RSC
ISSN 2594-7524

REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO

Óbitos e casos confirmados de COVID-19 na Bahia: descrição do perfil clínico e epidemiológico

Deaths and confirmed cases of COVID-19 in Bahia: description of the clinical and epidemiological profile

Muertes y casos confirmados de COVID-19 en Bahia: descripción del perfil clínico y epidemiológico

Bruna Vanti da Rocha, *Juliberta Alves de Macêdo*, *Letícia Rios Dias*, *Marielly de Moraes*

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil de casos confirmados e óbitos por COVID-19 notificados no estado da Bahia, no intervalo de um ano. Métodos: Trata-se de um estudo observacional descritivo, desenvolvido a partir de dados sobre COVID-19 disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, do período de março de 2020 a março de 2021. Resultados: Foram confirmados 735.611 casos de COVID-19. O valor acumulado até a data do estudo foi de 13.062 óbitos. Os coeficientes de incidência e mortalidade foram de 4.926 casos para cada 100.000 habitantes e de 87 óbitos para cada 100.000 habitantes. A média de idade dos casos confirmados foi de 40 anos, e, para óbitos, 69 anos. Conclusão: O perfil de casos confirmados é de mulheres adultas, sem comorbidades e que não são profissionais da saúde. O perfil dos óbitos foi de homens, idosos, com comorbidades e com registro do óbito em instituições públicas. O estudo pode oferecer subsídios para o planejamento e execução de políticas públicas de saúde nas diferentes esferas, a fim de contribuir na qualificação dos atores para o enfrentamento da pandemia no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Infecção por Coronavírus; Epidemiologia; Mortalidade; Notificação de agravos.

Histórico do Artigo

Recebido 02 Junho 2021
Aprovado 03 Agosto 2021

Correspondência
Bruna Vanti da Rocha
E-mail: brunavantirocha@gmail.com

Como citar
Rocha BV, Macêdo JA, Dias LR, Moraes M. Óbitos e casos confirmados de COVID-19 na Bahia: descrição do perfil clínico e epidemiológico. Rev. Saúde Col. UEFS 2021; 11(2): e7260.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access)
http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva

DOI: 10.13102/rscdauefs.v11i2.7260

INTRODUÇÃO

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional[1]. A COVID-19 – doença causada pelo SARS-CoV-2 – foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China[1]. Os casos de COVID-19 foram crescendo rapidamente em todo o mundo e, em 11 de março de 2020, a OMS decretou situação de pandemia, momento em que se registraram mais de 118 mil casos da doença, em 113 países, com mais de 4 mil óbitos[2].

Uma pandemia envolve uma doença infecciosa que afeta populações em muitos países, em diferentes regiões, mesmo que de diferentes maneiras, como vem ocorrendo com a COVID-19. Se estes países não estão preparados para controlar a sua disseminação, seus efeitos podem resultar em uma grave interrupção do funcionamento de uma sociedade, bem como exceder sua capacidade de resposta utilizando recursos próprios, configurando a pandemia como um desastre[3].

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), até o final da Semana Epidemiológica (SE) 10, de 2021, no dia 13 de março de 2021, foram confirmados 119.515.052 casos de COVID-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos acumulados (29.400.553), seguido pelo Brasil (11.439.558), Índia (11.359.048), Rússia (4.331.396) e Reino Unido (4.267.015)[4].

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 confirmado foi em 26 de fevereiro de 2020, no Estado de São Paulo[1]. Já na Bahia (BA), o primeiro caso foi confirmado no dia 6 de março de 2020, em Feira de Santana[5]. A transmissão comunitária no Brasil e na BA foi declarada ainda no mês de março e, até o dia 31 de março de 2020, foram confirmados 5.717 casos de COVID-19, com 201 óbitos[5]. A região Nordeste concentrou 875 (15,3%) desses casos, sendo a segunda região do país em número de casos, superada apenas pela região Sudeste[6].

O Brasil é um país com dimensões continentais e grandes iniquidades regionais que repercutem sobre a vida da população[7]. Frente ao cenário da pandemia ocasionada pela COVID-19, tais desigualdades têm contribuído para o aumento das taxas de contaminação e mortalidade no país[7]. O estado da BA possui 417 municípios distribuídos em uma área territorial de 564.760,427 km²[8]. Sua população estimada é de 14.930.634 pessoas, com densidade demográfica de 24,82 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,660, considerado médio[8]. Divide-se em 28 Regiões de Saúde que se aglutinam em 9 Macrorregiões de Saúde, correspondendo ao espaço geográfico de 09 Núcleos Regionais de Saúde[5].

Idosos e pessoas com doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares (por exemplo, hipertensão, doença cardíaca e derrame), doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer têm um risco mais alto de desenvolver quadros graves da COVID-19[1]. Assim, devido às diferentes realidades regionais e às mutações sofridas pelo vírus faz-se necessário reconhecer os perfis de casos confirmados e óbitos. Este estudo tem como objetivo descrever o perfil de casos confirmados e óbitos por COVID-19 notificados no estado da BA, no período de março de 2020 a março de 2021.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, desenvolvido a partir da análise de dados sobre COVID-19 do estado da BA, no período de 5 de março de 2020 a 12 de março de 2021. Foram utilizados os bancos de dados sobre casos confirmados e óbitos por COVID-19 divulgados no site da Secretaria Estadual de Saúde da BA, acessado no dia 13 de março de 2021. As variáveis quantitativas discretas (taxas de incidência e mortalidade) foram calculadas a partir do *software* Excel. Os dados sobre as variáveis qualitativas nominais (sexo, idade tipo de órgão de saúde, comorbidades e ser profissional de saúde) foram exportados para o *software* SPSS 20 e, a partir disso, foram analisados.

Em seguida, foram calculados o coeficiente de incidência por meio das equações e formas de interpretação:

a) Coeficiente de incidência por 100.000 habitantes: (Número de novos casos confirmados de COVID-19 / População do estado) x 100.000 → refere-se ao número de pessoas doentes a cada 100.000 habitantes;

b) Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes: (Número de óbitos por COVID-19 / População) x 100.000 → refere-se ao número de óbitos por COVID-19 a cada 100.000 habitantes.

Foram utilizados no estudo dados de domínio público, sem a identificação dos participantes, o que dispensou a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No estado da BA, durante o período de 6 de março de 2020 a 12 de março de 2021, foram confirmados por critérios clínicos ou laboratoriais 735.611 casos de COVID-19. O primeiro óbito ocorreu no dia 28 de março de 2020 e, a partir dessa data, o valor acumulado até o dia 12 de março de 2021 foi de 13.062 óbitos. Os coeficientes de incidência e mortalidade por COVID-19, calculados até 12 de março de 2021, foram de 4.926 casos para cada 100.000 habitantes e de 87 óbitos para cada 100.000 habitantes.

Observou-se que a média de idade dos casos confirmados para o período em estudo foi de 40 anos, com desvio padrão 18,06. Já como média de idade dos óbitos obteve-se 69 anos, com desvio padrão de 16,41.

Na Tabela 1, tem-se a apresentação dos dados relacionados às variáveis sexo, ser profissional de saúde, e o tipo de comorbidade associada dos casos confirmados da COVID-19. Obteve-se os maiores percentuais entre o sexo feminino (55%), não profissionais de saúde (88,1%) e portador de doença cardíaca (4,6%), como principal comorbidade.

Tabela 1. Características dos casos notificados de COVID-19 ocorridos na BA, durante o período de 5/03/20 a 12/03/21

Características	n (%)
Sexo (n = 735.611)	
Masculino	330.104 (44,90)
Feminino	404.445 (55,00)
Ignorado	1.062 (0,10)
Profissional de saúde (n = 735.611)	
Não	647910 (88,10)
Sim	44170 (6,00)
Sem identificação	43531 (5,90)
Tipo de comorbidade	
Doenças respiratórias crônicas (n = 735.611)	9386 (1,30)
Doenças cardíacas crônicas (n = 735.611)	33829 (4,60)
Diabetes (n = 735.611)	24007 (3,30)
Doenças renais crônicas (n = 735.611)	2994 (0,40)
Imunossupressão (n = 735.611)	3054 (0,40)
Gestante de alto risco (n = 404.445)	167 (0,04)

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da BA, elaborado pelas autoras.

Na Tabela 2, tem-se a apresentação dos dados relacionados às variáveis sexo, presença de comorbidades e tipo de órgão de saúde entre os óbitos ocorridos na BA. Valores mais altos foram encontrados entre o sexo masculino (56%), indivíduos com comorbidades (69,5%) e que tiveram como local de óbito hospitais públicos (69,5%).

Tabela 2. Características dos óbitos por COVID-19 ocorridos na BA, durante o período de 28/03/20 a 12/03/21

Características	n (%)
Sexo (n = 13.062)	
Masculino	7.313 (56,00)
Feminino	5.749 (44,00)
Comorbidade (n = 13.062)	
Sim	9.076 (69,50)
Não	1.161 (8,90)
Sem identificação	2.825 (21,60)
Tipo de órgão (n = 13.062)	
Público	9.616 (73,60)
Privado	2.092 (16,00)
Filantrópico	774 (5,90)
Não informado	580 (4,40)

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da BA, elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

Os coeficientes de incidência e mortalidade por COVID-19, na BA, no período estudado, foram menores do que os valores obtidos nacionalmente, pois, no Brasil, a taxa de incidência acumulada foi de 5.402,2 casos por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade acumulada foi de 131 óbitos por 100 mil habitantes[9]. O estudo avaliou dados acumulados, logo, não identificou alteração relacionada às oscilações ao longo da pandemia. Contudo, a literatura identificou dois diferentes momentos (ondas) do enfrentamento a COVID-19. A primeira onda corresponde ao início da epidemia e sua expansão pela transmissão comunitária. Após a primeira onda, deu-se início a um processo de retomada de atividades econômicas e sociais, o que favoreceu a existência de uma segunda onda, que se atribuiu à não obtenção de imunidade com alto risco de ressurgimento. A segunda onda registra o pico de casos que se dão antes que a doença esteja estabilizada por meio de vacinas[10].

Observou-se que as mulheres formaram a maioria dos casos confirmados de COVID-19 (55%), entretanto, os óbitos ocorreram principalmente entre o sexo masculino (56%). Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Norte revelou perfil semelhante, com maior proporção de casos confirmados no sexo feminino e identificando o sexo masculino como um fator associado à maior risco de morte em decorrência da COVID-19[11]. Dados têm demonstrado que os homens procuram menos os serviços de saúde e apresentam características que podem levar a um declínio no autocuidado[12]. As mulheres, no entanto, preocupam-se mais com sua saúde, procurando os serviços de saúde sempre que necessário, o que pode justificar o maior número de diagnósticos da COVID-19 em mulheres. Estudo realizado durante a pandemia em diferentes regiões do Brasil, afirma que os homens percebem-se mais vulneráveis em razão da presença de doenças crônicas, da necessidade de manter rotina de trabalho que limita a adoção do distanciamento social, das incertezas que ameaçam à manutenção do emprego e dos projetos de realização profissional[13].

Entre os casos confirmados, a média de idade concentrou-se na fase adulta. No entanto, a média de idade entre os óbitos se concentrou na categoria de idosos. Em consonância, estudo relata que, quanto à distribuição dos casos da doença e de óbitos por faixa etária, tem-se observado que há maior incidência da doença na população adulta, mas a letalidade é maior nos idosos[14].

O presente estudo encontrou maior percentual de comorbidades entre os óbitos, corroborando com a literatura, a qual revela que o perfil de pacientes que desenvolveram sintomas mais graves eram idosos e a maioria destes apresentava comorbidades[11,14]. Da mesma forma, outro estudo observou que as pessoas mais gravemente afetadas pela COVID-19 tinham mais de 60 anos, o que se deve provavelmente ao desenvolvimento de uma resposta imu-

nológica disfuncional e/ou ocorrência uma falha na eliminação do vírus pelo organismo[15].

Nos casos confirmados da COVID-19, o grupo de comorbidades com maior percentual foi o das doenças cardíacas crônicas. Dados de uma pesquisa destacam as doenças cardíacas crônicas mais relevantes: a síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvulares, arritmias e hipertensão arterial sistêmica[16]. Regiões geograficamente opostas, BA e Rio Grande do Sul (RS), tem demonstrado perfis próximos de indivíduos portadores de doenças cardíacas, tendo por base sexo, idade, tabagismo e hipertensão arterial. No entanto, o perfil dos indivíduos diverge quanto à raça e aspectos dislipidêmicos. O estado da BA apresenta percentual 11,5% superior e predomínio da raça parda, em comparação ao RS[16]. Pesquisa realizada na BA com indivíduos que haviam sofrido IAM, observou que 40,5% mostraram doses elevadas de colesterol, 52,4% apresentaram níveis pressóricos elevados e 35,7% eram tabagistas. Estudo de Oliveira et al (2020) observou que, em números absolutos, a prevalência de cardiomiopatias no Brasil duplicou entre 1990 e 2017, devido principalmente ao crescimento e envelhecimento populacional.

Entre os casos confirmados da COVID-19, apenas 6% eram profissionais da saúde. Estudo realizado no estado do Pará, entre março e outubro de 2020, encontrou percentual semelhante, obtendo 5,6% dos casos confirmados entre profissionais da saúde[17]. No Brasil, conforme o MS (2021), até 15 de março de 2021, foram notificados 185.170 casos de Síndrome Gripal (SG) suspeitos para COVID-19 em profissionais de saúde. Destes, 51.931 (29,0%) casos foram confirmados, com maiores percentuais entre os profissionais da equipe de enfermagem[3]. Dados retirados da DIVAST - Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador (referência) apontam que, durante o ano de 2020, foram confirmados na BA 4.858 casos de COVID-19 relacionados ao trabalho[18]. No Brasil, todas as medidas de proteção previstas no protocolo de manejo clínico do coronavírus dizem respeito à biossegurança. Contudo, há relatos de profissionais e sindicatos evidenciando condições de trabalho precarizadas, jornadas extenuantes, falta de treinamento e até insuficiência ou indisponibilidade de equipamentos de proteção, mesmo nos serviços de terapia intensiva[19]. No que se refere à saúde dos trabalhadores, a sobrecarga dos serviços de saúde, reflete, além da falta de leitos, o quanto eles têm enfrentado com uma carga excessiva de trabalho e adoecimento [3].

Identificou-se que, sobre o local onde ocorreu o óbito, o maior percentual foi em órgãos públicos de saúde. Este dado corrobora com estudo também realizado na BA, entre março e outubro de 2020, que revela 81,4% de óbitos por COVID-19 ocorrendo em hospitais públicos, indicando que os registros de mortes em órgãos públicos mantiveram-se no topo[20]. No cenário da pandemia, transparecem contradições entre o setor privado e o público: diferenças de estrutura, aquisição de insumos, exames, e qualificação de equipes (em locais em que foram instalados hospitais de campanha, as equipes tiveram que ser enviadas às pressas para cuidar de pacientes graves sem a experiência necessária), o que possivelmente relaciona-se com o maior número de óbitos no setor público[20,22].

No Brasil, a partir de estudo que envolveu 254 mil internações, concluiu-se que quase 80% dos pacientes intubados devido à COVID-19, entre fevereiro e agosto de 2020, morreram. O Nordeste está entre a principal carga geral de internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com mortalidade hospitalar alta e agravada pelas disparidades regionais do sistema de saúde[24]. Tais disparidades ressaltam iniquidades em saúde relacionadas à vulnerabilidade social e econômica, o que influencia a dificuldade de acesso rápido a um tratamento adequado e as circunstâncias necessárias para o autocuidado, diferenciando as condições de saúde iniciais de pacientes que chegam nos serviços públicos e privados[22].

Estima-se que apenas 10,4% da população baiana seja beneficiária de algum serviço de assistência médica privada, o que denota o número expressivo da população dependente dos serviços públicos de saúde[8]. A disponibilidade de leitos em UTI para populações, com e sem plano de saúde, atenta para as iniquidades, uma vez que o Brasil dispõe de 22,8 mil leitos de UTI no Sistema Único de Saúde (SUS) e 23 mil em hospitais privados, sendo, respectivamente, 13,6 para cada 100 mil habitantes que dependem exclusivamente do SUS, e 62,6 para cada 100 mil com plano de saúde[22].

O estudo apresentou limitações quanto à presença de informações incompletas, ausentes ou não informadas no banco de dados utilizado, o que pode ter prejudicado a análise dos dados. Os dados obtidos englobaram dois momentos da pandemia, o que se mostrou como limitação, já que houve mudanças ao longo do período analisado quanto à disponibilidade de testagem, surgimento de novas variantes e informações oficiais sobre a COVID-19. Tudo isso, restringiu a comparação com a literatura e pode ter interferido no perfil de adoecimento e morte. Entretanto, este estudo avaliou dados públicos de fontes oficiais disponíveis no período estudado.

CONCLUSÃO

O perfil de casos confirmados observado neste estudo foi de mulheres adultas, sem comorbidades e não profissionais da saúde. Quanto ao perfil dos óbitos, percebeu-se que a maioria dos registros foi de homens, idosos, com comorbidades e óbito em instituições públicas de saúde. Reconhecer este perfil é importante no sentido de oferecer subsídios como auxílio no planejamento e execução de políticas públicas de saúde nas diferentes esferas, a fim de contribuir na qualificação dos atores para o enfrentamento da pandemia no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Folha informativa. COVID-19 – Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet].

2021 [acesso em 12 mar 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19

2. World Health Organization (WHO). Relatórios de situação de doença por coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso em 12 mar 2021]. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/

3. Fundação Oswaldo Cruz (BR). Boletim Observatório Covid-19 [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021 [acesso em 20 mar 2021]. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/boletim-observatorio-covid-19-fiocruz

4. Teng CT, De Castro Humes E, Navas Demetrio F. Depressão e comorbidades clínicas. Rev. Psiquiatr. Clín. 2005; 32(3):149-59.

5. Secretaria Estadual de Saúde (BA). Plano de vacinação contra a COVID-19 no estado da Bahia [Internet]. 2021. 46 p. [acesso em 20 mar 2021]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Plano-de-Vacinacao-Covid-19.pdf

6. Marinelli NP, Albuquerque LP de A, Sousa IDB de, Batista FM de A, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. Epidemiol. Serv. saude 2020; 29(3):e2020226.

7. Mata MM da, Castro DN de, Gomes CA, Macêdo JA de, Souza LPS. Reorganização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas frente à COVID-19. Com. Ciências Saúde 2020;31(1):1-8.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades e estados - Bahia [Internet]. Brasília: MS; 2021. [acesso em 14 mar 2021]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/.html?

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol. Epidemiol. especial [Internet]. 2021; 54. Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana epidemiológica 7 (14 a 20/2/2021. [acesso em 14 mar 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/25/boletim_epidemiologico_covid_51_reduzido2.pdf

10. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília; CONASS; 2020. 92 p. [acesso em 14 mar 2021]. Disponível em: https://cisama.sc.gov.br/assets/uploads/0bd85-livro-terceira-onda-por-euge-nio-vilac-a-mendes.pdf

11. Galvão MHR, Roncalli AG. Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. Rev. Bras. Epidemiol. 2020; 23:1-10.

12. Silva AS, Barbosa MGA, Souza APB, Rocha AA, Carvalho TWS, Oliveira Lins SR. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). Braz. J. Hea. Rev. 2020;3(2):1966–89.

13. Sousa AR de, Santana T da S, Carvalho ES de S, Mendes IAC, Santos MB, Reis JL, et al. Vulnerabilities perceived by men in the context of the Covid-19 pandemic. Rev Rene 2021; 22:e60296.

14. Barbosa IR, Galvão MHR, Souza Gomes TA de, Sávio Marcelino M, Arthur de Almeida L, De KC. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2020; 23(1):e200171.

15. Riedel RN, Pérez-Pérez A, Sánchez-Margalet V, Varone CL, Maymó JL. Stem cells and COVID-19: are the human amniotic cells a new hope for therapies against the SARS-CoV-2 virus? Stem Cell Res Ther 2021; 12(1):1-19.

16. Santos da Costa FA, Lima Parente F, Sinara Farias M, Lima Parente F, Custódio Francelino P, Linhares Bezerra LT. Perfil demográfico de pacientes com infarto agudo do miocárdio no Brasil: revisão Integrativa. SANARE 2018;17(2):66-73.

17. Campos ACV, Leitão LPC. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. Journal Health NPEPS 2021;6:22-34.

18. Secretaria Estadual de Saúde (BA). Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador [Internet]. 2020 [acesso em 18 mar 2021]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/divast/

19. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, de Souza-Filho JA. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. Ciênc. saúde coletiva 2020;25:2423-46.

20. Pinheiro G, França N LAO, Barbosa L, Avena K. Óbitos por COVID-19 na Bahia: Análise comparativa entre as redes hospitalares pública, privada e filantrópica. Braz j infect dis 2021; 25(1):101163.

21. Macedo MCF, Pinheiro IM, Carvalho CJL, Hilda CJ, Fraga R, Araujo IPC, et al. Correlation between hospitalized patients demographics, symptoms, comorbidities, and COVID-19 pandemic in Bahia, Brazil. PLoS ONE 2020; 15(12):e0243966.

22. Garcia LP, Andrade MP De, Pedebôs LA, Silva E, Traebert DA, Moura GV. Mortalidade por COVID-19 em hospitais públicos e privados de Florianópolis/SC [Internet]. SciELO *preprints* [acesso em 14 mar 2021]. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1630/2588

23. Costa GJ, de Mello MJG, Ferreira CG, Bergmann A, Thuler LCS. Increased incidence, morbidity and mortality rates for lung cancer in women in Brazil between 2000 and

2014: An analysis of three types of sources of secondary data. Lung Cancer 2018;125(September):77-85.

24. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. Lancet Respir Med 2021;407-18.

Agradecimentos

Agradecemos ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina pelo estímulo à produção científica e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro à pesquisa.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of confirmed cases and deaths by COVID-19 notified in the state of Bahia, during one year. Methods: This is a descriptive observational study, developed from data on COVID-19 available on the website of the State Health Department of Bahia, from March 2020 to March 2021. Results: 735,611 cases of COVID-19 were confirmed. The accumulated value until the end of the study was 13,062 deaths. The incidence and mortality coefficients were 4,926 cases per 100,000 inhabitants and 87 deaths per 100,000 in habitants. The average age of confirmed cases was 40 years, and, for deaths, 69 years. Conclusion: The profile of confirmed cases shows adult women, without comorbidities and who are not health professionals. The profile of deaths was that of men, elderly, with comorbidities and with a record of death in public institutions. The study can offer subsidies for the planning and execution of public health policies in different spheres, in order to contribute to qualify actors of the Unified Health System face the pandemic.

Keyword: Coronavirus infection; Epidemiology; Mortality; Disease notification.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de casos confirmados y defunciones por COVID-19 notificados en el estado de Bahía, en el plazo de un año. Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo, desarrollado a partir de datos sobre COVID-19 disponibles en el sitio web de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía, de marzo de 2020 a marzo de 2021. Resultados: Se confirmaron 735,611 casos de COVID -19. El valor acumulado hasta la fecha del estudio fue de 13.062 defunciones. Los coeficientes de incidencia y mortalidad fueron 4.926 casos por 100.000 habitantes y 87 defunciones por 100.000 habitantes. La edad promedio de los casos confirmados fue de 40 años y, para los fallecidos, de 69 años. Conclusión: El perfil de casos confirmados es de mujeres adultas, sin comorbilidades y que no son profesionales de la salud. El perfil de defunciones fue de hombres, ancianos, con comorbilidades y con registro de defunciones en instituciones públicas. El estudio puede brindar apoyo para la planificación y ejecución de políticas públicas de salud en diferentes ámbitos, con el fin de contribuir a la calificación de los actores para enfrentar la pandemia en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Infección por coronavirus; Epidemiología; Mortalidad; Notificación de enfermedades.