

ARTIGO ORIGINAL



Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19 em recém-nascidos no Brasil em 2020–2021

COVID-19 severe acute respiratory syndrome in Brazilian newborns in 2020–2021

Andressa Rocha Pereira^I , Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco^{II} ,
Silmary da Silva Brito Costa^{III} , Denise Ailine Monteiro Lopes^{III} , Vanessa Vieira Pinheiro^I ,
Daniel Cavalcante de Oliveira^{IV} , Amanda Namíbia Pereira Pasklan^V ,
Jamesson Amaral Gomes^{VI} , Alcione Miranda dos Santos^{II} , Mônica Elinor Alves Gama^I

^IUniversidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina – São Luís (MA), Brasil.

^{II}Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – São Luís (MA), Brasil.

^{III}Universidade Federal do Ceará, Campus Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.

^{IV}Universidade Federal do ABC, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.

^VUniversidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina – Pinheiro (MA), Brasil.

^{VI}Secretaria de Segurança Pública – São Luís (MA), Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características clínicas dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 em recém-nascidos (RNs) em 2020 e 2021, no Brasil, registrados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

Métodos: As variáveis analisadas foram: sexo, raça/cor, hospitalização, internação em unidade de terapia intensiva (UTI), uso de suporte ventilatório, sinais e sintomas (febre, tosse, saturação de O₂<95%, dispneia, desconforto respiratório, diarreia e vômitos), evolução (óbito ou cura), fatores de risco/comorbidades. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Houve 1.649 registros de SRAG por COVID-19 em RNs, com predomínio de pardos nos dois anos. Os sintomas mais frequentes foram, respectivamente, em 2020 e 2021: desconforto respiratório (67,0 e 69,7%), febre (46,3 e 46,2%) e tosse (37,0 e 46,3%). Em 2020, 30,5% dos pacientes receberam suporte ventilatório invasivo, e 41,6% em 2021. Além disso, mais de 55% dos casos precisaram de internação em UTI, e acima de 16% morreram. **Conclusão:** Destaca-se a elevada proporção de casos que precisou de cuidados intensivos e que evoluíram para óbito.

Palavras-chave: COVID-19. Síndrome respiratória aguda grave. Recém-nascido. Brasil. Epidemiologia. Saúde pública.

AUTORA CORRESPONDENTE: Andressa Rocha Pereira. Praça Gonçalves Dias, 21, Centro, CEP: 65020-240, São Luís (MA), Brasil. E-mail: andressa.rocha@discente.ufma.br

CONFLITO DE INTERESSES: nada a declarar.

COMO CITAR ESSE ARTIGO: Pereira AR, Branco MRFC, Costa SSB, Lopes DAM, Pinheiro VV, Oliveira DC, et al. Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19 em recém-nascidos no Brasil em 2020–2021. Rev Bras Epidemiol. 2023; 26:e230012. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230012.2>

Esse é um artigo aberto distribuído sob licença CC-BY 4.0, que permite cópia e redistribuição do material em qualquer formato e para qualquer fim desde que mantidos os créditos de autoria e de publicação original.

Recebido em: 22/08/2022

Revisado em: 11/11/2022

Aceito em: 23/11/2022



INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o estado de pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus identificado como SARS-CoV-2¹. Inicialmente limitados às faixas etárias mais elevadas, casos graves, progressivamente, foram sendo registrados entre neonatos, o que trouxe grandes desafios à assistência em saúde para esse grupo etário².

Os recém-nascidos (RNs) representam um grupo de risco em razão da imaturidade do sistema imune e outras condições, como a prematuridade, que são responsáveis por importantes mudanças no sistema respiratório³. Assim, esta pesquisa objetivou descrever as características clínicas dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 na faixa etária de 0 a 28 dias em 2020 e 2021 no Brasil.

MÉTODOS

Estudo descritivo de casos de SRAG por COVID-19 na faixa etária de 0 a 28 dias no Brasil em 2020 e 2021, registrados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe — SIVEP-Gripe, sistema oficial para o registro dos casos e óbitos por SRAG no país.

O Ministério da Saúde realiza a vigilância da SRAG desde 2009, quando houve a pandemia por Influenza A (H1N1). Desde então, a vigilância de SRAG foi implantada na rede de vigilância de Influenza e outros vírus respiratórios e, em 2020, incorporou a vigilância da SRAG por COVID-19⁴. A notificação dos casos é realizada por meio da “Ficha de Registro Individual para Casos de SRAG” (https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/61d8e424-a008-47f3-80e1-2369f2f48cef/resource/25b6d4e6-31a8-4352-93e2-c9626bb529bc/download/ficha-srag-final-27.07.2020_final.pdf), que considera tanto os casos de SRAG hospitalizados quanto os óbitos por SRAG independentes da hospitalização.

A população de estudo foram todos os casos de RNs (0 a 28 dias de idade) com classificação final do caso como SRAG por COVID-19, considerando critérios laboratoriais (testes antigênicos, reação em cadeia da polimerase), de imagem (radiografia e tomografia de tórax), clínicos (sinais e sintomas) e epidemiológicos (<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/61d8e424-a008-47f3-80e1-2369f2f48cef/resource/9f6ba348-0033-49b1-abbe-719a0ffbe28/download/dicionario-de-dados-srag-hospitalizado-27.07.2020-final.pdf>). A coleta dos dados ocorreu em 9 de março de 2022, no portal <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset>.

Utilizaram-se as seguintes variáveis da “Ficha de Registro Individual para Casos de SRAG”: sexo (feminino ou masculino); raça/cor (declarada pelo paciente ou responsável e seguindo as categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): branca, preta, amarela, parda e indígena); hospitalização (sim ou não); internação em UTI (sim ou não); uso de suporte ventilatório (sim, suporte invasivo; sim, suporte não invasivo; ou não); sinais e sintomas (febre, tosse, satu-

ração de O₂ <95%, dispneia, desconforto respiratório, diarreia e vômitos); evolução do caso (cura ou óbito); fatores de risco/comorbidades (sim ou não): cardiopatias, imunodeficiências, neuropatias, pneumopatias, síndrome de Down e outros.

A prematuridade, idade gestacional inferior a 37 semanas ao nascimento, não consta como opção na variável “fator de risco” da Ficha de notificação. Quando presente, é descrita no campo “outros fatores de risco/comorbidades”.

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Calcularam-se separadamente as frequências absolutas e relativas de prematuridade quando essa foi especificada em outros fatores de risco/comorbidade.

Na variável “evolução”, a proporção de óbitos hospitalares por SRAG por COVID-19 no país foi calculada pela razão do número de óbitos na faixa etária de 0 a 28 dias de idade pelo número de registros no SIVEP-Gripe, por ano de ocorrência, multiplicado por 100. Foram eliminados os itens ignorados de todas as variáveis analisadas, sendo considerados como perdas. As análises foram realizadas no software Stata® versão 16.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), sob número de Parecer: 4.098.427 e CAAE 32206620.0.0000.5086, de 19 de junho de 2020.

RESULTADOS

Em 2020, foram registrados no SIVEP-Gripe 1.200.044 casos de SRAG no Brasil, sendo 712.299 por COVID-19. Destes, 793 na faixa etária de 0 a 28 dias. Em 2021, 1.721.489 casos de SRAG, sendo 1.189.433 por COVID-19 e 856 na faixa de 0 a 28 dias; totalizando, em dois anos, 1.649 casos de SRAG por COVID-19 em RNs.

Em 2020, 51,3% eram do sexo feminino; e em 2021, 53,2% do masculino. Houve predomínio de pardos (64% em 2020 e 55,5% em 2021), seguido da raça/cor branca (30,3% em 2020 e 19,4% em 2021). Os sintomas mais frequentes foram, respectivamente, em 2020 e 2021: desconforto respiratório (67,0 e 69,7%), febre (46,3 e 46,2%) e tosse (37,0 e 46,3%) (Tabela 1).

Em 2020 e 2021, a proporção de internação em UTI, uso de suporte ventilatório invasivo e óbitos hospitalares foi, respectivamente, 55,6 e 55,9%; 21,1 e 22,8%; 16,8 e 16,4% (Tabela 1). A cardiopatia foi a comorbidade mais frequente em ambos os anos; a prematuridade foi relatada em 1,2% em 2020 e 5,6% em 2021 (Tabela 1). Dos casos que evoluíram para óbito, mais de 70% necessitaram de internação em UTI, e mais de 50%, de suporte ventilatório invasivo (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Houve 1.649 casos de SRAG por COVID-19 em RNs, registrados no SIVEP-Gripe, em 2020 e 2021 no Brasil. Até o momento, não há na literatura nacional ou internacional

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa de sinais e sintomas, presença de fatores de risco/comorbidades, internação em unidade de terapia intensiva, suporte ventilatório e proporção de óbitos hospitalares em recém-nascidos com Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19, Brasil, 2020–2021.

Sinais e sintomas	2020 n (%)	2021 n (%)
Febre	286/618 (46,3)	286/619 (46,2)
Tosse	217/586 (37,0)	288/622 (46,3)
Dispneia/Desconforto respiratório	431/643 (67,0)	476/683 (69,7)
Saturação de Oxigênio < 95%	250/573 (43,6)	324/622 (52,1)
Diarreia	49/523 (9,4)	59/547 (10,8)
Vômito	43/517 (8,3)	38/534 (7,1)
Fatores de risco/comorbidades	2020 n (%)	2021 n (%)
Cardiopatas	41/175 (23,4)	37/136 (27,2)
Imunodeficiências	14/165 (8,5)	7/123 (5,7)
Neuropatias	11/165 (6,7)	7/123 (5,7)
Pneumopatias	7/162 (4,3)	6/122 (4,9)
Síndrome de Down	5/161 (3,1)	1/120 (0,8)
Prematuridade	3/242 (1,2)	11/197 (5,6)
Outros	212/242 (87,6)	171/197 (86,8)
Variáveis	2020 n (%)	2021 n (%)
Internação em UTI	355/639 (55,6)	398/712 (55,9)
Suporte ventilatório invasivo	130/617 (21,1)	157/688 (22,8)
Suporte ventilatório não invasivo	188/617 (30,5)	286/688 (41,6)
Proporção de óbitos hospitalares	110/653 (16,8)	116/706 (16,4)

UTI: unidade de terapia intensiva.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa de internação em unidade de terapia intensiva, uso de suporte ventilatório, prematuridade e cardiopatias dos recém-nascidos que evoluíram para óbito por Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19, Brasil, 2020–2021.

Variáveis	Ano	
	2020 n (%)	2021 n (%)
Internação em UTI	60/75 (80,0)	55/74 (74,3)
Suporte ventilatório invasivo	46/76 (60,5)	47/82 (57,3)
Suporte ventilatório não invasivo	17/76 (22,4)	17/82 (20,7)
Prematuridade	2/110 (1,8)	2/116 (1,7)
Cardiopatas	06/32 (18,7)	13/29 (44,8)

UTI: unidade de terapia intensiva.

análises para a faixa etária neonatal⁵⁻⁷ com números significativos como se apresenta neste estudo.

Houve predomínio de casos em pardos, mostrando frequência acima da proporção destes na população brasileira. No Reino Unido, um estudo demonstrou que neonatos pertencentes a grupos étnicos, entre eles, negros e miscigenados, corresponderam à metade dos casos⁵. Na Inglaterra,

crianças negras, miscigenadas ou de outras raças apresentaram maior risco de hospitalização e de internações mais longas quando comparadas a crianças brancas⁸.

Entre os sintomas dos neonatos analisados neste estudo, os mais frequentes foram desconforto respiratório/dispneia, febre e tosse. Em pesquisa do Reino Unido com 66 neonatos, os sintomas mais comuns foram febre, recusa alimentar/inapetência e vômitos, quando comparados a crianças mais velhas e adultos⁵. Entre crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, em estudo europeu, febre, sintomas de trato respiratório superior e inferior e sintomas gastrintestinais foram mais frequentes, nessa ordem⁹.

Comparados aos adultos, as crianças em geral apresentam manifestações clínicas menos graves. Estudo com 60.109 pacientes hospitalizados por COVID-19 em 43 países, incluindo diferentes faixas etárias, evidenciou que sintomas como febre, tosse e dispneia são menos prevalentes nos menores de 18 anos do que nas demais faixas etárias¹⁰.

A proporção de internação em UTI e de óbitos hospitalares evidenciaram que neonatos apresentam formas graves da COVID-19. A imaturidade do sistema imune inato e adaptativo nos RNs pode justificar a gravidade maior da doença nessa faixa etária, pois a natureza da resposta imune no início da vida influencia a suscetibilidade a doenças imunomediadas como a COVID-19¹¹. Adicionalmente, pesquisas internacionais mostram que a faixa etária de crianças menores de um ano pode ser fator de risco para a gravidade da doença e consequente mortalidade entre crianças^{12,13}. Estudo chinês com mais de 2.135 casos de COVID-19 em crianças e adolescentes de até 19 anos mostrou que menores de um ano apresentaram maior proporção de doença grave (10,6%) em relação às faixas etárias¹².

Esse estudo identificou proporções maiores de internação em UTI, uso de ventilação invasiva e mortalidade hospitalar quando comparadas a estudos realizados em outros países. No Reino Unido, 42% dos 66 neonatos analisados tiveram infecção grave, 36% receberam cuidados intensivos ou suporte ventilatório e nenhum óbito foi registrado⁵. Quando comparadas a outras faixas etárias, observa-se que essas proporções são ainda mais altas. Na China, crianças e adolescentes de até 18 anos apresentaram doença grave em 6% dos casos¹²; na Europa, 8% demandaram cuidados intensivos e 4%, ventilação mecânica⁹. Nos EUA, por exemplo, de março de 2020 a junho de 2021, a taxa de admissão em UTI por COVID-19 na faixa de 0 a 17 anos foi de 26,5%, 6,1% precisaram de ventilação invasiva e 0,7% evoluiu a óbito¹⁴.

Nem todos os pacientes que morreram foram internados em UTI, provavelmente por falta de leitos disponíveis. Países como o Brasil reportam maior mortalidade pediátrica por COVID-19 quando comparados a países de alta renda, possivelmente por conta da incapacidade de prover os cuidados necessários para os doentes mais graves¹⁵. No Brasil, as grandes disparidades raciais, geográficas e socioeconômicas são fatores reconhecidamente associados à qualidade da assistência à saúde, e a experiência recente

com o coronavírus SARS-CoV-2 mostrou que a letalidade da doença é impactada de forma decisiva pela capacidade de resposta da rede de serviços de saúde, principalmente no que tange à detecção precoce de casos e à disponibilidade e acesso a cuidados críticos prestados¹⁶.

No país, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a leitos de UTI podem influenciar na gravidade da COVID-19 nessa faixa etária, em razão da maior necessidade de hospitalizações e cuidados intensivos¹⁷, em especial nas regiões Norte e Nordeste do país, que apresentam as piores condições socioeconômicas e indicadores de saúde e têm as menores proporções de leitos de UTI pediátrica³. Nesse contexto, além dos efeitos deletérios da própria doença, deve-se considerar a piora dos quadros como consequência das deficiências da assistência prestada.

Os fatores de risco/comorbidades mais encontrados foram cardiopatias e imunodeficiências. Crianças com comorbidades estão mais sujeitas a desenvolver formas mais graves da COVID-19 e apresentarem maiores proporções de hospitalização¹⁸. A presença de comorbidades/condições médicas pré-existentes é associada ao desenvolvimento de formas mais graves da doença, com destaque para as pneumopatias crônicas⁹.

A prematuridade representa outro fator de risco para formas mais graves de COVID-19 e desfechos respiratórios piores, principalmente nas crianças menores de 2 anos¹⁸. Neonatos prematuros apresentam taxas proporcionalmente mais altas de infecção por SARS-CoV-2². No entanto, neste estudo, a prematuridade foi relatada apenas em 14 RNs com SRAG por COVID-19. Possivelmente porque não consta na "Ficha de Registro Individual de Casos de SRAG Hospitalizado" um campo específico para prematuridade. Quando presente, precisa ser digitada no campo "Outros".

Como limitações deste estudo, pode-se citar a perda de informações em algumas variáveis e falhas no preenchimento dos campos raça/cor, fatores de risco e evolução dos casos. Ademais, trata-se de estudo descritivo e transversal, o que impossibilita análise da associação causal entre a exposição e desfechos clínicos. Destaca-se como ponto forte deste trabalho o número expressivo de casos de SRAG por COVID-19 em RNs em um período de 21 meses em todo o país.

Este estudo contribuiu com a literatura ao descrever as características clínicas dos casos de SRAG por COVID-19 em RNs no Brasil. Sugere-se a realização de estudos voltados para o cenário da COVID-19 em RNs, principalmente para os casos graves e desfechos desfavoráveis com óbitos. Espera-se que este estudo contribua para reflexão acerca da importância de ações adequadas de prevenção à mortalidade por COVID-19 em RNs.

Considerando que possivelmente houve subregistro, sugere-se a inclusão de um campo específico para prematuridade como fator de risco na "Ficha de Registro Individual de Casos de SRAG Hospitalizado". Fica evidente a necessidade de distribuição de leitos de UTI neonatal de

forma mais homogênea no território, uma vez que estes encontram-se centralizados em determinados municípios e dificultam o acesso ao tratamento adequado para os casos graves em RNs³.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Histórico da Pandemia de COVID-19. Brasília: OPAS [Internet]. 2022 [acessado em 23 mai. 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
2. Ryan L, Plötz FB, van den Hoogen A, Latour JM, Degtyareva M, Keuning M, et al. Neonates and COVID-19: state of the art: neonatal sepsis series. *Pediatr Res* 2022; 91(2): 432-39. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01875-y>
3. Santos VS, Siqueira TS, Atienzar AIC, Santos MARR, Vieira SCF, Lopes ASA, et al. Spatial clusters, social determinants of health and risk of COVID-19 mortality in Brazilian children and adolescents: a nationwide population-based ecological study. *Lancet Reg Health Am* 2022; 13: 100311. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100311>
4. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. SRAG 2020 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave – incluindo dados da COVID-19. Brasil [Internet]. 2021 [acessado em 01 nov. 2022]. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2020>
5. Gale C, Quigley MA, Placzek A, Knight M, Ladhani S, Draper ES, et al. Characteristics and outcomes of neonatal SARS-CoV-2 infection in the UK: a prospective national cohort study using active surveillance. *Lancet Child Adolesc Health* 2021; 5(2): 113-21. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30342-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30342-4)
6. Trevisanuto D, Cavallin F, Cavicchiolo ME, Borellini M, Calgari S, Baraldi E. Coronavirus infection in neonates: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2021; 106(3): 330-35. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-319837>
7. Procianoy RS, Silveira RC, Manzoni P, Sant'Anna G. Neonatal COVID-19: little evidence and the need for more information. *J Pediatr (Rio J)* 2020; 96(3): 269-72. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.04.002>
8. Saatci D, Ranger TA, Garriga C, Clift AK, Zaccardi F, Tan PS, et al. Association between race and COVID-19 outcomes among 2.6 million children in England. *JAMA Pediatr* 2021; 175(9): 928-38. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1685>
9. Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julián A, Lanaspá M, Lancella L, Carducci FIC, et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4(9): 653-61. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30177-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30177-2)
10. ISARIC Clinical Characterisation Group. COVID-19 symptoms at hospital admission vary with age and sex: results from the ISARIC prospective multinational observational study. *Infection* 2021; 49(5): 889-905. <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01599-5>
11. Torow N, Marsland BJ, Hornef MW, Gollwitzer ES. Neonatal mucosal immunology. *Mucosal Immunol* 2017; 10(1): 5-17. <https://doi.org/10.1038/mi.2016.81>

12. Dong Y, Mo Xi, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Journal Emergency Medicine* 2020; 58(4): 712-13. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.04.006>
13. Garazzino S, Lo Vecchio A, Pierantoni L, Carducci FIC, Marchetti F, Meini A et al. Epidemiology, clinical features and prognostic factors of pediatric SARS-CoV-2 infection: results from an Italian multicenter study. *Front Pediatr* 2021; 9: 649358. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.649358>
14. Delahoy MJ, Ujamaa D, Whitaker M, O'Halloran A, Anglin O, Burns E, et al. Hospitalizations associated with COVID-19 among children and adolescents – COVID-NET, 14 states, March 1, 2020 – August 14, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70(36): 1255-60. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7036e2>
15. Kitano T, Kitano M, Krueger C, Jamal H, Al Rawahi H, Lee-Krueger R, et al. The differential impact of pediatric COVID-19 between high-income countries and low- and middle-income countries: a systematic review of fatality and ICU admission in children worldwide. *PLoS One* 2021; 16(1): e0246326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246326>
16. Gurzenda S, Castro MC. COVID-19 poses aing pregnancy and postpartum mortality risk in Brazil. *EclinicalMedicine* 2021; 36: 100917. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100917>
17. Oliveira EA, Colosimo EA, Silva ACS, Mak RH, Martelli DB, Silva LR, et al. Clinical characteristics and risk factors for death among hospitalised children and adolescents with COVID-19 in Brazil: an analysis of a nationwide database. *Lancet Child Adolesc Health* 2021; 5(8): 559-68. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00134-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00134-6)
18. Kompaniyets L, Agathis NT, Nelson JM, Preston LE, Ko JY, Belay B, et al. Underlying medical conditions associated with severe COVID-19 illness among children. *JAMA Netw Open* 2021; 4(6): e2111182. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11182>

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics of cases of COVID-19 severe acute respiratory syndrome (SARS) in Brazilian newborns (NBs) in 2020 and 2021, recorded in the Influenza Epidemiological Surveillance Information System (*Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe* — SIVEP-Gripe). **Methods:** The variables analyzed were gender, race/skin color, hospitalization, intensive care unit (ICU) admission, use of ventilatory support, signs and symptoms (fever, cough, O₂ saturation <95%, dyspnea, respiratory distress, diarrhea, and vomiting), progress (death or cure), risk factors/comorbidities. Categorical variables were expressed as absolute and relative frequencies. **Results:** We found 1,649 records of COVID-19 SARS in NBs, with a predominance of multiracial babies in both years. The most frequent symptoms in 2020 and 2021 were, respectively: respiratory distress (67.0 and 69.7%), fever (46.3 and 46.2%), and cough (37.0 and 46.3%). In 2020, 30.5% of patients received invasive ventilatory support; in 2021, this number was 41.6%. In addition, more than 55% of cases required ICU admission, and over 16% died. **Conclusion:** We emphasize the high proportion of cases that required intensive care and progressed to death.

Keywords: COVID-19. Severe acute respiratory syndrome. Newborn. Brazil. Epidemiology. Public health.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos à FAPEMA (Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão) pelo programa de apoio à publicação de artigos. Agradecemos à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) [Código de financiamento nº: 001].

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Pereira, A.R.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Software, Supervisão, Validação, Visualização. Branco, M.R.F.C.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Supervisão, Validação, Visualização. Costa, S.S.B.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização. Lopes, D.A.M.: Escrita – revisão e edição, Investigação, Validação, Visualização. Pinheiro, V.V.: Escrita – revisão e edição, Investigação, Validação, Visualização. Oliveira, D.C.: Investigação, Software, Escrita – revisão e edição, Validação, Visualização. Pasklan, A.N.P.: Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Software, Supervisão, Validação, Visualização. Gomes, J.A.: Investigação, Software, Escrita – revisão e edição, Validação, Visualização. Santos, A.M.: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Recursos, Software, Supervisão, Validação, Visualização. Gama, M.E.A.: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização.

FONTE DE FINANCIAMENTO: Financiada pela Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves. Termo de Outorga: 401734/2020-0. Financiada pelo Edital FAPEMA nº 06/2020 – Fomento à pesquisa no enfrentamento à pandemia e pós-pandemia do COVID-19. Termo de Outorga: 003299/2020.



© 2023 | A Epidemio é uma publicação da

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO