganta (1) Sim (2) não (9) não informado	garg_
29	Febre (1) Sim (2) não (9) não informado	feb_
30	Perda de olfato e paladar 1) Sim (2) não (9) não informado	perdoll_
31	Sangramento (1) Sim (2) não (9) não informado	sangr_
31.a	Se sim, local do sangramento	local_
32	Sonolência (1) Sim (2) não (9) não informado	son
33	Tosse (1) Sim (2) não (9) não informado	toss_
34	Vômitos (1) Sim (2) não (9) não informado	vom_
35	Dor torácica (1) Sim (2) não (9) não informado	dortor_
36	Mal-estar geral (1) Sim (2) não (9) não informado	malest_
37	Outros sintomas _____	outro_
BLOCO D - Exame clínico disponível no momento do primeiro atendimento no HC		
38	Temperatura _ _ _ (°C) (9) não informado	temp_ _ _
39	Frequência cardíaca FC _ _ _ bpm. (9) não informado	fc_ _ _
40	FR _ _ _ irm (9) não informado	fr_ _ _
41	Pressão arterial sistólica - PAS (9) não informado	pas_ _
42	Pressão arterial diastólica - PAD (9) não informado	pad_ _
43	Saturação O2 _ _ _ (9) não informado	sat_ _ _
44	Hipoatividade <i>Descrever conforme consta no prontuário</i>	hipo_
45	Estado geral	

	<i>Descrever conforme consta no prontuário</i>	estgeral_
46	Estado de consciência <i>Descrever conforme consta no prontuário</i>	estconsc_
47	Gânglios linfáticos (1) normal (2) alterado/hipertrofia (9) não informado	gang_
47.a	Se gânglios alterados, descrever alteração Alteração: _____	altera_
** Garganta		
48	Petéquias no palato (1) Sim (2) não (9) não informado	pet_
49	Úlceras (1) Sim (2) não (9) não informado	ulc_
50	Placas (1) Sim (2) não (9) não informado	plac_
51	Otoscopia/ sinais de OMA (1) Sim (2) não (9) não informado	oton_
** Aparelho respiratório		
52	Tiragem (1) Sim (2) não (9) não informado	tirag_
53	Uso de musculatura acessória (1) Sim (2) não (9) não informado	usomusc_
54	BAN (batimento de asa do nariz) (1) Sim (2) não (9) não informado	ban_
55	Gemência (1) Sim (2) não (9) não informado	gem_
56	Ausculta (1) normal (2) alterada (9) não informado	ausc_
56.a	Se alterada, descrever	auscalter_
** Impressão diagnóstica		
57	Infecção de vias aéreas / síndrome gripal (1) sim (2) não (9) não informado	infecaer_
57.a	Se sim, qual tipo? _____	tipoinfecaer_
58	OMA (otite média aguda) (1) sim (2) não (9) não informado	oma_
59	Sinusite (1) sim (2) não (9) não informado	sinus_
60	Pneumonia/Broncopneumonia (BCP) (1) sim (2) não (9) não informado	pneum_
61	Tuberculose pulmonar (1) sim (2) não (9) não informado	tb_
62	Bronquiolite (1) sim (2) não (9) não informado	bronq_
63	Outro diagnóstico (1) sim (2) não (9) não informado	outrodiag_
63.a	Se sim, qual diagnóstico	diagnos_
64	Raio-X de tórax (<i>ver se está disponível, caso não esteja entrar em contato com a coordenação do estudo</i>) (1) sim (2) não (9) não informado	raiox_

64.a	Se sim, resultado raio-x de tórax: (1) normal (2) infiltrado intersticial (3) consolidação (4) misto (5) DPOC/padrão enfizematoso (6) Outro _____ (9) não informado	resultraio_
64.b	Resultado laudo Raio-x (<i>observar nos laudos, nos resultados exames</i>)	laudoraio_
65	Tomografia (1) sim (2) não (9) não informado	tomo_
65.a	Resultado da tomografia <i>(observar nos laudos, nos resultados exames e ver se conseguimos padronizar em opções fechadas de resposta)</i> % de acometimento <i>Infiltrado em vidro fosco</i>	resulttomo_
66	Resultados de exames laboratoriais (1) sim (2) não (9) não informado (<i>pergunta filtro</i>) <i>(identificar nos prontuários os exames mais solicitados – utilizar como referência o primeiro exame realizado e anotar o valor) – nos que se aplica anotar em % e em mm³ (mm³ é igual à uL)</i>	resultlab_
66.a	Hematócrito (HT ou HCT) (%) _____	hemat%_
66.b	Hemoglobina (Hb) _____ g/dL	hemoglob_
66.c	Hemáceas	hemaceas_
66.d	Leucócitos	leuco_
66.e	Neutrófilos % _____ mm ³ _____	neutrofilos%_ neutrofilos_
66.f	Basófilos % _____ mm ³ _____	basofilos%_ basofilos_
66.g	Linfócitos % _____ mm ³ _____	linfocitos%_ linfocitos_
66.h	Eosinófilos % _____ mm ³ _____	eosinofilos%_ eosinofilos_
66.i	Monócitos % _____ mm ³ _____	monocitos%_ monocitos_
66.j	Plasmócitos % _____ mm ³ _____	plasmocitos%_ plasmocitos_
66.l	Plaquetas	plaquetas_
66.m		

66.n	Creatinina ____ mg/dL ou mmol/L (<i>observar a unidade que consta nos prontuários para padronizarmos</i>) Ureia ____ mg/dL ou mmol/L	creatinina_ ureia_
Informações laboratoriais – Marcadores inflamatórios		
66.o	Proteína C-reativa ____ mg/dL	proteina_c_
66.p	velocidade de hemossedimentação (VHS) ____ mm ³	vhs_
66.q	Dímero-D ____	dimerod_
BLOCO E - Internação hospitalar		
67	Internação hospitalar <i>(observar se tem o andar da internação, posto de enfermagem ou outra informação nesse sentido)</i> (1) enfermaria/leito clínico (2) UTI (3) UTI COVID-19 (4) Emergência	localinter_
67.a	Se internação em UTI, quantos dias __ (manter no piloto e remover posteriormente)	diasuti_
67.b	Data de entrada na UTI	daentuti_ / /
67.c	Data de saída da UTI	dsaiduti_ / /
67.d	Intubação orotraqueal (IOT) (1) sim (2) não (9) não informado	intub_
68	Uso de suporte ventilatório (1) sim (2) não (9) não informado	suport_
69	Uso de terapia renal substitutiva (TRS) (1) sim (2) não (9) não informado	usotrs_
69.a	Se sim, número de dias __	ntrs_
69.b	Se sim, recuperou função renal? (1) sim (2) não (9) não informado	recfrenal_
Tratamento prescrito a partir da internação <i>(considerar medicamentos prescritos somente na data da internação e na data prévia a alta/óbito)</i>		trat_
70	Descrito tratamento no prontuário (<i>pergunta filtro</i>) (1) sim (2) não (9) não informado <i>(anotar o nome/princípio ativo de todos os medicamentos)</i>	
70.a	Medicamento 1: _____	medinter1_
70.b	Medicamento 2: _____	medinter2_
70.c	Medicamento 3: _____	medinter3_
70.d	Medicamento 4: _____	medinter4_
70.e	Medicamento 5: _____	medinter5_
70.f	Medicamento 6: _____	medinter6_
70.g	Medicamento 7: _____	medinter7_
70.h	Medicamento 8: _____	medinter8_
70.i	Medicamento 9: _____	medinter9_
70.j	Medicamento 10: _____	medinter10_

	Medicamento 10: _____	
71	Coleta de material <i>(identificar se é mencionado o tipo de material coletado e o destino (cultura))</i> (1) sim (2) não (9) não informado	coleta_
71.a	Tipo de material (1) secreção naso-orofaríngea (2) lavado bronco-alveolar (3) sangue (4) Outro, qual _____	tipocoleta_ outrocoleta_
72	Foi realizado o teste RT-PCR? (1) sim (2) não (9) não informado	testepcr_
73	Resultado RT - PCR – detecção da espécie viral (1) positivo (2) negativo (3) não realizado (9) não informado	resultpcr_
73.a	Resultado RT - PCR – detecção da espécie viral SARS-CoV-2 (1) sim (2) não (9) não informado	sarscov2_
73.b	Influenza A	influa_
73.c	(1) sim (2) não (9) não informado Influenza B	influb_
73.d	(1) sim (2) não (9) não informado Vírus Sincicial Respiratório	sincicial_
73.e	(1) sim (2) não (9) não informado Outro, qual? _____	outro_
74	Foi realizado o exame sorológico do paciente? (1) sim (2) não (9) não informado	exasoro_
74.a	Resultado Sorológico Anticorpo (1) IgG e IGM negativo/não reagente (2) IgG positivo e IgM negativo (3) IgG negativo e IgM positivo (4) IgG e IGM positivos (9) não informado	resultsoro_
74.b	Antígeno SARS-Cov-2: (1) positivo (2) negativo (3) não realizado (9) não informado)	antigeno_
75.	Foi realizado cultura no paciente? (1) sim (2) não (9) não informado	cult_
75.a.	Se sim, resultado cultura <i>(anotar patógeno de acordo com o que aparece no prontuário)</i> (1) negativo (2) positivo <i>Se positivo, informar resultado _____</i>	resultcult_ resultposit_
76	Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? (1) sim (2) não (9) não informado	infec hosp_
77	É caso proveniente de surto de síndrome gripal que evoluiu para SRAG? (1) sim (2) não (9) não informado	sgsr ag_
78	Desfecho do caso (1) óbito (2) cura/alta (3) transferido para outro hospital (9) não informado	caso_
78.a	Se o paciente foi transferido para outra Unidade hospitalar verificar se foi UTI ou Enfermaria: (1) UTI (2) Enfermaria/leito clínico (9) não informado	localtransf_

79	Data da transferência:	dattransf / /
80	Data do óbito/cura:	dalta / /
81	Total dias de internação:	totdias_
82	Classificação final do caso (1) SRAG por influenza (2) SRAG por outro vírus respiratório (3) SRAG por outro agente (4) SRAG não especificado (5) COVID-19 (6) Asma por SRAG (7) Outro Qual?	class_ outroclass_

ANEXO B – Termo de aprovação do CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo - RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38638720.9.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.405.773

Apresentação do Projeto:**TRANSCRIÇÃO – RESUMO:**

"A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é uma afecção sindrômica resultante de complicações pulmonares sendo caracterizada por febre alta, tosse e dispneia, acompanhada ou não de aumento da frequência respiratória, hipotensão, cianose, desidratação e inapetência. No decorrer de 2020, está sendo observado no Brasil um aumento de cerca de dez vezes na média histórica de hospitalizações por SRAG, depois da notificação do primeiro caso de COVID-19 (causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2) no final de fevereiro. Com a rápida distribuição geográfica observada até o momento, a COVID-19 representa uma grande ameaça à saúde global. Como a gravidade da doença está intimamente relacionada ao prognóstico, são necessárias estratégias para a detecção precoce de pacientes de alto risco. Frente a esse contexto, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a prevalência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), assim como detectar os vírus respiratórios e fatores

associados à ocorrência da doença. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observacional, transversal, descritivo e analítico. O estudo será realizado de outubro de 2020 a julho de 2022. Para atender aos objetivos do estudo, estão previstas três formas de coleta de dados, sendo duas de fonte secundária e uma de fonte primária. A coleta de dados secundários visa a busca de informações nos prontuários disponíveis no Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS, de todos os casos de SRAG hospitalizados no período de 01 janeiro a 30 de junho de 2020. A coleta nos prontuários terá como estratégia de captação a busca dos pacientes registrados pelo CID-10 - U04.9 - Síndrome respiratória aguda grave. Ainda tendo como base a fonte secundária de dados, todos os casos de SRAG hospitalizados, confirmados e notificados, assim como os casos suspeitos de síndrome gripal de doença pelo novo coronavírus – COVID-19 (B34.2) no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2020, por local de residência, serão avaliados por meio da análise das fichas de notificação e de investigação epidemiológica, junto ao banco de dados SIVEPGripe e do e-SUS notifica, obtido junto à Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS. A partir de janeiro de 2021, objetiva-se iniciar a coleta de dados na fonte primária diretamente com os pacientes e/ou pais e responsáveis. A população a ser incluída consistirá de indivíduos com suspeita de infecção respiratória atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no serviço de urgência e emergência do Hospital de Clínicas (HC) situado na cidade de Passo Fundo, RS. Com base nos parâmetros de cálculo amostral, estima-se incluir em torno de 480 participantes, sendo 120 em cada grupo analisado. Serão considerados elegíveis indivíduos classificados em quatro faixas etárias: (1) pacientes pediátricos de 0 a 12 anos; (2) adolescentes de 13 a 17 anos; (3) adultos com idade entre 18 e 59 anos e (4) indivíduos adultos com idade igual ou superior a 60 anos. Para aqueles indivíduos e/ou pais e responsáveis que consentirem a participação no estudo, respeitados os preceitos éticos, será aplicado um questionário contendo informações sociodemográficas, clínicas e de saúde seguido de procedimento de coleta de swab da orofaringe para a detecção da espécie viral, a ser realizada pela técnica de RT-PCR. Na análise dos dados será empregada a estatística descritiva incluindo médias, mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Na análise bivariada será utilizado o teste de qui-quadrado, enquanto que na análise multivariada será aplicada a regressão logística com ajuste para potenciais fatores de confusão. Todas as análises serão realizadas no Programa Stata versão 12.0, licenciado sob o nº30120505989. Com base nos achados desse estudo, espera-se conhecer os vírus respiratórios circulantes na região e

fornecer, em tempo real, novas evidências e subsídios ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 para a gestão em saúde local o que permitirá o desenvolvimento de estratégias de prevenção e combate à epidemia."

COMENTÁRIOS - RESUMO: Adequado

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

"- A prevalência de SRAG será 15%.

- Indivíduos do sexo masculino, com idade acima de 60 anos, com baixa renda e escolaridade e piores condições de saúde serão aqueles mais acometidos pela SRAG.

- Os vírus respiratórios mais frequentes em pacientes com diagnóstico de SRAG serão Influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório e o Novo coronavírus (SARS-CoV-2).

- A prevalência dos vírus respiratórios serão: 7% influenza A, 5% Influenza B, 13% Vírus Sincicial Respiratório e 50% novo coronavírus (SRAS-CoV2) e 25% outros agentes.

- O número de casos suspeitos estimados de síndrome gripal no período analisado será em torno de 5 mil, enquanto que o número de casos confirmados do novo coronavírus (SRAS-CoV-2) será de 2 mil e quinhentos casos."

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS: Adequada

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

"Objetivo Primário:

Estimar a prevalência de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes hospitalizados e os fatores associados.

Objetivo Secundário:

- Determinar os fatores sociais, demográficos e de saúde associados à SRAG.

- Detectar os vírus respiratórios Influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório e o Novo Coronavírus (SARSCoV-2) em pacientes com diagnóstico clínico de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por meio da técnica de RT-PCR.
- Identificar a prevalência dos vírus respiratórios Influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório e o Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) entre os casos suspeitos de pacientes internados por SRAG.
- Estimar o número de casos de síndrome gripal suspeitos e confirmados de doença pelo novo coronavírus (COVID-19) por meio das fichas de notificação e de investigação epidemiológica e os fatores sociodemográficos e de saúde associados."

OBJETIVO PRIMÁRIO – COMENTÁRIOS: Adequado

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS – COMENTÁRIOS: Adequados

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

"(Amostra 1 e 2) No que se refere aos riscos dos participantes, existe a possibilidade de exposição acidental dos dados de identificação, uma vez que a equipe responsável terá acesso ao prontuário do paciente e às fichas de notificação. Visando minimizar tal possibilidade, e para garantir o anonimato e a privacidade dos participantes, os dados de identificação do paciente serão substituídos por um número na ficha de coleta de dados e, o acesso se dará em horário e local reservado a ser combinado com as equipes.

(Amostra 3) Os riscos estão relacionados à coleta de material biológico para o exame de RT-PCR, à aplicação do questionário e à coleta de dados dos prontuários, envolvendo possível desconforto, mal-estar, constrangimento e divulgação acidental dos dados de identificação. Para minimizar o risco relacionado à coleta do material biológico o procedimento será realizado por profissionais da equipe da pesquisa capacitados, em ambiente reservado, permitindo a assistência necessária durante e após o procedimento, o qual irá seguir todos os protocolos de biossegurança conforme recomendado pelos órgãos nacionais e internacionais de saúde. Se

eventualmente os riscos se concretizarem, por exemplo, nos casos de desconforto ou mal-estar o paciente será posicionado deitado em uma maca e será procedida a aferição de pressão arterial e acompanhamento até normalização, caso o mal-estar persista o paciente será encaminhado à assistência médica. Referente à aplicação do questionário, para evitar constrangimentos, estes serão executados por membros da equipe de pesquisa treinados para aplicação do instrumento, em espaço reservado. Caso o risco se concretize, será comunicado ao participante que este poderá se abster de responder as perguntas ou solicitar interrupção da sua participação. Para minimizar os riscos de identificação, no instrumento de coleta de dados o nome de cada participante será substituído por um número, de forma a não divulgar qualquer informação que possa identifica-lo. Ainda, a coleta de dados nos prontuários será realizada em espaço reservado, visando garantir o anonimato e a privacidade dos participantes. Caso o risco se concretize, o participante será contatado, informado sobre o ocorrido e retirado do estudo."

RISCOS – COMENTÁRIOS: Adequados

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

"(Amostras 1 e 2) Por se tratar de uma abordagem com análise secundária de dados, não estão previstos benefícios diretos. No entanto, como benefícios indiretos, está a possibilidade de avanço na compreensão dos principais fatores de risco e do perfil epidemiológico de pacientes acometidos pela SRAG, assim como a detecção dos vírus respiratórios mais prevalentes na região, incluindo o SARS-CoV-2. Essas análises permitirão uma compreensão da situação de saúde local no que compete as infecções respiratórias agudas graves podendo assim subsidiar a elaboração de políticas públicas e estratégias e ações de promoção da saúde direcionadas aos grupos de maior risco. (Amostra 3) Como benefícios, destaca-se que o diagnóstico específico de vírus respiratório é um importante fator a ser considerado no tratamento, uma vez que alguns vírus, tais como Vírus Sincicial Respiratório e Influenza possuem medicamento específico. Os pacientes serão informados especificamente em relação ao exato vírus que os infecta, o que permitirá ao médico um melhor tratamento, aliviando de maneira mais eficiente os sintomas deste paciente. Ademais, a pesquisa trará como benefício indireto aos participantes, avaliar a distribuição dos vírus respiratórios no município de Passo Fundo - RS, bem como sua relação com os quadros de infecção respiratória aguda grave. Dessa

forma, será possível planejar e executar medidas de promoção e prevenção de saúde que afetem a incidência e o prognóstico da doença, de modo a reduzir a carga de morbimortalidade associada, além de reduzir os custos com as internações hospitalares."

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS: Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

"Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional, transversal, descritivo e analítico. O estudo será realizado na cidade de Passo Fundo, RS, entre 15 de outubro de 2020 e 31 de julho de 2022. Para atender aos objetivos do projeto, estão previstas três formas de coleta de dados, sendo duas de fonte secundária (Amostras 1 e 2) e uma de fonte primária (Amostra 3). A coleta de dados secundários, com amostragem não-probabilística, visa a busca de informações nos prontuários disponíveis no Sistema de Gestão Hospitalar do Hospital de Clínicas (HC), de todos os casos de SRAG hospitalizados, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pelo sistema privado, de pacientes residentes em Passo Fundo, RS, no período de 01 janeiro a 30 junho de 2020. Estima-se incluir em torno de 500 casos de SRAG no período avaliado. Ainda tendo como base a fonte secundária de dados, e amostragem do tipo não probabilística, a amostra 2 desta pesquisa incluirá todos os casos de SRAG hospitalizados, confirmados e notificados, assim como os casos suspeitos e confirmados de síndrome gripal de doença pelo novo coronavírus – COVID-19 (B34.2) no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2020, por local de residência, tendo como unidade de análise o município de Passo Fundo. Os dados serão avaliados do banco de dados SIVEPGripe e do e-SUS notificação gerado a partir das fichas de notificação e de investigação epidemiológica obtidas da Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo, RS. Estima-se incluir em torno de 5 mil casos suspeitos de síndrome gripal pelo novo coronavírus e 2,500 casos confirmados da doença COVID-19 no período avaliado. Para a SRAG estima-se incluir em torno de 1000 casos. A partir de janeiro de 2021, objetiva-se iniciar a coleta na fonte primária diretamente com os pacientes. A população incluirá indivíduos com suspeita de infecção respiratória atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no serviço de urgência e emergência do Hospital de Clínicas (HC)

situado no município de Passo Fundo, RS. Serão considerados elegíveis indivíduos residentes em Passo Fundo, RS, classificados em quatro faixas etárias: (1) pacientes pediátricos de 0 a 12 anos; (2) adolescentes de 13 a 17 anos; (3) adultos com idade entre 18 e 59 anos e (4) indivíduos adultos com idade igual ou superior a 60 anos e que tiverem a internação hospitalar por SRAG no período analisado. Baseado no cálculo de tamanho amostra, o qual utilizou os parâmetros de um nível de significância de 5% e erro relativo amostral de 0,10, considerando-se 20% de perdas e recusas, estima-se que sejam incluídos em torno de n=480 indivíduos para um nível de confiança de 95%. Dos prontuários médicos (Amostra1), serão coletadas informações sociodemográficas, características clínicas e de saúde, estado nutricional, uso de medicamentos, sinais e sintomas apresentados pelo paciente, assim como a realização de teste para detecção da espécie viral. Das fichas de notificação, especialmente do banco de dados SIVEPGripe e do e-SUS notifica (Amostra 2), serão extraídas informações sociodemográficas, sinais e sintomas, fatores de risco e comorbidades, vacinação, dados de internação hospitalar e de biologia molecular, classificação assim como evolução do caso. Em relação as fichas de notificação de casos suspeitos de síndrome gripal de doença pelo novo coronavírus serão extraídas informações demográficas, sintomatologia, fatores de risco e comorbidades, realização, tipos e resultados dos testes realizados, assim como classificação e evolução do caso. Para a amostra 3 será aplicado um questionário contendo variáveis sociodemográficas, de saúde e do estado nutricional. Do prontuário desses pacientes, serão coletadas informações sobre os sinais e sintomas apresentados no momento da internação, assim como características do quadro clínico. Além da aplicação do questionário, a partir da coleta de swab de orofaringe serão também identificados os vírus respiratórios pela técnica de RT-PCR."

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

"A metodologia do presente projeto no que se refere a logística e procedimentos para a coleta de dados está descrita conforme segue. Para a Amostra 1, cinco vezes por semana, em horário pré-determinado, um membro da equipe se deslocará até o hospital para acessar o Sistema de Gestão Hospitalar e coletar as informações de interesse nos prontuários. O acesso ao sistema se dará por meio de login e senha fornecidos pelos serviços de saúde. Todo o processo de coleta de dados será realizado de modo a garantir o anonimato e a privacidade dos participantes. A relação de pacientes, assim como os números de prontuários (pacientes registrados pelo CID-

10 - U04.9 - Síndrome respiratória aguda grave) será obtida no hospital, junto ao setor responsável. Para a Amostra 2, 3 vezes por semana, em horário pré-determinado, um membro da equipe se deslocará até a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo e junto aos setores responsáveis acessará as informações das fichas de notificação e de investigação epidemiológica de casos SRAG hospitalizados e os casos suspeitos e confirmados de síndrome gripal de doença pelo novo coronavírus (B34.2), por meio do acesso aos bancos SIVEP-Gripe e E-SUS notifica. Por fim, para a amostra 3, o estudo iniciará a partir de janeiro de 2021 e para essa fonte de informação, duas vezes por dia, em horário pré-determinado, um membro da equipe se deslocará até o hospital e, junto aos responsáveis pelo setor de urgência e emergência, identificará os potenciais participantes com base nos critérios de inclusão e exclusão já mencionados. Logo, abordará o participante (ou cuidador responsável) para apresentação do estudo e posterior convite à participação. Àqueles que consentirem, respeitados os preceitos éticos, será aplicado um questionário. Do prontuário desses pacientes, serão coletadas informações sobre o estado de saúde e características do quadro clínico. Após a entrevista, será realizado a coleta de swab da orofaringe. Destaca-se que todos os protocolos de biossegurança estarão assegurados e serão rigorosamente adotados pelos membros da equipe de pesquisa composta por acadêmicos de Medicina, médicos e docentes do Curso de Medicina da UFFS, campus Passo Fundo, RS. As amostras de secreção respiratória serão colocadas em meio de transporte, mantidas em temperatura adequada de refrigeração e encaminhadas ao Laboratório de Bioquímica e Biologia Molecular - Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo, RS, no mesmo período da coleta. As amostras de secreção respiratória serão utilizadas para realização do exame de detecção molecular dos vírus Influenza A e B, Vírus Sincicial Respiratório e Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) por PCR em Tempo Real. Após diagnóstico viral, as amostras serão estocadas em freezer a -70°C , no Biorrepositório da Instituição. Em relação as amostras 1 e 2, considerando a característica da amostra, os resultados não serão devolvidos para os participantes, em virtude da dificuldade de contato e pelo fato de ser uma patologia grave e muitos pacientes terem vindo a óbito. Para a amostra 3, será solicitado o e mail dos participantes para enviar os resultados dos testes laboratoriais, além dos resultados gerais da pesquisa. Os resultados serão ainda divulgados às instituições envolvidas por meio da entrega de uma cópia impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo artigos em revistas e resumos em anais de eventos. Os dados serão armazenados em local seguro e privativo em sala específica na UFFS, Campus Passo Fundo destinada aos trabalhos

científicos, por 5 anos e posterior a isso serão destruídos através de incineração e o banco de dados será deletado dos computadores. A identificação precoce do SARS - Cov2 e outros agentes causadores de SRAG poderá ser útil à definição do plano terapêutico, favorecendo o manejo e a recuperação dos pacientes por meio da diminuição da incidência de morbimortalidade associada, além de reduzir os custos com as internações hospitalares."

DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS: Adequados

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

"Amostra 1 – Serão considerados elegíveis indivíduos de ambos os sexos e de todas as faixas etárias que tiveram a internação hospitalar por SRAG no HC, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pelo sistema privado, de pacientes residentes em Passo Fundo, RS, no período de 01 de janeiro de 2020 a 30 de junho de 2020.

Amostra 2 – Os critérios de inclusão da amostra 2 incluem todos os casos de SRAG hospitalizados, confirmados e notificados, assim como os casos suspeitos e confirmados de síndrome gripal de doença pelo novo coronavírus –COVID-19 (B34.2) no período de 01 de janeiro a 30 de junho de 2020, por local de residência, tendo como unidade de análise o município de Passo Fundo.

Amostra 3 - Serão considerados elegíveis indivíduos residentes em Passo Fundo, RS, classificados em quatro faixas etárias: (1) pacientes pediátricos de 0 a 12 anos; (2) adolescentes de 13 a 17 anos; (3) adultos com idade entre 18 e 59 anos e (4) indivíduos adultos com idade igual ou superior a 60 anos e que tiverem a internação hospitalar por SRAG no HC a partir de 01 de janeiro de 2021."

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS: Adequados

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

"Amostra 1 – Serão excluídos prontuários incompletos que não permitam a realização das análises principais do estudo.

Amostra 2 – Serão considerados inelegíveis os participantes que possuam muitas perdas de informação nas variáveis do banco de dados que inviabilizem a inclusão do caso no estudo.

Amostra 3 - Indivíduos que possuam alguma deficiência cognitiva que os impeça de consentir a participação na pesquisa serão excluídos do estudo"

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS: Adequados

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS:

"Os dados serão digitados duplamente em uma planilha eletrônica (distribuição livre). Com base nas informações coletadas serão construídos três bancos de dados, referente as amostras 1, 2 e 3, respectivamente, detalhadas nesse projeto. A estatística descritiva consistirá em médias, mediana e desvios-padrão para variáveis contínuas e proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) para variáveis categóricas. Para a análise da distribuição da variável dependente de acordo com as independentes será empregado o Teste de Qui-quadrado (wald para heterogeneidade ou tendência linear), considerando-se estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$. Na análise ajustada será utilizada a Regressão Logística respeitando a hierarquia entre os possíveis fatores associados com o(s) desfecho(s) de interesse. Para a seleção das variáveis que permanecerão no modelo de regressão será utilizado o processo backward, ficando no modelo as variáveis que apresentarem valor $p < 0,20$. Todas as análises estatísticas serão realizadas no Programa Stata versão 12.0 (CollegeStation, TX: StataCorp LLC), licenciado sob o número de série: 30120505989."

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS: Adequada

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS:

"Em ambas as amostras (1 e 3), a ocorrência dos casos de SRAG será considerada variável dependente no estudo. Na amostra 3, além da prevalência de casos de SRAG, a detecção da espécie viral por RT-PCR também será definida como desfecho no estudo. Na amostra 2 o

desfecho será o número de casos de síndrome gripal suspeitos e confirmados de doença pelo novo coronavírus (COVID-19)."

DESFECHOS – COMENTÁRIOS: Adequados

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO:

Período previsto para coleta de dados:

- Coleta de dados prontuários e fichas de notificação (Amostras 1 e 2): 04/01/2021 a 29/10/2021
- Coleta de dados (Amostra 3): 04/01/2021 a 30/11/2021

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS: Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: Adequada

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido: Adequado
Termo de assentimento (para menores de 18 anos): Adequado

Termo de consentimento livre e esclarecido para os pais ou responsáveis: Adequado

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: Adequada

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO: Adequado

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Adequada

Recomendações:

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos

oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.

Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.

Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Auto r	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1634144.pdf	22/10/2020 15:08:46		Aceito
Outros	Projeto_SRAG_ressubmissao1.pdf	22/10/2020 15:07:35	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_CEP.pdf	22/10/2020 15:05:25	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	ApendiceA1.pdf	25/09/2020 14:09:23	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	ApendiceB.pdf	25/09/2020 14:05:55	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	ApendiceA.pdf	25/09/2020	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	ApendiceA.pdf	14:03:51	SILVA	Aceito
Outros	AnexoB.pdf	25/09/2020 14:02:41	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	AnexoA.pdf	25/09/2020 14:02:26	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceG.pdf	25/09/2020 14:01:21	SHANA GINAR DASILVA	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceF.pdf	25/09/2020 14:00:20	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE.pdf	25/09/2020 13:59:59	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	ApendiceD_TCUDA.pdf	25/09/2020 13:59:38	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceC.pdf	25/09/2020 13:56:59	SHANA GINAR DASILVA	Aceito
Declaração de concordância	Termo_HC_SMS.pdf	25/09/2020 13:53:31	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Declaração do Patrocinador	resultado_edital270uffs.pdf	25/09/2020 13:49:33	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	25/09/2020 13:46:46	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	25/09/2020 13:46:29	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa_SRAG_final.pdf	25/09/2020 13:45:57	SHANA GINAR DASILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_cep_SRAG_final.pdf	25/09/2020 13:44:51	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 18 de Novembro de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

2.3 RELATÓRIO

O relatório tem o objetivo de detalhar o projeto de pesquisa “Fatores Comportamentais e de Saúde no Prognóstico da Síndrome Respiratória Aguda Grave”, desenvolvido pela acadêmica Myla Sasse Rinco, sob orientação da Prof.^a. Dr.^a. Shana Ginar da Silva e coorientação da Prof.^a. Dr.^a Renata dos Santos Rabello. O presente relatório visa elucidar como se desenvolveu o trabalho e quais alterações foram realizadas no decorrer do mesmo.

O Projeto de Pesquisa começou a ser desenvolvido no segundo semestre de 2021. Não foi necessário ser submetido para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP-UFFS) por se tratar se um recorte da pesquisa intitulada “Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo – RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS sob o número de parecer 4.405.773, atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo B).

A coleta de dados iniciou em abril de 2021 e finalizou em julho de 2022 seguindo o formulário de pesquisa (Anexo A). A acadêmica autora do projeto, em conjunto com a equipe de pesquisadores do projeto maior foi previamente treinada para acessar o sistema do Hospital de Clínicas e coletar os dados necessários (características sociodemográficas, hábitos de vida e procedimentos médicos durante a internação). Em seguida, durante as semanas, cada pesquisador recebeu uma quantia de prontuários, e, por meio dos questionários, as informações foram coletadas nos computadores do ambulatório do HC da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Passo Fundo ou no Hospital de Clínicas de Passo Fundo.

Os dados foram duplamente digitados para maior qualidade, e as análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* PSPP. Foram distribuídas as frequências absolutas e relativas das variáveis dependentes e das covariáveis, a fim de caracterizar a amostra. Foi adicionado às variáveis dependentes: internação em unidades de tratamento intensivo (UTI) e tempo de internação em UTI. A relação entre as variáveis independentes e dependentes foram calculadas pelo PSPP e admitido o erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. Optou-se por não calcular a razão de odds.

O artigo originado do Projeto de Pesquisa foi escrito conforme as normas da revista intitulada “Revista Brasileira de Terapia Intensiva” e apresentadas no anexo desse relatório.

ANEXO ÚNICO – Normas de escrita do artigo científico

Instruções aos autores:

Escopo e política:

A Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), ISSN 0103-507X, publicada trimestralmente, é a revista científica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Tem como objetivo publicar pesquisas relevantes, que visem melhorar o cuidado dos pacientes agudamente doentes, por meio da discussão, da distribuição e da promoção de informação baseada em evidências, aos profissionais envolvidos com medicina intensiva. Nela, são publicados artigos de pesquisas, revisões, comentários, relatos de casos e cartas ao editor, em todas essas áreas do conhecimento, relacionadas aos cuidados intensivos do paciente grave.

RBTI endossa todas as recomendações da International Committee of Medical Journal Editors - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, atualizada em Abril de 2010.

Qualquer contribuição a RBTI deve ser original e o manuscrito, ou parte dele, não deve estar em avaliação em qualquer outro periódico. Ainda, os autores não devem submeter um mesmo manuscrito em diferentes idiomas para diferentes periódicos. Os autores devem declarar qualquer potencial publicação que contenha dados ou partes do manuscrito enviado para avaliação do Editor. Os manuscritos enviados a RBTI estão sujeitos a avaliação através de ferramentas para detectar plágio, duplicação ou fraude, e sempre que estas situações forem identificadas, o Editor contactará os autores e suas instituições. Se tais situações forem detectadas, os autores devem preparar-se para uma recusa imediata do manuscrito. Se o Editor não estiver ciente desta situação previamente a publicação, o artigo será retratado na próxima edição da RBTI.

Processo de submissão:

Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol. A RBTI é publicada em formato eletrônico em português e inglês.

Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

Os artigos submetidos em português (ou espanhol) serão traduzidos para o inglês e os submetidos em inglês serão traduzidos para o português gratuitamente pela revista. Todos os artigos devem ser submetidos eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>.

Os autores deverão encaminhar à revista:

Carta ao editor - A carta deve conter uma declaração de que o artigo é inédito, não foi ou não está sendo submetido à publicação em outro periódico. Os autores também devem declarar que o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde o mesmo foi realizado (ou o CEP de referência) fornecendo o número de aprovação do mesmo e, caso apropriado, uma declaração de que o consentimento informado foi obtido ou sua não obtenção foi aprovada pelo CEP. Se necessário, durante o processo de revisão, os autores podem ser solicitados e enviar uma cópia da carta de aprovação do CEP.

Declaração de Conflitos de Interesse - Os autores devem obter o formulário apropriado e, depois da assinatura pelos autores, anexá-lo durante o processo de submissão. A Declaração de Conflito de Interesses, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.

Financiamento - Informações sobre eventuais fontes de financiamento da pesquisa serão requisitadas durante o processo de submissão bem como na página de rosto do artigo.

Transferência de direitos autorais e autorização para publicação - Após aceitação do artigo, uma autorização assinada por todos os autores para publicação e transferência dos direitos autorais à revista deve ser enviada a Revista.

Informação de pacientes - Para todos os manuscritos que incluem informação ou fotografias clínicas onde os pacientes possam ser identificados individualmente, deve ser enviado termo de consentimento escrito e assinado de cada paciente ou familiar.

Processo de revisão:

Todos os artigos submetidos são objeto de cuidadosa revisão. A submissão inicial será inicialmente revisada pela equipe técnica da revista para garantir que a mesma está em acordo com os padrões exigidos pela revista e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio

dos originais, incluindo os requisitos éticos para experimentos em humanos e animais. Após essa conferência inicial, o artigo poderá ser devolvido aos autores para readequação.

Posteriormente, os manuscritos submetidos para apreciação serão encaminhados ao Editor, que fará uma análise inicial. Aqueles que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados sem processo formal de revisão por pares. O tempo médio para essa resposta é de uma semana.

Após aprovação pelo Editor chefe ou de um dos editores por ele designados, o artigo será encaminhado para avaliação por dois ou mais revisores. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do manuscrito, sendo o anonimato garantido em todo processo editorial. O prazo para a primeira resposta aos autores é de 30 dias apesar de um tempo mais longo ser por vezes necessário. Os editores podem emitir uma das seguintes opiniões: aceito, revisões mínimas, revisões significativas, rejeição com possibilidade de resubmissão ou rejeição. A taxa de aceitação de artigos é atualmente de 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio entre submissão a primeira decisão foi de 28 dias.

Após o recebimento dos pareceres dos revisores, os autores terão o prazo de 60 dias para submeter a versão com as modificações sugeridas bem como a resposta ponto a ponto para cada um dos revisores. Os autores podem contatar a revista solicitando extensão desse prazo. Caso essa submissão não ocorra num período de 6 meses o artigo será retirado do banco de dados e uma eventual resubmissão seguirá os trâmites de uma submissão inicial. Após a resubmissão, os editores podem escolher entre enviar o manuscrito novamente para revisão externa ou decidir com base em sua expertise.

As opiniões expressas nos artigos, inclusive as alterações solicitadas pelos revisores, serão de responsabilidade única dos autores.

Ética:

Quando relatando estudos em humanos, os autores devem indicar se os procedimentos do estudo estão de acordo com os padrões éticos definidos pelo Comitê responsável por estudos em humanos (institucional ou nacional, se aplicável) e de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000. Quando se tratar de estudos em animais, os autores devem indicar se as diretrizes institucionais e/ou nacionais para cuidados e uso de animais de laboratório foram

seguidas. Em qualquer pesquisa, clínica ou experimental, em humanos ou animais, essas informações devem constar da sessão Métodos.

Os preceitos éticos da Revista Brasileira de Terapia Intensiva podem ser encontrados em nosso site.

Critérios para autoria

Somente pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do artigo devem ser consideradas autoras, de acordo com os critérios:

1. elaborou a ideia inicial e planejou o trabalho ou interpretou os resultados finais OU
2. escreveu o artigo ou revisou sucessivas versões E
3. aprovou a versão final do artigo.

Posições administrativas, coleta de dados e estímulo não são considerados critérios para autoria e, quando cabível, devem constar apenas na sessão de agradecimentos.

Preparo dos manuscritos

Todos os artigos devem incluir:

1. Página título
2. Título completo do artigo
3. Nomes completos, por extenso, de todos os autores
4. Afiliação institucional de cada autor (apenas a principal, ou seja, aquela relacionada a instituição onde o trabalho foi produzido).
5. O endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail) do autor para correspondência.
6. O nome da instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo.
7. Fonte financiadora do projeto.
8. Resumo e Abstract

- 8.1. Resumo: O resumo deve conter no máximo que 250 palavras, evitando-se ao máximo o uso de abreviaturas. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos usados no texto principal (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) refletindo acuradamente o conteúdo do texto principal. Quando se tratar de artigos de revisão e relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Para Comentários o resumo não deve exceder 100 palavras.
- 8.2. Abstract: O resumo em inglês deverá ser feito apenas para aqueles artigos submetidos nessa língua. Artigos submetidos em português terão seu resumo traduzido para o inglês pela revista.
9. Descritores: devem ser fornecidos seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser, obrigatoriamente, baseados no MeSH (Medical SubjectHeadings) da National Library of Medicine.

10. Texto:

Os artigos devem ser submetidos em arquivo Word®, com letra 12 Times New Roman e espaço duplo, inclusive em tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as citações no texto devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

10.1. Artigos originais

Os artigos originais são aqueles que trazem resultados de pesquisas. Devem ter no máximo 3.500 palavras no texto, descontadas: folha de rosto, resumo, tabelas e referências. Artigos com maior número de palavras necessitam ser aprovados pelo editor. O número máximo de autores recomendado é de oito. Caso haja necessidade de incluir mais autores, deve vir acompanhado de justificativa, com explicitação da participação de cada um na produção do mesmo. Artigos originais deverão conter:

- 10.1.1. *Introdução* - esta sessão deve ser escrita de forma a se dirigir a pesquisadores sem conhecimento específico na área e deve claramente oferecer - e, se possível, ilustrar - a base para a pesquisa e seus objetivos. Relatos de pesquisa clínica devem, sempre que apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo. Esta

sessão deve terminar com uma breve declaração do que está sendo relatado no artigo.

- 10.1.2. *Métodos* - Deve incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações, e o tipo de análise usada, incluindo o poder de cálculo, se apropriados.
- 10.1.3. *Resultados* - Os resultados devem ser apresentados em sequência lógica e clara. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, riscos relativo e absoluto ou reduções de risco, e intervalos de confiança.
- 10.1.4. *Discussão* - Todos os resultados do trabalho devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.
- 10.1.5. *Conclusão* - Deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.
- 10.1.6. *Referências* - devem ser ordenadas por sequência de citação no texto e limitar-se a um máximo 40 referências. Ver abaixo normas para elaboração das referências.

10.2. Artigos de revisão

Artigo de revisão é uma descrição compreensiva de certo aspecto de cuidado de saúde relevante ao escopo da revista. Deve conter não mais que 4.000 palavras (descontadas folha de rosto, resumo, tabelas e referências) e até 50 referências. Devem ser redigidos por autores de reconhecida experiência na área e o número de autores não deve exceder três, salvo justificativa a ser encaminhada a revista. As revisões podem ser sistemáticas ou narrativas. Nas revisões é recomendado haver, também, o capítulo "Métodos" que relaciona as fontes de evidências usadas e as palavras chave usadas para realizar a busca da bibliografia. Revisões sistemáticas da literatura, que contenham estratégia de busca e resultados de forma apropriada, são consideradas artigos originais.

10.3. Relato de casos

Relata casos de uma determinada situação médica, especialmente rara, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc., incluindo resumo não estruturado, breve introdução e revisão da literatura, descrição do caso e breve discussão. Deverá ter no máximo 2.000 palavras, com cinco autores e até 10 referências.

10.4. Comentários

São artigos de opinião escritos por especialistas e lidos pela comunidade médica em geral. Usualmente são feitos a convite dos editores, contudo, os não solicitados são bem-vindos e serão rotineiramente avaliados para publicação. O objetivo do comentário é destacar algo, expandindo os assuntos destacados, e sugerir a sequência. Qualquer declaração deve ser acompanhada por uma referência, mas prefere-se que a lista de referências não exceda a 15. Para a leitura, as sentenças devem ser curtas e objetivas. Usar subtítulos para dividir o comentário em sessões. Devem ser curtos, com no máximo 800 a 1.000 palavras, excluindo o resumo e as referências. O número de autores não deve exceder dois, salvo justificativa.

10.5. Cartas ao editor

Comentários em qualquer artigo publicado na revista, cabendo geralmente uma resposta do autor ou do editor. Não é permitida tréplica. Devem ter no máximo 500 palavras e até cinco referências. O artigo da RBTI ao qual a carta se refere deve ser citado no texto e nas referências. Os autores devem também enviar seus dados de identificação e endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas para os autores antes da publicação.

11. Diretrizes

A Revista publica regularmente as diretrizes e recomendações produzidas tanto pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) quanto pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

12. Agradecimentos

Os autores devem usar esta sessão para agradecer financiamentos da pesquisa, ajuda de organismos acadêmicos; de instituições de fomento; de colegas ou outros colaboradores. Os autores devem obter permissão de todos os mencionados nos agradecimentos. Devem ser concisos não excedendo a 4 linhas.

13. Referências

Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados nos últimos cinco anos, sobre o tema. Não devem conter trabalhos não referidos no texto ou não publicados. As referências deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá seguir o formato denominado "Vancouver Style", conforme modelos abaixo. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela National Library of Medicine, disponível em "List of Journal Indexed in Index Medicus".

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

13.1. Artigos em formato impresso

Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2049-55.

Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020;395(10229):1054-62.

13.2. Artigo em formato eletrônico

Brasil. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM No 2.156/2016, de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. [citado 2021 fev. 9]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

13.3. Artigo de suplemento

Chawla R, Dixit SB, Zirpe KG, Chaudhry D, Khilnani GC, Mehta Y, et al. ISCCM Guidelines for the Use of Non-invasive Ventilation in Acute Respiratory Failure in Adult ICUs. *Indian J Crit Care Med.* 2020;24(Suppl 1): S61-S81.

13.4. Livro

Hall JE. Guyton and Hall textbook of medical physiology. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.

13.5. Capítulo de livro

Ricci Z, Romagnoli S. Technical complications of continuous renal replacement therapy. In: Bellomo R, Kellum JA, La Manna G, Ronco C, Editors. 40 years of continuous renal replacement therapy. Contributions to Nephrology. Basel: Karger; 2018. vol. 194, p. 99-108.

14. Tabelas e figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas e mencionadas no texto na ordem que são citadas. Tabelas e figuras devem ser colocadas ao final do texto, após as referências, uma em cada página, sendo as últimas idealmente feitas em Microsoft Excel®, Tif ou JPG com 300 DPI. Figuras que necessitem melhor resolução podem ser submetidas em arquivos separados. Figuras que contenham textos devem vir em arquivos abertos para que possam ser traduzidas. Caso isso não seja possível, o autor se responsabilizará pela tradução.

As grandezas, unidades e símbolos utilizados nas tabelas devem obedecer a nomenclatura nacional. As figuras devem vir acompanhadas de legenda explicativa dos resultados, permitindo a compreensão sem a consulta do texto.

A legenda das tabelas e figuras deve ser concisa, porém autoexplicativa, permitindo a compreensão sem a consulta do texto. As unidades de medida devem vir no corpo da tabela e os testes estatísticos indicados na legenda.

Fotografias de cirurgia e de biópsias, onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais, serão consideradas para impressão colorida, sendo o custo adicional de responsabilidade dos autores. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor.

A reprodução de figuras, quadros, gráficos e ou tabelas que não de origem do trabalho, devem mencionar a fonte de onde foram extraídas.

15. Abreviaturas e siglas

O uso de abreviaturas deve ser evitado no título do trabalho, no resumo e no título das tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas devem ser discriminados o significado das abreviaturas, símbolos e outros sinais.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS E PROGNÓSTICO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE NOS MESES INICIAIS DA PANDEMIA DA COVID-19.

Myla Sasse Rinco¹

Renata dos Santos Rabello²

Shana Ginar da Silva³

¹ Acadêmica do Curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, Brasil.

² Docente do Curso de Medicina e do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFFS-Campus Passo Fundo. Contato: renata.rabello@uffs.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8966-4326>

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas. Residência Multiprofissional em Saúde. Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS. Contato: shana.silva@uffs.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1504-6936>.

Autora correspondente:

Myla Sasse Rinco
Brasil, Passo Fundo/RS – Av. Brasil Oeste, nº1003, 1301
myla.rinco@estudante.uffs.edu.br
Graduanda Medicina – UFFS/Passo Fundo, RS.
+55 31 984597652

RESUMO

Introdução: A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é uma pneumonia viral que evolui rapidamente para insuficiência respiratória. Os principais agentes são os coronavírus SARS-Cov, MERS-Cov e o SARS-Cov-2. Para otimizar o manejo dessa doença é importante entender a relação dos fatores de risco modificáveis com a gravidade do quadro de internação por SRAG. Assim, este trabalho teve como objetivo investigar a relação entre fatores comportamentais fumo, ingestão de bebidas alcoólicas e a obesidade com o prognóstico de pacientes hospitalizados por SRAG no contexto da pandemia da COVID-19. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectiva a partir da análise de prontuários hospitalares de pacientes do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS, internados por SRAG entre janeiro e julho de 2020. A coleta de dados foi realizada entre abril 2021 e julho de 2022. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse e considerados significativos os testes bicaudais cujos teste do qui-quadrado tenha valores de $p < 0,05$. As principais exposições analisadas foram: tabagismo atual e antigo, etilismo atual e antigo e obesidade. As variáveis dependentes que caracterizam o prognóstico foram uso de terapia renal substitutiva (TRS), intubação orotraqueal (IOT), uso de suporte ventilatório (USV), internação em unidade de terapia intensiva (UTI), tempo de internação em UTI e o desfecho final do caso, foi definido como óbito ou alta. **Resultados:** Nesse período, foram incluídos prontuários de 377 pacientes, sendo a maioria homens (53,5%), com idade ≥ 60 anos (51,2%) e etnia branca (91,3%). A prevalência de tabagismo, etilismo e obesidade foram, respectivamente, 12,7%, 4,2% e 9,0%. O uso de TRS foi mais prevalente em pacientes etilistas atuais (25,0%; $p=0,013$) e obesos (23,5%; $p=0,001$). A IOT foi maior em pacientes ex-tabagistas (38,0%; $p=0,003$) e em pacientes obesos (38,2%; $p=0,028$). E a internação em UTI foi maior nos pacientes não obesos (62,7%; $p=0,016$). **Conclusão:** A obesidade foi o fator associado a mais complicações durante a internação por SRAG. Os pacientes etilistas atuais tiveram maior predisposição ao uso de TRS. E o histórico de tabagismo foi mais relevante para IOT do que o tabagismo atual entre os pacientes da amostra estudada.

Palavras-chave: SRAG, Tabagismo, Obesidade, Alcoolismo

ABSTRACT

Introduction: Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) is a viral pneumonia that rapidly progresses to respiratory failure. The main agents are the SARS-Cov, MERS-Cov and SARS-Cov-2 coronaviruses. To optimize the management of this disease, it is important to understand the relationship between modifiable risk factors and the severity of hospitalization for SARS. Thus, this study aimed to investigate the relationship between behavioral factors, such as smoking, alcohol consumption and obesity with the prognosis of patients hospitalized for SARS in the context of the COVID-19 pandemic. **Methodology:** A retrospective cohort study was carried out based on the analysis of hospital records of patients at Hospital de Clínicas de Passo Fundo, RS, hospitalized for SARS between January and July 2020. Data collection was carried out between April 2021 and July 2022. The absolute and relative frequencies of the variables of interest were calculated and two-tailed tests were considered significant, whose chi-square test has values of $p < 0.05$. The main exposures analyzed were: current and former smoking, current and former alcoholism and obesity. The dependent variables that characterize the prognosis were use of renal replacement therapy (RRT), orotracheal intubation (OTI), use of ventilatory support (UVS), intensive care unit (ICU) stay, ICU length of stay, and the final outcome. case, was defined as death or discharge. **Results:** During this period, the medical records of 377 patients were included, most of them men (53.5%), aged ≥ 60 years (51.2%) and white ethnicity (91.3%). The prevalence of smoking, alcoholism and obesity were, respectively, 12.7%, 4.2% and 9.0%. The use of RRT was more prevalent in current alcoholic patients (25.0%; $p=0.013$) and obese (23.5%; $p=0.001$). OTI was higher in ex-smokers (38.0%; $p=0.003$) and in obese patients (38.2%; $p=0.028$). And ICU admission was higher in non-obese patients (62.7%; $p=0.016$). **Conclusion:** Obesity was the factor associated with more complications during hospitalization for SARS. Current alcoholic patients were more predisposed to use RRT. And smoking history was more relevant for OTI than current smoking among patients in the study sample.

Keywords: SARS, Smoking, Obesity, Alcoholism

INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é uma pneumonia viral que evolui rapidamente para insuficiência respiratória. É uma doença infecciosa recente, reconhecida pela primeira vez pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003 após um aumento de casos de pneumonia no sul da China¹. As principais características que definem seu diagnóstico são: febre, um ou mais sintomas de doença do trato respiratório inferior (tosse, dificuldade para respirar, falta de ar), evidências radiográficas de infiltrados pulmonares consistentes com pneumonia e nenhum diagnóstico alternativo que possa explicar o quadro clínico².

Os principais agentes patológicos dessa doença são os coronavírus. Apesar da alta transmissibilidade, a maioria das espécies dos coronavírus causam apenas o resfriado comum³. Sendo, apenas três espécies associados à SRAG. São eles o SARS-Cov (2003), MERS-Cov (2012) e mais recente, o SARS-Cov-2 (2019)⁴, o responsável pela maior pandemia desse século até o momento, causando mortes por SRAG pelo mundo todo. Tornando essa doença, portanto, um assunto de interesse global.

Para otimizar o manejo da doença no cuidado desses pacientes, é de grande interesse serem estudados os fatores de risco que podem levar a piores desfechos. Já se é bem definido a relação entre condições médicas crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão, doenças cardíacas à quadros mais graves de SRAG e maiores taxas de óbito^{5,6,7}.

Estudos apontam que os principais fatores de risco de doenças podem ser modificáveis. Alguns deles são o tabagismo, consumo abusivo de álcool e a obesidade⁸. Considerando isso, buscou-se fazer um paralelo entre os mesmos fatores de risco e a relação deles com a SRAG, que é uma doença que, por conta da pandemia de COVID-19, esteve em evidência nos últimos

dois anos e configurou-se como uma das principais causas de internação em hospitais no mesmo período.

Em geral, os fumantes têm maior risco de adquirir infecção por gripe, tuberculose e pneumonia bacteriana^{9,10} e estão associados a maiores chances de internações após essas infecções¹¹. Contudo, ainda não está bem esclarecida a relação entre o uso do tabaco e a SRAG. Alguns estudos apontam que há maior gravidade da doença em pacientes tabagistas¹², enquanto outros não encontram essa relação ou apresentam uma relação negativa entre tabagismo e a gravidade dos casos de SRAG, como internação em UTI, uso de suporte ventilatório, entre outros^{13,14}.

A obesidade, por ser considerada um estado pró-inflamatório crônico^{15,16}, está associada a uma redução da resposta imune às infecções. Em especial, às infecções pulmonares, pela diminuição da capacidade de ventilação devido aos depósitos de gordura torácica e abdominal¹⁷. Porém, apesar de existir uma associação estabelecida entre obesidade e infecções virais respiratórias^{18,19}, ainda não está confirmada se a obesidade também seria um fator de risco associado a pior prognóstico após a internação por SRAG, especificamente.

O outro fator de risco analisado neste estudo é o etilismo. Na literatura, existem fortes evidências de que o uso abusivo de álcool está associado à imunossupressão e ao aumento da suscetibilidade a infecções bacterianas e virais^{20,21}. Porém, a associação do consumo de álcool com SRAG ou outras infecções respiratórias virais ainda é inconsistente na literatura científica^{22,23,24}.

Dessa forma, considerando o aumento exponencial dos casos de SRAG com a pandemia da COVID-19, somada a composição da população brasileira de cerca de 9,8% fumantes, 20,8% com obesidade (IMC > 30) e 18,8% em uso de bebidas alcoólicas²⁵, faz-se necessário, portanto,

trazer cada vez ainda mais estudos que auxiliem a prever piores desfechos e qualificar o manejo, alcançando assim, um tratamento adequado em tempo hábil e um melhor prognóstico.

Considerando esses pontos, esse trabalho tem como objetivo investigar a relação entre fatores comportamentais, como o hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas e a obesidade com o prognóstico de pacientes hospitalizados em decorrência da SRAG no contexto da pandemia da COVID-19. Para avaliar o prognóstico, foram usados os critérios: uso de terapia renal substitutiva (TRS), intubação orotraqueal (IOT), suporte ventilatório (USV), internação em unidade de terapia intensiva (UTI), tempo de internação em UTI e o óbito como desfecho.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho é um recorte da pesquisa intitulada “Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Passo Fundo - RS: prevalência de vírus respiratórios e fatores associados”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul sob o número de parecer 4.405.773, atendendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico de coorte retrospectivo. Foi realizado no Hospital de Clínicas, na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul (RS) entre abril de 2021 a julho de 2022. Os dados foram captados pelos prontuários dos pacientes internados pelos CID-10 U049 (Síndrome Respiratória Aguda Grave), U071 (COVID-19, vírus identificado), U72 (COVID-19, vírus não identificado), B342 (infecção por coronavírus, local não especificado), J09 ao J11 (influenza) e J12 ao J18 (pneumonias)²⁶ de pacientes internados no período de 01 de janeiro a 31 de julho de 2020.

Neste recorte, as variáveis independentes utilizadas foram o tabagismo, etilismo e a obesidade. Essas variáveis foram obtidas por meio dos prontuários dos pacientes. O status de

tabagismo e de etilismo foram subdivididos em ex e atual, utilizando como referência em outro trabalho do gênero¹⁴, e os pacientes foram incluídos nessas categorias por autorreferência. A obesidade foi considerada como uma comorbidade, levando em consideração as medidas antropométricas e descrita pelos médicos nos prontuários durante a internação.

As variáveis dependentes consideradas como indicadores de piora no quadro de internação foram: internação em unidades de tratamento intensiva (UTI), terapia renal substitutiva (TRS), intubação orotraqueal (IOT), uso de suporte ventilatório (USV), tempo de internação em UTI, óbito (alta). O tempo de internação em UTI foi categorizado em menor ou igual a 14 dias, entre 15 e 28 dias e maior ou igual a 29 dias, essa divisão foi definida com base em outro estudo de referência²⁷.

As covariáveis utilizadas para descrição da amostra foram sexo (feminino e masculino), idade em anos completos (agrupadas em menor de 18 anos, entre 18 e 44 anos, entre 45 e 60 anos e maiores de 60 anos), cor da pele (branca, preto/pardo/indígena/amarelo), ocupação (ativa e não ativa), escolaridade (sem escolaridade, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior) e estado civil (casado, solteiro, viúvo e divorciado) para caracterização epidemiológica. Essas variáveis foram obtidas por meio da ficha de cadastro do paciente no momento da entrada do hospital.

A análise estatística das variáveis foi executada no Programa PSPP, versão 1.2.0 (distribuição livre). Foram computados, pelo programa, a distribuição de frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis independentes e covariáveis. As relações entre as variáveis independentes e dependentes foram avaliadas por meio do teste do qui-quadrado admitindo-se um erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

No período do estudo foram incluídos 377 prontuários de pacientes que foram internados por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) no Hospital de Clínicas da Cidade de Passo Fundo – RS. A amostra foi composta predominantemente por homens (53,5%), com idade superior a 60 anos (51,2%), brancos (91,3%), solteiros (51,6%) com ocupação ativa (60,2%) e escolaridade até o ensino fundamental (60,4%). Em relação aos hábitos de vida, os pacientes tabagistas, etilista e obesos, representaram menor frequência na amostra, sendo 12,7%, 4,2% e 9,0%, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG entre janeiro e julho de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo – RS (n=377)

Variáveis	n	%
Sexo (n= 376)		
Masculino	201	53,5
Feminino	175	46,5
Idade em anos completos (n=369)		
<18	38	10,3
18-44	63	17,1
45-60	79	21,4
≥60	189	51,2
Cor da pele (n=369)		
Branca	337	91,3
Preto/ Pardo/ Indígena/ Amarelo	32	8,7
Ocupação (n=256)		
Ativa	154	60,2
Não ativa	102	39,8
Escolaridade (n= 278)		
Sem escolaridade	31	11,2
Fundamental (1º ao 9º ano)	79	60,4
Ensino médio	57	20,5
Ensino superior	22	7,9
Estado civil (n=370)		
Casado	130	35,1
Solteiro	191	51,6
Viúvo	31	8,4
Divorciado	18	4,9

Tabagistas (n=376)		
Atual	48	12,7
Ex	52	13,8
Não	276	73,2
Etilismo (n=375)		
Atual	16	4,2
Ex	19	5,1
Não	340	90,2
Obesos (n=294)		
Sim	34	9,0
Não	260	69,0

A relação entre os fatores de exposição analisados e os indicadores de prognóstico da SRAG estão apresentados na Tabela 2. Foi observada uma maior frequência de terapia real substitutiva (TRS) em indivíduos etilistas atuais (25,0%; $p=0,013$) e obesos (23,5%; $p=0,001$). A intubação orotraqueal (IOT) foi mais frequente em indivíduos ex-tabagistas (38,2%; $p=0,003$) e obesos (38,2%; $p=0,028$). O uso de suporte ventilatório (USV) não teve relação estatisticamente significativa quanto às variáveis tabagismo, etilismo e obesidade. Por último, a internação em unidade de terapia intensiva (UTI) foi mais frequente em pacientes não obesos (62,7%; $p=0,016$) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos indicativos de gravidade pelos hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG no entre janeiro e julho de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo – RS

Variáveis	Sim		Não		p*
	n	%	n	%	
Terapia Renal Substitutiva					
Tabagismo (n=374)					
Atual	4	8,3	44	91,7	0,446
Não tabagista	18	6,6	256	93,4	
Ex-tabagista	6	11,5	46	88,5	
Etilismo (n=180)					
Atual	4	25,0	12	75,0	0,013^b
Não etilista	24	7,1	314	92,9	
Ex-etilista	0	0,0	19	100	
Obesidade (n=293)					
Sim	8	23,5	26	76,5	0,001^b

Não	17	6,6	242	93,4	
Intubação Orotraqueal					
Tabagismo (n=366)					
Atual	9	19,1	38	80,9	0,003^b
Não tabagista	45	16,7	224	83,3	
Ex-tabagista	19	38,0	31	62,0	
Etilismo (n=365)					
Atual	6	37,5	10	62,5	0,077
Não etilista	61	18,5	269	81,5	
Ex-etilista	6	31,6	13	68,4	
Obesidade (n=288)					
Sim	13	38,2	21	61,8	0,028^b
Não	54	21,3	200	78,7	
Suporte ventilatório					
Tabagismo (n=374)					
Atual	23	47,9	25	52,1	0,404
Não tabagista	125	45,6	149	54,4	
Ex-tabagista	29	55,8	23	44,2	
Etilismo (n=373)					
Atual	6	37,5	10	62,5	0,660
Não etilista	160	47,3	178	52,7	
Ex-etilista	10	52,6	9	47,4	
Obesidade (n=293)					
Sim	21	61,8	13	38,2	0,190
Não	129	49,8	130	50,2	
Internação em UTI					
Tabagismo (n=376)					
Atual	34	70,8	14	29,2	0,618
Não tabagista	181	65,6	95	34,4	
Ex-tabagista	32	61,5	20	38,5	
Etilismo (n=375)					
Atual	10	62,5	6	37,5	0,734
Não etilista	225	66,2	115	33,8	
Ex-etilista	11	57,9	8	42,1	
Obesidade (n=294)					
Sim	14	41,2	20	58,8	0,016^b
Não	163	62,7	97	37,3	

* Teste do qui-quadrado; ^b Resultados que apresentaram significância estatística conforme teste do qui-quadrado

A distribuição do tempo de internação em UTI segundo hábitos de vida e a obesidade dos pacientes internados por SARG estão destacados na Tabela 3. A partir dos resultados, não

foi encontrada relação estatística significativa entre as variáveis tabagismo, etilismo, obesidade e tempo de internação em UTI.

Tabela 3. Distribuição do tempo de internação em UTI pelos hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG no primeiro semestre de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo - RS pelo teste do qui-quadrado.

Variáveis	Tempo de internação em UTI						p*
	≤14 dias		Entre 15 – 28 dias		≥ 29 dias		
	n	%	n	%	n	%	
Tabagismo (n=91)							
Atual	6	75,0	1	12,5	1	12,5	0,726
Não tabagista	48	72,7	15	22,7	3	4,5	
Ex-tabagista	14	82,4	2	11,8	1	5,9	
Etilismo (n=91)							
Atual	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0,736
Não etilista	60	75,0	15	18,8	5	6,3	
Ex-etilista	5	83,3	1	16,7	0	0,0	
Obesidade (n=84)							
Sim	11	61,1	5	27,8	2	11,1	0,205
Não	52	78,8	12	18,2	2	3	

*Teste de qui-quadrado

A relação entre os desfechos óbito e alta e as exposições tabagismo, etilismo e obesidade não apresentaram significância estatística, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos desfechos óbito e alta pelos hábitos de vida dos pacientes internados por SRAG no entre janeiro e julho de 2020 no Hospital de Clínicas da cidade de Passo Fundo - RS pelo teste do Qui-quadrado

Variáveis	Alta		Óbito		p*
	n	%	n	%	
Tabagismo (n=368)					
Atual	33	76,7	10	23,3	0,119
Não tabagista	214	78,1	60	21,9	
Ex-tabagista	33	64,7	18	35,3	
Etilista (n=367)					
Atual	13	92,9	1	7,1	0,060
Não etilista	255	76,3	79	23,7	
Ex-etilista	11	57,9	8	42,1	

Obesidade (n=288)

Sim	24	70,6	10	29,4	0,840
Não	184	72,4	70	27,6	

*Teste do qui-quadrado

DISCUSSÃO

A partir dos resultados desse estudo, evidenciou-se 377 internações por SRAG em um hospital de alta complexidade no norte gaúcho nos meses iniciais da pandemia da COVID-19. A amostra foi composta majoritariamente por homens, brancos, com mais de 60 anos, solteiros, com escolaridade até o ensino fundamental e em ocupação ativa. Os tabagistas (12,7%), etilistas (4,2%) e obesos (9,0%) representaram a menor parcela da amostra. Em comparação com os dados do Vigitel²⁵, esses valores estão abaixo da prevalência nacional de tabagistas (13,4%), etilistas (20,9%) e obesos (19,3%).

Nesse trabalho, o uso de terapia renal substitutiva (TRS) em relação ao etilismo, foi maior em pacientes etilistas atuais (25,0%; $p=0,013$). Essa relação pode ser explicada pelo acometimento dos rins durante o curso da SRAG (identificado tanto no surto de 2003, quanto recentemente no surto da COVID-19)²⁸ associado ao aumento de aproximadamente 5 vezes da gravidade de infecções virais em pacientes que fazem uso abusivo de álcool de forma crônica²⁰. Contudo, não foi encontrado nenhum outro estudo publicado até a data de escrita deste artigo que também comparou a relação entre TRS e etilismo em pacientes internados por SRAG.

A TRS foi mais prevalente entre os pacientes obesos (23,5; $p=0,001$). Essa relação também pode ser explicada devido ao dano renal causado pela SRAG²⁸ em associação do estado inflamatório crônico associado à obesidade¹⁷ o que pode causar um quadro de internação mais grave. Embora também não haja estudos que avaliam a relação entre pacientes obesos com SRAG e uso de TRS, é possível fazer um paralelo com outros estudos que apontam uma relação

entre pacientes obesos internados por SRAG que cursaram com episódio de lesão renal aguda (50,9%), apesar de não ser especificado se foi necessário fazer o procedimento de diálise ou não.

A necessidade de IOT foi maior entre os pacientes ex-tabagistas (38,0%). Quanto aos pacientes que nunca fumaram e os tabagistas atuais, foi observada uma diferença percentual muito sutil, que não é estatisticamente significativa (16,7% e 19,1%, respectivamente). Esse padrão, porém, não foi encontrado em outros estudos. Monteiro (2022), por exemplo, identificou que a taxa de IOT em não fumantes era de 50% enquanto em fumantes atuais e ex-fumantes eram de 14% e 21% respectivamente²⁹. Enquanto Kabbaha (2022) encontrou resultados muito próximo nos três grupos (tabagistas 29,6%, ex-fumantes 26,2% e não fumantes 20,8%)³⁰. Esses resultados podem levar ao questionamento se realmente existe uma relação consistente entre o tabagismo e a IOT, ou se essa diferença pode ser explicada por falta de informações padronizadas (como tipo de cigarro e carga tabágica) ou outras questões genéticas.

A IOT também teve maior frequência entre os pacientes obesos (38,3%) do que os não obesos (21,3%). Essa associação é congruente com outros estudos que abordam o assunto^{31,32} e pode ser explicada pela diminuição da capacidade de ventilação dos obesos devido a depósitos de gordura torácica e abdominal.

O estudo também apontou que a maior parte dos pacientes que precisaram de tratamento em unidade de terapia intensiva não eram obesos (62,7%). Esse achado entra em contradição com a maior gama de estudos publicados sobre assunto^{31,33,33,34,35}. Os quais, apesar de não haver um padrão definido, variando a taxa de internação em UTI de pacientes obesos de 5,0%³¹ a 92,0%³⁵, todos apontam para uma porcentagem de obesos internados em UTI maior do que os pacientes não obesos. Porém, esse achado sugere que, apesar da frequência de obesos

internados em UTI ser menor em comparação a não obesos, os obesos, quando internados, evoluem para quadros piores, necessitando de IOT e TRS.

Devido ao tipo de estudo, uma das limitações do trabalho foi o controle da qualidade das informações e subnotificação de hábitos de vida dos pacientes, por se tratar de dados coletados a partir de prontuários eletrônicos. Apesar disso, não deve ser descartada a importância dos achados, que apontam para a necessidade de considerar os hábitos de vida como fatores agravantes da piora clínica durante a internação por SRAG. Além de ser mais um achado que reforça a necessidade de combate aos fatores de risco modificáveis (tabagismo, etilismo e obesidade) por meio do incentivo e acesso da população a hábitos de vida mais saudáveis, como prática de atividade física, melhora da qualidade alimentar, ingestão moderada de bebida alcoólicas, e refreamento do uso do tabaco.

CONCLUSÃO

Dos fatores de prognóstico analisados: TRS, IOT, USV, internação em UTI e tempo de internação em UTI, apenas USV e tempo de internação em UTI não tiveram relação com nenhum dos fatores de risco modificáveis analisados. Pacientes ex-tabagistas tiveram maior relação com IOT do que pacientes tabagistas atuais e não tabagistas. Os pacientes etilistas atuais tiveram maior frequência de TRS. Os pacientes obesos foram mais propensos a evoluírem para TRS e IOT, contudo, os não obesos que tiveram maior frequência de internação em UTI. O desfecho óbito e alta não tiveram relação com os fatores de risco modificáveis.

Tais dados, são especialmente importantes considerando que a região Sul do país, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)³⁶, é a região do Brasil, relativamente, com maior consumo de alimentos ultra processados, menor população que pratica de atividade física,

maior população com consumo excessivo de bebidas alcoólicas, e maior prevalência de tabagismo além da maior média de consumo diário de cigarros por dia.

Esse estudo, portanto, configura-se como mais um alerta à importância do combate aos hábitos de vida que configuram de riscos modificáveis à saúde. Tais hábitos levam a quadros mais graves de doenças, como a SRAG, e geram maiores gastos com a saúde pública. Estima-se que a internação em UTI de um paciente crítico com SRAG, tenha o custo médio de 2102 reais por dia no ano de 2020³⁷. Gastos públicos os quais poderiam ser menores se fosse o investido em medidas de prevenção fosse maior.

REFERÊNCIAS

1. Christian MD, Poutanen SM, Loutfy MR, Muller MP, Low DE. Severe Acute Respiratory Syndrome. *Clin Infect Dis*. 2004 May 15; 38 (10): 1420-1427. [citado 2022 Out 16].
Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/38/10/1420/345616>
2. World Health Organization. Case definitions for the 4 diseases requiring notification to WHO in all circumstances under the International Health Regulations (2005). *Wkly Epidemiol Rec*. 2009 Feb; 84 (07): 52 – 56. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/241283>
3. Peiris JSM, Yuen KY, Osterhaus ADME, Stöhr K. The Severe Acute Respiratory Syndrome. *N Engl J Med*. 2003 Dec 18; 349: 2431-2441. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra032498?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
4. Tesini BL. Coronavírus e síndromes respiratórias agudas (MERS e SARS). *Manual MSD: versão saúde para a família*. 2022 Apr. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/v%C3%ADrus-respirat%C3%B3rios/coronav%C3%ADrus-e-s%C3%ADndromes-respirat%C3%B3rias-agudas-covid-19-mers-e-sars>
5. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. 2020 March 13; 180(7):934–943. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2763184>
6. Guo L, Wei D, Zhang X, Wu Y, Li Q, Zhou M, Qu J. Clinical Features Predicting Mortality Risk in Patients With Viral Pneumonia: The MuLBSTA Score. *Front Microbiol*. 2019

December 03; 10:2752. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2019.02752/full>

7. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Netw Open*. 2020 February 7; 3(2):e200507. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2019.02752/full>
8. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva; Who Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsessionid=E13DD0F27119D58F3582F7FF389269FE?sequence=1
9. Han L, Ran J, Mak YW, Suen LKP, Lee PH, Peiris JSM, et al. Smoking and Influenza-associated Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*. 2019 May; 30(3): 405–417. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: https://journals.lww.com/epidem/Abstract/2019/05000/Smoking_and_Influenza_associated_Morbidity_and.15.aspx
10. Lawrence H, Hunter A, Murray R, Lim WS, McKeever T. *J Infect*. 2019 Aug 26; 76 (5): 401-406. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(19\)30254-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(19)30254-3/fulltext)
11. Han L, Ran J, Mak YW, Suen LK, Lee PH, Peiris JSM, et al. Smoking and Influenza-associated Morbidity and Mortality: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*. 2019 May; 30(3): 405-417. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30789425/>

12. Clift AK, Ende A, Tan PS, Sallis HM, Lindson N, Coupland CAC, et al. *Thorax*. 2021 Sep 27; 77(1): 65-73. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8483921/>
13. Hoballah A, El Haidari R, Badran R, Jaber A, Mansour S, Abou-Abbas L. Smoking status and SARS-CoV-2 infection severity among Lebanese adults: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2022 Sep 24; 22: 746 (2022). [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-022-07728-1#citeas>
14. Simons D, Shahab L, Brown J, Perski O. The association of smoking status with SARS-CoV-2 infection, hospitalization and mortality from COVID-19: a living rapid evidence review with Bayesian meta-analyses (version 7). *Addiction*. 2021 Jun; 116(6): 1319-1368. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590402/>
15. Landecho MF, Tuero C, Valentí V, Bilbao I, Higuera M, Frühbeck G. Relevance of Leptin and Other Adipokines in Obesity - Associated Cardiovascular Risk. *Nutrients*. 2019 Nov 5; 11(11): 2664. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6893824/>
16. Pérez-Hernández AI, Catalán V, Gómez-Ambrosi J, Rodríguez A, Frühbeck G. Mechanisms Linking Excess Adiposity and Carcinogenesis Promotion. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2014 Mar 22; 5(65). [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4013474/>
17. Ryan DH, Ravussin E, Heymsfield S. COVID 19 and the Patient with Obesity - The Editors Speak Out. *Obesity (Silver Spring)*. 2020 May;28(5):847. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228389/>

18. Honce R, Schultz-Cherry S. Impact of Obesity on Influenza A Virus Pathogenesis, Immune Response, and Evolution. *Front Immunol*. 2019 May 10; 10: 1071. [citado 2022 Out 16].
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6523028/>
19. Moser JS, Galindo-Fraga A, Ortiz-Hernández AA, Gu W, Hunsberger S, Galán-Herrera JF, et al. Underweight, overweight, and obesity as independent risk factors for hospitalization in adults and children from influenza and other respiratory viruses. *Influenza Other Respir Viruses*. 2019 Jan;13(1):3-9. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304312/>
20. Barr T, Helms C, Grant K, Messaoudi I. Opposing effects of alcohol on the immune system. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2016 Feb 4; 65: 242-51. [citado 2022 Out 16].
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911891/>
21. Sarkar D, Jung MK, Wang HJ. Alcohol and the Immune System [Editor's Note]. *Alcohol Res*. 2015; 37(2): 153–155. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590612/>
22. Cohen S. Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspect Psychol Sci*. 2021 Jan; 16 (1): 161-174. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7345443/>
23. Ho FK, Celis-Morales CA, Gray SR, Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Hastie C, et al. Modifiable and non-modifiable risk factors for COVID-19, and comparison to risk factors for influenza and pneumonia: results from a UK Biobank prospective cohort study. *BMJ Open*. 2020 Nov 19; 10(11): e040402. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7678347/>

24. Khawaja AP, Warwick AN, Hysi PJ, Kastner A, Dick A, Khaw PT, et al. Associations with covid-19 hospitalisation amongst 406,793 adults: the UK Biobank prospective cohort study [preprint]. medRxiv. 2020 May 11. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092957v1.full>
25. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2020. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/63a687e5/files/uploaded/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>
26. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (ICD). WHO; 2019. [citado 2022 Nov 13]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
27. Dongelmans DA, Termorshuizen F, Brinkman S, Bakhshi-Raiez F, Arbous MS, Lange DW, et al. Characteristics and outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU: a nationwide cohort study on the comparison between the first and the consecutive upsurges of the second wave of the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Ann. Intensive Care*. 2022 Jan 13; 12(5). [citado 2022 Nov 13]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13613-021-00978-3>
28. Gilbert RE, Caldwell L, Misra PS, Chan K, Burns KD, Wrana JL, et al. Overexpression of the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 Receptor, Angiotensin-Converting Enzyme 2, in Diabetic Kidney Disease: Implications for Kidney Injury in Novel Coronavirus Disease 2019. *Can J Diabetes*. 2021 Mar; 45(2):162-166. [citado 2022 Nov 13]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7368650/>
29. Monteiro AC, Suri R, Emeruwa IO, Stretch RJ, Cortes-Lopez RY, Sherman A, et al. Obesity and smoking as risk factors for invasive mechanical ventilation in COVID-19: A

- retrospective, observational cohort study. *PLoS One*. 2020 Dec 22; 15(12): e0238552. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7755188/>
30. Kabbaha S, Al-Azzam S, Karasneh RA, Khassawneh BY, Al-Mistarehi A, Lattyak WJ, et al. Predictors of invasive mechanical ventilation in hospitalized COVID-19 patients: a retrospective study from Jordan. *Expert Rev Respir Med*. 2022 Aug 08; 16(8): 945-952. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17476348.2022.2108796>
31. Bello-Chavolla OY, Bahena-López JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, González-Díaz A, Márquez-Salinas A, et al. Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020 Aug; 105(8): 2752–2761. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/105/8/2752/5849337>
32. Denova-Gutiérrez, E., Lopez-Gatell, H., Alomia-Zegarra, J.L., López-Ridaura, R., Zaragoza-Jimenez, C.A., Dyer-Leal, D.D, et al. The Association of Obesity, Type 2 Diabetes, and Hypertension with Severe Coronavirus Disease 2019 on Admission Among Mexican Patients. *Obesity*. 2020 Jul 01; 28: 1826-1832. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22946>
33. Kalligeros M, Shehadeh F, Mylona EK, Benitez G, Beckwith CG, Chan PA, et al. Association of Obesity with Disease Severity Among Patients with Coronavirus Disease 2019. *Obesity*. 2020 Apr 30; 28 (7): 1200-1204. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.22859>
34. Xie J, Zu Y, Alkhatib A, Pham TT, Gill F, Jang A, et al. Metabolic Syndrome and COVID-19 Mortality Among Adult Black Patients in New Orleans. *Diabetes Care*. 2021 Jan 2021; 44 (1): 188–193. [citado 2022 Out 16]. Disponível em:

<https://diabetesjournals.org/care/article/44/1/188/33269/Metabolic-Syndrome-and-COVID-19-Mortality-Among>

35. Hajifathalian K, Kumar S, Newberry C, Shah S, Fortune B, Krisko T, et al. Obesity is Associated with Worse Outcomes in COVID-19: Analysis of Early Data from New York City. *Obesity*. 2020 May 29; 28 (9): 1606-1612. [citado 2022 Out 16]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oby.22923>
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida, Doenças Crônicas e Saúde Bucal. Rio de Janeiro; 2020. p. 27-52. [citado 2022 Nov 13]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
37. Covid-19: custo médio de diária em UTI é de R\$ 2.102. *Medicina S/A* 2020 Dez 16. [citado 2022 Nov 13]. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/covid-custo-uti/>

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após execução do projeto de pesquisa e a apresentação de resultados no artigo científico, conclui-se que foram cumpridos os objetivos que visavam identificar a frequência do uso do tabaco, ingestão inadequada de bebidas alcoólicas e obesidade, e a relação dessas variáveis com o pior prognóstico da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Quanto às hipóteses, supunha-se que, dos pacientes internados por SRAG, 18% seriam tabagistas, 10% são etilistas, 30% são obesos. Foi encontrado na amostra 12,7%, 4,2% e 9,0%, respectivamente. Durante a produção do artigo, tornou-se relevante incluir dados de ex-tabagistas e ex-etilistas, que não estavam previstos inicialmente nas hipóteses.

A hipótese de que os indivíduos tabagistas, etilistas e obesos teriam maior relação com óbito e maior tempo de internação por SRAG foram refutadas, pois não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre esses grupos. Contudo foi encontrado para todos os grupos (tabagismo, etilismo e obesidade) pelo menos uma relação com uma das variáveis uso de terapia renal substitutiva, intubação orotraqueal e internação em UTI, as quais estão relacionadas à piora do prognóstico dos pacientes internados com SRAG. A obesidade destacou-se como variável com maior número de relações estatisticamente significativas com as variáveis dependentes.

Por fim, os dados encontrados reforçam a importância de investimento em medidas de combate aos hábitos de vida que configuram os riscos modificáveis à saúde. Pois esse estudo é mais um trabalho que confirma que tais hábitos levam a quadros mais graves de doenças, como a SRAG, e, por consequência, podem gerar maiores gastos com a saúde pública.