

Artigo original

## Perfil epidemiológico de pacientes com condições não relacionadas à COVID-19: comparação entre pré-pandemia e pandemia

Profile of patients with conditions unrelated to COVID-19: comparison between pre-pandemic and pandemic

*Perfil epidemiológico de pacientes con afecciones no relacionadas con COVID-19: comparación entre pre-pandemia y pandemia*

Tainá Bustamante Sanches Martos<sup>1</sup> , Luiz Humberto Vieri Piacezzi<sup>1</sup> ,  
Karina Aparecida Lopes da Costa<sup>1</sup> ,  
Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes<sup>1</sup> , Ruth Ester Assayag Batista<sup>1</sup> ,  
Cássia Regina Vancini Campanharo<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** comparar o perfil epidemiológico de pacientes atendidos durante a pandemia, por condições não relacionadas à COVID-19, e usuários assistidos no período pré-pandemia. **Método:** estudo retrospectivo, realizado no Hospital São Paulo, de agosto de 2021 a agosto de 2023, com dois grupos (pré e pandemia), estratificados em blocos. A coleta de dados ocorreu por meio do prontuário eletrônico com os primeiros 20 participantes de cada mês. Análise descritiva das variáveis contínuas foi realizada por meio da média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo, considerando valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** foram analisados 520 pacientes, divididos igualmente, com média de idade, sexo, raça e tempo de internação semelhante entre eles, porém houve diferenças nas unidades de internação e desfechos. **Conclusão:** constatou-se similaridade entre os dois grupos, ocorrendo mais admissões em Unidades de Terapia Intensiva e mais óbitos no grupo pré-pandemia, e mais internações no serviço de emergência no grupo pandemia com mais altas. **Descritores:** COVID-19; Serviços Médicos de Emergência; Cuidados Médicos; Enfermagem; Emergências

### Abstract

**Objective:** to compare the epidemiological profile of patients treated during the pandemic for conditions unrelated to COVID-19 and users treated in the pre-pandemic period. **Method:** a retrospective study was carried out at *Hospital São Paulo*, from August 2021 to August 2023, with two groups (pre and pandemic), stratified into chunks. Data collection took place through electronic medical records with the first 20 participants of each month. Descriptive analysis of continuous variables was performed using mean, standard deviation, median, minimum and maximum, considering a  $p$ -value  $< 0.05$ . **Results:** 520 patients were analyzed, divided equally, with similar mean age, sex, race and length of hospital stay, but there were differences in

hospitalization units and outcomes. **Conclusion:** similarity was found between the two groups, with more admissions to Intensive Care Units and more deaths in the pre-pandemic group and more hospitalizations in the emergency department in the pandemic group, with more discharges.

**Descriptors:** COVID-19; Emergency Medical Services; Medical Care; Nursing; Emergencies

## Resumen

---

**Objetivo:** comparar el perfil epidemiológico de pacientes atendidos durante la pandemia por afecciones no relacionadas con la COVID-19 y usuarios atendidos prepandemia. **Método:** estudio retrospectivo, realizado en Hospital São Paulo, de agosto de 2021 a agosto de 2023, con dos grupos (pre y pandemia), estratificados en bloques. La recolección de datos se realizó a través de historia clínica electrónica con los primeros 20 participantes de cada mes. Se realizó análisis descriptivo de variables continuas utilizando media, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo, considerando valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** se analizaron 520 pacientes, divididos en partes iguales, con promedio de edad, sexo, raza y duración de estancia hospitalaria similares, pero hubo diferencias en unidades de hospitalización y resultados. **Conclusión:** se encontró similitud entre los dos grupos, con más ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos y más muertes en el grupo prepandemia, más ingresos en urgencias en el grupo pandemia, con más altas.

**Descriptoros:** COVID-19; Servicios Médicos de Urgencia; Atención Médica; Enfermería; Urgencias Médicas

## Introdução

O surgimento do vírus SARS-CoV-2, em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, China, teve um impacto na dinâmica socioeconômica global. Isso resultou em mudanças no estilo de vida da população. Pertencente à família *Coronaviridae*, esse vírus provoca uma variedade de sintomas, incluindo tosse, febre e várias condições fisiopatológicas multissistêmicas, resultando em diferentes apresentações clínicas: desde casos assintomáticos, que são os mais comuns, até casos graves.<sup>1-2</sup>

A partir de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a pandemia de COVID-19. Devido à natureza altamente transmissível dessa doença infecciosa, para a qual se tinha um conhecimento limitado, ocorreu uma reestruturação nos serviços de atendimento hospitalar. No contexto brasileiro, implementaram-se portarias autorizando a criação de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19. Além disso, recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde foram alocados para todos os estados, visando ao combate a essa condição.<sup>3-5</sup>

Em resposta à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, declarada pelo Comitê de Monitoramento de Eventos do Ministério da Saúde, foi aprovado um Projeto de Lei sobre quarentena para conter a potencial sobrecarga dos hospitais em decorrência do aumento das infecções. Simultaneamente, foi recomendada uma série de medidas não farmacológicas à população para controlar e prevenir a COVID-19, incluindo distanciamento social, garantia de boa ventilação em ambientes fechados, higienização adequada das mãos, prática da etiqueta respiratória e uso de máscaras.<sup>6-7</sup>

Como parte das medidas adotadas pelas instituições hospitalares, houve a suspensão de atendimentos ambulatoriais e procedimentos eletivos para conter a propagação do vírus. A interrupção das cirurgias eletivas ocorreu, principalmente, para evitar a exposição ao vírus, preservar leitos de cuidados críticos para pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave e evitar uma crise nos sistemas de saúde público e privado.<sup>8</sup>

Como consequência, várias instituições de saúde observaram uma queda no número de visitas aos serviços de emergência por doenças não relacionadas à COVID-19. No Brasil, por exemplo, houve uma redução de 57% nas visitas ao setor de emergência de um hospital privado especializado em cuidados cardiovasculares, em comparação ao ano anterior. Nos Estados Unidos da América (EUA), pesquisa baseada no Programa Nacional de Vigilância Sindrômica (NSSP, em inglês, *National Syndromic Surveillance Program*) revelou uma diminuição de 42% nas visitas aos serviços de emergência. Além disso, identificou-se redução de 23% nas admissões por infarto agudo do miocárdio, 20% por acidente vascular cerebral e 10% por crise hiperglicêmica. Na China, também foi observada uma baixa de 62% na procura por serviços hospitalares, em comparação à mesma época do ano anterior. Esse fenômeno pode ser atribuído, principalmente, ao medo de exposição ao vírus em ambiente hospitalar, o que pode agravar quadros clínicos de alto risco e contribuir para o aumento da morbidade e mortalidade relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares.<sup>9-12</sup>

Acredita-se que compreender esse contexto pode contribuir para a implementação de medidas educacionais para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, enfatizando a importância do acompanhamento regular de sua saúde, independentemente da situação, para evitar o aumento da morbidade e mortalidade

por essas doenças. Portanto, o objetivo deste estudo foi comparar o perfil epidemiológico de pacientes atendidos durante a pandemia, por condições não relacionadas à COVID-19, e usuários assistidos no período pré-pandemia.

## Método

Estudo retrospectivo e analítico, baseado nas recomendações do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE), realizado de 2021 a 2023, no Hospital São Paulo (HSP), hospital universitário da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com 750 leitos, referência para casos de alta complexidade, localizado na zona Sul do município de São Paulo.

A população foi composta por pacientes adultos, com 18 anos ou mais, sem diagnóstico confirmado de COVID-19, atendidos no setor de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco do serviço de emergência (SE) e internados nos períodos de 16 de março de 2019 a 15 de março de 2020 (grupo pré-pandemia) e 16 de março de 2020 a 16 de março de 2021 (grupo pandemia). Foram excluídos os usuários com registros incompletos nos prontuários.

Os dados foram coletados do prontuário eletrônico de agosto de 2021 a agosto de 2023. A estratificação foi feita em bloco; esta estratégia tem como objetivo garantir que os grupos pré-pandemia e pandemia de COVID-19 sejam equilibrados quanto ao número de participantes. Dessa forma, foram incluídos os primeiros 20 pacientes internados em cada mês dos períodos analisados.

As variáveis estudadas foram idade, sexo, raça, comorbidades, principal motivo de procura pelo SE, risco de deterioração clínica na entrada, categoria da classificação de risco (CR), principal sistema orgânico acometido na admissão e desfechos (tempo de internação, alta, transferência, evasão ou óbito).

O risco de deterioração clínica foi avaliado pelo *Modified Early Warning Score* (MEWS). O MEWS é um escore advindo dos seguintes parâmetros clínicos: frequência cardíaca; frequência respiratória; temperatura; pressão arterial sistólica; e nível de consciência. Um escore total é gerado pela somatória da pontuação atribuída a cada parâmetro, e se o resultado for entre 0 e 2, a ferramenta indica baixa gravidade clínica. Caso for de 3 a 4 pontos, é sugestivo de gravidade clínica intermediária. Para condições

de saúde que resultem em uma pontuação igual ou maior que 5 nesse escore, haverá uma severa condição clínica, associada, portanto, ao risco aumentado de morte, como também a maior necessidade de admissão em UTI ou Unidade Coronariana Intensiva.<sup>13</sup>

A categoria de risco na entrada foi coletada por meio do protocolo de CR utilizado no HSP, que é institucional, e alicerçado nas diretrizes do Ministério da Saúde. O instrumento é composto por cinco categorias, indicadas por cores, que são correlacionadas ao tempo de espera para atendimento médico de acordo com a gravidade clínica: vermelho (atendimento imediato); laranja (10 minutos); amarelo (1 hora); verde (2 horas); azul (4 horas).<sup>14-15</sup>

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica do programa *Microsoft Office Excel*<sup>®</sup>, versão 2003. A análise descritiva das variáveis contínuas foi realizada por meio da média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absoluta e relativa. A associação das variáveis numéricas entre os grupos foi realizada pelos testes *t* de Student e Mann-Whitney, e, no caso das variáveis categóricas, os testes qui-quadrado, teste da razão de verossimilhança e McNemar. O nível de significância definido foi a 95% ( $p < 0,05$ ).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sob Protocolo nº 60833421.1.0000.5505, na data de 18 de novembro de 2022, sendo a pesquisa conduzida conforme os padrões éticos exigidos (Resoluções nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde).

## **Resultados**

Foram incluídos 520 pacientes, com 260 em cada grupo (pré-pandemia e pandemia), a média de idade, sexo, raça e tempo de internação entre as amostras foi semelhante. Além disso, notou-se que os usuários, durante a pandemia, apresentaram maior percentual de atendimentos na emergência, porém, no período pré-pandemia, ocorreu maior percentual de internações na UTI. Em relação aos desfechos, o grupo pandemia obteve mais alta, os pacientes do período pré-pandemia apresentaram mais óbitos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Caracterização demográfica dos pacientes (n=520)

Variáveis	Período		Valor de
	Pré-pandemia n	Pandemia n	
<b>Idade</b>			
Média (DP*)	56,66 (±18,86)	54,44 (±19,26)	0,1843*
<b>Sexo</b>			
Masculino	144 (55,4)	148 (56,9)	0,7237†
Feminino	116 (44,6)	112 (43,1)	
<b>Raça</b>			
Branca	154 (59,5)	156 (60,2)	0,3671‡
Preta	29 (11,2)	21 (8,1)	
Pardo	71 (27,4)	80 (30,9)	
Amarela/indígena	5 (1,9)	2 (0,8)	
<b>Unidades</b>			
Internação	130 (50)	132 (50,8)	0,0237†
Emergência	95 (36,5)	111 (42,7)	
Unidade de Terapia Intensiva	35 (13,5)	17 (6,5)	
<b>Tempo médio de internação</b>	10,18 (±12,5)	8,63 (±15,11)	0,2008
<b>Desfechos</b>			
Alta	210 (80,8)	234 (90)	0,0117†
Transferência/evasão	7 (2,7)	4 (1,5)	
Óbito	43(16,5)	22 (8,5)	

Nota: \*DP - desvio padrão; †teste qui-quadrado; ‡teste da razão de verossimilhança

Não houve diferença significativa entre os grupos pré-pandemia e pandemia em relação às variáveis clínicas (Tabela 2). O mesmo ocorreu em relação ao acometimento dos sistemas orgânicos. Em ambos os períodos, o sistema mais comprometido foi o digestório, com 16,2%, no grupo pré-pandemia, e 23,5%, no grupo pandemia, seguido dos sistemas cardiológico, com 14,6%, e respiratório, com 13,5%, na amostra pré-pandemia, e 14,6%, na amostra pandemia. Logo após, em quarto e quinto lugar, respectivamente, estavam os sistemas neurológico (12,3% no grupo pré-pandemia e 13,8% no grupo pandemia) e musculo-esquelético (9,2% no grupo pré-pandemia e 8,5% no grupo pandemia).

**Tabela 2** – Comparação das variáveis clínicas entre os grupos pré-pandemia e pandemia (n=520)

Variáveis	Período		Valor de p
	Pré-pandemia n(%)	Pandemia n(%)	
<b>Nível de consciência</b>			
Alerta	26 (86,9)	223 (85,8)	
Responde à voz	23 (8,8)	30 (11,5)	0,2772†
Responde à dor	5 (1,9)	1 (0,4)	
Arresponsivo	6 (2,3)	6 (2,3)	
<b>Frequência cardíaca - média (<math>\pm</math>DP*)</b>	93,53(23,74)	93,26 (22,24)	0,8954
<b>Pressão arterial sistólica - média (<math>\pm</math>DP*)</b>	127,95 (26,65)	130,03 (29,17)	0,3971
<b>Frequência respiratória - média (<math>\pm</math>DP*)</b>	19,83 (5,97)	19,61 (5,25)	0,6624
<b>Temperatura - média (<math>\pm</math>DP*)</b>	36,45 (1,03)	36,41 (0,96)	0,6605
<b>Classificação de risco</b>			
Amarelo	89 (34,2)	113 (43,5)	
Laranja	57 (21,9)	57 (21,9)	0,1071‡
Vermelho	71 (27,3)	52 (20,0)	
Verde/Azul	43 (16,5)	38 (14,6)	
<b>Modified Early Warning System</b>			
Risco leve	146 (56,2)	144 (55,4)	0,8490‡
Risco moderado	49 (18,8)	54 (20,8)	
Risco alto	65 (25,0)	62 (23,8)	
<b>Comorbidades</b>			
Nenhuma	35 (13,5)	37 (14,2)	
1 a 2	128 (49,2)	113 (43,5)	0,5438†
3 a 4	49 (18,8)	60 (23,1)	
> 5	48 (18,5)	50 (19,2)	

Nota: \*DP- desvio padrão †teste da razão de verossimilhança ‡teste qui-quadrado

## Discussão

O perfil dos pacientes nos grupos pré e pandemia foram similares em relação à média da idade, ao sexo, à raça e ao tempo de internação. Diferentemente do analisado pela pesquisa desenvolvida em hospital privado de São Paulo, quando comparado o ano de 2020 com os anos de 2019 e 2018, houve aumento na média de idade na pandemia. Indivíduos de idade inferior a 16 anos tiveram menos visitas ao pronto atendimento por condições não relacionadas à COVID-19, enquanto que os idosos de 60 a 69 anos apresentaram maior número de visitas. Em relação ao sexo, o feminino foi o mais prevalente, divergente aos resultados deste estudo, no qual foi o masculino.<sup>16</sup>

Nos dois períodos analisados, a CR mais prevalente foi a amarela, indicando urgência clínica moderada com tempo de espera de até 1 hora, além de constar uma ou duas comorbidades como predominantes no histórico clínico. Ademais, segundo análise retrospectiva realizada em hospital terciário de referência no Brasil, o número de atendimentos emergenciais sofreu queda de em média 52% de 2020 a 2019 e de 2020 a 2018, apresentando aumento expressivo dos casos graves e diminuição dos casos leves, evidenciando, portanto, um cenário distinto quando comparado a este estudo.<sup>16</sup>

Em relação às internações, pesquisas semelhantes demonstraram que, durante o decurso pandêmico, houve uma diminuição na procura pelo SE por pacientes não COVID-19, assim como hospitalizações, o que inclusive aumentou a mortalidade nos casos de neoplasias, doenças cardiovasculares e endócrinas. Isso se justifica pelo bloqueio epidemiológico e como resposta da população à mensagem de alerta em relação à procura pelos serviços de saúde. Em casos de hospitalização, o tempo médio de internação foi sucinto, inclusive para quadros agudos, como foi demonstrado em trabalho realizado em hospitais de referência do National Health Service (NHS), na Inglaterra, com pacientes com síndrome coronariana.<sup>17-19</sup>

No grupo pré-pandemia, houve mais pacientes admitidos em UTI, enquanto que, no grupo pandemia, o cenário foi diferente, com mais usuários sendo atendidos nas unidades de emergência. Pode-se inferir que ocorreu uma reserva de vagas de UTI para as demandas relacionadas à COVID-19. Pesquisa realizada com o objetivo de identificar as linhas de ação implementadas por hospitais universitários federais como parte do

plano de contingência pandêmico demonstrou que os hospitais universitários foram a principal porta de entrada dos casos graves de COVID-19, sendo necessário: organização de unidades específicas para COVID-19; aumento do número de leitos; aquisição de equipamentos de proteção individual e insumos; elaboração de protocolos; e educação permanente e contratação de profissionais.<sup>1</sup>

Em relação ao MEWS, não existiu diferença entre os dois períodos, apresentou-se maior proporção de pacientes com baixo e moderado risco de deterioração clínica. Divergentemente dos achados, outra pesquisa realizada no setor de emergência de hospital geral privado especializado em cuidados cardiovasculares constatou que os usuários que procuraram o serviço apresentavam demandas mais complexas e maior deterioração clínica.<sup>9</sup>

Ademais, a principal complicação da COVID-19 é a insuficiência respiratória aguda. Sendo assim, o grau de hipoxemia está relacionado ao mal prognóstico. O MEWS não conta com a variável “saturação de oxigênio”, limitando seu desempenho, o que pode justificar a similaridade encontrada entre os grupos não só nas pontuações, mas em cada variável. Quanto à frequência respiratória, era de se esperar que esta variável elevasse a pontuação do MEWS no grupo de pandemia, entretanto houve similaridade no resultado entre os grupos. A contagem da frequência respiratória é o sinal vital mais suscetível a ser sonogado, estimado ou falsamente registrado.<sup>20-22</sup>

Ao avaliar os desfechos, o grupo pandemia obteve mais altas hospitalares, comparado ao grupo pré-pandemia, no qual houve mais registro de óbitos. Estudo desenvolvido na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, que avaliou a quantidade de paradas cardiorrespiratórias atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, no período que antecedeu a pandemia e durante a pandemia, constatou um aumento de 33% nos casos de mortes domiciliares, sem distinção da causa, sendo a maioria relacionada às comorbidades do aparelho cardiovascular. Essa alta taxa de óbito domiciliar pode demonstrar que pacientes com outras doenças não procuraram atendimento hospitalar por receio da infecção pela COVID-19. Nesse contexto, as futuras unidades emergenciais enfrentarão maiores desafios no que diz respeito à manutenção do acompanhamento clínico de doenças crônicas.<sup>23</sup>

Em vista disso, a educação em saúde se mostrou uma aliada no reconhecimento precoce de sinais de declínio do estado clínico por parte dos pacientes com doenças crônicas prévias e na identificação do momento de procura por serviços especializados. Além disso, a adoção de medidas preventivas e a autogestão do cuidado estão relacionadas a menores índices de morbimortalidade.<sup>24</sup>

Outrossim, análise retrospectiva, realizada em serviços de emergência de 186 hospitais nos EUA, constatou que a capacidade de atendimentos foi menor em 2020, quando comparado ao mesmo período de 2019, indicando queda no volume de visitas, além de revelar um aumento da mortalidade, averiguando a hipótese de que, conforme o volume de pacientes diminui no pronto atendimento, a taxa de mortalidade aumenta.<sup>25</sup>

O presente estudo teve como limitação ter sido realizado em centro único, com ausência de automação dos dados e registro das variáveis de difícil acesso imediato, sendo necessária a busca pelos parâmetros nas anotações referentes às primeiras 24 horas da entrada no serviço.

Este estudo contribui para a prática clínica à medida que enfatiza a importância da procura por serviços hospitalares quando há deterioração clínica, sobretudo nos casos em que previamente existam doenças crônicas de base, as quais requerem uma gestão contínua e comprometida do plano terapêutico, mesmo diante de adversidades, como as impostas pela pandemia. Assim, é fundamental ressaltar a necessidade da elaboração de um plano de ação e o rastreamento dessas condições em futuros eventos de grandes proporções em saúde pública, a fim de assegurar o atendimento a todos os usuários com condições crônicas e evitar o agravamento do quadro clínico.

## **Conclusão**

Houve mais admissões em UTI e mais óbitos no grupo pré-pandemia, além de mais internações no SE no grupo pandemia, com mais altas. Esses achados, apesar da similaridade entre as amostras, traduzem a necessidade de políticas públicas que incentivem a educação em saúde para o autogerenciamento das condições crônicas de saúde, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e diminuindo a morbimortalidade associada a essas doenças. Deve ocorrer um planejamento que inclua protocolos de triagem, acompanhamento regular e intervenções personalizadas,

assegurando que todos os indivíduos com condições crônicas recebam o atendimento adequado. Isso não só ajudará a evitar o agravamento do quadro clínico, mas também a mitigar o impacto das crises de saúde sobre essa população vulnerável, garantindo, assim, uma resposta mais eficaz e equitativa a futuros desafios sanitários.

## Referências

1. Eger PPG, Rodrigues HC, Mancilla PNB, Erdmann AL, Santos JLG. Action lines adopted by university hospitals based on contingency plans during the COVID-19 pandemic. *Rev Enferm UFSM* 2024;14:e7. doi: 10.5902/2179769284459.
2. Pereira-Ávila FMV, Guedes MCC, Rocha HS, Góes FGB, Goulart MCL, Caldeira NMVP. Production and validation of a digital booklet on the use of masks in the COVID-19 pandemic context. *Rev Enferm UFSM* 2024;13:e58. doi: 10.5902/2179769284812.
3. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2020 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 568/GM, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0568\\_26\\_03\\_2020.html#:~:text=Art.,exclusivo%20dos%20pacientes%20COVID%2D19.&text=III%20%2D%20os%20equipamentos%20e%20o,para%20o%20funcionamento%20dos%20leitos](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0568_26_03_2020.html#:~:text=Art.,exclusivo%20dos%20pacientes%20COVID%2D19.&text=III%20%2D%20os%20equipamentos%20e%20o,para%20o%20funcionamento%20dos%20leitos). Acesso em: 2021 ago. 17.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 480/GM, de 23 de março de 2020. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID-19. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 58, p. 80, 25 mar. 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0480\\_25\\_03\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0480_25_03_2020.html). Acesso em: 2021 ago. 17.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356/GM, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 49, p.185, 12 mar. 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.htm). Acesso em: 2021 ago. 17.
7. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020 [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>.

8. Conselho Federal de Medicina (CFM). Posição do Conselho Federal de Medicina sobre a pandemia de COVID-19: contexto, análise de medidas e recomendações [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2020 [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/covid-19cfm.pdf>.
9. Jardim TV, Jardim FV, Jardim LMV, Coragem JT, Castro CF, Firmino GM, et al. Alterações no perfil dos pacientes atendidos no Pronto Socorro durante o surto de COVID-19 em um hospital geral especializado em tratamento cardiovascular no Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(1):140-3. doi: 10.36660/abc.20200595.
10. Lange SJ, Ritchey MD, Goodman AB, Twentyman E, Imperatore G, Stein Z, et al. Potential Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Use of Emergency Departments for Acute Life-Threatening Conditions - United States, January-May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(25):795-800. doi: 10.15585/mmwr.mm6925e2.
11. Sun H, Liu K, Meng L, Tang S, Wang J, Nie S, et al. The influence of coronavirus disease 2019 on emergency department visits in Nanjing, China: a multicentre cross-sectional study. *Am J Emerg Med*. 2020;38(10):2101-9. doi: 10.1016/j.ajem.2020.07.086.
12. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, Moraes MA, Bernal RTI. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde Debate*. 2021 dez;45(N Esp 2):68-81. doi: 10.1590/0103-11042021E205.
13. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM*. 2001;94(10):521-6. doi:10.1093/qjmed/94.10.521.
14. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto MF, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triage at the Emergency Department: association between triage levels and patient outcome. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):783-9. doi: 10.1590/S0080-623420150000500011.
15. Oliveira GN, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Barbosa DA, Okuno MFP, Batista REA. Correlação das categorias de classificação de risco com aspectos clínicos e desfechos. *Rev Latinoam Enferm*. 2016;24:e2842. doi: 10.1590/1518-8345.1284.2842.
16. Souza Júnior JL, Teich VD, Dantas ACB, Malheiro DT, Oliveira MA, Mello ES, et al. Impacto da pandemia da COVID-19 no volume de atendimentos no pronto atendimento: experiência de um centro de referência no Brasil. *Einstein (Sao Paulo)*. 2021;19:eAO6467. doi: 10.31744/einstein\_journal/2021AO6467.
17. Santi L, Golinelli D, Tampieri A, Farina G, Greco M, Rosa S, et al. Non-COVID-19 patients in times of pandemic: emergency department visits, hospitalizations and cause-specific mortality in Northern Italy. *PLoS One*. 2021;16(3):e0248995. doi: 10.1371/journal.pone.0248995.
18. Cârstea A, Mită A, Forțofoiu MC, Doica IP, Cârstea D, Diaconu ID, et al. Profile of patients with cardiovascular diseases during the pandemic in a cardiology clinic of a COVID-19 support hospital. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(10):1887. doi: 10.3390/healthcare10101887.
19. Mafham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. *Lancet*. 2020 Aug 08;396(10248):381-9. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31356-8.
20. Salter B, DeBenedictis B, Spatafora L, Kapralik J, Luo C, Qiu S, et al. Hospitalised COVID19 outcomes are predicted by hypoxaemia and pneumonia phenotype irrespective of the timing of their emergence. *BMJ Open*. 2022 Dec 29;12(12):e062453. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062453.
21. Hu H, Yao N, Qiu Y. Predictive value of 5 early warning scores for critical COVID19 patients. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022 Feb;16(1):232-9. doi: 10.1017/dmp.2020.324.

22. Kellett J, Sebat F. Make vital signs great again - A call for action. Eur J Intern Med. 2017 Nov;45:13-9. doi: 10.1016/j.ejim.2017.09.018.

23. Guimarães NS, Carvalho TML, Machado-Pinto J, Lage R, Bernardes RM, Peres ASS, et al. Aumento de Óbitos Domiciliares devido a parada cardiorrespiratória em tempos de pandemia de COVID-19. Arq Bras Cardiol. 2021;116(2):266-71. doi: 10.36660/abc.20200547.

24. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. Ann Phys Rehabil Med. 2012;55(5):322-41. doi: 10.1016/j.rehab.2012.04.003.

25. Gutovitz S, Pangia J, Finer A, Rymer K, Johnson D. Emergency department utilization and patient outcomes during the COVID-19 pandemic in America. J Emerg Med. 2021;60(6):798-806. doi:10.1016/j.jemermed.2021.01.002.

**Fomento / Agradecimento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

## **Contribuições de autoria**

### **1 – Tainá Bustamante Sanches Martos**

Autor Correspondente

Enfermeira, Graduada – sanches.taina@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

### **2 – Luiz Humberto Vieri Piacuzzi**

Enfermeiro, Mestre – piacuzzi@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

### **3 – Karina Aparecida Lopes da Costa**

Enfermeira, Mestre – karina.costa@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito

### **4 – Maria Carolina Barbosa Teixeira Lopes**

Enfermeira, Doutora – lopes.carolina@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

### **5 – Ruth Ester Assayag Batista**

Enfermeira, Pós-Doutora – ruth.ester@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

### **6 – Cássia Regina Vancini Campanharo**

Enfermeira, Doutora – cvancini@unifesp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

**Editor-Chefe:** Cristiane Cardoso de Paula

**Editor Associado:** Etiane de Oliveira Freitas

### **Como citar este artigo**

Martos TBS, Piacezzi LHV, Costa KAL, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV. Profile of patients with conditions unrelated to COVID-19: comparison between pre-pandemic and pandemic. Rev. Enferm. UFSM. 2024 [Access at: Year Month Day]; vol.14, e30:1-14. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769286128>