



ISSN: 2230-9926

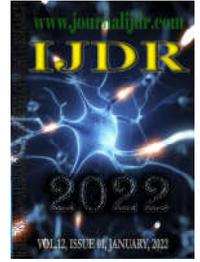
Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 01, pp. 53333-53337, January, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.23763.01.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## GESTÃO HOSPITALAR POR MEIO DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS EM UM SERVIÇO REFERÊNCIA PARA COVID-19 NO ESTADO DA PARAÍBA, BRASIL

Rúbia Ferreira Morais Lins<sup>1</sup>, Maria Cristiane Bezerra<sup>2</sup>, Katia Jaqueline da Silva Cordeiro<sup>3</sup>, Gilberto Costa Teodozio<sup>4</sup>, Naiara Mona Lima de Araújo<sup>5</sup>, Sergio Vital da Silva Junior\*<sup>6</sup>, Thais Thuanne de Oliveira Santana<sup>7</sup>, Ítallo Lins Paes de Araújo<sup>8</sup>, José Pacífico Gomes Neto<sup>9</sup> and Maria Helena do Nascimento Faustino<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Pós-Graduação em Urgência e Emergência e UTI pela UNIFACISA. Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil; <sup>2</sup>Graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri – URCA; <sup>3</sup>Enfermeiro (a). Gestor do Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil; <sup>4</sup>Enfermeiro (a). Gestor do Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil; <sup>5</sup>Pós graduada em urgência e Unidade de Terapia Intensiva; <sup>6</sup>Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil; <sup>7</sup>Graduada em Fisioterapia na FPB; <sup>8</sup>Graduação em Odontologia pela Universidade Paranaense. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Doutorando em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba –UEPB; <sup>9</sup>Graduado em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat; <sup>10</sup>Enfermeira. Hospital Metropolitan Dom José Maria Pires. Santa Rita, Paraíba, Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 04<sup>th</sup> October, 2021  
Received in revised form  
26<sup>th</sup> November, 2021  
Accepted 19<sup>th</sup> December, 2021  
Published online 28<sup>th</sup> January, 2022

#### Key Words:

Organização Mundial da Saúde,  
Pessoas acometidas,  
Unidade de Terapia.

#### \*Corresponding author:

Rúbia Ferreira Morais Lins

### ABSTRACT

**Introdução:** No início do ano de 2020, uma nova pandemia se espalhou rapidamente pelo mundo: a Covid-19. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da Covid-19 era uma emergência de saúde pública e a caracterizou como uma pandemia. No mundo, houve 200.840.180 casos confirmados de covid-19, incluindo 4.265.903 mortes notificadas à OMS. Dessa forma, torna-se importante conhecer os serviços de saúde que prestam assistência às pessoas acometidas pela covid-19. Do exposto, a presente investigação busca descrever os indicadores hospitalares relacionados à terapia intensiva à pessoas vítimas da covid-19 no Nordeste do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde em um serviço de referência do Governo do Estado da Paraíba. **Método:** O presente artigo foi construído após coleta de dados consolidados da Unidade de Terapia Intensiva direcionada à vítimas de covid-19 entre os meses de abril de 2020 e abril de 2021 no referido hospital da Paraíba. **Resultados:** Observa-se um elevado numero de internações, passando de 21 casos no mês de abril de 2020, para 84 em maio. Referente às altas hospitalares, fevereiro de 2021 apresentou 29 altas, agosto de 2020 teve 26 altas e dezembro de 2020 registrou 24 altas. Durante o período observado, o mês de março de 2021 apresentou a maior taxa de ocupação de leitos (91,3%) e a maior média de dias de permanência na UTI concentrou-se no mês de janeiro de 2021 com 9,9%. **Considerações Finais:** Por meio desta pesquisa buscou-se descrever como a UTI, cenário deste estudo, vem atuando de forma resolutiva e coordenada para mitigar a pandemia de covid-19 junto à população Paraibana, no Nordeste do Brasil.

Copyright © 2022, Rúbia Ferreira Morais Lins et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Citation:** Rúbia Ferreira Morais Lins, Maria Cristiane Bezerra, Katia Jaqueline da Silva Cordeiro, Gilberto Costa Teodozio, Naiara Mona Lima de Araújo, Sergio Vital da Silva Junior, Thais Thuanne de Oliveira Santana, Ítallo Lins Paes de Araújo, José Pacífico Gomes Neto and Maria Helena do Nascimento Faustino. "Gestão hospitalar por meio dos indicadores assistenciais em um serviço referência para covid-19 no estado da paraíba, Brasil", *International Journal of Development Research*, 12, (01), 53333-53337.

### INTRODUCTION

Em 31 de dezembro de 2019, hospitais de Wuhan em Hubei na China, relataram casos de pneumonia de causa desconhecida naquele período, o que atraiu atenção nacional e do mundo (WANG *et al.*, 2020). Em 24 de fevereiro de 2020, 80.239 casos de Covid-19 foram

confirmados em todo o mundo, causando 2700 mortes. A China continental e especialmente a província de Hubei sofreram o impacto da epidemia, registrando 77.780 casos, na época. Fora da China continental, 33 países relataram 2549 infecções confirmadas e 34 fatalidades naquele período (JIANG *et al.*, 2020). Em três de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil declarou

emergência de saúde pública de importância nacional, diante da pandemia causada pela Covid-19 (novo Coronavírus), por meio da Portaria MS nº 188, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. A Portaria MS nº 188 também estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional, ficando sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) a gestão do COE-COVID-19 (BRASIL, 2020a.) No início do ano de 2020, uma nova pandemia se espalhou rapidamente pelo mundo: a Covid-19. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da Covid-19 era uma emergência de saúde pública e a caracterizou como uma pandemia. No mundo, já houve 200.840.180 casos confirmados de covid-19, incluindo 4.265.903 mortes notificadas à OMS. Em 5 de agosto de 2021, um total de 3.984.596.440 doses de vacina contra o SARS-Cov-2 foram administradas. O Brasil confirmou 20.108.448 casos e 561.807 óbitos acumulados pela doença até o dia anteriormente mencionado (OPAS, 2021). No Brasil, o primeiro caso confirmado foi de um homem de 61 anos, que relatou viagem de 9 a 20 de fevereiro de 2020 para a Lombardia, norte da Itália. Ele chegou a sua casa em 21 de fevereiro de 2020 e foi atendido em um hospital no estado de São Paulo, Brasil, com testagem positiva para a Covid-19. Apresentava febre, tosse seca, dor de garganta e coriza e recebeu cuidados preventivos padrão e orientação de isolamento domiciliar (RODRIGUEZ-MORALES *et al.*, 2020). A insuficiência respiratória causada pela síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é a principal causa de mortalidade. A linfocitose hemofagocítica secundária (LHS) é uma síndrome hiperinflamatória sub-reconhecida, caracterizada por uma hipercitoquinemia fulminante e fatal com insuficiência de vários órgãos. Nos adultos, a LHS é mais comumente desencadeada por infecções virais e ocorre em 3,7-4,3% dos casos de sepse. As principais características da LHS incluem febre incessante, citopenias e hiperferritinemia e envolvimento pulmonar (incluindo SDRA) que ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes (MEHTA *et al.*, 2020). Atualmente as evidências científicas estão se acumulando com intuito de barrar a pandemia, visto que apresenta elevada taxa de transmissibilidade e letalidade. A China conseguiu diminuir a transmissão por meio de medidas efetivas, a exemplo: proteger os profissionais de saúde com equipamentos de proteção individual, identificar os sintomáticos com a realização de testes, rápido resultado e condução dos casos confirmados ao isolamento, além de identificar os comunicantes e colocá-los em quarentena (SILVA, 2020).

Dessa forma, no combate ao SARS-CoV-2, torna-se necessário considerar a heterogeneidade dos indicadores entre diferentes regiões com transmissão, pois podem variar de acordo com ações, rotinas, disponibilidade de suprimentos, estrutura de serviços de saúde e de vigilância, além das características culturais e políticas de cada localidade (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020). Sabe-se que o SARS-CoV-2 é transmitido por inalação ou contato direto com gotículas infetadas, com período de incubação variando entre um a 14 dias e que as pessoas infetadas podem ser assintomáticas e transmitir a doença. Os sintomas são inespecíficos, sendo os mais frequentes a febre, tosse, dispneia, mialgias e fadiga. A radiografia do tórax é atualmente, o exame imaginológico de primeira linha em caso suspeito ou confirmado de Covid-19 (ESTEVÃO, 2020). A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é uma complicação grave da Covid-19 e a tomografia computadorizada (TC) de tórax é importante, pois demonstra o grau de comprometimento pulmonar dos indivíduos acometidos. Nos pacientes de Wuhan com Covid-19 e pneumonia, a TC evidenciou áreas de consolidação lobulares e subsegmentares múltiplas bilaterais. Já nos pacientes que não foram admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as TC apresentaram: opacidade bilateral em vidro fosco e áreas subsegmentares de consolidação. Entretanto, embora a TC tenha elevada sensibilidade, apresenta baixa especificidade para identificar a Covid-19. Isso está relacionado ao fato de que várias outras condições apresentam as mesmas alterações na imagem (ARAUJO *et al.*, 2020).

Inferese, pois, que as medidas terapêuticas da covid-19 ainda estão em fase inicial, pois nenhuma das moléculas até agora testadas apresentam achados cientificamente robustos que indiquem o uso de qualquer medicação específica no tratamento desta doença. Dessa forma, novas pesquisas científicas estão desenvolvidas no intuito de que protocolos bem desenhados e seguros sejam instituídos, com ênfase na solidariedade entre as nações, em especial no intuito da prevenção da infecção e tratamento adequado nos casos que requerem tratamento intensivo (ARAUJO *et al.*, 2020). Nesse interim, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), local deste estudo, é uma área hospitalar com intuito de prestar assistência à “pacientes acometidos por insuficiências orgânicas graves, sob potencial de desenvolvê-las ou sob condições críticas de desequilíbrios de saúde”, já que tal unidade possui um espaço físico capacitado para armazenagem de recursos materiais de alta tecnologia e complexidade, o que complementa e reforça a assistência prestada aos indivíduos (NASCIMENTO; SANTOS, 2019). Entre os ambientes hospitalares, a UTI é definida como agressivo e ameaçador, pois evidencia o risco de morte do paciente. Dada a rotina de situações emergenciais, concentração de pacientes críticos, com alterações súbitas no estado de saúde, o local de trabalho destaca-se como estressante e causador de um espaço emocionalmente danificado para a equipe multiprofissional e familiares de pacientes (BARTH *et al.*, 2016). Essa característica parece agravada ainda mais com o incremento da pandemia de covid-19.

Devido aos constantes ruídos gerados pelos alarmes existentes na UTI, os profissionais de saúde acabam ficando irritadiços, estressados, cansados, com redução nos níveis de atenção, fadiga, cefaleia, contraturas musculares, elevação da pressão arterial e frequência cardíaca e piora da qualidade do sono (ZAVALLIS *et al.*, 2019). No contexto da assistência à saúde, em especial no âmbito da UTI, a humanização do cuidado torna-se necessária na medida em que alguns fatores como o avanço tecnológico, as rígidas rotinas hospitalares e o paternalismo da equipe de saúde fazem, por muitas vezes, com que o cuidado se resume na execução de procedimentos técnicos com objetivos mecanicistas que desfavorecem a autonomia do paciente (NASCIMENTO, 2019). A humanização nos tempos da pós-modernidade remete-se aos movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos em virtude do capitalismo multinacional e pela globalização econômica. Assim, o conceito de humanização da assistência à saúde destaca a necessidade de recuperar a essência do cuidado humanizado, que deve considerar os aspectos biopsicossociais e a individualidade do ser cuidado (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014). O termo humanização é um constructo ético no âmbito assistencial em saúde, pois não se esgota em ter empatia pelo usuário ou chama-lo pelo nome em detrimento à codificação numérica destes, mas está no arcabouço de compreender os sentimentos apresentados pelos indivíduos que necessitam de cuidado profissional com apoio e lealdade com valorização do ser humano (INAGAKI *et al.*, 2018). Isso posto, a presente investigação tem por objetivo descrever os indicadores hospitalares relacionados à terapia intensiva à pessoas vítimas da covid-19 no Nordeste do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde em um serviço de referência do Governo do Estado.

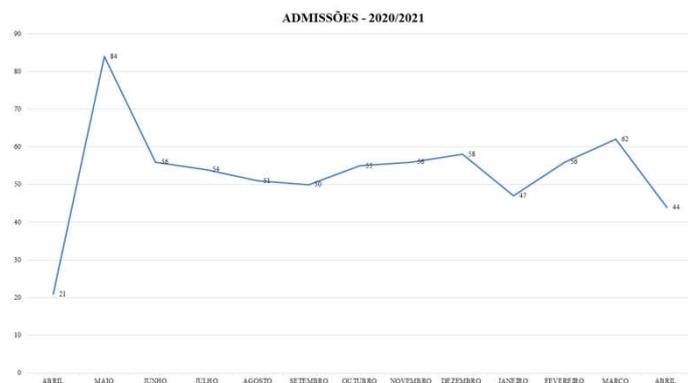
## METODOLOGIA

O presente estudo foi construído por meio dos dados consolidados do referido serviço. O recorte cronológico dos indicadores ocorreu entre abril de 2020 e abril de 2021 no referido Hospital que atende a população paraibana usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da esfera estadual de assistência. A UTI onde os dados utilizados na presente investigação foram constituídos situa-se no hospital metropolitano Dom José Maria Pires, pertencente à rede hospitalar do Governo do Estado da Paraíba com atendimento prestado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A referida UTI é constituída por 20 leitos para assistência intensiva aos pacientes com complicações respiratórias decorrentes da covid-19 no estado da Paraíba. O quadro de profissionais é dimensionado com quatro enfermeiros plantonistas, dois enfermeiros diaristas, 10 técnicos de

enfermagem plantonistas, dois técnicos de enfermagem, quatro médicos plantonistas, quatro médicos diaristas, quatro fisioterapeutas plantonistas e um fisioterapeuta diarista em plantões de 12 horas. A unidade, cenário desta investigação, dispõe de equipamentos de monitorização multiparamétrica de sinais vitais e suporte para ventilação mecânica invasiva, caso necessário. Constitui a equipe permanente de colaboradores de saúde, médicos e profissionais da enfermagem intensivistas, além de outros como fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Diariamente, são coletados os dados pelo enfermeiro diarista que sistematiza por meio de uma planilha no *excel* informações referentes ao número de admissões, altas, óbitos, taxa de ocupação e média de dias de permanência na Unidade de Terapia Intensiva. Os referidos dados são tratados pela equipe de estatística da instituição e apresentados ao Conselho Administrativo e Assistencial para subsidiar a tomada de decisão quanto às estratégias de assistência à saúde. De modo a publicizar as informações referentes aos indicadores hospitalares relacionados à terapia intensiva voltada às pessoas acometidas pela covid-19, os autores decidiram publicar a presente discussão para evidenciar o impacto da assistência em saúde a essa população específica. Por se tratar de pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual de acordo com a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro, esta pesquisa não necessitou de aprovação por um comitê de ética. Ressalta-se que os dados foram manipulados de forma confidencial, após aprovação das instâncias responsáveis pelo referido serviço.

## RESULTADOS

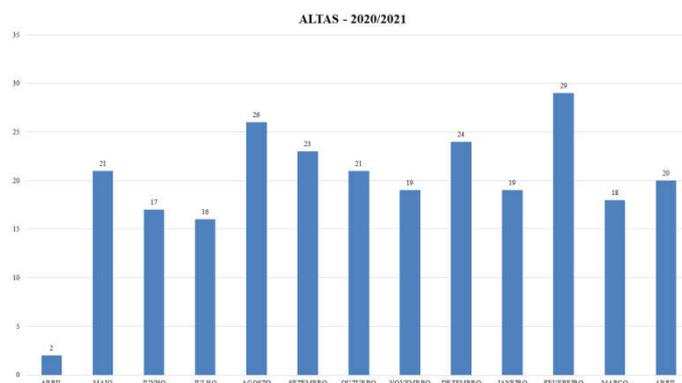
Na Unidade de terapia intensiva destinada às pessoas acometidas pela forma grave da covid-19, o objetivo primordial é a estabilização clínica dos pacientes acometidos pelo agravo no sistema respiratório e possíveis comorbidades advindas da infecção pelo Sars-Cov-2. No gráfico um, observa-se o número de admissões na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19 durante o recorte cronológico de abril de 2020, período inicial da pandemia de covid-19 na Paraíba, Nordeste do Brasil, até abril de 2021, onde observa-se queda no número de casos graves da covid-19 no estado.



Fonte: Censodiarista da Unidade de Terapia Intensiva Covid.

**Gráfico 1. Admissões na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19. Santa Rita, PB. 2021**

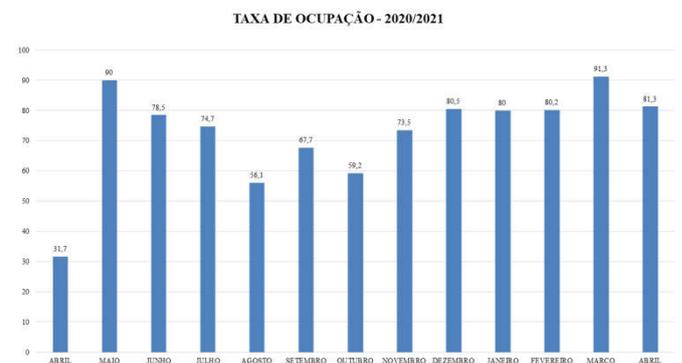
No início do ano de 2020, a Paraíba viu a ascensão dos casos de covid-19 com necessidade de retaguarda de serviços de saúde, em especial dos casos graves do referido agravo. No gráfico um observa-se um elevado número de internações, passando de 21 casos no mês de abril de 2020, para 84 em maio. Após esse período, observa-se manutenção na curva de admissões com relativo decréscimo no final do período de realização da presente investigação com 44 admissões em abril de 2021. O gráfico dois demonstra o indicador de altas na UTI para atendimento às vítimas da covid-19, descrito neste estudo no período do recorte cronológico.



Fonte: Censodiarista da Unidade de Terapia Intensiva Covid.

**Gráfico 2. Altas na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19. Santa Rita, PB. 2021**

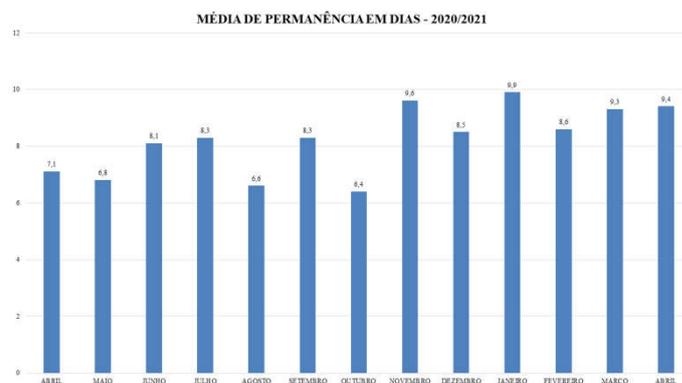
Observa-se na ilustração anterior que os meses que apresentaram maiores números de altas do referido serviço foram fevereiro de 2021 com 29 altas, seguidos de agosto de 2020 com 26 altas hospitalares e dezembro de 2020 com 24 altas. O menor número de altas dentro do período em estudo foi abril de 2020, com apenas duas altas, seguidos de julho e junho com 16 e 17 altas respectivamente. A Taxa de ocupação na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19, cenário desta investigação, está descrita por meio do Gráfico três.



Fonte: Censodiarista da Unidade de Terapia Intensiva Covid.

**Gráfico 3. Taxa de ocupação na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19. Santa Rita, PB. 2021**

Durante o período observado, o mês de março de 2021 apresentou a maior taxa de ocupação de leitos (91,3%), seguido do mês de maio de 2020 e abril de 2021 com 90% e 81% respectivamente. Como se pode observar por meio do gráfico, abril de 2020 apresentou a menor taxa de ocupação de leitos na UTI com 31,7% de ocupação. No que se refere à média de dias de permanência na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19, observam-se as informações no gráfico quatro.



Fonte: Censodiarista da Unidade de Terapia Intensiva Covid.

**Gráfico 4. Média de dias de permanência na Unidade de Terapia Intensiva para atendimento às vítimas da covid-19. Santa Rita, PB. 2021**

Observa-se a média de dias de permanência na UTI para atendimento às vítimas da covid-19 na ilustração anterior apontando que a maior média concentrou-se no mês de janeiro de 2021 com 9,9% seguido de novembro de 2020 com 9,6% e abril de 2021 com 9,4%. Em outubro de 2020, observa-se menor taxa de permanência na UTI durante o período evidenciado na presente investigação com 6,4%.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que a maior parte dos casos de covid-19 não possui letalidade, sendo que aproximadamente 20% das pessoas acometidas pelo agravamento requerem hospitalização, e desses, até 25% necessitam de assistência intensiva (NASCIMENTO *et al.*, 2021). A apresentação clínica da covid-19 é complexa, variando de sintomas similares a um resfriado ou cursando com pneumonia grave e óbito. Atualmente entende-se a infecção por SARS-CoV-2 enquanto uma síndrome gripal com problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção (período médio de incubação de 5 a 6 dias e intervalo de 1 a 14 dias) e com manutenção da febre de modo persistente, diferentemente da defervescência observada nos quadros de influenza (LIMA, 2020). O Brasil vivenciou um expressivo número de casos de covid-19 no decorrer do ano de 2020 em decorrência de se posicionar no âmbito das nações em desenvolvimento, expressando a enorme desigualdade social existente no país. Dessa forma, houve ampliação do impacto da pandemia no Brasil, em decorrência do acesso limitado aos serviços de saúde, pela dinâmica política e pela maior incidência da doença nos grupos com menor nível socioeconômico (ORELLANA *et al.*, 2021). A progressão dos casos confirmados da COVID-19 no Brasil tem sido influenciada também pelos fatores socioeconômicos, além da dinâmica de contágio própria de uma epidemia. A taxa de letalidade do Brasil é muito elevada, influenciada pelas desigualdades no acesso ao tratamento. Dessa forma, evidenciam-se discrepâncias entre os pacientes de raça branca e raça preta e parda. Verificou-se que a proporção de óbitos em pacientes pretos e pardos foi maior do que a de brancos, independente da faixa etária, nível de escolaridade, e em município de IDHM elevado. As chances de mortes de um paciente preto ou pardo analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores que um paciente branco com nível superior (19,6%), confirmando as enormes disparidades no acesso e qualidade do tratamento no Brasil (BATISTA *et al.*, 2020).

Estudo desenvolvido por Noronha *et al.*, (2020), analisou a pressão sobre o sistema de saúde no Brasil decorrente da demanda adicional gerada pela COVID-19 e evidenciou uma situação crítica do sistema para atender essa demanda potencial, uma vez que diversas microrregiões e macrorregiões de saúde operariam além de sua capacidade, comprometendo o atendimento a pacientes principalmente aqueles com sintomas mais severos. Na região Sul do Brasil, entre os 15.332 casos confirmados de COVID-19, 70,3% eram do sexo feminino e 61,3% com idade entre 30 a 49 anos (39,2±11,6 anos). Registraram-se 97 óbitos, com uma taxa de letalidade de 0,6%. A probabilidade de óbito foi 52,8 vezes (20,7-134,5) e 4,0 vezes (2,5-6,2) maior entre jovens e homens quando comparados às demais notificações (CAMPOS; LEITÃO, 2021). Nessa mesma seara de discussão, os resultados de estudo realizado com as taxas de óbitos em capitais brasileiras apontam que as maiores taxas brutas foram em Manaus (253,6/100 mil) e no Rio de Janeiro (253,2/100 mil). Após padronização por idade, houve aumento expressivo das taxas na Região Norte. A maior taxa ajustada foi observada em Manaus (412,5/100 mil) onde 33% de óbitos por COVID-19 ocorreram entre menores de 60 anos. A mortalidade em Manaus acima de 70 anos foi o dobro se comparada à do Rio de Janeiro e o triplo se comparada à de São Paulo (SILVA; JARDIM; LOTUFO, 2021). Nesse cenário, os serviços que atuam na assistência em saúde voltados às vítimas da covid-19 e seus familiares estão direcionados ao atendimento humanizado, primando o conforto e segurança do paciente, bem como proporcionando a agilidade no processo saúde-doença, evitando o agravamento da patologia presente. Isso promove mais qualidade na assistência, estabilizando as gravidades agudas, gerenciando os recursos mais adequados e transferindo o paciente para os locais de

referência àquele agravamento, quando necessário (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2020). Cabe ressaltar que a humanização tem importante impacto na assistência às vítimas da covid-19, pois os indicadores são dados burocráticos e numéricos, mas que representam pessoas e profissionais repletos de sonhos e vivências que não podem ser resumidos aos valores apresentados nos referidos indicadores.

**Considerações Finais:** Esta pesquisa buscou descrever os indicadores hospitalares relacionados à terapia intensiva à pessoas vítimas da covid-19 no Nordeste do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde em um serviço de referência do Governo do Estado. O referido serviço de terapia intensiva vem atuando de forma resolutiva e coordenada para mitigar a pandemia de covid-19 junto à população Paraibana, no Nordeste do Brasil, com oferta de serviço de qualidade pelo Sistema Único de Saúde, com ênfase na assistência humanizada e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, L. F. S. C. *et al.* Aspectos clínicos e terapêuticos da infecção da COVID-19. Rede CoVida. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40662>. Acesso em: 06 ago 2020.
- BARTH, A.A. *et al.* Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras de Ter Intensiva*. v. 28, n.3, p. 323-9. 2016. DOI: 10.5935/0103-507X.20160055
- BATISTA, A. *et al.* Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. *Nota Técnica* 11 – 27/05/2020. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). 12p. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 23 de ago. de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 17ago2021.
- CAMPOS, A.C.V.; Leitão, L.P.C. Letalidade da COVID-19 entre profissionais de saúde no Pará, Brasil. *Journal Health NPEPS*. v. 6, n. 1, p.:22-34. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5190/4029>. Acesso em: 23 de ago. de 2021.
- CHERNICHARO, I.M.; SILVA, F.D.; FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. *Rev. enferm. Esc. Anna Nery*. v. 18, n. 1, p. 156-62. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>
- ESTEVÃO, A. COVID -19. *Acta Radiológica Portuguesa*, v. 32, n. 1, p. 5-6. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25748/arp.19800>
- FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M.R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 2, p. 1-5. 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200008
- INAGAKI, A.D.M. *et al.* Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. *Rev enferm UFPE online*. v. 12, n. 7, p. 1879-86. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231395p1879-1886-2018>
- JIANG, F. *et al.* Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of General Internal Medicine*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>
- LIMA C.M.A.O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). *Radiol Bras. Editorial*. v. 53, n. 2, p:V-VI. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>
- MEHTA, P. *et al.* Covid-19: consider cytotoxic storm syndromes and immunosuppression. *The Lancet*, v. 395, n. 10229, p.1033-34, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30628-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30628-0).
- NASCIMENTO, C.C.N. Influências sociais e emocionais da humanização a assistência ao paciente oncológico. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2019. Disponível em:

- <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/07/assistencia-paciente-oncologico.html>. Acesso em: 06 ago 2020.
- NASCIMENTO, E.B.B.; SANTOS, L.C. Quality of life of nursing professionals in ICU: a bibliographic review. *Revista Artigos.Com*. v.2, p. 1-10. 2019. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1200>. Acesso em: 06 ago 2020.
- NASCIMENTO, J.H.P. *et al.* COVID-19 and Myocardial Injury in a Brazilian ICU: High Incidence and Higher Risk of In-Hospital Mortality. *Arq Bras Cardiol*. 2021; v. 116, n.2, p.: 275-282.
- NORONHA, K.V.M.S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad. Saúde Pública*. v. 36, n. 6, p.:e00115320. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
- OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. FOLHA informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 07 de ago. de 2021. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 17 de ago. de 2021.
- ORELLANA, J.D.Y. *et al.* Excess deaths during the COVID-19 pandemic: underreporting and regional inequalities in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. v. 37, n. 1, p.:e00259120 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00259120>
- RODRIGUEZ-MORALES, A. J. *et al.* COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*, 2020: 101613. DOI: 10.1016/j.tmaid.2020.101613
- SILVA, A.A.M. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. bras. epidemiol.* v.23, E200021. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200021>
- SILVA, G.A; JARDIM, B.C.; LOTUFO P.A. Mortalidade por COVID-19 padronizada por idade nas capitais das diferentes regiões do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 37, n. 6, p.:e00039221. 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00039221
- WANG, C. *et al.* A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, v. 20, p. 30185-9. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- ZAVALLIS, A. *et al.* The level of stress of nurses in the intensive care unit. *Rev Fun Care Online*. v. 11, n. 1, p. 205-10. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.205-210>

\*\*\*\*\*