

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

COVID-19

SUMÁRIO

- Introdução..... 02
- Cenário Mundial.....02
- Situação Nacional.....03
- Cenário Regional.....04
- Sistema de Informação.....05
- Cenário epidemiológico...07
- Espiritualidade e sua relação com COVID-19.....10
- Conclusão.....12
- Referências

Este informe trata-se do volume de notificações de COVID-19 no estado do Mato Grosso, no município de Várzea Grande e no bairro Capão Grande entre o período de janeiro de 2020 a dezembro de 2022, retirados da base de dados INDICA-SUS através da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso.



ACADÊMICOS DE MEDICINA ETAPA 2/UNIVAG

Caio Matias Brito Marques
Gabriel Antunes Feijó
Júlia Souto Azambuja
Luiza Bressan Rosa
Maurício Pires de Almeida Júnior
Vitória Cristina Rodrigues

DOCENTE RESPONSÁVEL PELO PROJETO
Tamyris Helen Kleindinst Schramm Penso

SUPERVISORA DO PEI
Patrícia da Silva Ferreira



Programa Extensionista Integrador

Edição nº 1. Dezembro de 2023
Centro Universitário – UNIVAG
Curso de Medicina
Programa Extensionista Integrador

ISSN: 2966-2222

Introdução

O estado de Mato Grosso, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2022, tem uma população composta por 3.658.649 pessoas, sendo maior que a parcela de indivíduos do gênero masculino. O município de Várzea Grande, observado neste informe epidemiológico, corresponde ainda a 8,2% da população do Mato Grosso, com cerca de 300.078 munícipes, aprofundando mais nosso olhar, temos como foco de estudo a Unidade de Estratégia de Saúde da Família - Maria José Pedrosa, localizada no bairro periférico do Capão Grande¹.

A pandemia de COVID-19, assolou todos os estados brasileiros, produzindo números altos de notificação até o início da distribuição dos imunizantes em todos os municípios da federação. O planejamento mais coerente no início da campanha foi a vacinação ser realizada em pontos estratégicos para alcançar o maior número de pessoas mais suscetíveis ao vírus e suas complicações. Coronavírus é uma família de vírus conhecida antes mesmo da pandemia da COVID-19 uma vez que em períodos anteriores a 2019 já havia ocorrido a explosão de duas doenças relacionadas a esse grupo, sendo elas a SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) e a MERS (Middle East Respiratory Syndrome)². A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda que pode afetar outros sistemas do organismo humano, que tem como agente etiológico o vírus SARS-CoV-2, essa doença ganhou características pandêmicas em meados de 2019/2020, anunciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³. Quando comparado com as outras patologias (SARS e MERS) geradas pela mesma família a taxa de mortalidade da COVID-19 é baixa, sendo apenas 2%, porém por causa de sua alta taxa de transmissão, a COVID-19 é mais mortal, apresentando mais mortes em números absolutos³. O aparecimento da COVID-19 foi considerada o quadro perfeito, principalmente pelas seguintes características do vírus SARS- CoV-2: estrutura e peculiaridade de infecção, alta taxa de transmissão entre humanos, grande período de incubação somado a alta carga viral, casos assintomáticos ou com sinais brandos. Do momento da constatação da sendo as principais: alfa beta. gama. delta e ômega. Cada variante surgiu em um determinado período e região do planeta, somando seus impactos julho de 2022 já tinham infectado mais de 500 milhões de pessoas e causado 6 milhões ²⁻³.

Cenário Mundial

A cidade de Wuhan, na China, foi o ponto de origem do COVID-19, em meados de julho do ano de 2019, porém não há uma confirmação concreta a respeito do surgimento dessa doença. Diante das incertezas da conjuntura, duas teorias surgiram, sendo a primeira a mais provável, que diz a respeito ao desenvolvimento da doença estar relacionada a uma zoonose (transmissão animal-homem), enquanto a outra acredita que a COVID-19 foi uma doença laboratorial projetada na China, teoria essa que foi investigada por órgãos internacionais e prontamente descartada. A primeira teoria tem como base o fato que a maioria das

variantes de vírus humanos têm origem animal, como todas as variantes dessa família. Somado a isso, foi percebido uma facilidade na troca do vírus entre diferentes espécies e na recombinação genética dos vírus⁴⁻⁵.

A evolução dos Coronavírus humano (WCoVs) está relacionada com a urbanização desgovernada e a falta de controle sanitário, o principal local de início do SARS-CoV-2 foi o mercado Haunan em Wuhan, sendo que dos casos relatados 2/3 estavam relacionados com a venda de animais vivos realizadas no local, 28% eram ligados ao mercado em si e 55% tinham influência de outros mercados da cidade. Assim, o conhecimento prévio da zoonose e esses dados sobre os locais de início do vírus aumentam a credibilidade dessa teoria⁴. Atualmente a COVID-19 já está controlada e não é mais considerada uma doença pandêmica, tendo como principal fator para esse controle as vacinas produzidas por diversos laboratórios (Pfizer, Sanofi. Astrazeneca entre outros) ainda assim as constantes mutações que ocorrem no sars-cov-2 e parte da população não imunizada, geram vítimas ainda em 2023, sendo no Brasil mais de 30 milhões de casos e 700 mil mortes².

Situação Nacional

Paralelamente à evolução mundial, no Brasil, houve a primeira notificação de caso confirmado de COVID-19 em 26 de fevereiro de 2020. No período entre a notificação do primeiro caso até 4 de junho de 2022 (correspondente ao 116º boletim epidemiológico especial sobre a doença pelo novo coronavírus-COVID 19, na 22ª semana epidemiológica - última divulgada no ano de 2022 pelo Ministério da Saúde-MS) foram registrados 31.153.069 de casos confirmados e 666.997 óbitos por COVID-19 no Brasil, sendo as taxas de incidência acumulada de 14.711,8 casos por 100 mil habitantes e de mortalidade acumulada foi de 315,0 óbitos por 100 mil habitantes⁷. No fim da semana epidemiológica 22 de 2022, houve 30.063.576 casos recuperados e 422.496 casos em acompanhamento. Cronologicamente, a evolução desse evento de saúde foi caracterizada por três picos de óbitos: na 30ª semana epidemiológica de 2020, na 14ª semana de 2021 e na 6ª semana de 2022⁹. A vacinação teve início somente na terceira semana epidemiológica de 2021 e coincidiu com a queda das taxas de mortalidade pela doença; mesmo com a vacinação a taxa de morbidade não teve diminuição esperada devido à circulação de variantes genômica de SARS-coV-2, sendo as de impacto mais expressivo no aumento de morbidade: Omicron, Gama e Delta⁸⁻⁹. De acordo com as bibliografias analisadas, o combate à transmissão e evolução da COVID-19 foi bastante dificultosa, com falta de adesão eficaz e rápida da população à imunização, devido às medidas políticas de impactos relacionados à pandemia, sendo a falta de responsabilização sanitária, a falta de condução com base em princípios científicos e a falta de centralização na tomada de decisões, ações essas que contribuíram para a aumento moroso dos índices de vacinação⁹⁻¹⁰.

Contudo, mesmo frente às adversidades foi alcançado cobertura vacinal de 80% da população até dezembro de 2021 e, após a terceira onda em 2022, uma queda significativa de casos a partir de março desse mesmo ano. Ademais, a pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo no país em diversos

aspectos; hospitais e sistemas de saúde em várias partes do país ficaram sobrecarregados devido ao grande número de pacientes, e houve dificuldades no fornecimento de leitos de UTI e equipamentos médicos, a falta de recursos, infraestrutura e desigualdades no acesso exacerbou a crise do sistema de saúde. Além disso, dificuldades do cenário pandêmico desencadearam situações que são enfrentadas até os dias atuais, como o impacto na educação pelo método de ensino a distância (EAD) imposta durante o período de propagação viral, que contribuiu para uma elevada taxa de evasão escolar e falha na alfabetização nas faixas etárias mais novas, outrossim o impacto na economia por restrições de movimentação, acarretando a perda de diversas microempresas e negócios da população brasileira, assim como o aumento da taxa de desemprego, além disso, o número elevado de mortes impactou a estrutura social, bem como o psicológico e estabilidade familiar da sociedade como um todo ¹⁰. Em virtude desses impactos, houve, também, a acentuação das desigualdades sociais e econômicas no país.

A classe científica concluiu que a virose se trata de uma infecção respiratória aguda que pode se disseminar por gotículas, secreções respiratórias e contato com pacientes infectados. A sua transmissão pode ser direta ou indireta. A forma de contágio direto consiste na capacidade do vírus de ser transmitido pelo contato com pessoas infectadas. Em contrapartida, o contágio indireto é feito por superfícies contaminadas, como plásticos e aço inoxidável, com capacidade de permanecer infectadas por até 72 horas ¹¹⁻¹².

Nesse contexto, ocorre o predomínio da transmissão direta do SARS-CoV-2 por aerossol, com a propagação de partículas virais suspensas no ar, expelidas por um indivíduo contaminado. Portanto, uma pessoa pode ser contaminada inalando as partículas infecciosas produzidas quando um indivíduo infectado exala, fala, grita, canta, espirra ou tosse¹¹⁻¹². Comprovando tal situação, pode-se mencionar que existem medições que mostram que a fala produz milhares de partículas de aerossol infectante. Diante disso, é nítido que o contato com pessoas infectadas é uma situação que facilita a transmissão. Ademais, ambientes fechados e mal ventilados são uma das condições que contribuem para o maior risco de transmissão do SARS-CoV-2⁹. Isso ocorre, devido aos seguintes fatores característicos de ambientes fechados: as partículas de aerossóis podem permanecer suspensas no ar por períodos prolongados; as pessoas geralmente se encontram fisicamente mais próximas umas das outras, o que facilita a propagação do vírus por meio de gotículas respiratórias. A má circulação de ar em espaços fechados permite que o vírus permaneça suspenso no ar por mais tempo, aumentando a probabilidade de outras pessoas inalarem partículas infecciosas. Em contrapartida, ambientes abertos com ventilação podem reduzir em 40% a 60% o risco de transmissão SARS-CoV-2 . Sendo assim, ambientes abertos são significativamente menos propensos à transmissão do SARS-CoV-2 do que ambientes fechados¹⁰⁻¹².

Cenário Regional

No Brasil, em 16 de março de 2021, no auge da pandemia, vinte quatro unidades federativas e o Distrito Federal estavam na zona de alerta crítica, sendo que das quais quinze apresentaram taxas de

ocupação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) COVID-19 superiores a 90%, entre essas o estado de Mato Grosso⁷.

A utilização de UTIs COVID-19 para adultos superaram a taxa de 80% nas vinte e sete capitais do país. O Estado de Mato Grosso registrou, até 13 de março de 2021, 270.169 casos confirmados da COVID-19 e 6.219 óbitos em residentes em nosso estado, resultando um taxa de incidência de 7.819,4/100.000 habitantes, taxa de mortalidade 180,0/100.000 habitantes e letalidade de 2,3%. Com a colaboração dos fatores epidemiológicos para a transmissão e instalação do COVID-19 no Mato Grosso, em 11 de março de 2021, dezesseis municípios foram classificados como alto risco para o coronavírus: Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Carlinda, Cuiabá, Nova Mutum, Nova Xavantina, Peixoto de Azevedo, Pontes e Lacerda, Primavera do Leste, Rondonópolis, Sinop, Sorriso, Várzea Grande, Conquista D'Oeste Cotriguaçu¹³.

O ano de 2023, nos apresenta uma estabilidade, quando comparado ao auge epidemiológico registrado no ano de 2021, devido ao sucesso da campanha de vacinação. Entretanto, houve registro até 20 de outubro de 2023 de 887.528 casos, 15.149 óbitos, além de uma incidência de 25471,0/100.000 habitantes e uma taxa de mortalidade de 434,81 óbitos¹³.

A distribuição vacinal no Mato Grosso. Em 20 de janeiro de 2021, foi iniciada a imunização contra COVID-19 no país sendo, até 17 de março de 2021 vacinadas com a primeira dose 4,3% da população brasileira (9.281.548) e com a segunda dose, 1,4% da população (3.539.612). Em Mato Grosso a cobertura vacinal chegou a 3,4% (119.484) e 1,5% (53.460) da população do estado, sendo utilizado 72,5% dos imunobiológicos recebidos até aquele momento⁷⁻¹³.

Sistema de Informação

O cenário e a utilização de sistema de informação O e-SUS (Sistema Eletrônico de Informação do Sistema Único de Saúde) é uma plataforma desenvolvida pelo Ministério da Saúde que auxilia na coleta, armazenamento, processamento e análise de informações de saúde em nível nacional, estadual e municipal. Ele foi criado como parte da estratégia de informatização do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha um papel crucial na gestão da saúde pública no país. Os números da pandemia no estado eram considerados crítico no panorama que se apresentava, intensificando a importância da utilização adequada dos sistemas de informação disponíveis, para melhor controle epidemiológico e uma cobertura ideal dos índices de contaminação, agravos e mortalidade.

Dessa forma, tal situação corrobora para formulação da ficha de notificação exclusiva de COVID-19 (figura 1) com detalhamentos sobre o indivíduo contaminado, sinais e sintomas entre outros aspectos importantes, fomentando um combate mais eficiente ao Sars-Cov-2 ⁶.



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

IDENTIFICAÇÃO				
Município de Notificação:	UF de notificação:	Data da Notificação:		
Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de saúde: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissional de segurança: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CPF:	CNS:	Passaporte:		
Ocupação (CBO):				
Nome Completo:				
Nome Completo da Mãe:				
Data de nascimento:	País de origem:			
Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Indígena Se indígena, informar etnia:			
É membro de povo ou comunidade tradicional? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual?				
Estado de residência:		Município de Residência:	CEP: - / - / -	
Logradouro:		Número:	Bairro:	
Complemento:				
Telefone 1:		Telefone 2:		
E-mail:				
ESTRATÉGIA E LOCAL DE REALIZAÇÃO DA TESTAGEM				
Estratégia: (Marcar X)	Diagnóstico assistencial (sintomático)	Busca ativa de assintomático	Triagem de população específica	
Se busca ativa de assintomático: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Monitoramento de contatos <input type="checkbox"/> Investigação de surtos <input type="checkbox"/> Monitoramento de viajantes com risco de VOC (quarentena) <input type="checkbox"/> Outro:	Se triagem de população específica: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Trabalhadores de serviços essenciais ou estratégicos <input type="checkbox"/> Profissionais de saúde <input type="checkbox"/> Gestantes e puérperas <input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais <input type="checkbox"/> Outro:	
Local de realização da testagem: (Marcar X)	<input type="checkbox"/> Serviço de saúde (UBS, hospital, UPA etc.) <input type="checkbox"/> Farmácia ou drogaria <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Escola	<input type="checkbox"/> Aeroporto <input type="checkbox"/> Domicílio ou comunidade	
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS				
Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustativos <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros				
Data do início dos sintomas: / /				
Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto) <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outros				
Campos preenchidos automaticamente pelo sistema.				
Recebeu vacina Covid-19? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se recebeu vacina Covid-19, informar:	Dose	Data da vacinação	
		1ª dose		
		2ª dose		
			Laboratório produtor da vacina	
			Lote da vacina	
EXAMES LABORATORIAIS				
Tipo de teste	Estado do teste		Data da coleta	Resultado
RT-PCR	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
RT-LAMP	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não detectável <input type="checkbox"/> Detectável <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
Teste sorológico IgA	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
Teste sorológico IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
Teste sorológico IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
Teste sorológico – anticorpos totais	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgM	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado
Teste rápido de anticorpo IgG	<input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Concluído	<input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Não Solicitado		<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo ou indeterminado

Figura 1- Ficha de notificação COVID-19, modelo de 2021.

Fonte: Ministério da Saúde.DATASUS.Tabnet.Brasília, DF: Ministério da Saúde 2021

A utilização do e-SUS na Atenção Básica (AB), colabora do processo constante de combate ao COVID-19, permitindo a coleta eficiente sobre o indicador estudado, incluindo informações sobre casos confirmados, suspeitos e óbitos. Isso é fundamental para entender a disseminação da doença e tomar decisões baseadas em evidências ⁶. Diante disso, com o e-SUS, os profissionais e autoridades de todas as esferas monitoram os casos em tempo real, o que é crucial para a identificação de surtos, alocação de recursos e a ações de controle de qualquer situação que saia dos parâmetros de normalidade.

A obrigatoriedade das notificações em casos suspeitos e confirmados de COVID-19 garantem uma constância nos informes para os governantes e população em geral ⁶. Outra atuação importante é na vacinação, monitorando as taxas de imunização contra o COVID-19 na população, bem como a distribuição de vacinas, no registro de doses administradas, aprazamento e na geração de certificados eletrônicos de vacinação. A construção de políticas públicas, ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, facilitação do trabalho de profissionais de saúde, observação e transformação social são atravessados pela e-SUS.

Cenário Epidemiológico

Gráfico 1. Notificações Estado de Mato Grosso e Município Várzea Grande.



Fonte: Própria dos autores.

O gráfico traz dados sobre os casos de COVID-19 notificados nos anos de 2020, 2021 e 2022 no estado do Mato Grosso e no município de Várzea Grande. O estado totalizou 79.480 casos nos três anos analisados, sendo o município estudado corresponde 10,5% da totalidade calculada, com 8.347 casos notificados. Analisando as notificações disponibilizadas observamos uma subida gradativa de casos no ano de 2020 e uma com súbita elevação em 2021. Entretanto com o início da campanha de imunização no começo do ano de 2022, é visível a queda das notificações em geral.

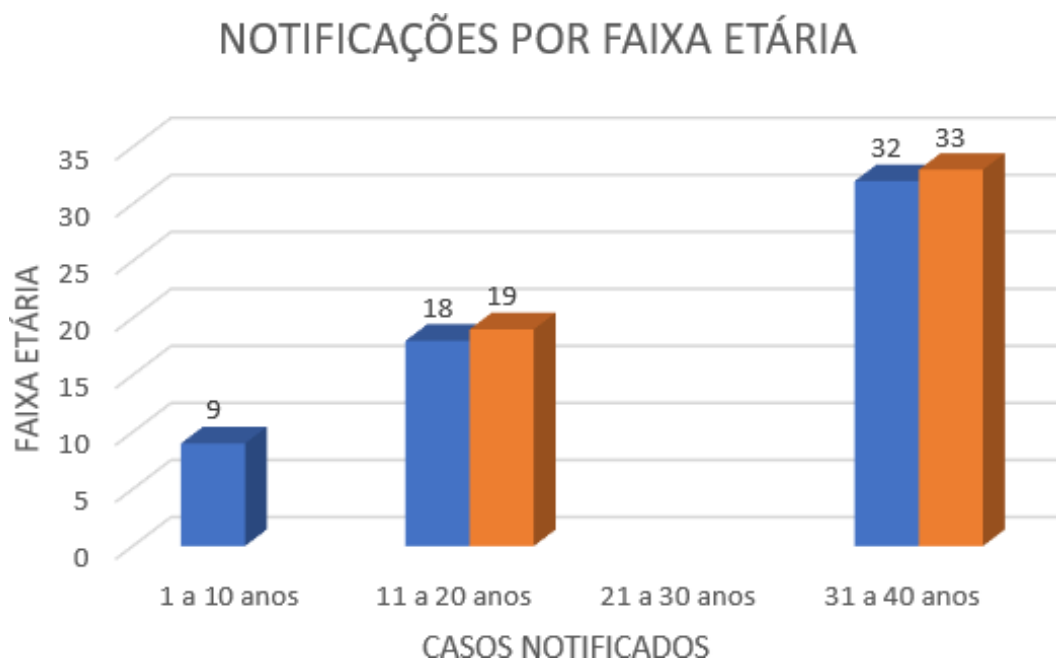
Gráfico 2. Notificação de COVID-19 por sexo.



Fonte: Própria dos autores.

O gráfico 2 representado acima, traz os dados sobre casos de COVID-19 notificados no ano de 2022 no bairro Capão Grande em Várzea Grande, dando ênfase na divisão de casos notificados por sexo. O bairro totalizou no ano de 2022 cinco casos que foram notificados, sendo três deles de sexo masculinos e dois deles de sexo feminino. Assim, analisa-se nos casos notificados que a população masculina se mostrou mais suscetível a contrair o vírus que a população feminina.

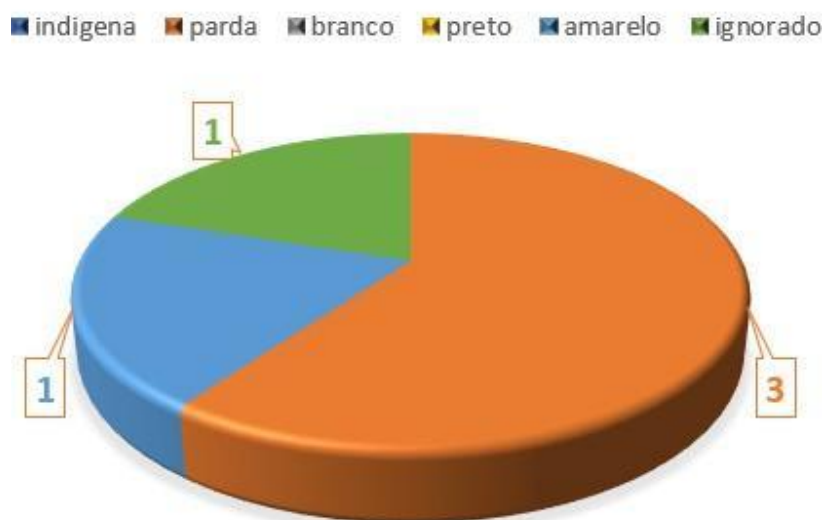
Gráfico 3. Faixa etária predominante nas notificações de COVID-19.



Fonte: Própria dos autores.

A figura 4, traz dados sobre casos de COVID-19 notificados no ano de 2022 no bairro Capão Grande em Várzea Grande, dando ênfase na divisão de casos notificados por idade. O bairro totalizou um número de 6 casos notificados. Sendo assim pode ser analisado através do gráfico que o maior número de casos se deu em pessoas com mais de 31 anos enquanto pessoas de idades menores tiveram um número igual de casos notificados entre si.

Gráfico 4. Raça/cor predominantes nas notificações.
NOTIFICAÇÃO POR RAÇA/COR

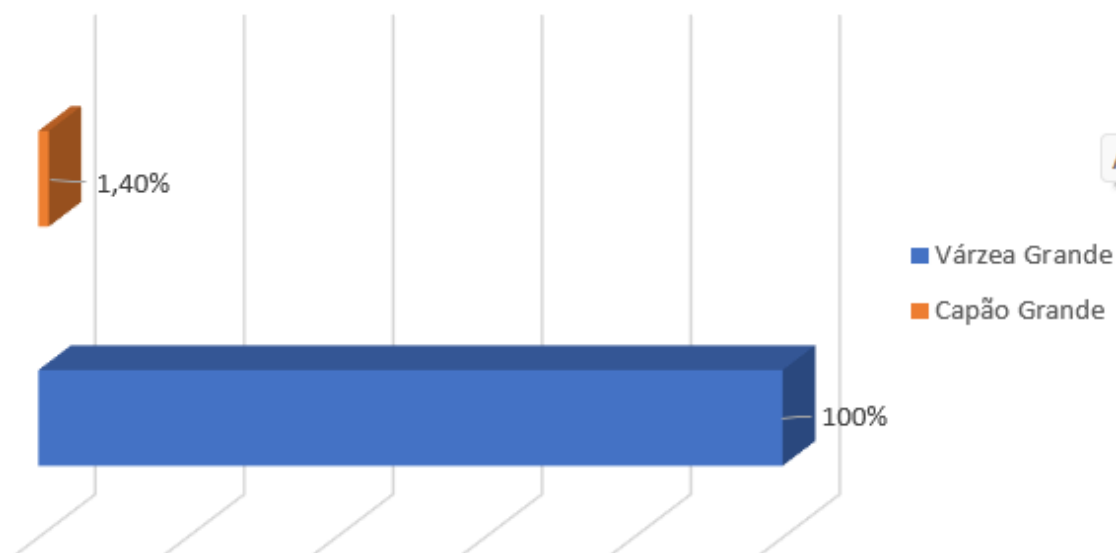


Fonte: Própria dos autores.

O gráfico 4 traz dados sobre a autodeclaração de raça/cor feita pelos pacientes nos casos de COVID- 19 notificados no ano de 2022 no bairro Capão Grande em Várzea Grande. O bairro totalizou um número de cinco casos notificados, com três casos de autodeclaração de pessoas pardas, uma notificação com autodeclaração amarela e uma ignorada/não declarada. Predominou a autodeclaração parda.

Gráfico 5. Representação em porcentagens das notificações de COVID-19 no bairro do Capão Grande em relação à totalidade do município.

NOTIFICAÇÃO BAIRRO x MUNICÍPIO



Fonte: Própria dos autores.

O gráfico 5 nos mostra a representação em porcentagens das notificações locais feitas na ESF Maria José Pedrosa em 2022 em relação a porcentagem total do município de Várzea Grande. As cinco notificações realizadas pela ESF correspondem a 1,4% das 336 notificações totais.

Espiritualidade e COVID-19

A crise sanitária provocada pelo COVID-19, que assolou o Brasil e o mundo, evidenciou a importância crucial da vigilância em saúde em seu enfrentamento. No contexto brasileiro, a relação entre o COVID-19 e a vigilância em saúde é intrínseca e multifacetada. Primeiramente, a rápida disseminação do vírus destacou a necessidade de um sistema de vigilância robusto para detectar, monitorar e responder a surtos epidêmicos. Além disso, a vigilância em saúde desempenhou um papel vital na coleta e análise de dados epidemiológicos, auxiliando nas estratégias dos órgãos governamentais. A identificação de áreas de alta transmissão, grupos vulneráveis e padrões de propagação permitiu a implementação de medidas preventivas e políticas de saúde direcionadas. Através da vigilância epidemiológica, tornou-se claro que comunidades marginalizadas e economicamente vulneráveis estavam mais expostas ao vírus, evidenciando desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde no Brasil, destacando a necessidade de abordagens inclusivas na vigilância em saúde. O sofrimento global desencadeado em 2019 provocou reflexões profundas sobre a espiritualidade humana. Diante da incerteza e do medo, muitos indivíduos recorreram à espiritualidade em busca de consolo e compreensão. Para alguns, a espiritualidade tornou-se uma esperança, oferecendo um refúgio emocional em meio ao caos. O exercício da espiritualidade tem um papel crucial ao

fornecer estruturas para lidar com o isolamento, dificuldades, perdas e luto. Rituais religiosos e práticas espirituais ajudaram as pessoas a encontrarem significado na morte, conexão com algo maior que elas e conforto em momentos de dor. Além disso estar espiritualizado influencia nas atitudes em relação à saúde e ao autocuidado, as evidências científicas enfatizam a importância de tal relação, no incentivo a práticas saudáveis, boas relações sociais e aderência a tratamentos de saúde, prevenindo com mais facilidade instalação de doenças, sua recuperação e aceitação de quadros irreversíveis. A solidariedade também foi promovida pela espiritualidade, com muitas comunidades religiosas e organizações baseadas em fé, mobilizando recursos para ajudar os necessitados. A ideia de servir aos outros como uma expressão de fé ganhou destaque, resultando em iniciativas benevolentes que visam aliviar o sofrimento dos afetados pela COVID-19.

Entretanto, a pandemia também levantou questões filosóficas complexas sobre o propósito do sofrimento e a existência de um plano sobrenatural em meio à calamidade. Algumas pessoas viram a crise como um teste de fé, enquanto outras questionaram suas crenças diante da magnitude do sofrimento humano. Em síntese, a relação entre a COVID-19 e a espiritualidade é profundamente pessoal e culturalmente variada. Enquanto para alguns, a espiritualidade ofereceu consolo e orientação, para outros, ela representou desafios e questionamentos. No entanto, é inegável que a pandemia provocou muitas elucubrações sobre o papel da espiritualidade em tempos de adversidade, destacando a sua importância como um recurso significativo para enfrentar as incertezas da vida.

Relato de experiência: Ao longo das nossas atividades práticas do Projeto Extensionista Integrador - PEI tivemos contato com a população do bairro Capão Grande durante as visitas feitas à unidade de Estratégia de Saúde da Família - ESF Maria José Pedrosa. Observamos as experiências vivenciadas pela comunidade durante o período de isolamento diante da pandemia de COVID-19, as quais tiveram grande relação com a espiritualidade e a religião pessoal.

Sendo assim, conseguimos perceber o quanto esse período afetou psicologicamente os indivíduos, uma vez que o isolamento social e a incapacidade de manter uma rotina estável foram fatores que ocasionaram, muitas vezes, um sentimento de tristeza ou angústia e em alguns casos, evoluíram para quadros de depressão e ansiedade. Além disso, a perda de familiares e pessoas próximas ocasionou uma desestabilização emocional duradoura em certos indivíduos da comunidade, sendo esse, um dos principais motivos para a busca pela religião e espiritualidade. A prática religiosa e o mundo espiritual foi um refúgio e um conforto psicológico para diversas pessoas da região, promovendo uma aproximação maior da fé e uma maior adesão às práticas religiosas, as quais tinham como objetivo a busca por uma solução das dificuldades. Ademais, foi possível analisar a importância do papel dos líderes religiosos para os fiéis no contexto da pandemia, uma vez que diante de um cenário de dificuldades em manter a saúde mental, serviram como fonte de apoio para os fiéis, auxiliando-os na parte espiritual e buscando sempre oferecer palavras de conforto e paz.

Portanto, as observações feitas durante o convívio com a comunidade nos levou a compreender a importância da religião e da espiritualidade durante a pandemia de COVID-19, fazendo-nos entender melhor as individualidades de cada um e suas respectivas crenças e fé.

Conclusão

O semestre de atividades do Programa Extensionista Integrador – PEI, executado na unidade de ESF Maria José Pedrosa no bairro Capão Grande, se apresentou muito desafiador, principalmente quanto ao acesso a informações sobre o indicador a nível local, sendo esta devido a troca do sistema de informação e as altas demandas imposta pela pandemia, fator que acarretou perda de dados prévios sobre os casos suspeitos, confirmados, óbitos e vacinação de COVID-19 dos anos de 2020 a 2022.

Nessa perspectiva, os discentes e preceptora precisarem realizar pesquisas aprofundadas menos específicas da região do Capão Grande. Entretanto, mesmo frente a esse entrave, realizaram a coleta e filtragem de diversos dados válidos em documentos oficiais referenciados neste informe técnico e de relatos dos trabalhadores na unidade, sendo o último utilizado como base para a realização da atividade de devolutiva e conscientização da comunidade local.

Os dados nos revelam que no ano de 2020, houve um crescimento exponencial do número de notificações de COVID-19 no estado do Mato Grosso, com cerca de 27.427 casos. Já o município de Várzea Grande, apresentou no mesmo ano um total de 3.122 casos notificados, esses índices eram reflexo do cenário nacional e mundial. O contágio acelerado atingiu seu pico em 2021 no estado do Mato Grosso, com cerca de 48.630 casos suspeitos e confirmados. As notificações a nível municipal também seguiram essa alta, com 4.889 casos.

Por fim, uma queda na transmissão começou a se desenhar somente no ano de 2022, com o fortalecimento e acesso ampliado da vacinação. As taxas que antes eram na casa de milhares, cederam para as centenas, sendo notificados apenas 336 casos de COVID-19 no município de Várzea Grande e 3.423 casos no estado. Já na unidade de saúde foco do nosso estudo, foram notificadas cerca de 5 casos, com prevalência de pessoas pardas, homens com mais de 30 anos, compatível com a população atendida no local. Não foi possível fazer um comparativo de anos anteriores por inacessibilidade dos dados. O município chegou a computar 10,5% dos casos totais do estado, entretanto com as ações de imunização estratégicas realizadas no auge da pandemia e o estabelecimento da vacinação no nível básico, que amplia o acesso a toda a população, os números relacionado ao indicador COVID-19 são cada vez menores.

A testagem em massa de fácil acesso nas unidades básicas de saúde, conscientização popular sobre a transmissão e letalidade do Sars-Cov-2, uso de máscara em casos sintomáticos e assintomáticos, isolamento em casos confirmados ou suspeitos e sobretudo a disposição de imunizantes no calendário nacional de vacinação, são ações imprescindíveis para controle da transmissão, baixa casos e óbitos causados por essa viremia.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades e Estados [acesso em Outubro de 2023]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;382(16):1564-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2004973>
3. Heneghan C, Spencer E, Brassey J et al. SARS-CoV-2 and the role of airborne transmission: a systematic review. *F1000Research*. 2021; (published online March 24.) (preprint). <https://doi.org/10.12688/f1000research.52091.1> →the lance
4. Hao YJ, Wang YL, Wang MY, Zhou L, Shi JY, Cao JM, Wang DP. The origins of COVID-19 pandemic: A brief overview. *Transbound Emerg Dis*. 2022 Nov;69(6):3181-3197. doi: 10.1111/tbed.14732. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36218169; PMCID: PMC9874793.
5. Chen W, Zhang N, Wei J, Yen H-L, Li Y. Short-range airborne routes dominate exposure to respiratory infection during close contact. *Building Environ* 2020; 176: 106859
6. Bulfone TC, Malekinejad M, Rutherford GW, Razani N. Outdoor Transmission of SARS-CoV-2 and Other Respiratory Viruses: A Systematic Review. *J Infect Dis*. 2021 Feb 24;223(4):550-561. doi: 10.1093/infdis/jiaa742. PMID: 33249484; PMCID: PMC7798940.4
7. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial: Doença pelo Novo Coronavírus - COVID 19. Brasília, DF, 10 de junho de 2022.
8. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP, Carmo EH, Duncan BB, et al. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020–2022.
9. Girão, MMF; Coelho, NP; Barroso, BS; Gadelha, MSV. Perfil Epidemiológico dos Pacientes de SARS-COV-2 no Brasil. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2020/Jul; Volume 14, N.51: p 646 - 658.
10. Rocha-Melogno L, Crank K, Bergin MH, Gray GC, Bibby K, Deshusses MA. Quantitative risk assessment of COVID-19 aerosol transmission indoors: a mechanistic stochastic web application. *Environ Technol*. 2023 Apr;44(9):1201-1212. doi: 10.1080/09593330.2021.1998228. Epub 2021 Nov 13. PMID: 34726128
11. Johansson MA, Quandelacy TM, Kada S, et al. SARS-CoV-2 transmission from people without COVID-19 symptoms. *JAMA Network Open* 2021; 4: e20350
12. Lippi G, Sanchis-Gomar F, Henry BM. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): the portrait of a perfect storm. *Ann Transl Med* 2020;8(7):497. doi: 10.21037/atm.2020.03.157
13. Painel Coronavírus//Brasil [homepage na internet] Casos confirmados: Acumulados, incidência e casos novos. [Acessado agosto/2023]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.