



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(34):35-44

Artigos
Temáticos

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i34.983](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i34.983)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 22/12/2023

Aceito: 28/04/2026

Gestão do cuidado a pacientes com excesso de peso durante a covid-19 em região administrativa do Distrito Federal: estudo observacional

Care management of overweight patients during covid-19 in the administrative region of the Federal District: observational study

Sabrina Souza Martins dos Santos¹ , Thaís Gontijo Ribeiro² , Melina Mafra Toledo³ , Débora Barbosa Ronca³ 

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde.

² Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal.

³ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Correspondência: martinssabrina@outlook.com

RESUMO

Objetivo: analisar a gestão do cuidado entre os níveis de atenção à saúde de pacientes com excesso de peso no contexto da pandemia de covid-19. **Método:** estudo observacional, do tipo coorte retrospectiva, com dados secundários de casos confirmados de covid-19 em 2020, em Samambaia, Distrito Federal. **Resultados:** dos pacientes analisados, 74,7% apresentavam excesso de peso. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto ao acompanhamento antes e após a internação. Entretanto, cerca de 90% estavam cadastrados na Atenção Primária à Saúde, e menos da metade apresentou registro de encaminhamento para continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar. Observou-se diferença significativa no tempo de internação e na ocorrência de óbito após reinternação. **Conclusão:** os achados evidenciam a importância da organização do seguimento após a alta hospitalar e da articulação entre os níveis de atenção, especialmente em pacientes com condições crônicas. Estratégias voltadas à continuidade da assistência podem contribuir para a redução de reinternações e óbitos.

Palavras-chave: Obesidade; Covid-19; Gestão do cuidado; Alta hospitalar; Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

Objective: to analyze care management across healthcare levels for overweight patients during the covid-19 pandemic. **Method:** a retrospective cohort study using secondary data from confirmed covid-19 cases in 2020 in Samambaia, Federal District, Brazil. **Results:** among the analyzed patients, 74.7% were overweight. No significant differences were observed between groups regarding healthcare follow-up before and after hospitalization. However, approximately 90% of patients were registered in primary care, and less than half had records of referral for follow-up after hospital discharge. Significant differences were observed in length of hospital stay and mortality after readmission. **Conclusion:** the findings highlight the importance of post-discharge follow-up and coordination across healthcare levels, particularly for patients with chronic conditions. Strategies that promote continuity of care may contribute to reducing readmissions and mortality.

Keywords: Obesity; Covid-19; Care management; Discharged from hospital; Continuity of care.

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus (covid-19) foi decretada em 2020¹. No mesmo ano, no Distrito Federal (DF), foram notificados 251.701 casos confirmados e 4.259 óbitos². A maioria das pessoas apresentam sintomas leves ou moderados. Porém, podem evoluir para a forma mais grave, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com necessidade de internação^{3,4}. Os fatores de risco associados aos piores prognósticos da doença têm sido identificados como a idade avançada, o sexo masculino e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em especial, destaca-se o excesso de peso e a obesidade⁵.

A obesidade foi associada à forma mais severa da covid-19, resultando em maior tempo de internação, admissão e permanência em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e maior risco de óbito⁶⁻⁸. De maneira similar à covid-19, a obesidade configura-se como um importante problema de saúde pública no mundo, classificada também como uma pandemia, e quando associadas, uma sindemia⁹⁻¹¹. O DF em 2020, apresentava uma população com 73,4% de pessoas com excesso de peso, sendo que destas, 54,6% tinham sobrepeso e 18,8% obesidade¹².

O enfrentamento à covid-19 de forma simultânea com do excesso de peso, impactou a organização do cuidado dos serviços de saúde¹³ nos diferentes níveis de atenção, exigindo manejo contínuo e compartilhado desde a Atenção Primária à Saúde (APS), até a Atenção Especializada (AE), ambulatorial e hospitalar. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 15% a 20% dos pacientes com covid-19 evoluem para hospitalização com exigência de oxigenoterapia, e 5% necessitam de UTI¹⁴. Essas necessidades são ainda mais evidentes em se tratando de pacientes com excesso de peso, com destaque para a obesidade.

A alta demanda por vagas de internação na rede pública de saúde culminou na maior necessidade de rotatividade de leitos e desospitalização, além de contratações na rede privada¹⁵. A gestão do cuidado é imprescindível desde a admissão até a alta. O planejamento articulado com atuação em rede favorece a alta, bem como melhora a gestão de leitos¹⁶. Para tanto, é essencial nortear-se em linhas de cuidado que direcionam a assistência. Em 2015, o DF estruturou a Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade (LCSO), assumindo papel relevante para o cuidado,

entendendo-os como agravos a serem priorizados nas ações e serviços prestados¹⁷.

Diante do exposto, o estudo objetiva identificar a gestão do cuidado, entre os níveis de atenção à saúde, de pacientes com excesso de peso no enfrentamento da pandemia da covid-19.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, do tipo coorte retrospectiva, baseado em dados secundários de casos confirmados de covid-19 notificados em 2020 (período de 1º de março a 31 de dezembro), de pacientes residentes na Região Administrativa (RA) XII, Samambaia – DF. Essa RA foi selecionada como piloto, devido à organização dos diferentes pontos de atenção e por ser referência no cuidado de pacientes com covid-19 no DF.

Foram incluídos indivíduos adultos (≥ 20 anos), hospitalizados por covid-19 na rede pública do DF, e que tiveram alta hospitalar. Foram excluídos aqueles com internação inferior a 24h, e/ou com impossibilidade de identificar essa informação no prontuário eletrônico.

Os dados foram inicialmente extraídos do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)¹⁸, contendo informações de identificação, dados socioeconômicos e condições clínicas relacionadas à internação. A partir dessa base, realizou-se o sorteio aleatório de 100 pacientes elegíveis. As informações complementares foram obtidas nos sistemas da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (e-SUS AB¹⁹, *Trakcare*²⁰ e *Soul-MV*²¹): Foram coletadas informações antropométricas (peso e altura), registros de consultas na Atenção Primária à Saúde (APS), atendimentos e internações na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), além de dados clínicos, sintomas, diagnósticos, reinternações e óbitos.

O sistema e-SUS AB foi utilizado para identificar o cadastro dos pacientes na APS, registro de vínculo com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e registro de consultas antes e após internação. Os sistemas *Trakcare* e *Soul-MV* forneceram dados referentes à internação, atendimentos na AAE, reinternações e óbitos.

O tipo de atendimento foi classificado conforme o registro do profissional de saúde no e-SUS AB, incluindo as categorias: consulta, escuta inicial/pré-atendimento, atendimento/visita domiciliar, atendimento odontológico, procedimento e vacinação. O motivo

do atendimento foi categorizado segundo os sistemas do corpo afetados (cardiovascular, pulmonar, nervoso, psicológico) e atividades relacionadas ao cuidado (renovação de receitas). As demais categorias, com baixa frequência ou ausência de descrição adequada, foram agrupadas na categoria “outros”.

O estado nutricional foi definido a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) calculado pela razão do peso (kg) e altura ao quadrado (m^2). Os adultos foram classificados conforme proposto pela OMS²², em baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg}/m^2$); eutrófico ou adequado ($IMC \geq 18,5$ e $\leq 24,9 \text{ kg}/m^2$); sobrepeso ($IMC \geq 25$ e $\leq 29,9 \text{ kg}/m^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg}/m^2$). Já os idosos foram classificados conforme indicado por Lipschitz em 1994, sendo baixo peso ($IMC < 22 \text{ kg}/m^2$); eutrófico ou adequado ($IMC \geq 22$ e $\leq 27 \text{ kg}/m^2$) e sobrepeso ($IMC > 27 \text{ kg}/m^2$).

Não foi realizado cálculo prévio do tamanho amostral, tratando-se de amostra de conveniência a partir dos dados disponíveis. Dos 100 pacientes inicialmente selecionados, 17 foram excluídos por ausência de informações antropométricas suficientes para a classificação do estado nutricional. Dessa forma, a amostra final analisada foi composta por 83 indivíduos (Figura 1). Os pacientes que tiveram o estado nutricional classificado

em sobrepeso e obesidade foram agrupados na categoria de excesso de peso. Ao término da coleta, as análises estatísticas foram processadas no STATA^{®23}.

As variáveis de tempo (Δ tempo) foram calculadas como o intervalo entre eventos clínicos relevantes, incluindo: início dos sintomas e internação; internação e alta hospitalar; alta hospitalar e primeira consulta na APS ou AAE; e alta hospitalar e reinternação. Entretanto, algumas variáveis de tempo apresentaram incompletude significativa nos registros, não sendo possível sua análise comparativa entre os grupos em todos os desfechos, motivo pelo qual foram apresentadas apenas de forma descritiva quando aplicável.

Foi realizada análise descritiva para todas as variáveis categóricas por meio de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis contínuas, foram utilizadas média e desvio-padrão. As comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste qui-quadrado para variáveis categóricas e teste t de Student para variáveis contínuas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília), de acordo com as Resoluções 466/201218 e 580/201819 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), protocolo CAAE: 35690720.9.0000.8027.

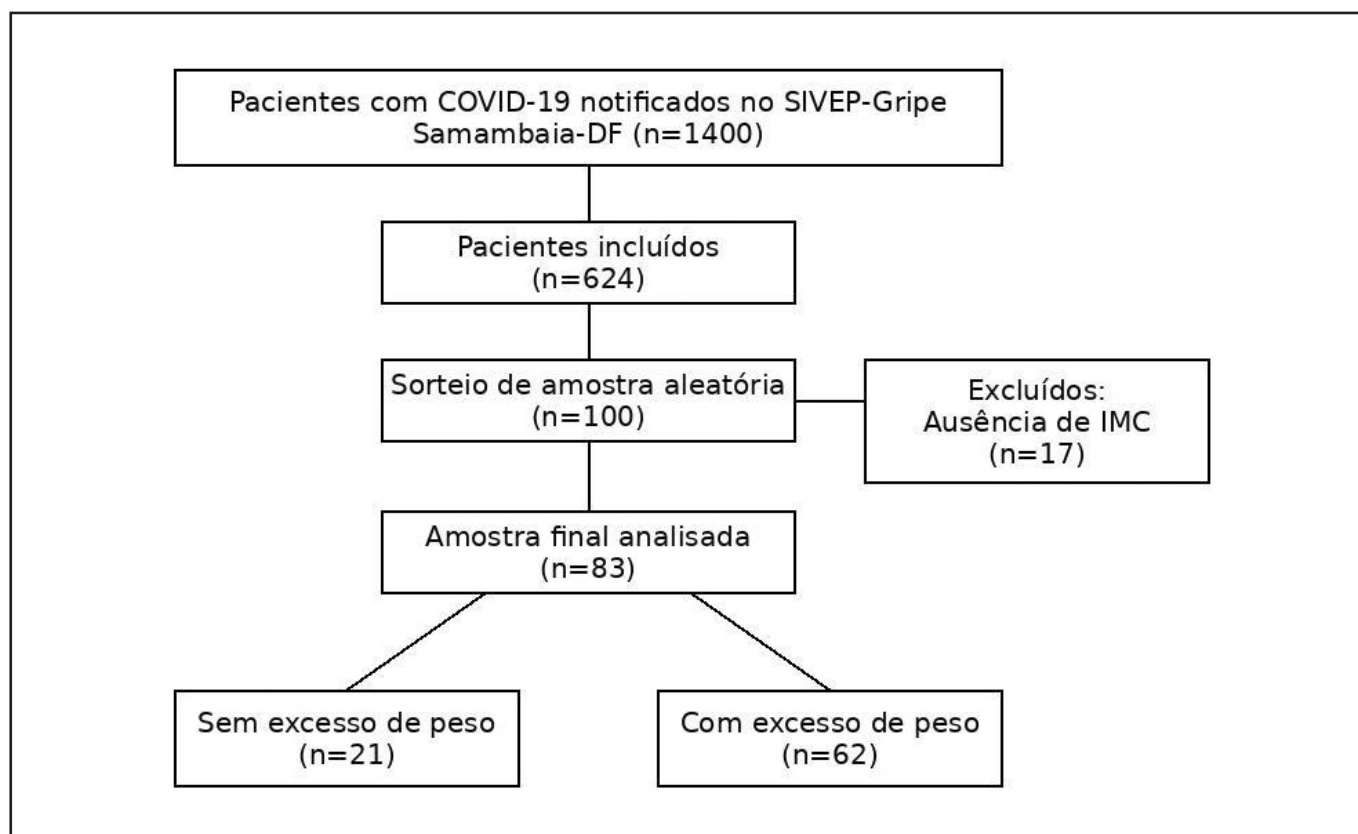


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção da amostra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos pacientes incluídos na análise estatística, 74,7% (n=62) apresentavam excesso de peso. A Tabela 1 apresenta os resultados de acordo com as características sociodemográficas e clínicas da amostra, segundo a presença de excesso de peso.

Dentre os indivíduos com excesso de peso, 27,4% apresentavam obesidade. A obesidade tem sido descrita

como uma das condições mais prevalentes entre os casos de covid-19 que evoluem para hospitalização, estando presente em cerca de 48,3% desses pacientes^{24,25}. Além disso, diversas comorbidades associadas à obesidade, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, são frequentemente relacionadas às formas mais graves da doença²⁶.

Na presente análise, observou-se associação significativa entre diabetes e excesso de peso, reforçando

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=83).

Variáveis	Sem excesso de peso (n=21) n (%)	Com excesso de peso (n=62) n (%)	Total n (%)	p-valor
Sexo (n=83)				0,66
Feminino	9 (42,9)	30 (48,4)	39 (47,0)	
Masculino	12 (57,1)	32 (51,6)	44 (53,0)	
Idade (n=83)				0,02
Média (DP)	63,9 (±11,8)	55,0 (±16,2)	56,7 (16,2)	
Min-Max	37-79	21-86	21-86	
IMC (n=83)				0,00
Média (DP)	23,4 (±2,6)	31,1 (±5,2)	29,2 (5,7)	
Min-Max	17,9-26,8	25-58,7	17,9-58,7	
Sinais e sintomas^a				
Febre (n=79)	15 (71,4)	43 (74,1)	58 (73,4)	0,81
Tosse (n=73)	12 (63,2)	43 (79,6)	55 (75,3)	0,15
Dispneia (n=80)	18 (85,7)	47 (79,7)	65 (78,3)	0,54
Perda de olfato (n=47)	3 (23,1)	7 (20,6)	10 (21,3)	0,85
Perda de paladar (n=48)	1 (7,7)	6 (17,1)	7 (14,6)	0,41
Comorbidades^a				
Diabetes (n=54)	5 (29,4)	23 (62,2)	28 (33,7)	0,02
Cardiopatia (n=54)	12 (70,6)	25 (67,6)	37 (44,6)	0,82
Internação^a (n=81)				
Internação em UTI	1 (4,8)	6 (10,0)	7 (8,4)	0,46
Suporte ventilatório				0,52
Invasivo	2 (9,5)	3 (5,0)	5 (6,0)	
Não invasivo	17 (81,0)	46 (76,7)	63 (75,9)	
Sem suporte	2 (9,5)	11 (18,3)	13 (15,7)	
Variáveis de tempo (n=83)				
Δ Tempo: sintomas-internação	7,95 (±5,6)	6,67 (±3,9)	7,1 (±4,7)	0,36
Δ Tempo: internação-alta	25,2 (±24,6)	10,7 (±7,5)	13,1 (±14,5)	0,00

IMC: índice de massa corporal; DP: desvio-padrão; UTI: unidade de terapia intensiva; ΔT: intervalo de tempo em dias; ^aO número de observações variou entre as variáveis devido à incompletude dos registros. Os percentuais foram calculados com base no número de respondentes de cada variável.

a inter-relação entre essas condições. Estudos prévios também apontam que sexo masculino, diabetes e doenças cardiovasculares estão associados à pior evolução clínica, sendo a obesidade considerada um importante preditor de mortalidade^{27,28}.

Em relação às variáveis de tempo, identificou-se diferença significativa no tempo de internação. Os pacientes sem excesso de peso apresentaram maior tempo médio de permanência hospitalar em comparação àqueles com excesso de peso. Por outro lado, a maior parte dos casos que necessitaram de

internação em unidade de terapia intensiva concentrou-se no grupo com excesso de peso, sugerindo maior gravidade clínica nesse grupo. Ressalta-se que algumas variáveis de tempo não puderam ser analisadas comparativamente entre os grupos devido à incompletude dos registros, sendo apresentadas apenas de forma descritiva.

A Tabela 2 apresenta as informações referentes ao acompanhamento dos pacientes nos diferentes níveis de atenção à saúde, antes e após a internação por covid-19.

Tabela 2 – Características dos atendimentos nos níveis de atenção à saúde da amostra (n=83).

Variáveis ^a	Sem excesso de peso (n=21) n (%)	Com excesso de peso (n=62) n (%)	Total n (%)	p-valor
Acompanhamento na APS (n=83)				
Cadastro e-SUS AB	17 (80,9)	55 (88,7)	72 (86,7)	0,82
Consulta pré-sintomas gripais	4 (19,0)	20 (32,3)	24 (28,9)	0,24
Atenção hospitalar (n=83)				
Registro de encaminhamento	10 (47,6)	29 (46,8)	39 (47,0)	0,89
Nível de atenção do encaminhamento (n=39)				
APS	2 (20,0)	3 (10,3)	5 (12,8)	
AAE	8 (80,0)	26 (89,7)	34 (87,2)	0,43
Registro pós-alta hospitalar				
Atendimento na APS (n=83)	16 (76,2)	41 (66,1)	57 (68,7)	0,39
ΔT alta – APS (n=57) Média (DP)	108,9 (144,0)	92,5 (120,7)	97,2 (126,7)	0,92
Atendimento na AAE (n=83)	5 (23,8)	7 (11,3)	12 (14,5)	0,06
ΔT alta → AAE (n=12) Média (DP)	87,3 (48,4)	59,7 (43,4)	71,5 (44,0)	0,34
Motivo do atendimento (n=57)				
Cardiovascular	4 (25,0)	8 (19,5)	12 (21,1)	
Pulmonar	0 (0,0)	5 (12,2)	5 (8,8)	
Nervoso	0 (0,0)	4 (9,8)	4 (7,0)	
Psicológico	1 (6,2)	0 (0,0)	1 (1,8)	
Renovação de receita	1 (6,2)	3 (7,3)	4 (7,0)	
Outros ^b	10 (62,5)	21 (51,2)	31 (54,4)	

DP: desvio-padrão; APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; ΔT: intervalo de tempo em dias. ^aOs percentuais foram calculados com base no número de respondentes de cada variável. O número de observações variou entre as variáveis devido à incompletude dos registros. ^bA categoria “outros” inclui as demais categorias de atendimento com baixa frequência.

A análise dos atendimentos nos diferentes níveis de atenção à saúde não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Entretanto, esses achados devem ser interpretados com cautela, considerando o tamanho reduzido da amostra. Observou-se que a maioria dos pacientes estava cadastrada na APS, com proporção próxima a 90%. Além disso, aproximadamente 30% dos indivíduos com excesso de peso buscaram atendimento na APS antes da internação, o que sugere algum nível de acesso prévio aos serviços de saúde.

Após a alta hospitalar, observou-se elevada proporção de encaminhamentos para acompanhamento, tanto na APS quanto na AAE. No entanto, o tempo médio até o primeiro atendimento foi prolongado, aproximando-se de cinco meses, o que pode indicar fragilidades na organização do seguimento após a alta. Esses achados sugerem possíveis lacunas na continuidade da assistência, especialmente considerando a necessidade de monitoramento precoce de pacientes com maior risco de complicações.

Destaca-se, contudo, a frequente ausência ou incompletude dos registros nos prontuários eletrônicos, especialmente no âmbito da APS. Essa limitação compromete a avaliação dos fluxos assistenciais e dificulta a análise da continuidade do acompanhamento dos pacientes (trilha do cuidado). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) pressupõem integração entre serviços, com fluxo contínuo de pessoas, informações e recursos. Nesse contexto, falhas nos registros podem resultar em desarticulação entre os níveis de atenção, prejudicando o seguimento dos pacientes após a alta hospitalar.

A gestão da alta segura, envolve planejamento, educação em saúde, promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações e garantia de acompanhamento oportuno. Estratégias estruturadas nessa etapa estão associadas à melhoria da qualidade de vida e à redução de reinternações, atendimentos de urgência e custos em saúde²⁹. Experiências internacionais, como em países da Europa e América do Norte, demonstram a atuação de equipes específicas para coordenação do seguimento após a alta hospitalar, com foco na comunicação entre os serviços e na continuidade da assistência^{30,31}. No Brasil, esse modelo ainda apresenta implementação limitada.

A comunicação entre os níveis de atenção constitui um elemento central para a organização do sistema de saúde³². No Distrito Federal, a utilização de diferentes sistemas de informação contribui para a fragmentação dos registros e dificulta a integração entre os serviços.

Durante a pandemia de covid-19, foram desenvolvidos protocolos e fluxos assistenciais no DF^{32,33}, incluindo diretrizes para a APS e para o acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar^{34,35}. Essas iniciativas reforçam a importância da articulação entre os níveis de atenção e da manutenção do acompanhamento de condições crônicas, como o excesso de peso. Uma vigilância ativa, com uso de busca ativa, e de monitoramento dos fatores de risco e complicações associadas é importante.

A Tabela 3 apresenta os dados dos desfechos analisados após alta hospitalar, relacionados à reinternação e a evolução para o óbito.

Tabela 3 – Descrição da frequência de reinternação e óbito no SUS-DF, e principais motivos e causas (n=83).

Variáveis	Sem excesso de peso (n=21) n (%)	Com excesso de peso (n=62) n (%)	Total n (%)	p-valor
Reinternação (n=83)	9 (42,9)	15 (24,2)	24 (28,9)	0,10
Motivo da reinternação (n=24)				
Cardiovascular	4 (44,4)	6 (40,0)	10 (41,7)	
Pulmonar	2 (22,2)	6 (40,0)	8 (33,3)	
Outros ^a	3 (33,3)	3 (20,0)	6 (25,0)	
Óbito após reinternação (n=83)	4 (19,0)	2 (3,2)	6 (7,2)	0,01

^aA categoria 'outros' inclui demais causas de reinternação com baixa frequência. Os percentuais foram calculados com base no número de respondentes de cada variável.

Aproximadamente 30% dos pacientes foram reinternados após a alta hospitalar. A reinternação é um importante indicador de qualidade do sistema de saúde, refletindo a efetividade do acompanhamento após a alta e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. No presente estudo, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à ocorrência de reinternação.

Entre os principais motivos de reinternação, destacaram-se as causas relacionadas aos sistemas cardiovascular e pulmonar. Uma hipótese é que a reinternação esteja relacionada aos desfechos tardios da covid-19, incluindo manifestações persistentes descritas na covid longa. Esses desfechos incluem sintomas de múltiplos sistemas, com destaque para manifestações cardiovasculares, pulmonares e neuropsiquiátricas, que podem contribuir para a demanda por novos atendimentos. No presente estudo, a identificação de motivos relacionados aos sistemas nervoso e psicológico nos atendimentos ambulatoriais reforça essa hipótese, ainda que tais registros possam estar subestimados^{36,37}.

Em relação ao óbito após a reinternação, observou-se diferença significativa entre os grupos. A proporção de óbitos foi maior entre os pacientes sem excesso de peso. Esse resultado deve ser interpretado com cautela, considerando o pequeno número de eventos observados. Uma possível explicação para esse achado é a maior idade média observada no grupo sem excesso de peso, além da possível presença de fragilidade ou sarcopenia, condições associadas a piores desfechos clínicos em pacientes hospitalizados. Recomenda-se estudos futuros para avaliação.

A organização da alta hospitalar e o acompanhamento subsequente são fundamentais para reduzir eventos adversos, como reinternações e óbitos. Estratégias que incluem planejamento da alta, orientação ao paciente e articulação entre os serviços de saúde com o agendamento prévio de consultas de seguimento, têm sido associadas à melhora dos desfechos clínicos³⁸. A continuidade do acompanhamento após a alta está associada à maior adesão ao tratamento, redução de complicações e melhor utilização dos serviços de saúde. Esse processo depende da interação entre profissionais e serviços de saúde e pacientes/familiares, sendo essencial para o planejamento de cuidados atuais e futuros³⁹.

Esses achados também podem ser interpretados à luz do conceito de estado subótimo de saúde (Suboptimal Health Status – SHS), caracterizado por sintomas

persistentes e inespecíficos que precedem desfechos clínicos mais graves. Nesse contexto, a identificação precoce desses sinais, especialmente na atenção primária, pode contribuir para estratégias preventivas e melhor organização do acompanhamento dos indivíduos⁴⁰.

O estudo apresenta limitações relacionadas à qualidade e à disponibilidade das informações nos prontuários eletrônicos, incluindo registros incompletos e a utilização de sistemas não integrados. Essas limitações dificultam a análise dos fluxos assistenciais e da continuidade do acompanhamento dos pacientes. O tamanho reduzido da amostra também pode ter influenciado os resultados, especialmente nas análises de desfechos como reinternação e óbito, e no poder para detectar diferenças entre os grupos.

Ademais algumas variáveis de tempo apresentaram dados incompletos ou disponíveis apenas para subgrupos da amostra, o que pode limitar a comparabilidade entre os grupos analisados. Por fim, a utilização de diferentes critérios para classificação do estado nutricional em adultos e idosos pode impactar a comparabilidade dos grupos, particularmente pela ausência de classificação de obesidade na proposta de Lipschitz⁴¹.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam a elevada frequência de excesso de peso entre pacientes hospitalizados por covid-19 e sua relação com desfechos clínicos mais graves. Observou-se, ainda, a importância do acompanhamento após a alta hospitalar e da articulação entre os níveis de atenção à saúde.

A organização da alta e o seguimento dos pacientes representam estratégias relevantes para a redução de reinternações e óbitos, especialmente em indivíduos com condições crônicas. Nesse contexto, a integração dos sistemas de informação e o fortalecimento das redes de atenção são fundamentais para garantir a continuidade da assistência. O monitoramento de pacientes com doenças crônicas e a avaliação do seu percurso nos serviços de saúde podem contribuir para o aprimoramento das estratégias assistenciais e para a qualificação da atenção em saúde.

Destaca-se ainda a importância da identificação precoce de indivíduos em risco, considerando manifestações subclínicas e fatores associados, como o excesso de peso, para subsidiar estratégias de prevenção e organização do cuidado nos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

O estudo conta com o apoio financeiro do Programa de Fomento à Pesquisa da Escola Superior de

Ciências da Saúde – ESCS, com recursos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – Fepecs (Termo de Outorga e Aceitação n.º 5/2020 – FEPECS/DE).

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19 – OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
2. Governo do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Emergência de Saúde Pública COVID-19 no âmbito do Distrito Federal [Internet]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/142730/Boletim-COVID_DF_304.pdf
3. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus out break: the central role of primary care in emergency prepared nessand response. *BJGP Open*. 2020 Jan 28;bjgpopen20X101041.
4. Kalligeros M, Shehadeh F, Mylona EK, Benitez G, Beckwith CG, Chan PA et al. Association of Obesity with Disease Severity among Patients with COVID-19. *Obesity*. 2020 Apr 30.
5. Sawadogo W, Tsegaye M, Gizaw A, Adera T. Overweight and obesity as risk factors for COVID-19-associated hospitalisations and death: systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*. 2022 Jan 19;e000375.
6. Luzi L, Radaelli MG. Influenza and obesity: its odd relationship and the lessons for COVID-19 pandemic. *Acta Diabetologica*. 2020 Apr 5.
7. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW et al. The Northwell COVID-19 Research Consortium. Presenting characteristics, comorbidities, and out comes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020;323(20):2052-9.
8. Cai Q, Chen F, Wang T, Luo F, Liu X, Wu Q, He Q, Wang Z, Liu Y, Liu L, Chen J, Xu L. Obesity and COVID-19 severity in a designated hospital in Shenzhen, China. *Diabetes Care*. 2020;43(7):1392-8.
9. Michalakis K, Ilias I. SARS-CoV-2 infection and obesity: Common inflammatory and metabolic aspects. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020 Jul;14(4):469-71.
10. Bispo Júnior JP, Santos DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10).
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Departamento de Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 55 p.: il.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2021 – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128. : il.*
13. Yu W, Rohli KE, Yang S, Jia P. Impact of obesity on COVID-19 patients. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2020 Nov;35(3):107817.
14. Nielsen Jeschke K, Bonnesen B, Hansen EF, Jensen JUS, Lapperre TS, Weinreich UM et al. Guideline for the management of COVID-19 patients during hospital admission in a non-intensive care setting. *European Clinical Respiratory Journal*. 2020 Jan 1;7(1):1761677

15. Governo do Distrito Federal. Agência Brasília. Subsecretaria de Divulgação. Secretaria de Estado de Comunicação do DF [Internet]. Disponível em:
<https://agenciabrasilia.df.gov.br/2020/07/09/acordo-entre-saude-e-rede-privada-gera-35-leitos-de-uti-durante-a-pandemia/>
16. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde [Internet]. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87373/Protocolo+de+Desospitaliza%C3%A7%C3%A3o+de+Hospitais+e+UPAS+no+Distrito+Federal.pdf/9c7a948e-c6c7-c184-baee-fa4>
17. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Organização regional da linha de cuidado para prevenção e tratamento do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no Distrito Federal – Etapa 1 [Internet]. Disponível em:
https://www.saude.df.gov.br/Linha_de_Cuidado_de_Sobrepeso_e_Obesidade__1_.pdf
18. Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). SIVEP-GRIFE [Internet]. sivepgripe.saude.gov.br. Available from:
<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?0>
19. Estratégia e-SUS Atenção Primária [Internet]. Disponível em:
<esus.saude.df.gov.br>.
20. InterSystemsTrakcare [Internet]. Disponível em:
<www.portaldeexames.saude.df.gov.br/trakcare>
21. Soul-MV [Internet]. Disponível em:
<igesdf.org.br/tag/soul-mv>
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
23. Stata Corp. (2017). Stata 15. Structural Equation Modeling: Reference Manual. College Station, TX: Stata Press.
24. Garg S et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 – COVID-NET, 14 States, March 1-30, 2020. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 2020;69(15). Available from:
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm?s_cid=mm6915e3_w
25. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet [Internet]. 2020 Jan 24;395(10223):497-506. Available from:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
26. Guan W, Liang W, Zhao Y, Liang H, Chen Z, Li Y et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. European Respiratory Journal [Internet]. 2020 Mar 26;55(5):2000547. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098485/>
27. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. The Journal of Infection [Internet]. 2020 Apr 23;81(2). Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177098/>
28. Huang R, Zhu L, Xue L, Liu L, Yan X, Wang J et al. Clinical findings of patients with coronavirus disease 2019 in Jiangsu province, China: a retrospective, multi-center study. PLoS Negl Trop Dis. 2020 May 8;14(5):e0008280.

29. Acosta AM, Lima MADS. Frequent users of emergency services: associated factors and reasons for seeking care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 Apr;23(2):337-44.
30. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaucha Enferm*. 2018 Nov 29;39(0).
31. Gheno J, Weis AH. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2021;30.
32. Rodrigues R, Cardinali DJM. A COVID-19 na atenção primária à saúde: mais um desafio. *Health Residencies Journal – HRJ* [Internet]. 2021 Feb 10;2(9):3-10. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/160>
33. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Carteira de serviços essenciais para a atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID-19 [Internet]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/Carteira-de-Servicos-COVID_v1_2309_final.pdf
34. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Critérios e fluxos de encaminhamento para ambulatórios especializados dos pacientes egressos de internação por COVID-19 na SES-DF [Internet]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/85026/Nota-Tecnica-criterios-e-fluxos-deencaminhamento-para-ambulatorios-covid-19-na-ses-df.pdf>
35. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Diretrizes de apoio clínico e organizacional para a APS no enfrentamento à COVID-19. Fluxograma de internação e alta para pacientes da COVID-19 [Internet]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/NOTA_TECNICA_COVID_APS.pdf
36. Ronca DB, Mosquita LO, Oliveira D, Figueiredo ACMG, Song J, Guedes KMB. Excess weight is associated with neurological and neuropsychiatric symptoms in post-COVID-19 condition: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2025;20(5):e0314692.
37. Pasini E, Corsetti G, Romano C, Scarabelli TM, Chen-Scarabelli C, Saravolatz L et al. Serum Metabolic Profile in Patients With Long-Covid (PASC) Syndrome: Clinical Implications. *Frontiers in Medicine* [Internet]. 2021;8:714426. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34368201/>
38. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. *Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 2015 Sep 30;20(3):1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26882510/>
39. Jeffs L, Kuluski K, Law M, Saragosa M, Espin S, Ferris E et al. Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. *World views on Evidence-Based Nursing*. 2017 Jan 10;14(2):136-44.
40. Wang W, Yan Y. Suboptimal health: a new health dimension for translational medicine. *Clinical and Translational Medicine*. 2012;1:28.
41. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 1994 Mar;21(1):55-67.

