



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**MICHELE MONTEIRO SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA  
ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
BRASILEIROS**

Belém  
2023

**MICHELE MONTEIRO SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA  
ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
BRASILEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Coorientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

Linha de Pesquisa: Política de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico

Macroprojeto: Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

Belém

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

S725a Sousa, Michele.  
AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE  
CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19  
EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS / Michele Sousa. — 2023.  
138 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Carlos Cunha  
Coorientador(a): Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,  
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Belém, 2023.

1. HOSPITAIS. 2. ADMINISTRAÇÃO. 3. COVID-19. I.  
Título.

CDD 378.0078115

---

**MICHELE MONTEIRO SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA  
ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 06/06/2023

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha** (Orientador)  
Universidade Federal do Pará  
Doutorado em Saúde Coletiva

---

**Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida** (Coorientador)  
Universidade Federal da Bahia  
Doutor em Enfermagem

---

**Profa. Dra. Andressa Tavares Parentes** (Membro Interno)  
Universidade Federal do Pará  
Doutora em Ciências Ambientais

---

**Profa. Dra. Fabianne de Jesus Dias de Sousa** (Membro Interno Suplente)  
Universidade Federal do Pará  
Doutora em Enfermagem

---

**Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos** (Membro Externo)  
Doutor em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho a Jeová Deus pelas bênçãos de sabedoria e resiliência frente aos desafios pessoais e acadêmicos durante a jornada.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a reconexão gentil, profunda e essencial com o Senhor Jeová Deus.

Ao meu pai **Manoel Sousa** (*in memoriam*) que foi e é meu exemplo de força, honestidade e resiliência no caminhar da vida.

A minha família pelo amor, compreensão, incentivo e segurança para desenvolver este trabalho.

Aos meus amigos Aline Cruz, Anderson Lineu, Camile Barros, Joelma Lima, Kelly Barros, Monique Nery e Lucianne Nascimento por sua educação pelo exemplo na vida pessoal e acadêmica, vocês moram no meu coração.

A minha chefia imediata na SESP, Patrícia Santos Martins pela compreensão de minhas ausências e apoio na jornada.

Aos meus orientadores Carlos Leonardo Figueiredo Cunha e Deybson Borba de Almeida, pela disponibilidade.

A banca de avaliação de dissertação pelas contribuições e sugestões enriquecedoras.

Aos professores e pesquisadores participantes do projeto multicêntrico liderado pelos professores Alacoque Lorenzini Erdmann e José Luís Guedes dos Santos pela riqueza de experiência no qual pude fazer parte.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos Hospitais Universitários brasileiros. Estudo avaliativo de abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas aplicadas a gestores e trabalhadores de 8 hospitais universitários geridos pela EBSEH de quatro regiões do Brasil com 17 gestores que participaram da construção, implementação e avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19. O conteúdo textual das entrevistas foi submetido ao software N-Vivo®. A análise dos dados foi realizada utilizando a análise de conteúdo de Bardin, com na Teoria de Donabedian avaliando a tríade estrutura, processo e resultado. Os resultados foram organizados a partir das informações nas respostas do entrevistado, contemplando as seguintes dimensões: Conformidade Técnica, Acomodação, Disponibilidade, Acesso, Oportunidade e Sustentabilidade. O perfil dos 17 participantes da pesquisa foi majoritariamente do sexo feminino (76%), 59% são enfermeiros e 23% atuam como gerentes de atenção à saúde e 23% como superintendentes dentro do organograma da EBSEH. Na dimensão estrutural a carência de insumos, como EPIs e medicamentos, interferiu diretamente na efetividade dos planos de contingência. Evidenciou as demandas históricas dos profissionais da saúde quanto às condições de trabalho. Os resultados encontrados na dimensão, estrutura e resultado evidenciaram as fragilidades de alguns hospitais universitários para atender à demanda potencial gerada pela pandemia da COVID-19 Este estudo demonstrou a importância da do planejamento, elaboração e atualização de documentos norteadores para as instituições hospitalares, como o plano de contingência, voltado para o enfrentamento de uma emergência de saúde pública, bem como, a necessidade de integração entre os serviços de gestão, assistência, ensino e pesquisa.

**Palavras-chave:** COVID-19; avaliação em saúde; hospitais universitários; administração hospitalar; pesquisa em administração de enfermagem.

## ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the implementation of contingency plans to cope with COVID-19 in Brazilian university hospitals. Comprehensive qualitative qualitative study with semi-structured interviews applied to managers and workers of 8 federal educational institutions who participated in the construction, implementation and evaluation of contingency plans to cope with COVID-19. The textual content of the interviews was submitted to the N-vivo software. Data analysis was performed using Bardin's content analysis, and as a theoretical basis Donabedian's theory evaluating the triad structure, process and result. The profile of the 17 participants of the research was mostly female (76%), 59% are nurses and 23% act as health care managers and 23% as superintendents within the EBSEH. In the structural dimension, the lack of inputs, such as PPE and medicines, directly interfered in the effectiveness of contingency plans. It evidenced the historical demands of health professionals regarding working conditions. The results found in the dimension, structure and result evidenced the weaknesses of some university hospitals to meet the potential demand generated by the COVID-19 pandemic. This study demonstrated the importance of planning, preparing and updating guiding documents for hospital institutions, such as the contingency plan, aimed at coping with a public health emergency, as well as the need for integration between management, care, teaching and research services.

Keywords: COVID-19; health evaluation; university hospitals; hospital administration; research in nursing administration.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Dimensões da análise dos Planos de Contingência para enfrentamento da COVID-19 nos Hospitais Universitários brasileiros	.36
Quadro 2 – Cenários da Pesquisa	38
Quadro 3 – Perfil dos participantes	48
Gráfico 1 – Sexo dos Participantes	50
Gráfico 2 – Idade dos Participantes	51
Gráfico 3 – Tempo de atuação no setor dos participantes	51
Gráfico 4 – Categoria profissional dos participantes	52
Gráfico 5 – Carga horária de trabalho semanal dos participantes	52
Gráfico 6 – Tempo de experiência dos participantes	53
Figura 1 – Nuvem de palavras mais frequentes nos depoimentos dos participantes	53
Quadro 4 – Cruzamento de informações de dimensões, temas e número de trecho de texto	54
Quadro 5 – Número de menções as dimensões conformidade técnica e acomodação	58
Gráfico 7 – Frequência dos temas mencionados nas dimensões conformidade técnica e acomodações	59
Quadro 6 – Frequência de menções das dimensões disponibilidade e acesso	64
Gráfico 8 – Frequência das dimensões disponibilidade e acesso	65
Quadro 7 – Frequência de menções das dimensões Oportunidade e Sustentabilidade	72
Gráfico 9 – Frequência de temas das dimensões Oportunidade e Sustentabilidade	74

## LISTA DE SIGLAS

AMN	Ambulatório Professor Magalhães Neto
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições de Ensino Superior
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
BM	Banco Mundial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGC	Comitê Gestor de Crise
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COE	Centro de Operações de Emergência
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPPHO	Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira
CTIs	Centros de Terapia Intensiva
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DRA	Doença Respiratória Aguda
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência Pública de Importância Nacional
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
GT	Grupo de Trabalho
HU	Hospital Universitário
HUF	Hospital Universitário Federal
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
HUJM	Hospital Universitário Júlio Muller
HUMAP	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes



UNIFESP      Universidade Federal de São Paulo  
UTI            Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1	Tema em estudo .....	13
1.2	Problema de pesquisa .....	16
1.3	Justificativa .....	17
1.4	Objetivos .....	18
1.4.1	Geral .....	18
1.4.2	Específicos .....	18
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
2.1	COVID-19 no contexto pandêmico .....	19
2.2	A COVID-19 na América Latina e Brasil .....	22
2.3	A EBSEERH e a gestão dos Hospitais universitários no Brasil.....	25
2.4	Planos de Contingência para COVID-19 em Hospitais Universitários .....	30
2.5	Qualidade nas Organizações de Saúde .....	33
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	35
3.1	Tipo de estudo .....	35
3.2	Cenários da pesquisa .....	37
3.2.1	Critérios de inclusão .....	41
3.2.2	Critérios de exclusão .....	41
3.3	Coleta dos dados .....	41
3.4	Análise dos dados .....	43
3.5	Aspectos éticos .....	45
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	47
4.1	Conformidade técnica e acomodação dos planos de contingência de combate a Covid-19 nos hospitais universitários .....	57
4.1.2	Estratégias de monitoramento planejadas e executadas nos planos de contingência.....	62
4.2	Disponibilidade e acesso dos planos de contingência de combate a COVID-19 nos hospitais universitários.....	64
4.2.1	Adequação do quantitativo de força de trabalho alocada para implantação dos planos de contingência .....	65

4.2.2	Adequação dos insumos, equipamentos e infraestrutura para implantação dos planos de contingência .....	67
4.2.3	Adequação dos planos de contingência às necessidades dos hospitais .....	71
<b>4.3</b>	<b>Oportunidades e sustentabilidade dos planos de contingência de combate a covid-19 nos hospitais universitários .....</b>	<b>72</b>
4.3.1	Mudanças na organização dos serviços: a conformidade entre o planejado nos planos de contingência e o implementado nos serviços .....	74
4.3.2	Estratégias de educação permanente planejadas e executadas nos planos de contingência.....	77
4.3.3	Fatores facilitadores e barreiras para implantação dos planos de contingência.....	80
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>99</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICE B - MANUAL NORTEADOR PARA ENTREVISTAS COM GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>121</b>
	<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO .....</b>	<b>125</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Tema em estudo

A descoberta dos primeiros coronavírus são datados de 1937, porém a denominação da escrita ocorreu apenas em 1965, por decorrência de sua morfologia microscópica, semelhante a uma coroa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreveu o aparecimento de um novo vírus da família *Coronaviridae* potencialmente letal em humanos, e declarou emergência de saúde pública internacional (RABITO *et al.*, 2022). Com o surgimento do novo coronavírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Sars-CoV-2), em 2019 teve início um surto de *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) na cidade de Wuhan (China), que ganhou proporções epidêmicas se espalhou rapidamente por todo o mundo (LU *et al.*, 2020 apud SOUSA JÚNIOR *et al.*, 2020).

Em geral, a COVID-19 é uma doença respiratória aguda (DRA), com taxa de mortalidade de 2%, que gera danos alveolares maciços e insuficiência respiratória progressiva (HUANG *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2020; WU *et al.*, 2020). No Brasil o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, e as análises filogenéticas das cepas virais isoladas no país apontam que houve entrada massiva por São Paulo, Rio de Janeiro e, também, em Fortaleza/Ceará (CANDIDO *et al.*, 2020). Até o dia 14/03/2023, o Brasil teve 37.085.520 casos confirmados da COVID-19, 36.249.161 pessoas recuperadas e 699.310 óbitos, correspondendo a 1,9% do total de casos. E no Mundo, já são 681.603.603 pessoas infectadas, 654.574.971 pessoas recuperadas e 6.812.235 mil óbitos, correspondendo a 0,9% do total de casos (WORLDMETER, 2023).

Na resposta à doença, a atenção hospitalar teve um papel fundamental, por meio da provisão de cuidados intensivos aos pacientes e redução dos índices de letalidade (WU *et al.*, 2020). Dessa forma, foi observado mundialmente que a COVID-19 elevou a demanda por atendimento nas unidades hospitalares, tornando necessária a reorganização dos processos de cuidado e o desenvolvimento de estratégias gerenciais para o enfrentamento da pandemia (STOLLER, 2020; WANG; WANG; YU, 2020).











## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 COVID-19 no contexto pandêmico

Os coronavírus são conhecidos por causar infecções respiratórias e intestinais em humanos desde 1960. Em meados de 2003, após a ocorrência do surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS) causada por pelo coronavírus SARS (SARS-CoV) na província de Guangdong, na China, o vírus se espalhou pelo mundo. Com uma taxa de mortalidade em torno de 10% os coronavírus passaram a configurar-se como agentes potenciais para epidemias e pandemias (CUI; LI; SHI, 2019; KHAN *et al.*, 2021; TALEGHANI; TAGHIPOUR, 2021; WIT *et al.*, 2016).

Em 2012, dez anos após o primeiro surto de SARS, outro coronavírus altamente patogênico emergiu nos países do Oriente Médio, causando a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) (CUI; LI; SHI, 2019; ZAKI *et al.*, 2012). Este novo coronavírus, denominado MERS-CoV, se espalhou por mais de 27 países e causou cerca de 2.500 casos, com mais de 858 mortes, resultando em uma taxa de mortalidade de aproximadamente 34% (TALEGHANI; TAGHIPOUR, 2021).

Tanto o SARS-CoV quanto o MERS-CoV foram transmitidos para humanos a partir de mamíferos civetas e dromedários, respectivamente. Entretanto, acredita-se que ambos sejam originários de morcegos (ALAGAILI *et al.*, 2014; GUAN *et al.*, 2003; HU *et al.*, 2017; ITHETE *et al.*, 2013).

Somando as epidemias de SARS e MERS, e o atual cenário pandêmico, nas últimas duas décadas a família *Coronaviridae* foi responsável por três grandes eventos epidêmicos (CUI; LI; SHI, 2019; KHAN *et al.*, 2021). A pandemia de COVID-19 foi o terceiro e maior evento relacionado aos coronavírus nos últimos vinte anos, causando um desequilíbrio socioeconômico em escala mundial (KHAN *et al.*, 2021).

Os primeiros casos de infecção por um novo agente infeccioso foram reportados em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, onde foram identificados diversos pacientes com sintomas respiratórios similares ao SARS de 2003, incluindo pneumonia e insuficiência respiratória. No início de janeiro de 2020, um novo vírus foi isolado em amostras de fluido bronquioalveolar. O vírus foi inicialmente denominado como novo coronavírus de 2019 (2019-nCoV). Posteriormente, o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus o nomeou SARS-CoV-2, e a doença causada pelo SARS-CoV-2 foi denominada COVID-19





## 2.2 A COVID-19 na América Latina e Brasil

O primeiro caso de COVID-19 na América Latina foi reportado em 26 de fevereiro de 2020, no Brasil. Em menos de seis semanas, todos os países da América Latina reportaram ao menos um caso da doença, e durante o mês de maio daquele ano, a América Latina se tornou o epicentro da pandemia (KAMPS; HOFFMANN, 2021).

Com o avanço da COVID-19 na América Latina, em setembro de 2020, o continente, que possui cerca de 8% da população mundial, já acumulava mais de seis milhões e meio de casos confirmados e 200 mil óbitos, concentrando mais de 25% dos casos e um terço das mortes do mundo, sendo o Brasil e o México os países com as maiores taxas de transmissão e óbitos (TAYLOR, 2020).

Ademais as circunstâncias políticas, diversos fatores socioeconômicos dificultaram o manejo adequado da pandemia nos países da América Latina, tais como: iniquidade, cinturões de pobreza em torno e dentro das grandes cidades – a exemplo das favelas brasileiras – economia informal e áreas de difícil acesso (KAMPS; HOFFMANN, 2021).

No Brasil, ainda na primeira semana de janeiro de 2020, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde iniciou estudos de avaliação de risco, acionando o Centro de Operações de Emergência (COE) para harmonização, planejamento e organização de atividades envolvidas no monitoramento internacional da COVID-19. Em 27 de janeiro foi ativado o plano de contingência, seguido da declaração de Emergência Pública de Importância Nacional (ESPIN) em 3 de fevereiro (BRASIL, 2020a; CRODA; GARCIA, 2020).

Como não havia plano de contingência específico para uma possível epidemia de coronavírus, foi utilizado o plano de contingência para influenza, que era o que mais se aproximava, e serviu como base para organização, atualização, detalhamento de ações de saúde conforme níveis de acionamento, incluindo orientações para assistência, laboratórios, possíveis vacinas, medicamentos, reforço de profissionais, entre outras nuances (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Apesar da movimentação ativa de alguns setores da saúde nas esferas governamentais, pouco foi efetivamente realizado para evitar ou conter a entrada do SARS-CoV-2 no país. No final de fevereiro, o carnaval, evento de grandes proporções, que movimenta um elevado fluxo de pessoas vindas de todo mundo, ocorreu sem



número de casos, o que gerou uma falsa sensação de segurança, levando à flexibilização das medidas de controle e reabertura precoce de diversos setores, ocasionando, no mês de novembro, um novo aumento de casos em diversas cidades do Brasil. E esse aumento de casos foi considerado pelos veículos de imprensa como a segunda onda da COVID-19 (BUENO *et al.*, 2021).

O aumento do número de casos não foi acompanhado do enrijecimento – em um primeiro momento – das medidas de distanciamento pelos governos estaduais e municipais, e apenas três meses depois, quando os números de novos casos e óbitos já haviam atingido níveis bastante elevados, o estado do Amazonas foi o primeiro a colapsar pela segunda vez. Enquanto uma nova crise sanitária se formava, medidas rígidas foram adotadas de maneira generalizada. No entanto, contou com uma colaboração menor da população em atender as novas medidas estabelecidas. Moraes (2021) demonstrou que apesar do enrijecimento das medidas, os níveis de isolamento social atingidos foram inferiores aos de março e abril de 2020, ainda que a pandemia se manifestasse substancialmente mais grave.

Ainda em janeiro de 2021, o Brasil iniciou a vacinação contra o SARS-CoV-2 tendo como grupos prioritários os profissionais da área da saúde, pessoas institucionalizadas com 60 anos de idade ou mais, pessoas institucionalizadas com deficiência e população indígena aldeada (SOUZA *et al.*, 2021).

Apesar das contradições e entraves impostos por questões políticas, até 25 de novembro de 2021, 306.982.366 doses de vacina foram aplicadas na população, com mais de 163 milhões de brasileiros que receberam ao menos uma dose da vacina, e mais de 134 milhões com o esquema completo o Brasil ocupou o quarto lugar no ranking mundial de vacinados (BRASIL, 2021b).

No entanto, com o surgimento de novas variantes do SARS-CoV-2 no mundo, e a permanência de altas taxas de transmissão, infecção e agravamento do quadro sintomático entre indivíduos não-vacinados, a COVID-19 segue como um importante problema de saúde pública, que requer atenção, planejamento e organização das ações de controle e contenção.

Ainda que o Brasil apresente um sistema público, de caráter universal, capilarizado em todo o território nacional, devido à sua diversidade e desigualdade ainda vivencia vazios assistenciais, fragmentação do sistema de saúde, deficiência na regulação do acesso e o subfinanciamento crônico ou mesmo desfinanciamento.





De acordo com a Lei Federal nº 12.550/2011, a EBSEERH foi criada como Empresa Pública de Direito Privado (com patrimônio próprio e capital exclusivo da União) e está vinculada ao MEC (BRASIL, 2011a). Apesar disso, a Medida Provisória (MP) nº 520/2010 classifica a empresa como sociedade anônima (BRASIL, 2010). Sua duração é por tempo indeterminado e deve seguir as orientações da Política Nacional de Saúde. Essa entidade é instaurada e constituída como uma empresa pública que presta serviços à saúde inserida integral e exclusivamente no âmbito do SUS atendendo às diretrizes e aos princípios da integralidade e universalidade na assistência, igualdade, equidade e a participação popular (BRASIL, 2011a; VIEIRA, 2017). Portadores de planos de saúde privados também podem ser atendidos pela empresa (PINHEIRO; BORGES, 2019).

A sua finalidade está focada na prestação de serviços gratuitos, voltada à dois grandes eixos: assistência à saúde e ensino. Assim, presta serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Outras de suas ações são relacionadas ao apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, com ênfase na formação de recursos humanos para a saúde pública, não interferindo na autonomia universitária (MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; PEREIRA, 2020; PINHEIRO; BORGES, 2019).

No entanto, a implementação do programa de criação da EBSEERH trouxe uma significativa perda da autonomia das Universidades. Com o fim das pesquisas públicas e das licitações, por exemplo, não havendo prestações de contas, os contratos e direitos dos funcionários deixaram de ser padronizados. Houve uma flexibilização de currículos na formação dos profissionais com fins de imparcialidade e tendência de atender os interesses do mercado. Essa condição é uma questão preocupante para o meio acadêmico e sindical, pela possibilidade de privatização dos hospitais universitários (VIEIRA, 2017; PINHEIRO; BORGES, 2019).

Em termos de recursos econômicos, a EBSEERH é amparada pelos recursos financeiros do Estado. No entanto, pode fazer acordos e convênios com entidades nacionais e internacionais, com o intuito de gerar receitas. De acordo com o Art. 8º da Lei de nº 12.550/2011, também pode usar recursos provenientes de doações, serviços, aplicações financeiras, alienação de bens e direitos, criação de subsidiárias e direitos patrimoniais sobre bens (BRASIL, 2011a; MAFRA; VIEIRA; BROCKER, 2015; PINHEIRO; BORGES, 2019).



passando a ter como reguladores critérios econômicos para atender às necessidades do mercado (PINHEIRO; BORGES, 2019).

Nesse processo de reestruturação dos hospitais, a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições de Ensino Superior (ANDIFES) colocou em dúvida o modelo de gestão proposto para os HUFs, principalmente pela grande rejeição da comunidade acadêmica e dos Conselhos de Saúde, embora compartilhe a ideia da necessidade de mudança no modelo de gestão que estava vigente (PINHEIRO; BORGES, 2019).

O que contribuiu para essa manifestação contrária foi a deterioração da estrutura trabalhista, a diminuição dos recursos financeiros e relativa perda da autonomia dos HUFs. O que se destaca é a acentuada flexibilização nos contratos de trabalho com a aplicação das regras do direito privado desconsiderando o Regime Jurídico Único que rege os contratos do funcionalismo público (BORGES; BARCELOS; RODRIGUES, 2018; PINHEIRO; BORGES, 2019; VIEIRA, 2017).

Esse movimento na direção da implementação de um novo modelo de gestão proposto EBSEERH é visto como uma tentativa de privatização do SUS. Modalidades de gestão como: Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e a EBSEERH tendem a desconsiderar os princípios e diretrizes do SUS, alterando as regras de administração dos hospitais públicos, de fins sociais para econômicos (PEREIRA, 2020; PINHEIRO; BORGES, 2019).

A EBSEERH detém a gestão e administração dos recursos financeiros do Programa REHUF, o que em conseqüente faz com que todos os HUFs lhe sejam subordinados; mesmo aqueles que ainda não firmaram contrato com a empresa. Estabelece assim, uma dependência dos hospitais universitários com a empresa, pois, tais recursos são essenciais para manutenção desses hospitais (PEREIRA, 2020; PINHEIRO; BORGES, 2019).

O processo de Reforma do Estado ganha mais um elemento, pois o modelo de gestão da EBSEERH segue uma lógica da gestão do serviço público por uma instituição privada, propondo que os serviços de saúde se adequem no setor das atividades não exclusivas do Estado. A criação da EBSEERH acende o debate sobre a privatização dos HUFs (BORGES; BARCELOS; RODRIGUES, 2018; PEREIRA, 2020; PINHEIRO; BORGES, 2019).

## 2.4 Planos de Contingência para COVID-19 em Hospitais Universitários

A velocidade de transmissão e disseminação do SARS-CoV-2 levou a um rápido alcance de diversos continentes que logo se tornou um problema de saúde global necessitando de respostas imediatas dos governos. Assim, imediatamente foram iniciados os passos para construção de PC voltado para o combate e controle da doença em um cenário pandêmico (MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020; SASSO *et al.*, 2021).

Visando a elaboração de planos específicos de contingência para o enfrentamento da pandemia por SARS-CoV-2, no início de 2020, o Ministro da Saúde e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) convocaram os estados para iniciarem a organização dos Planos de Contingência. O primeiro estado a construir seu PC foi Alagoas, em janeiro de 2020. Em agosto de 2020, todos os Estados e o Distrito Federal já haviam construídos seus PC para a COVID-19 (MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020; SASSO *et al.*, 2021; PERES *et al.*, 2021).

Inicialmente o foco desses planos era principalmente a vigilância de casos novos, incorporando posteriormente a vigilância de casos/óbitos e como estruturar a logística de ampliação da oferta de leitos. Também apareceu em muitos deles a necessidade criação de hospitais de campanha. Outras preocupações eram a assistência farmacêutica e laboratorial; a violência doméstica e atenção à saúde mental. Sugiram também estratégias para ampliar o acesso, como as consultas médicas *on-line* com o aval do Conselho Federal de Medicina (CFM); ações de saúde mais específicas como as telecirurgias e telediagnóstico compunham o PC para garantir o atendimento às pessoas afetadas pela COVID-19. Diversas estratégias de ações não presenciais (remotas) foram propostas e implementadas, como o telemonitoramento, matriciamento de casos e educação continuada a distância (MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020; PERES *et al.*, 2021).

Um PC visualiza possíveis cenários de calamidade pública e faz uma estimativa da evolução dos efeitos e possíveis danos à saúde da população e avalia quais as instabilidades do quadro de saúde pública. As diretrizes organizacionais a serem seguidas pelos hospitais em um PC garantem a continuidade dos serviços essenciais; a implementação coordenada de ações prioritárias; comunicação interna e externa, clara e precisa; rápida adaptação às demandas crescentes; uso efetivo de

recursos escassos; e ambiente seguro para pacientes e profissionais de saúde (MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020; SASSO *et al.*, 2021).

Com base no Projeto Lean nas Emergências, implementado pelo Hospital Sírio-Libanês, para reduzir a superlotação nas urgências e emergências de Hospitais públicos e filantrópicos; o Ministério da Saúde publicou o Plano de Resposta Hospitalar ao COVID-19. Os hospitais que necessitarem aumentar sua capacidade, conseguiram expandi-la em até 20% utilizando recursos já existentes e redefinindo processos de trabalho (BRASIL, 2020c; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021).

O PC para COVID-19 do Ministério da Saúde prevê três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. Para esse PC as diretrizes dependem da avaliação do risco do novo Coronavírus afetar o Brasil, onde cada nível é uma resposta para cada possibilidade de impacto para a saúde pública (BRASIL, 2020e).

Para a avaliação de risco deve ser levada em consideração o poder de transmissão da doença, seu modo de transmissão, e a relação de transmissão entre reservatórios para humanos ou humano para humano e por fim, a capacidade de sustentar o nível da comunidade e surtos. Outros pontos importantes a ser verificado são a magnitude da propagação geográfica da doença e o volume de comércio e viagens entre as áreas potencialmente afetadas; a gravidade clínica da doença (indivíduos graves, internados e mortes); a vulnerabilidade da população com foco na imunidade pré-existente, grupos-alvo com maiores taxas de ataque ou maior risco de graves doenças; disponibilidade de vacinas e outras formas de tratamento; informações e conhecimento científico que trabalhem as evidências de como melhor lidar com a doença (BRASIL, 2020e).

Para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2021), o Plano de Contingência para Infecção Humana pelo SARS-CoV-2 tem como prerrogativa apresentar informações sobre quais as ações devem ser adotadas nas diferentes fases de uma emergência hospitalar.

O MPC da EBESERH foi estruturado em 25 tópicos com foco na preparação para emergências hospitalares e precisa estar vinculado aos programas nacional e regional de preparação. Para a elaboração do PC para a rede hospitalar é preciso considerar algumas premissas, haja vista que, o Plano de Contingência busca a ampliação da capacidade do hospital de forma organizada, integrada e escalonada

para o enfrentamento da crise, com o intuito de salvar o máximo de vidas possível (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021).

Para os devidos cuidados com os indivíduos com COVID-19 são necessários alguns requisitos como: identificar a trajetória do caso e dos principais serviços de resposta, e como foi gerenciado os cuidados diferenciando os casos leves, moderados e graves. Não podendo esquecer dos pacientes não COVID-19, que também precisam de cuidados em meio a essa emergência (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021; MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020).

Para os recursos humanos, foi considerado a grande procura pelos serviços de saúde em uma situação de emergência, como uma pandemia, entendendo que há a possibilidade de um elevado absenteísmo dos profissionais. Os gestores e gerentes de hospitais devem garantir o envolvimento de todos os profissionais, adaptando procedimentos, independentemente do tipo e local de atendimento. Os profissionais de cada serviço devem conhecer suas funções e seu papel em meio à emergência e estarem prontos para uma resposta eficaz e segura, utilizando os requisitos mínimos para desenvolver suas ações (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021; MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020; SASSO *et al.*, 2021).

Para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2021), o Plano de Contingência para a epidemia de COVID-19 deve garantir que cada caso suspeito da doença deve ser gerido de forma eficaz, proporcionando uma avaliação de saúde e cuidados adequados dentro dos limites de resposta hospitalar possível, no cenário de uma emergência. Deve-se considerar a possibilidade de os recursos se tornarem insuficientes para atender a todos. Quanto à organização dos recursos materiais, como equipamentos, medicamentos e dispositivos de saúde, deve-se gerir a compra, distribuição e estoque. Já em relação aos recursos humanos, os profissionais de saúde envolvidos devem ter acesso à assistência à saúde, com cuidados à sua saúde física e mental. Um PC da EBSEH propõe o aumento da capacidade hospitalar em uma região de saúde.

Uma resposta eficaz em um PC inclui a identificação dos hospitais de referência, para concentração da resposta. Essa resposta terá limite porque sua capacidade máxima será atingida. Assim, uma proposta é fazer o alargamento da capacidade hospitalar, já na expectativa de a capacidade dos hospitais de referência seja ultrapassada. A disseminação da capacidade hospitalar também garante que

todos os hospitais da região tenham que admitir e prestar assistência aos pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021; SASSO *et al.*, 2021).

Para os trabalhos com COVID-19, o campo é incerto e as dúvidas são contínuas, o que cria um cenário de poucas certezas para as tomadas de decisão. Os dados que se tiveram sobre a morbimortalidade da doença no País foram incertos. Acredita-se que pode ter havido dados subestimados ou superestimados, o que dificultou o manejo das taxas de letalidade, mortalidade e transmissibilidade, por exemplo. Poucas evidências epidemiológicas e clínicas ainda estão descritas e a história natural desta doença ainda está sendo desvelada (BRASIL, 2020e; MACHADO; QUIRINO; SOUZA, 2020; SASSO *et al.*, 2021).

## 2.5 Qualidade nas Organizações de Saúde

Na atualidade uma das maiores preocupações dos gestores é medir o nível de qualidade nos serviços de saúde, sendo este um fenômeno mundial devido à conscientização de que na sociedade contemporânea a qualidade é considerada um requisito indispensável. Neste contexto, a avaliação em saúde vem apresentando uma importância crescente nas últimas décadas principalmente frente à incorporação contínua de novas tecnologias (OKAGAWA; LICHAND; INNOCENZO, 2011).

A partir dos anos 90, instituições públicas e privadas brasileiras têm desenvolvido estratégias por meio de programas de garantia da qualidade. No entanto, Donabedian (1985) afirma que "uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados" (OKAGAWA; LICHAND; INNOCENZO, 2011).

A avaliação com enfoque sistêmico e caráter administrativo tem sido a mais utilizada nos serviços de saúde, principalmente a abordagem preconizada por Donabedian (BARDIN, 2016), que propõe três componentes para avaliação: processo, resultado e estrutura. Esses componentes refletem a essência da qualidade e contribuem para detectar problemas e corrigir as falhas nos serviços e na assistência à saúde (REIS *et al.*, 1990).

A Avaliação em Saúde produz informações quanto à adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde, como

forma de subsídio a tomada de decisão quanto às práticas de saúde e implantação de políticas públicas (PORTELA, 2000).

Além disso, a Avaliação em Saúde envolve a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios, efeitos adversos e custos. Tais critérios constituem-se em indicadores de qualidade em saúde. Em outras palavras, correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços (PORTELA, 2000).

Um outro conceito relevante na Avaliação em Saúde é o de padrão, que se refere a um valor específico para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, classificando-os em aceitável ou não, ao fazer um comparativo com um certo indicador (PORTELA, 2000).

Essa proposta permite a utilização de diferentes mecanismos metodológicos para orientar a avaliação das dimensões (FERREIRA *et al.*, 2021). Neste sentido, a construção de categorias homogêneas e replicáveis podem ser comparados em locais e momentos diversos e costumam ser estabelecidas segundo características diagnósticas/clínicas, demográficas, geográficas ou culturais da população. O uso de um referente reduz o grau de incerteza na consideração de indicadores e padrões de qualidade da assistência (PORTELA, 2000).

Portela (2000) considera ser o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Como exemplo, pode-se citar a avaliação da efetividade psicossocial que pode ser mensurada pela satisfação de usuários e profissionais, a qual seria aferida em relação à acessibilidade, à qualidade do cuidado, à relação interpessoal e à organização do sistema (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Como componente indispensável do processo de planejamento, a avaliação, ainda é pouco praticada e, quando realizada, seus resultados não são muito divulgados nas rotinas dos serviços de saúde, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões. Portanto, faz-se necessário adotar métodos sistemáticos como o método de Donabedian (BARDIN, 2016), que venham estabelecer conexão real entre o item avaliado e a necessidade de mudança, que cause impacto através das transformações necessárias (SILVA; FORMIGLI, 1994).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Tipo de estudo

Estudo oriundo do macroprojeto de pesquisa intitulada: “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, utilizando como base a Teoria de Donabedian (BARDIN, 2016).

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de caráter qualitativo sendo avaliado oito intuições hospitalares da rede EBSEH de quatro regiões do Brasil.

Como estratégia metodológica buscou-se a pesquisa qualitativa por considerar que o objeto do trabalho foi avaliar a implementação dos Planos de Contingências para enfrentamento da COVID-19 nos Hospitais Universitários brasileiros. Uma vez que essa abordagem considera o universo dos significados e valores, que correspondem a um espaço mais profundo das relações e da subjetividade do indivíduo (MINAYO, 1994), considerou-se a pesquisa qualitativa por entender que essa é aquela que melhor se adequa ao objeto de estudo desta investigação.

Para a elaboração deste estudo foram seguidos os critérios consolidados de informação de investigação qualitativa – *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). O COREQ é um instrumento disponibilizado pela REDEQUATOR e composto por 32 itens alocados em três domínios: a) Equipe de pesquisa e reflexividade; b) Conceito do estudo; e c) Análise e resultados. É recomendado para relatos de pesquisa que coletam dados por meio de entrevistas ou grupos focais (SOUZA *et al.*, 2021).

Estudos avaliativos têm o potencial de gerar conhecimentos na medida em que auxiliam a compreensão da forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantadas e permitem conhecer os efeitos dessas intervenções subsidiando o processo decisório e gerando condições para sua governabilidade e sustentabilidade.

Assim, por meio da entrevista, torna-se possível acessar as informações inclusas nas falas das pessoas que representam algo para a sociedade. Quando associada a métodos adequados de análise, a entrevista permite o acesso aos sentidos e significados de tais informes, revelando importantes aspectos da























## 4 RESULTADOS

O perfil assistencial dos hospitais avaliados neste estudo são todos hospitais gerais de média e alta complexidade e majoritariamente de grande porte. Para a caracterização dos HUF foram utilizadas as informações do CNES e identificação descrita em nos planos de reestruturação de cada hospital da rede EBSEH.

Quanto ao porte do hospital são classificados: pequeno (menor que 200 leitos), médio (de 200 a 399 leitos) e grande (igual ou maior que 400 leitos). Quanto ao perfil assistencial os HUF apresentam dois perfis principais: Hospital geral de média e alta complexidade e Hospital Especializado (BRASIL, 2013).

A etapa inicial do roteiro de entrevistas foi constituída de questões sobre o perfil de cada entrevistado considerando-se as seguintes variáveis: idade, sexo, situação conjugal, filho, carga horária de trabalho semanal, outro vínculo empregatício, tempo de atuação no setor, categoria profissional, instituição, turno de trabalho, tempo de experiência, vínculo de trabalho, formação, setor e função. As entrevistas tiveram uma média de duração de 57 minutos.

O perfil dos 17 participantes da pesquisa foi majoritariamente do sexo feminino (76%); com relação a idade 76% apresentam mais de 40 anos; com relação situação conjugal 58% apresentam companheiro(a); 70% apresentam filhos; 23% atuam como gerentes de atenção à saúde e 23% como superintendentes dentro do organograma da EBSEH; 59% são enfermeiros, 35% médicos e 0,5% dentista; quanto ao vínculo de trabalho 64% são servidores públicos estatutários; quanto a formação 35% são doutores e 35% mestres; quanto ao turno de trabalho 94% atuam no período diurno; 76% não apresenta outro vínculo de trabalho e 64% tem carga horária de 40h semanais (Quadro 3).

## Quadro 3 – Perfil dos participantes

(continua)

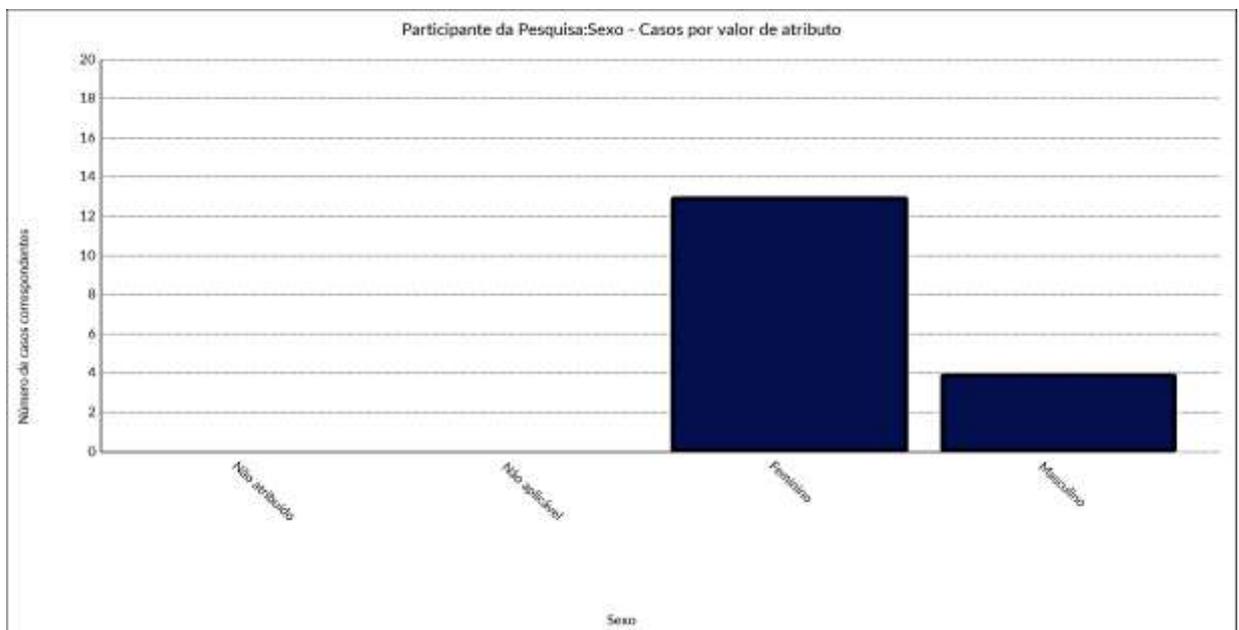
Participante	Sexo	Idade	Formação	Categoria profissional	Instituição	Vínculo de trabalho	Função	Carga horária semanal	Turno de trabalho Diurno	Setor	Tempo de atuação em anos	Tempo de experiência em anos	Outro vínculo de trabalho	Situação conjugal (Com)	Filho(s)
E 01	F	57	Pós-doutorado	Médico	UFSC	Servidora Pública	Chefe do setor	40h	D	Vigilância	4 a 6	30 a 39	Não	Com	Sim
E 02	F	42	Doutora	Enfermeiro	UFSC	Servidora Pública	Gerente	40h	D	Gerência	4 a 6	20 a 29	Não	Sem	Sim
E 03	F	36	Doutora	Enfermeiro	UFSC	Servidora Pública	Docente	40h	D	Gerência	7 a 9	10 a 19	Não	Com	Sim
E 04	F	59	Pós-doutorado	Médico	UFSC	Servidora pública estatutária	Docente	40h	D	Gerência de ensino e pesquisa	7 a 9	30 a 39	Sim	Com	Sim
E 05	F	58	Doutor	Enfermeiro	UFSC	Servidora pública estatutária	Gerente	40h	D	Gerência atenção à saúde	7 a 9	Mais de 40	Sim	Sem	Sim
E 06	F	47	Especialização	Enfermeiro	UFBA	Regime jurídico único	Chefe de setor	40h	D	Vigilância em saúde e segurança do paciente	4 a 6	20 a 29	Não	Sem	Sim
E 07	F	62	Mestre	Enfermeiro	UFBA	Servidora pública estatutária	Gerente	Mais de 40h	D	Gerência de atenção à saúde	1 a 3	30 a 39	Não	Com	Não
E 08	M	35	Mestrado	Enfermeiro	UFSC	Servidor público celetista	Chefe de unidade	40h	D	Unidade de vigilância à saúde	1 a 3	10 a 19	Sim	Com	Sim
E 09	M	69	Especialização/ Residência	Médico	UFSC	Servidor Público Estatutário	Superintendente	40h	D	Superintendência	4 a 6	Mais de 40	Não	Sem	Não



Ainda com relação as características indicadas relativas a cada entrevistado destacamos seis: sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação no setor, carga horária de trabalho semanal e tempo de experiência. Essas características são observadas com atenção a seguir.

Tendo vista o sexo dos participantes da pesquisa, há 13 mulheres e 4 homens (Gráfico 1). A prevalência de mulheres é expressiva no conjunto de entrevistados.

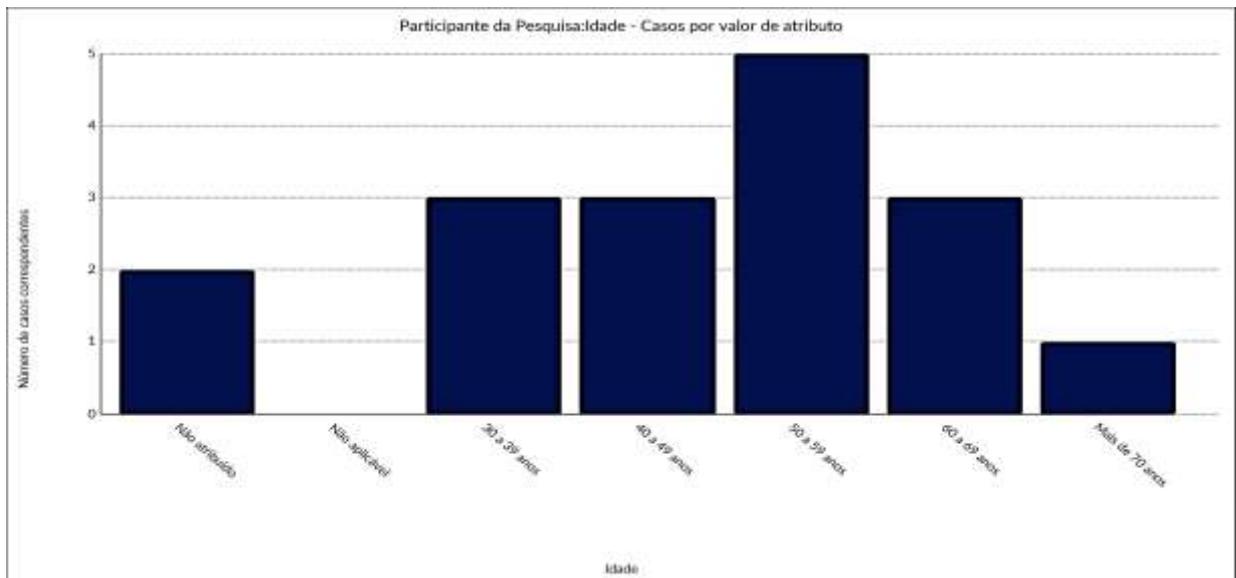
Gráfico 1 – Sexo dos Participantes



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

Tendo em vista idade, dois entrevistados não responderam essa questão (então têm suas respostas indicadas na categoria “Não atribuído”). Há 3 entrevistados na faixa de 30 a 39 anos de idade; 3 na faixa de 40 a 49 anos; 5 na faixa de 50 a 59 anos; 3 na faixa de 60 a 69 anos; e 1 com mais de 70 anos. É preciso salientar que não há entrevistados em faixa etária abaixo da primeira mencionada (de 30 a 39 anos) (Gráfico 2).

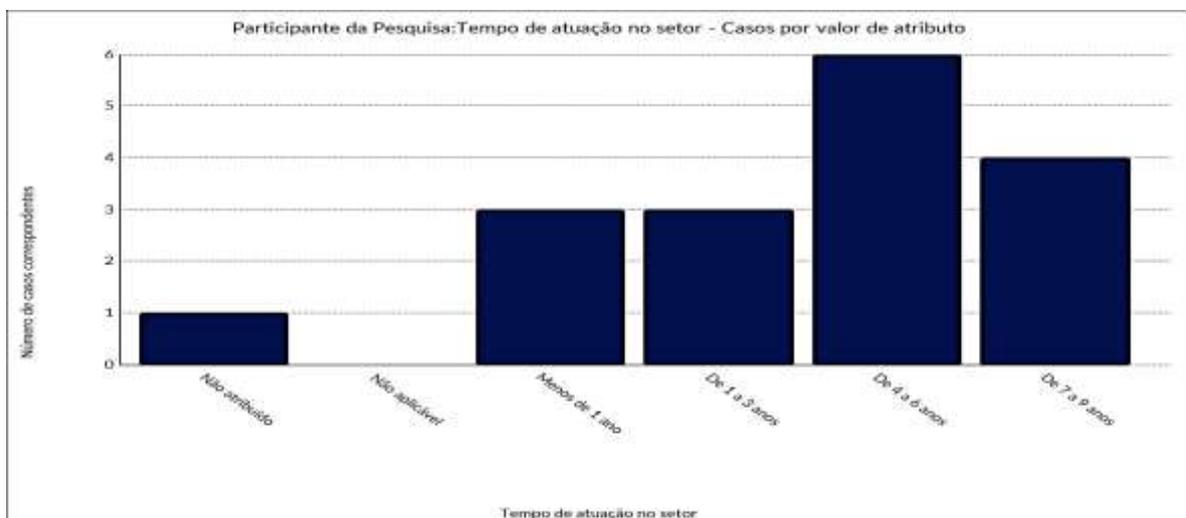
Gráfico 2 – Idade dos Participantes



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

Considerando-se o tempo de atuação no setor em que trabalham, há 4 grupos de entrevistados: os que trabalham há menos de 1 ano (3 pessoas), aqueles que trabalham de 1 a 3 anos (3 pessoas), os que trabalham de 4 a 6 anos (6 pessoas) e os que trabalham de 7 a 9 anos (4 pessoas). Como se vê, o grupo mais numeroso é aquele que trabalha de 4 a 6 anos no setor. Houve um entrevistado que não respondeu essa questão, então sua resposta para tal característica é indicada como “Não atribuído” (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Tempo de atuação no setor dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

Tendo vista a categoria profissional, há 3 grupos de entrevistados: cirurgião-dentista (1 pessoa), enfermeiros (9 pessoas) e médicos (7 pessoas). Como se vê, o grupo mais numeroso de entrevistados observando-se a categoria profissional é o de enfermeiros (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Categoria profissional dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

Observando-se a carga horária de trabalho semanal, há 3: os que trabalham 20 horas por semana (1 pessoa), aqueles que trabalham 40 horas por semana (12 pessoas) e os que trabalham mais de 40 horas por semana (4 pessoas). O grupo mais numeroso é aquele que trabalha 40 horas semanais (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Carga horária de trabalho semanal dos participantes



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.



A nuvem de palavras foi construída a partir da frequência das palavras nos depoimentos analisados, quanto mais vezes a palavra aparece no texto, maior é o seu tamanho na nuvem. Essa técnica é utilizada para ilustrar a distribuição, facilitando a visualização dos dados. Como ponto central da estrutura da nuvem de palavras, está o termo “Plano”, seguido pelos termos “Hospital”, “Pacientes”, “Covid” e “Leitos”.

Esta dissertação congrega temas que compuseram o roteiro de entrevista aplicado aos participantes. Esses temas estão divididos em grupos, que aqui são chamados de dimensões. No Quadro 4 será possível observar quais são as dimensões, os capítulos em que elas estão indicadas, os temas de cada capítulo, as entrevistas que mencionaram cada tema e o número de trechos de texto que citaram os referidos temas.

Quadro 4 – Cruzamento de informações de dimensões, temas e número de trecho de texto

(continua)				
<b>Capítulo</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Tema</b>	<b>Entrevistas nas quais há menção ao tema</b>	<b>Número de trechos de texto sobre os temas</b>
Cap. 1.	Conformidade técnica / Processo	Estratégias para monitoramento	16	29
	Conformidade técnica / Processo	Processo de elaboração do plano	17	43
	Acomodação / Processo	Medidas para contemplar as necessidades	12	13
	Acomodação / Processo	Necessidades do hospital	14	17
Cap. 2.	Disponibilidade / Acesso	Infraestrutura	15	17
	Disponibilidade / Acesso	Quantitativo de pessoal	17	26

Quadro 4 – Cruzamento de informações de dimensões, temas e número de trecho de texto

Capítulo	Dimensões	Tema	Entrevistas nas quais há menção ao tema	(conclusão) Número de trechos de texto sobre os temas
Cap. 3.	Oportunidade / Resultado	Educação Permanente	17	28
	Oportunidade / Resultado	Perspectivas	17	80
	Oportunidade / Resultado	Melhorias	13	23
	Oportunidade / Resultado	Mudanças	17	52
	Sustentabilidade / Resultado	Avaliação do plano	15	35
	Sustentabilidade / Resultado	Barreiras para a implementação	16	38
	Sustentabilidade / Resultado	Estratégias para continuidade e sustentabilidade	15	19
	Sustentabilidade / Resultado	Fatores facilitadores	17	40

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

A média do número de trechos de texto mencionados por cada tema é de 32,8 citações. Na Tabela 1 estão destacados os temas que foram citados pelos participantes em frequência acima da média, o que revela os temas mais discutidos na entrevistas. O tema “Perspectivas” é, de longe, o mais mencionado, com 80 trechos de texto, seguido pelo tema “Mudanças”. Esses temas são bastante discutidos justamente porque correspondem ao objetivo desta pesquisa.

Na Tabela 1 é possível observar o número de menções aos temas da pesquisa nas entrevistas observando-se cada participante da pesquisa individualmente. Com essa tabela é possível observar temas não discutidos pelos participantes, bem como temas mais discutidos por cada um deles.













No meu ponto de vista, o plano atende, o plano está de acordo com as necessidades pra enfrentamento da pandemia, mas as medidas, a nossa capacidade de efetivação é que às vezes preocupa. (E05).

#### 4.1.2 Estratégias de monitoramento planejadas e executadas nos planos de contingência

Nessa categoria, as estratégias de monitoramento dos planos de contingência foram investigadas a partir da perspectiva dos entrevistados.

A princípio, um ponto a ser destacado e que emergiu nas falas dos entrevistados foi sobre a necessidade de uma metodologia direcionada para o monitoramento da execução dos planos de contingência, perceptível nos depoimentos destacados abaixo:

Na verdade, a gente não teve uma metodologia tão estabelecida para esse monitoramento, nós íamos fazendo esse monitoramento a cada reunião no sentido de aquilo que estava estabelecido e outras situações que ocorriam. (E01).

Na verdade, a gente foi fazendo plano de contingência, foi implementando e foi avaliando ao mesmo tempo. Se eu te dizer que até esse ano, eu acho que no início do ano, esse plano de contingência ainda estava sendo mexido. (E02).

Ao investigar os atores que atuavam na execução de estratégias de monitoramento implementadas para os planos de contingência, os depoimentos foram variados, sendo o COE o agente de monitoramento mais frequente.

Foi monitorado, porque a gente tinha o COE, né. (E09).

Sim a gente monitorou basicamente com indicadores epidemiológicos tá? (E12).

Nós tínhamos um comitê emergencial de operações emergenciais que a gente chama de COE e esse comitê se reunia todas as sextas-feiras do mês, como é da semana né? Então ele era o COE que monitorava o plano de contingência. (E13).

Quem fazia esse monitoramento era a equipe do Comitê de Operações Emergenciais junto com a alta gestão [...] A divisão de enfermagem era um canal aberto dessas lideranças e ela como representante levava para o COE, então era de uma de forma organizada, era via DE e transitava na alta gestão e nesse Comitê de Operações Emergenciais. (E02).

Nós nos reunimos, inicialmente duas vezes por semana, às segundas e às sextas, com esse plano de contingência com o objetivo então de planejar, né? De inserir algo a mais nele e avaliar. [...] Então a gente formou o COE que era a Comissão de Operações Emergenciais. E esse grupo é formado pelas quatro divisões: as duas gerências, a superintendência também participava e esse setor ligado à CCIH, a Segurança do Paciente também estava sempre presente. (E03).

Além do COE, outros grupos atuantes no monitoramento dos planos de contingência também foram citados, tais como, a divisão de enfermagem, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o setor de segurança do paciente, assim como, grupos técnicos de trabalho criados para esse objetivo, bem como, a própria sede da EBSERH e comitês internos de monitoramento formados por membros de diversos setores da assistência e da gestão.

O grupo criado chamado GTT (Grupo Técnico de Trabalho das medidas preventivas da covid), depois ele passou a ser um Centro de Operações Emergenciais (COE) também, conhecido como comitê de crise. (E07).

O plano é monitorado pela própria sede. A sede fazia esse monitoramento, tanto da sua estrutura e por isso que ele colocava esse ranqueamento para saber se os hospitais estavam cumprindo. (E08).

O plano foi monitorado e continua sendo, as equipes continuam monitorando. Nós temos um comitê interno do enfrentamento ao COVID, o comitê interno de monitoramento, inclusive na parte de Segurança do Paciente, eles continuam monitorando, temos um comitê atento, todas as demandas, não só demandas relacionadas ao paciente em si, mas também as demandas emanadas pelo corpo assistencial, as demandas assistenciais do paciente. (E10).

Outro aspecto apontado pelos entrevistados foi a realização de reuniões frequentes para reavaliação da situação de saúde, das demandas de serviços, da capacidade de atendimento, e outros pontos-chave para execução e revisão dos planos de contingência. Durante todo o curso da pandemia, essas reuniões adquiriram um caráter ordinário, sendo incorporadas as rotinas de gestão e assistência.

Eles mesmo criaram um grupo interno para capacitação, para fazer esses protocolos e tinham representante, um médico, que ia nessas reuniões também com a alta gestão, e então trazia a realidade deles. (E02).

Elas eram feitas nas reuniões semanais, eram trazidas, então, todas as ações realizadas semanalmente. (E04).

Então nós nesse tipo de monitoramento, as pessoas alimentavam essa planilha e nessas reuniões, quando nós estamos no pico mesmo da onda né, nós fazíamos reuniões diárias e aí cada responsável por essas áreas apresentavam o que estava naquele dia. (E11).

E quando a gente estava na crise mesmo naquele momento, realmente nós tínhamos reuniões... as nossas reuniões eram semanais e quando necessário reuniões extraordinárias também. (E01).

No começo é... essas reuniões elas eram feitas semanalmente assim que necessário né então assim a gente pode dizer que esse monitoramento foi feito durante essas reuniões? Pode! Porque foi feito um *feedback* mas não tinha um indicador, não existiam dados assim palpáveis. E14

Quando questionado sobre o tipo de informação utilizada para monitorar e acompanhar a execução dos planos de contingência, algumas métricas epidemiológicas foram repetidamente citadas, sendo os boletins epidemiológicos a principal métrica de monitoramento e avaliação utilizada.

A gente monitorou basicamente com indicadores epidemiológicos tá? (E12). Inclusive a gente instrumento que serviu muito para a avaliação do plano foi o boletim epidemiológico. (E13).

Dentro do plano foram colocados alguns indicadores de uma forma meio que genérica assim mais superficial eu diria talvez, não sei se é essa a palavra a ser usada mas é... essa estratégia se baseou em elencar alguns... isso focado no plano tá, focado no plano alguns indicadores e as reuniões do comitê... na minha visão. E14

Foi uma proposta de indicadores voltados especificamente para COVID, e que ao longo desse ano de 2020 nós tentamos alimentar, nós tivemos muita, mas muita dificuldade aqui no Júlio Muller, para concentrar as informações devido ao nosso escopo de trabalho. (E14).

Eram feitos boletins, assistência toda tinha os boletins epidemiológicos do hospital. (E15).

Na maioria dos relatos, esses boletins restringiam-se a agregar informações relacionadas às taxas de ocupação de leitos, taxas de ocupação de UTI, taxas de morbidade, taxas de mortalidade, faixa etárias, entre outros indicadores.

Apenas dois participantes mencionaram a preocupação em utilizar os indicadores para medir também o impacto da pandemia na força de trabalho atuante no combate a pandemia nesses hospitais.

A gente começou a publicar, também, um Boletim epidemiológico mostrando quantas pessoas no hospital, né, e aí nós acompanhamos não só pacientes, mas sentimos também a necessidade de acompanhar todos os profissionais do hospital e residentes e estudantes. (E06).

Informação diária de todos os casos identificados como suspeitos, confirmados, e óbitos, para SESAB, EBSEH, Ministério da Saúde, até as 11 horas esses dados são informados. Monitoramento dos afastamentos dos profissionais dos casos suspeitos, positivos, internamentos recuperados. (E07).

#### **4.2 Disponibilidade e acesso dos planos de contingência de combate a COVID-19 nos hospitais universitários**

Tendo em vista os tópicos que compõem o capítulo 2, nas dimensões disponibilidade e acesso são apresentados no Quadro 6 os temas específicos relativos a este capítulo e o número de vezes que foram mencionados pelos participantes.

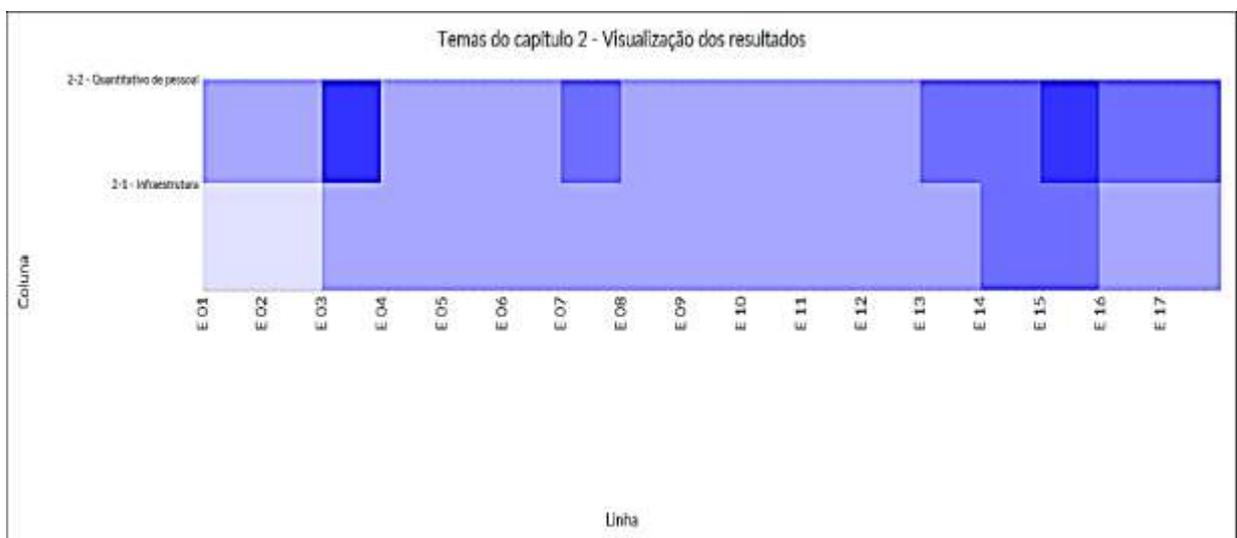
Quadro 6 – Frequência de menções das dimensões disponibilidade e acesso

	<b>2-1 – Infraestrutura</b>	<b>2-2 - Quantitativo de pessoal</b>
<b>E 01</b>	0	1
<b>E 02</b>	0	1
<b>E 03</b>	1	3
<b>E 04</b>	1	1
<b>E 05</b>	1	1
<b>E 06</b>	1	1
<b>E 07</b>	1	2
<b>E 08</b>	1	1
<b>E 09</b>	1	1
<b>E 10</b>	1	1
<b>E 11</b>	1	1
<b>E 12</b>	1	1
<b>E 13</b>	1	2
<b>E 14</b>	2	2
<b>E 15</b>	2	3
<b>E 16</b>	1	2
<b>E 17</b>	1	2

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

A média de citações no Quadro 6 é 1,2 e por isso os temas mencionados duas ou mais vezes pelos entrevistados estão destacados em cor cinza escuro. Os temas não mencionados pelos entrevistados estão destacados no quadro em cor cinza claro. O Gráfico 8 com retângulos abaixo auxilia a visualização dos temas e a frequência no qual são mencionados tendo-se em vista que, quanto mais clara a cor do retângulo, menor é a frequência de citação dos temas; e, quanto mais escura a cor do retângulo, maior é a frequência de citação dos temas pelos entrevistados.

Gráfico 8 – Frequência das dimensões disponibilidade e acesso.



Quando investigada a estrutura necessária para implantação nos planos de contingência, nas dimensões disponibilidade e acesso, emergiram das narrativas as seguintes categorias:

#### 4.2.1 Adequação do quantitativo de força de trabalho alocada para implantação dos planos de contingência

Nessa primeira categoria foram apresentadas as percepções dos entrevistados quanto à força de trabalho estimada e disponível para implantação dos planos de contingência. Observou-se que, em alguns relatos, foram expostas as inquietações dos profissionais quanto à disponibilidade de profissionais experientes para atuar nos serviços assistenciais.

A EBSEH abriu um processo emergencial. E com base no quantitativo de pessoal que nós precisávamos, dos leitos que nós abrimos. Mas isso demorou, então a gente começou a organizar essas as áreas para atendimento COVID em 17 de março, as primeiras cinco pessoas chegaram em maio, né? Porque até fazer o processo seletivo. E aí quando chamava, muitos não vinham, né? Então tinha que chamar e chamar, no fim fazer diversas chamadas. Então como é que a gente gerenciou isso aqui dentro, a gente fechou leitos, né? Então nós fechamos leitos de pacientes não-COVID e remanejávamos o pessoal para esse atendimento COVID. (E03).

Então o que a gente começou a fazer aqui, reduzir as cirurgias eletivas, quais anestesistas poderiam ajudar na UTI. Então, além da contratação emergencial, a gente contou com esse remanejamento interno das áreas, né? (E02).

Outro ponto elencado pelos entrevistados foi a grande demanda do mercado por profissionais especializados para atuar em setores críticos, como as unidades de terapia intensiva.

Uma outra questão que também foi um grande desafio foi em relação ao corpo profissional, aos profissionais porque também faltaram no mercado, principalmente os médicos intensivistas. Nós temos uma formação pequena de médicos intensivistas, todas as instituições contratando esses profissionais e algumas inclusive ofertando, oferecendo um adicional para esses profissionais médicos, né? E nós sem possibilidade de ofertar nada mais do que o nosso salário então com isso também houve uma opção de alguns profissionais de saírem da instituição ou quando a gente chamava já tinham assumido em outras instituições. (E01).

O problema é que muitos profissionais acho que já estavam sobrecarregados [...]. A gente queria cinco intensivistas, não tínhamos. (E02).

Nós criamos uma UTI nova, com as pessoas que nós tínhamos lá, que não eram especialistas, que eram pessoas que não atuavam em intensivismo há muito tempo, os profissionais da área ambulatorial, enfim, nós tivemos que criar essa UTI. (E05).

O aumento da demanda por profissionais especializados e com experiência prévia em UTI acarretou uma escassez desses profissionais no mercado de trabalho. Foi relatado que, apesar da realização de processos seletivos emergenciais para contratação temporária de profissionais, houve dificuldade em encontrar profissionais disponíveis para ocupar as vagas em aberto. Somado a isso, o relato de afastamentos e absentéismo das equipes atuantes nos serviços contribuiu para a redução da força de trabalho na assistência.

Alguns tiveram que ser afastados por licença médica, mas outros mesmo tendo comorbidades poderiam auxiliar nas áreas administrativas. (E02).

A gente teve dificuldade pelo absentéismo, porque aí também os profissionais começaram a adoecer, né? E se afastavam. Alguma dificuldade porque as pessoas eram chamadas para assumir o cargo e acabavam não assumindo, né? (E03).

Ainda tivemos situações difíceis de administrar, em função dos afastamentos. Nós tivemos momentos com... o hospital tem em média 1000... 1300 profissionais de saúde, 1500, nós tivemos uma média assim de afastamento só por COVID de mais de 10%. Então, todos os outros afastamentos que eram recomendados, porque teve isso também. Você tinha que afastar profissionais que tinham patologias prévias, por

exemplo, todos os diabéticos, os hipertensos, as gestantes, todos você tinha por obrigação de afastar do hospital. Então, isso somou mais de 30% em afastamento. Então, isso restringia muito a força de trabalho. (E05).

Essa redução da força de trabalho a despeito da demanda continua se refletiu diretamente na percepção de demanda de trabalho e sobrecarga das equipes de saúde, como destacado no relato: “Então, ninguém estava preparado pra tanto tempo, pra tanto esforço contínuo. As equipes... a gente sabe que quem está mais na linha de frente, as equipes estão exaustas. Isso todo mundo” (E04).

A previsão de contratação de profissionais temporários foi apontada por diversos entrevistados, estando prevista nos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19.

É... na época houve esse movimento de provimento né... de recursos humanos. Então eu diria, assim como eu falei para você o plano ele não foi feito tão pré, ele foi feito paralelamente ou até secundariamente. Então assim quando se pensou em números X de leitos já existia esse movimento de pedir tantos profissionais e aí o plano eles, ele meio que ratificou aquilo que que já... já... já estava se pensando então assim eu poderia responder que sim! Sim, sim no que estava previsto 'ah eu quero tantos leitos e eu preciso de tantos profissionais' isso foi disponibilizado pela contratação temporária. (E14).

[...] a gente teve a possibilidade de contratação de um processo seletivo emergencial, de toda a rede EBSERH, então a gente fez junto com a divisão de enfermagem, de divisão de medicina, COE e também em reuniões da gerência de atenção à saúde. (E02).

[...] houve rapidamente uma mobilização no sentido de captar profissionais, e foram feitos vários concursos emergenciais, que logo no início já foram previstos, inclusive pela rede toda, com apoio da própria EBSERH, que entendeu essa importância. (E04).

EBSERH fez processo seletivo especial né? Exclusivamente para COVID e que no início era só médicos e pessoal da enfermagem só, aí depois foi estendendo fisioterapeuta hoje em dia tenho uma série de profissionais para auxiliar. (E13).

#### 4.2.2 Adequação dos insumos, equipamentos e infraestrutura para implantação dos planos de contingência

A segunda categoria apresenta a percepção dos entrevistados quanto à disponibilidade de insumos, equipamentos e infraestrutura na implantação dos planos de contingência.

A disponibilidade de leitos exclusivos para atendimento de pacientes com COVID-19 foi amplamente citada no decorrer das entrevistas, com destaque para as adequações imediatas, ocorridas logo no início da pandemia a fim de preparar os hospitais para o recebimento da demanda.

Os dez leitos iniciais, por exemplo, de UTI, que foram disponibilizados, foram todos rapidamente alocados e a gente recebeu os equipamentos, todos os respiradores, os monitores, os leitos. (E04).

A gente tinha ali uma enfermaria que estava fechada precisando de uma reforma com pequenas coisas, então, fez realmente um grupo com o pessoal da infraestrutura, junto com o jurídico, eles começaram a trabalhar em cima da possibilidade de agilizar essa enfermaria para que a gente pudesse... ampliar os leitos. (E06).

Inicialmente a gente não teve um aumento de leitos, a gente teve uma readequação das unidades. Então a UTI já existia, com os dez leitos específicos para COVID. (E06).

Então à parte de equipamentos ela quando foram abertos os leitos e o número de leitos era maior que o que nós tínhamos né, a UTI foi estruturada em um local diferente para poder permitir essa ampliação do número de leitos a organização da unidade, é ampliando essas áreas de isolamento e com isolamento respiratório. Então tudo isso foi acontecendo uma adaptação da estrutura física, para poder fazer esse atendimento e à medida que essa estrutura física foi sendo ampliada. (E15).

A urgência em estabelecer um serviço capaz de atender a demanda de pacientes com COVID-19 gerou a necessidade de aquisição de equipamento e insumos além do planejado para as rotinas hospitalares. Entre os pontos de destaque identificados nas falas dos entrevistados, ressalta-se a logística aplicada para aquisição desses insumos.

Os próprios insumos houve também uma grande mobilização para as compras. A gerência administrativa trabalhou muito nisso... de compras de insumos que obviamente em quantidade completamente diferentes do que era até o momento. (E04).

Então com esse remanejamento, com aquisições feitas, os leitos disponibilizados eram leitos completos para assistência, tanto do ponto de vista de equipe, como do ponto de vista de equipamento. (E15).

Foi observado um número expressivo de relatos apontando para as dificuldades em torno da disponibilização de insumos e equipamentos no início da pandemia.

Pela EBSERH, assim... só ela fez compras centralizadas né? Elas ajudaram assim as compras centralizadas foram só de insumos e medicamentos, mas nós tivemos problemas sérios com a parte de equipamentos. Nós temos uma firma, nós contratamos uma firma de engenharia clínica, tiramos tudo se transformou em Covid, tiramos todos os ventiladores e todos os monitores do hospital e colocamos nas UTIs que nós abrimos e tivemos muitos problemas, muitos problemas porque foi uma coisa inesperada, nós não tínhamos no nosso planejamento não era para um gasto enorme por exemplo de EPI e nem de medicação para intubação é a gente tinha aquela nossa aquele nosso é o nosso gasto mensal. (E13).

Existem alguns pontos de falhas algum equipamento que não veio a contento, fora que a gente recebeu bastante doações né, então assim eu acredito que ao longo do tempo isso se estabilizou. (E14).

Aquele início então de dificuldade de máscaras, de todos os equipamentos de proteção e em volume tão grande, como foi. (E04).

Nesse momento a maior dificuldade da gente foi, realmente, os equipamentos de proteção individual logo no momento inicial da pandemia... O que foram as máscaras e os aventais. (E06).







nos ensinou a nos planejar porque toda vez que tinha é reuniões do COE sempre todos os setores estavam juntos suprimento, almoxarifado, administrativo, assistencial. (E13).

Eu acho que foi adequado, até observando bastante particularidade do hospital. (E12).

Na minha opinião se enquadra nas necessidades do hospital. O hospital como um todo ele se preparou no meu entendimento de forma adequada sim. (E08).

No meu ponto de vista, o plano atende, o plano está de acordo com as necessidades pra enfrentamento da pandemia, mas as medidas, as nossas capacidades de efetivação é que às vezes preocupa. (E05).

Enquanto outros participantes da pesquisa discordam, apontando limitações dos planos de contingência em atender necessidades particulares dos hospitais.

Então teve um momento da pandemia que tudo que nós tínhamos planejado faltou, mas a gente teve que improvisar, né? Improvisar no sentido de, foi realmente um planejamento como ele deve ser. (E03).

Quando você tem ali um ponto fora da curva aquilo realmente fica fora da necessidade do hospital. [...] aí você começa a ter uma série de problemas tá certo? Que fica fora da curva e quando você pergunta: o plano bateu com a necessidade do hospital? Não, porque em determinado momento aquele que saiu fora da curva não tá dentro daquilo que a gente previa nem tão pouco dentro da necessidade do hospital. (E09).

Ah eu acredito que não. Não na sua completude é... eu não atribuo isso a tipo assim a... como que eu posso dizer... o COVID ele pegou todos de surpresa, e era desconhecido né, nós vivemos uma situação frente ao desconhecido, então assim é pelo que era possível... Eu Acredito que o plano... que as decisões elas foram tomadas conforme o contexto, e assim infelizmente nem todas foram acertadas. [...] porque nós somos particulares em algumas situações como hospital de ensino, nós temos necessidades é diversas aqui dentro. (E14).

### **4.3 Oportunidades e sustentabilidade dos planos de contingência de combate a covid-19 nos hospitais universitários**

Tendo em vista e os tópicos que compõem o capítulo 3 referentes as dimensões Oportunidades e Sustentabilidade, são apresentados no Quadro 7 os temas específicos relativos a este capítulo e o número de vezes que foram mencionados pelos participantes.

Quadro 7 – Frequência de menções das dimensões Oportunidade e Sustentabilidade

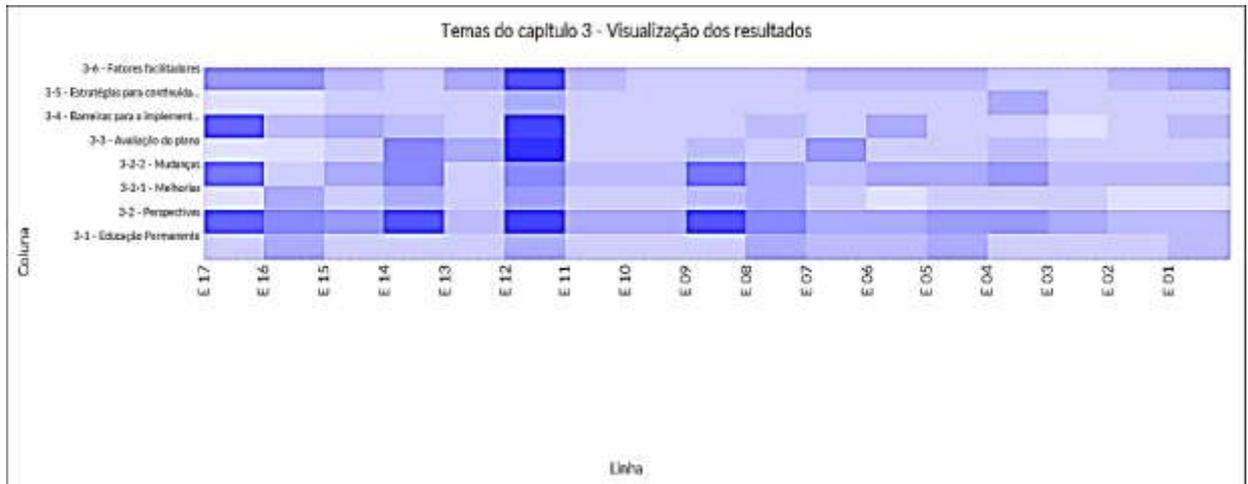
	3-1 - Educação Permanente	3-2 - Perspectivas	3-2-1 - Melhorias	3-2-2 - Mudanças	3-3 - Avaliação do plano	3-4 - Barreiras para a implementação	3-5 - Estratégias para continuidade e sustentabilidade	3-6 - Fatores facilitadores
E 01	2	2	0	2	1	2	1	3
E 02	1	2	0	2	1	1	1	2
E 03	1	3	1	2	1	0	1	1
E 04	1	4	1	4	2	1	3	1
E 05	3	4	1	3	1	1	1	2
E 06	2	3	0	3	1	3	1	2
E 07	2	3	1	2	4	1	1	2
E 08	3	5	3	3	1	2	1	1
E 09	1	8	2	6	2	1	1	1
E 10	1	3	1	2	1	1	1	1
E 11	1	3	1	2	1	1	1	2
E 12	3	9	4	5	10	9	3	8
E 13	1	2	1	1	3	1	1	3
E 14	1	8	3	5	5	2	1	1
E 15	1	4	1	3	1	3	1	2
E 16	3	5	3	1	0	2	0	4
E 17	1	7	0	6	0	7	0	4

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

A média de citações no Quadro 7 é 2,2 e por isso os temas mencionados duas ou mais vezes pelos entrevistados estão destacados em cor cinza escuro. Os temas não mencionados pelos entrevistados estão destacados no quadro em cor cinza claro.

O Gráfico 9 auxilia a visualização dos temas e a frequência no qual são mencionados tendo-se em vista que, quanto mais clara a cor do retângulo, menor é a frequência de citação dos temas; e, quanto mais escura a cor do retângulo, maior é a frequência de citação dos temas pelos entrevistados.

Gráfico 9 – Frequência de temas das dimensões Oportunidade e Sustentabilidade



Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, a partir do cruzamento de dados no software NVivo.

Ao considerar as dos planos de contingência, três categorias temáticas emergiram a partir dos depoimentos dos entrevistados. Estas serão apresentadas a seguir.

#### 4.3.1 Mudanças na organização dos serviços: a conformidade entre o planejado nos planos de contingência e o implementado nos serviços

Esta categoria abarca as percepções dos participantes sobre as mudanças ocorridas no decorrer da implementação dos planos de contingência nos hospitais universitários. A mudança mais impactante percebida pelos participantes no ambiente de trabalho, e por isso, a mais citada durante as entrevistas, foi a mudança na estrutura física dos hospitais universitários. Com a emergência da pandemia, houve a necessidade de readequação dos espaços e criação de novos setores de atenção a saúde, como descrito nas falas a seguir.

Nós tivemos uma mudança grande no hospital desde a área física, porque estabelecemos duas emergências duas portas de entrada, né? Uma porta de entrada específica para os pacientes COVID. [...] Tivemos que fazer toda uma adaptação da área física no ambulatório para poder comportar emergência. (E01).

Então a primeira atividade que a enfermagem teve que fazer foi essa de separação, de organização de uma unidade de emergência dentro de um ambulatório. Então foram nossas duas emergências, aliás as três, né? As duas, emergência pediátrica e emergência adulto, a gente duplicou né? Então a gente teve que arrumar os espaços físicos. (E03).

Neste ponto, foi relatado como a dinâmica de modificação dos espaços físicos se deu a partir do recebimento de equipamentos e insumos para criação de novos leitos de UTI.

“Os dez leitos iniciais, por exemplo, de UTI, que foram disponibilizados, foram todos rapidamente alocados e a gente recebeu os equipamentos, todos os respiradores, os monitores, os leitos.” (E04).

Reformas emergenciais e conclusão de obras antigas também estiveram entre os relatos das principais mudanças ocorridas em virtude da pandemia.

A gente conseguiu se mobilizar pra finalizar a central de UTIs. A pandemia proporcionou isso, por mais difícil que seja dizer. Ninguém queria uma pandemia, mas era uma... era uma obra que a gente tinha muita dificuldade de, enquanto gestores, de finalizar. Era uma obra então que a universidade também tinha, porque não conseguia finalizar, ali as estações finais, os recursos finais. E isso tudo foi possível, foi possível com conversas, com argumentações de que era fundamental a gente ampliar aquele... aquele serviço de intensivismo que estava realmente com uma demanda muito grande e com toda a justificativa para finalizar um prédio que estava ali, pronto para ser utilizado num momento tão difícil. (E04).

A gente tinha ali uma enfermaria que estava fechada precisando de uma reforma com pequenas coisas, então, fez realmente um grupo com o pessoal da infraestrutura, junto com o jurídico, eles começaram a trabalhar em cima da possibilidade de agilizar essa enfermaria para que a gente pudesse...ampliar os leitos. (E06).

Foi antecipada a abertura da nova Unidade de Regulação dos pacientes no primeiro subsolo do lado AB do hospital (local para receber os pacientes para internação), o local foi todo organizado para um atendimento direto para o acesso do paciente subir imediatamente para unidade internamento. (E07).

Nos últimos 10 anos a única reforma dentro da UDM foi por causa da covid que a gente reformou todos os isolamentos para atender é serviu para abrir leitos porque por exemplo a UTI do terceiro andar foi aberta e estava devagar, uma unidade todinha foi reformada para atender os pacientes que saíam da UTI de COVID e não era indicação de UTI então a gente conseguiu avançar em muitas coisas né? (E12).

A preocupação com a criação de novos espaços para o recebimento da demanda ampliada pelos casos de COVID-19 foi percebida em todos os depoimentos, havendo um esforço conjunto dos setores que compõe a gestão hospitalar para suprir essa necessidade em tempo hábil.

Além da necessidade de novos espaços para atender a demanda de pacientes, outra demanda que surgiu por consequência do aumento do número de profissionais atuando em longas jornadas de trabalho. Foi relatado a criação de áreas específicas para acolher essa força de trabalho.

Então foi criado uma área externa ao hospital, que era tipo um alojamento. Também foi pensado nisso com o microondas, com cama para os profissionais que não se sentiam seguros, talvez tivesse alguém do grupo de risco em casa, né? Eles poderiam estar utilizando esse espaço. (E02).

Ainda na seara da força de trabalho e das mudanças que impactaram a execução dos serviços em virtude da pandemia, novas modalidades de atendimento foram implementadas visando manter serviços essenciais que não poderiam ser interrompidos em virtude da mudança na demanda de atendimento nos hospitais universitários, tais como, serviço ambulatorial, consultas de rotina, pré-operatórios, marcação de exames e cirurgias, entre outros. A solução elencada por diversos entrevistados para manutenção dos serviços foi a implementação de tecnologias, tais como, a teleconsulta, conforme destacado nos trechos abaixo:

De melhorias, de reinvenção, na verdade, né? De fazer mais, com certeza, as teleconsultas, né? A gente fez muito disso e ainda continuamos fazendo. (E03).

Não era uma consulta *on-line*, a gente não tinha a estrutura toda pra fazer uma tele consulta, dentro do que é esperado pra uma tele consulta, mas foi uma tele...um teletendimento, uma tele orientação, onde médicos, os profissionais e aí a gente incluiu os residentes, incluímos os estagiários, os alunos, pra fazer esse contato. (E04).

A primeira delas, eu acho que foi essa, a maior inserção do mundo digital para comunicação. [...] Por exemplo, hoje nós temos grupos de discussão de casos, entende? Virtualmente. O serviço ambulatorial avançou na resposta ao usuário. O usuário não vem mais para o hospital para receber o resultado de um teste do câncer de colo uterino. Ele recebe virtualmente. Tem um médico com agenda que dá o resultado para ele. Então, ele explica tudo e dá o resultado para ele. Outra situação, por exemplo, as visitas... as visitas *on-line* é uma prática que eu espero que ela seja mais... seja mais usada, entende? (E05).

Em relação à saúde dos profissionais inseridos no contexto da pandemia, na gestão da saúde mental, foi relatado por alguns entrevistados ações específicas nesse sentido.

Nós tivemos uma ação muito importante principalmente no início da pandemia, porque houve um pânico geral e esse pânico, ele também se deu em relação aos profissionais. [...] Nós formamos um grupo de apoio aos trabalhadores, com atendimentos individuais, atendimentos grupais. (E01).

E depois um trabalho não só presencial, mas também *on-line* do pessoal da psicologia e da psiquiatria. (E01).

A gente tinha essa equipe de psicólogos e psiquiatras também, né? Como não tinha mais atendimento ambulatorial eletivo, eles se prontificaram a atender os trabalhadores de saúde. Então foi criado oficinas de acolhimento desses grupos para compartilhar com o psicólogo, para trazer essas angústias. (E02).

Esse grupo de profissionais, os nossos psicólogos e psiquiatras, foi organizado um grupo para atender, foi disponibilizado, né? [...] Eles ficavam aqui no bloco didático em salas previamente agendadas e as pessoas podiam, sempre que precisavam sair do trabalho e eram acolhidos por esses profissionais. (E03).

Quando questionados sobre as medidas para manutenção e continuidade das mudanças adotadas a partir do plano de contingência, os relatos foram diversos. Um entrevistado, como apresentado abaixo, expôs a preocupação quanto as

incertezas pós-pandemia. “Eu realmente não sei o que foi pensado nesse pós-pandemia.” (E01).

Outros, entretanto, foram capazes de apresentar quais alterações estavam ocorrendo à medida que os números de pacientes com COVID-19 diminuían, como o fechamento de setores específicos para atendimento de pacientes com COVID-19 e a reorganização estrutural dos setores de atendimento ao público.

Agora que houve uma diminuição significativa eu sei que eles já estavam, já houve um retorno para as áreas originais. A UTI estava retornando para sua área original, a emergência já havia retornado a um tempo atrás para a área original. (E01).

A UTI lá em cima, a gente vai manter os leitos na estrutura normal e vai desfazer. (E02).

A diminuição dos leitos de UTI. A UTI já voltou, já se inverteu, antes a UTI COVID ficava lá no quarto andar, nós chegamos a ter vinte leitos, né? Então agora a gente já inverteu, ela foi pro terceiro andar, uma possibilidade de dez leitos só. A clínica médica já voltou como Clínica Médica normal, né? A emergência COVID também já voltou para uma área que tem seis leitos, né? (E03).

Propostas para o futuro pós-pandêmico também foram apresentadas pelos entrevistados, ressaltando a necessidade de manutenção de algumas estratégias criadas para suprir uma demanda que sempre existiu, mas que foi realçada pela ocorrência da pandemia, tais como, uma atenção maior a saúde mental da força de trabalho dos hospitais universitários, e a integração entre a gestão e a assistência nos serviços hospitalares.

Acho que essa questão também é em relação ao apoio aos trabalhadores nessa perspectiva mais dos enfrentamentos do dia a dia porque a atuação que eles tiveram no sentido de dar um suporte psicológico para os trabalhadores foi muito importante. (E01).

Algo que nós conseguimos, que foi essa aproximação bem significativa da área assistencial com a área administrativa, deveria ser algo que a gente dessa continuidade porque algumas ações elas têm uma interface muito grande e é importante que a área administrativa entenda a área assistencial. (E01).

#### 4.3.2 Estratégias de educação permanente planejadas e executadas nos planos de contingência

Quando questionados sobre educação permanente das equipes atuantes durante a pandemia de COVID-19, as narrativas foram diversas, apontando pontos e temas específicos que foram incluídos nos planos de contingência para o desenvolvimento de ações educativas. O uso correto de EPIs e a paramentação básica para proteção dos profissionais de saúde foram citados como temas trabalhados na educação permanente.



com suas atividades anteriores, a utilização de multiplicadores de conhecimento foi citada por alguns entrevistados.

O setor de vigilância foi bastante demandado na pandemia e a equipe é pequena, então a gente capacitou multiplicadores. (E02).

Principalmente enfermeiras e fisioterapeutas que foram treinados pelo setor de vigilância em saúde, né? Então esse time foi treinado para replicar os treinamentos e treinar o pessoal da linha de frente. (E03).

As estratégias didáticas utilizadas para conduzir as capacitações realizadas durante a pandemia foram majoritariamente realizadas de forma remota, uma necessidade estabelecida em virtude dos riscos relacionados a permanência de indivíduos agrupados em um ambiente potencialmente profícuo para dispersão do coronavírus.

Nós tivemos a organização de vídeos que facilitaram essas atividades de educação permanente. (E01).

O serviço de controle de infecção, ele fez o manual bem completo, um guia muito bom, envolve todas essas questões do COVID, de EPIs, de quando botar, quando utilizar um EPI, quando utilizar o outro, com fotos. (E02).

Capacitação prática mesmo. E as próprias capacitações via *live*, via on-line. (E04).

Nós criamos, por exemplo, a *live* das quintas feiras. (E05).

Estratégias síncronas, tais como, transmissões ao vivo e capacitações *on-line* foram citadas, assim como estratégias assíncronas, do tipo vídeos educativos, manuais, guias, entre outros.

Junto com a SCIH, o núcleo Universitário de Telessaúde, com assessoria de comunicação produzimos esse vídeo e disponibilizamos na intranet para os profissionais, para qualquer momento, qualquer dúvida, ele chegava lá, olhava o vídeo e tentava ver quais eram as suas dificuldades. (E06).

Claro que disponibilizava vídeos, né? A gente criou vídeos para paramentação, desparamentação, divulgou amplamente. (E02).

Outra estratégia didática referida foi a simulação realística, para a qual, houve a necessidade de capacitação presencial, entretanto, foi reforçado pelos entrevistados a realização da ação educativa em grupos pequenos, por vezes dentro do próprio setor de atuação das equipes de trabalho.

A equipe de anestesia e os médicos plantonistas, que são lotados na unidade de referencial de Agudo, eles fizeram simulações realísticas. (E06).

Foi um programa de treinamento de simulação realística né, com várias estações, que foi que teve uma participação fundamental da gestão que colocou um caráter de obrigatoriedade a todos os funcionários ligados aos colaboradores ligados a gerência de atenção a saúde, que estavam em trabalho presencial. (E08).

A gente fazia presencial em grupos menores e quando necessário a gente ia na própria clínica médica, era uma clínica só COVID então a gente capacitava *in loco*, né? (E02).

#### 4.3.3 Fatores facilitadores e barreiras para implantação dos planos de contingência

A última categoria fruto deste estudo apresenta a percepção dos entrevistados quanto os fatores facilitadores e barreiras encontradas durante a implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários.

Citadas amplamente, e com diversos atores incluídos no cenário de auxílio mútuo, as parcerias interinstitucionais foram listadas pelos entrevistados como fator facilitador da execução das ações previstas nos planos de contingência, e fator fortalecedor das instituições de atenção à saúde.

Houve um conjunto de ações, e é bom que se diga, um conjunto de ações conjuntas com a universidade, que foi a nossa grande, digamos investida e talvez a nossa grande acertada, no sentido de monitorar a contaminação interna e de poder evitar que ela se alastrasse. (E05).

Foi possível contar com a ajuda da secretaria de saúde do estado e do município, do sindicato dos médicos, do conselho de enfermagem da associação de pneumologia, com a doação de alguns insumos fato marcante no início da segunda onda da pandemia. (E07).

Com a escassez de insumos no início da pandemia, a formação de parcerias foi essencial para manutenção de alguns serviços e proteção dos profissionais atuantes na linha de frente, em especial, por meio da produção local e doação de equipamentos de proteção individual, como as *faceshields*, e o álcool em gel.

Tivemos então uma parceria bem significativa inclusive com a Universidade, a engenharia de produção que começou a fazer as *faceshields* junto com Instituto Federal de Educação. (E01).

[...] a gente fez em 3D e esse grupo de trabalho junto com a UFSC e o IFSC, a gente criou a impressão em 3D de *faceshield* e adaptou. (E02).

A universidade produziu álcool em gel que era um nó crítico pois estava com problema de abastecimento de álcool então a gente conseguiu se unir como universidade com hospital e conseguiu de fato cumprir o papel. (E12).

Outra parceria citada nas entrevistas foi uma parceria público-privada entre os hospitais universitários e hotéis, fornecendo espaços para repouso dos profissionais de saúde que não se sentiam seguros em retornar para suas residências.

“A gente pactuou com hotéis também que se prontificaram para os profissionais estarem nesses locais, né? Quando não se sentirem seguros de ir para casa.” (E02).

Outro fator facilitador para a implantação dos planos de contingência foi a mobilização para a atenção a saúde mental da força de trabalho atuante na pandemia.



















No entanto, mesmo com as evidências científicas, modelos estatísticos preditivos e previsão de criação de novos leitos nos planos de contingência, Macedo *et al.* (2022) demonstraram que a eficiência na abertura de leitos de UTI para paciente com COVID-19 foi variável entre os estados brasileiros, destacando os mais eficientes, como Acre, São Paulo, Paraná e Espírito Santo, e os que apresentaram pior desempenho, Paraíba, Rio de Janeiro, Pará e Distrito Federal, ressaltando a relação entre a ineficiência na utilização dos recursos disponíveis para abertura de leitos de UTI para COVID-19 e a elevação de mortes causadas pela doença.

No entanto, apenas a abertura de novos leitos não implica na efetividade do estabelecimento do serviço. Entre os pontos apontados nesse estudo, a aquisição de insumos e equipamentos foi destacado, dando ênfase a dificuldade inicial para disponibilização de recursos, seja em decorrência do aumento da procura e incapacidade do mercado em suprir essa demanda, seja em decorrência do alto custo associado.

A OMS foi acertada ao apontar o problema da desinformação e pânico, que levaram à compra e estocagem de EPIs de forma descontrolada, o que contribuiu para o desabastecimento desses insumos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a), entretanto, outro ponto que foi crucial para a crise dos insumos vista durante os primeiros meses de pandemia foi a concentração da produção de materiais na China, primeiro epicentro da pandemia, que teve a produção interrompida, e quando retomada, apresentou uma sobrecarga de pedidos vindo de todas as partes do mundo, acarretando na dificuldade de acesso aos produtos e elevação dos preços (SOARES *et al.*, 2020).

No Brasil, em especial no serviço público, a burocracia se constituiu como um entrave na celeridade da aquisição de equipamentos e insumos. Para essa discussão é relevante apontar que a Constituição Federal de 1988 incumbiu ao Poder Público, em seu artigo 175, a prestação de serviços públicos através de licitações e na forma como disciplinada em lei, assim como, compeliu à União, privativamente, legislar sobre as normas gerais de licitação e contratação, em todas as modalidades. O artigo 37 da Constituição Federal de 1988 refere que a Administração Pública direta e indireta deve obedecer aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (BRASIL, [2020]). Assim, sancionada a Lei 8.666, de 1993, que disciplinou as normas para licitações e contratos da Administração Pública, norteadas pelo artigo já indicado (BRASIL, 1993). Contudo, posteriormente foram









A pandemia por COVID-19 incitou a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, em especial aqueles responsáveis pelo atendimento de pacientes gravemente afetados pela doença, seja na assistência direta ou na realização de ações que visem a segurança no manejo clínico da doença (BOUADMA *et al.*, 2020). Com o aumento do número de profissionais atuantes diretamente com pacientes afetados pela COVID-19, e a reorganização da força de trabalho, a necessidade de capacitação e educação permanente emergiu como um ponto de destaque entre os depoimentos dos participantes. Almeida *et al.* (2016) apontam que a educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral. Os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde devem ter como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social, sendo importante que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho a partir da problematização do processo de trabalho.

Neste estudo, destacou-se a utilização da modalidade *on-line* como forma de atualização profissional para o atendimento a pacientes com COVID-19 e utilização correta de EPIs. Santos *et al.* (2022) encontraram resultados semelhantes ao descrever as mudanças implementadas no ambiente de trabalho de enfermeiros em hospitais universitários diante da pandemia de COVID-19.

Souza *et al.* (2021) observaram que a atualização de profissionais sobre o uso de EPIs, tanto de forma remota quanto presencial, trouxe resultados positivos à equipe e à proteção individual. O uso de aplicativos para aquisição de dados se mostrou uma opção prática e eficaz, facilitando tomadas de decisão e trazendo resultados positivos à gestão. Sperry (2021), ao comparar os indicadores de atividades educativas antes e após o início da pandemia pela COVID-19, realizadas em um Hospital Público de Porto Alegre, entre os anos de 2014 a 2021, identificou que a utilização de objetos de aprendizagem à distância tornou possível aproximar as pessoas e dar andamento aos processos de ensino e qualificação, contribuindo significativamente e positivamente para a realização de ações educativas com segurança durante a pandemia.

Ainda entre os relatos coletados neste estudo, a simulação realística apresentou-se como estratégia promissora à capacitação de profissionais da assistência para a implementação de condutas clínico-assistenciais. Silva, Ramos e Quadro (2021) afirmam que a simulação em saúde pode proporcionar melhor

orientação e avaliação da atuação das equipes no cuidado ao paciente acometido pela COVID-19, ou mesmo de casos suspeitos, uma vez que permite o desenvolvimento das competências comunicacional, o que favorece a redução do risco de erros e amplia a segurança do paciente e trabalhadores, além de favorecer o desenvolvimento de competências relacionadas a processos clínicos, técnicos e tecnológicos, o que estimula a capacidade de análise, síntese e tomada de decisão (NASCIMENTO; MAGRO, 2018); e à formação interprofissional, promovendo melhorias na qualidade da assistência (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Essa estratégia metodológica de ensino-aprendizagem se mostrou efetiva no desenvolvimento de competências clínicas, e com o uso assertivo dos recursos públicos institucionais, pode ser desenvolvida de forma ágil, de modo a atender às necessidades impostas pelo cenário pandêmico, principalmente quando, na sua operacionalização, envolve outros profissionais como participantes e também como instrutores (SILVA; RAMOS; QUADROS, 2021).

Quando se transporta o tema em foco para os fatores facilitadores e as barreiras encontradas para implantação dos planos de contingência, observou-se nesse estudo um cenário de auxílio mútuo entre os hospitais e as universidades federais por meio de parcerias interinstitucionais. Almeida *et al.* (2020) destacam a importância das IES no enfrentamento da pandemia por COVID-19, elencando a contribuição das instituições em seus campos de atuação, tanto na produção de insumos quanto na produção de conhecimento. Entre seus resultados, demonstraram que as IES estabeleceram medidas que visaram ao combate à pandemia, como a produção de álcool (em gel, glicerinado e/ou álcool a 70%) e a fabricação de EPIs com impressoras 3D. Achados semelhantes aos desse estudo, em que os entrevistados relataram a produção e doação de *faceshields* e álcool em gel por IES parceiras dos hospitais universitários.

Outro destaque pontuado por Almeida *et al.* (2020) foram as ações voltadas diretamente à população, como a produção de materiais educativos e serviços de aconselhamento e/ou apoio psicológico, ressaltando ainda iniciativa de sete instituições no desenvolvimento de vacinas contra o novo coronavírus.

O apoio psicológico, seja fornecido pelas parcerias com as IES, seja pelo corpo técnico dos próprios hospitais universitários, foi apontado como um facilitador para implantação dos planos de contingência. O desgaste emocional impacta nas atividades laborais e pode resultar em prejuízos na saúde tanto do

profissional, quanto de pacientes que estão sob seus cuidados (ROSA *et al.*, 2021). Nesse sentido, sabendo que o autocontrole no trabalho pode evidenciar menores níveis de estresse ocupacional (ROCHA *et al.*, 2020), houve uma demanda por acompanhamento psicológico aos profissionais de saúde que demonstravam abalos emocionais. Ferreira *et al.* (2020), ao relatar as ações para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 em um hospital de referência no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, apontou o pedido de auxílio aos psicólogos da cidade para que, voluntariamente, pudessem realizar este acolhimento e atendimento aos profissionais, a fim de oferecer recursos para a compreensão do momento e auxiliar nas estratégias de enfrentamento.

Para os trabalhadores da saúde, o estresse e a pressão de lidar com o seu trabalho, acrescido do risco de adoecer, provocam severos problemas de saúde mental, aumentando o *turnover* e a síndrome de *Burnout* (ROCHA *et al.*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020c).

Os participantes desta pesquisa relataram como o desgaste emocional das equipes de saúde teve uma influência negativa na implantação dos planos de contingência, atuando como barreira, seja pelo próprio medo do desconhecido, seja pela sobrecarga de trabalho ou despreparo dos profissionais realocados ou recém-contratados. Esse aumento da demanda de trabalho e insegurança em lidar com o desconhecido no período de pandemia, pode acarretar no aumento do estresse e na inserção de sentimentos de incapacidade, insegurança e preocupação quanto à situação ao qual se encontram (ROSA *et al.*, 2021).

As limitações apresentadas neste estudo estão relacionadas viés de resposta em virtude da imprecisão das informações coletadas de alguns entrevistados por esquecimento ou ainda pelos diferentes momentos ou “ondas” da pandemia mesmo pelo exercício gerencial. Considerando que o foco deste estudo não está na quantificação, mas na análise do fenômeno em profundidade, elencando as subjetividades, suas relações, bem como interlocuções na malha social.

Como contribuição principal, este estudo demonstrou a importância do planejamento, elaboração e atualização de documentos norteadores para as instituições hospitalares, como o plano de contingência, voltado para o enfrentamento de uma emergência de saúde pública, bem como, a necessidade de integração entre os serviços de gestão, assistência, ensino e pesquisa, a fim de

suprir integralmente as necessidades dos serviços hospitalares em especial dos hospitais universitários federais durante uma emergência de saúde pública a nível global como a COVID-19.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou avaliar a implementação dos Planos de Contingências para enfrentamento da COVID-19 nos Hospitais Universitários brasileiros, a partir das dimensões de conformidade técnica, acomodação, disponibilidade de acesso e oportunidade.

Os atuais desafios do sistema brasileiro de saúde pública perpassam pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis e a fragilidade dos serviços de saúde frente a possíveis novas pandemias como em recentes estudos de pesquisadores da Universidade de Ottawa, no Canadá, e publicado na revista científica *Proceedings of the Royal Society* que relatam a possibilidade de novos vírus e bactérias emergirem do derretimento das calotas polares. Assim a avaliação oferece contribuições para a tomada de decisão assistencial e gerencial no desenvolvimento dos serviços e sistemas de saúde.

Sobre o processo de elaboração dos planos de contingência, a partir das dimensões de conformidade técnica e acomodação, os gestores apresentaram graus distintos de conhecimento e estratégias desenvolvidas, que consideraram a ausência de um modelo ou padrão a ser seguido como um dos fatores contributivos para as dificuldades de implantação. A necessidade de padronização dos processos e normatização hierárquica somado a inexperiência das equipes foram os pontos destacados, além da necessidade constante de adequação e atualização dos planos à medida que as demandas de assistência foram se modificando no decurso da pandemia.

Outro ponto de fragilidade que emergiu foi a ausência de uma metodologia pré-estabelecida direcionada para o monitoramento da execução dos planos de contingência. No entanto, os boletins epidemiológicos a principal métrica de monitoramento e avaliação utilizada.

Quando descrito e analisado a elaboração e implementação dos planos de contingência a partir das dimensões de disponibilidade e acesso, emergiu como ponto de destaque a adequação do quantitativo de força de trabalho alocada para implementação dos planos de contingência, onde a força de trabalho estimada e disponível eram divergentes, apontando para inquietações dos profissionais quanto à disponibilidade de profissionais qualificados para atuar nos serviços assistenciais.

Pois havia uma grande demanda do mercado por profissionais especializados para atuar em setores críticos, como as unidades de terapia intensiva, o que levou a sobrecarga das equipes de saúde.

Para os insumos, equipamentos e infraestrutura para implantação dos planos de contingência houve a necessidade de aquisição de equipamento e insumos além do planejado para as rotinas hospitalares, onde foi observado um número expressivo de relatos apontando para as dificuldades em torno da disponibilização de insumos e equipamentos no início da pandemia principalmente pelo elevado custo e necessidade de grande demanda. Tanto na primeira como na segunda onda do COVID-19. Todas essas dificuldades tornaram os planos de contingências, algo dinâmico e mutável e com atualizações constantes.

Na perspectiva da análise das dimensões oportunidades e sustentabilidade, a mudança mais impactante percebida foi em relação a estrutura física dos hospitais universitário, houve a necessidade de readequação dos espaços e criação de novos setores de atenção à saúde. Propostas para o futuro pós-pandêmico podem ser destacadas como a necessidade de manutenção de algumas estratégias criadas para suprir demandas que sempre existiram, mas que foi realçada pela ocorrência da pandemia, tais como, uma atenção maior a saúde mental da força de trabalho dos hospitais universitários, e a integração entre a gestão e a assistência nos serviços hospitalares.

O processo de capacitação e educação ocorreu de forma que as próprias equipes identificavam as necessidades e realizavam as ações educativas, porque elas entendiam e percebiam de forma mais sensível às necessidades emergentes. Para tanto foram usadas estratégias síncronas, como transmissões ao vivo e capacitações *on-line* e assíncronas como vídeos educativos entre outros.

Por fim, os fatores facilitadores e barreiras encontradas durante a implantação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários forma em destaque os cenários de auxílio mútuo entre os hospitais e as universidades, e parcerias público-privada entre os hospitais universitários e hotéis, além da produção local e doação de equipamentos de proteção individual. Outro destaque como fator facilitador foi o fortalecimento do trabalho em equipe e o altruísmo da força de trabalho, o empenho e dedicação das equipes de saúde.

Entretanto, para além das facilidades, grandes barreiras para implantação dos planos de contingência também foram apontadas, tais como, a escassez de profissionais capacitados para desenvolver atividades de assistência à saúde nos hospitais universitários, e a escassez de insumos e equipamentos, causados pela dificuldade de aquisição de materiais de consumo, em especial, os EPIs, na quantidade e qualidade necessária para suprir as necessidades das equipes.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde**. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020.

AHMED, S. *et al.* Using feasibility dose-volume histograms to reduce intercampus plan quality variability for head-and-neck cancer. **Journal of Applied Clinical Medical Physics**, Reston, v. 24, n. 1, p. e13749, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/acm2.13749>.

ALAGAILI A. N. *et al.* Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in dromedary camels in Saudi Arabia. **mBio**, [S. l.], v. 5, n. 2, e00884-14, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1128/mBio.00884-14>.

ALMEIDA, J. R. de S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, Londrina, v.16, n. 2, p. 7-15, 2016. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-59542016000200003](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-59542016000200003). Acesso em: 9 fev. 2023.

ALMEIDA, L. de S. B. *et al.* As universidades públicas brasileiras no contexto da pandemia: iniciativas e parcerias no enfrentamento da covid-19. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 25, n. 82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12660/cgpc.v25n82.82123>. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/82123>. Acesso em: 24 jan. 2023.

AUGUSTO, F. da S. *et al.* Ações realizadas no Hospital São Paulo / HU-UNIFESP para o enfrentamento da pandemia por covid-19. *In*: SANTOS, José Luiz Guedes dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini (org.). **Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentando da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros**. Brasília, DF: ABEn, 2022. p. 55-59. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c06>.

BARBOSA, T. P. *et al.* Morbimortalidade por COVID-19 associada a condições crônicas, serviços de saúde e iniquidades: evidências de sindemia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 46, p. e6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.6>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BITENCOURT, J. V. de O. V. *et al.* Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for COVID-19. **Texto e Contexto Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. e20200213, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213>.

BORGES, J. C. P.; BARCELOS, M.; RODRIGUES, M. S. Empresarização da saúde pública: o caso da EBSEPH. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 75-90, 2018.

BOUADMA, L. *et al.* Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. **Intensive Care Medicine**, [S. l.], v. 46, n. 4, p. 579-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 6 de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. **Diário Oficial da União**: seção extra C, Brasília, DF, 20 mar. 2020d. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/DLG6-2020.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm). Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 18 jul. 2002. Disponível em: Lei nº 10.520, de 17 de julho de 2002. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.462, de 4 de agosto de 2011. Institui o Regime Diferenciado de Contratações Públicas – RDC. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 5 ago. 2011b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12462.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12462.htm). Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 15 dez. 2011a. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm). Acesso em: 25 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 1º abr. 2021a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14133.htm). Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm). Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços

Hospitalares S.A. - EBSEERH e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVISÓRIA%20Nº%20520%2C%20DE%2031%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202010.&text=Autoriza%20o%20Poder%20Executivo%20a,EBSEERH%20e%20dá%20outras%20providências](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm#:~:text=MEDIDA%20PROVISÓRIA%20Nº%20520%2C%20DE%2031%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202010.&text=Autoriza%20o%20Poder%20Executivo%20a,EBSEERH%20e%20dá%20outras%20providências). Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Medida Provisória nº 961, de 6 de maio de 2020. Alteração das regras de licitações e contratos e ampliação do RDC durante o estado de calamidade pública. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 7 maio 2020b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/mpv/mpv961.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/mpv/mpv961.htm). Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEERH:** diretrizes técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/EBSEERH\\_EstruturaOrganizacionaldosHUssobgestodaEBSEERH.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/estrutura-organizacional/EBSEERH_EstruturaOrganizacionaldosHUssobgestodaEBSEERH.pdf). Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. LocalizaSUS. **Informe Covid-19 vacinação:** doses aplicadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html). Acesso em: 5 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo coronavírus:** veja lista de hospitais que serão referência no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020f. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agenciasaude/46249-novo-coronavirus-veja-lista-de-hospitais-que-serao-referencia-no-brasil>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19:** Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-Covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-epin-coe-26-novembro-2020>. Acesso em: 25 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Lean nas emergências**: plano de resposta hospitalar ao COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c.

BUENO, F. T. H.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a Trajetória da COVID-19 no Brasil. *In*: MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19/Editora FIOCRUZ, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

BURKI, T. China's successful control of COVID-19. **The Lancet**, Londres, v. 20, n. 11, p. 1240-1241, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30800-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30800-8).

BUSS, L. F. *et al.* Three-quarters attack rate of SARS-CoV-2 in the Brazilian Amazon during a largely unmitigated epidemic. **Science**, Washington, DC, v. 371, n. 6526, p. 288-292, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abe9728>.

CAMPONOGARA, S. *et al.* Desafios e estratégias no atendimento de pacientes com COVID19 no Hospital Universitário de Santa Maria. *In*: SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. (orgs.). **Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentando da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros**. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 28-38. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c03>.

CANDIDO, D. S. *et al.* Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. **Science**, Washington, DC, v. 369, n. 6508, p. 1255-1260, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.abd2161>.

CARVALHO, T. A.; BOSCHIERO, M. N.; MARSON, F. A. L. COVID-19 in Brazil: 150,000 deaths and the Brazilian underreporting. **Diagnostic Microbiology and Infectious Disease**, [S. l.], v. 99, n. 3, p. 115258, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115258>.

CASTRO, D.; DAL SENO, D.; POCHMANN, M. (org.). **Capitalismo e a Covid-19**: um debate urgente. São Paulo: [s. n.], 2020. Disponível em: <http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2020/05/LIVRO.CapitalismoxCovid19.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2023.

CEREDA, D. *et al.* The early phase of the Covid-19 epidemic in Lombardy, Italy. **Epidemics**, Amsterdam, v. 37, p. 100528, Dec. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2021.100528>.

CEYLAN, Z. Estimation of Covid-19 prevalence in Italy, Spain, and France. **Science of the Total Environment**, [S. l.], v. 729, p. 138817, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138817>.

CORONAVIRIDAE STUDY GROUP OF THE INTERNATIONAL COMMITTEE ON TAXONOMY OF VIRUSES. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. **Nature Microbiology**, London, v. 5, p. 536-544, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>. Acesso em: 26 nov. 2021.

COTRIM JÚNIOR, D. F.; CABRAL, L. M. da S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300317>.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222020000100100&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000100100&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 nov. 2021.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

CUI, J.; LI, F.; SHI, Z. L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nature Reviews. Microbiology**, London, v. 17, n. 32, p. 181-192, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41579-018-0118-9>.

DAWOOD, F. S. *et al.* Observations of the global epidemiology of COVID-19 from the pre-pandemic period using web-based surveillance: a cross-sectional analysis. **The Lancet**, London, v. 20, n. 11, p. 1255-1262, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30581-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30581-8). Acesso em: 27 nov. 2021.

DIAS, M. D. *et al.* Perception of nursing leadership on the fight against the precariousness of working conditions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03492, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018025503492>.

DONABEDIAN, A. **The methods and findings of quality assessment and monitoring**: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985.

DONABEDIAN, A. Commentary on some studies of the quality of care. **Health Care Financing Review**, Washington, DC, p. 75-85, 1987.

DUTRA, J. G. V.; LENZI, E. L.; LISIESKI, N. Regulação de leitos: número de pacientes no aguardo de leitos UTI COVID-19 no Estado de Santa Catarina. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 38, p. 323-338, 2022. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.323-338>.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Modelo de plano de contingência para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Brasília, DF: EBSEH, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acao-a-informacao/boletim-de->

servico/sede/2021/anexos/aneox\_modelo\_plano\_contingencia\_covid\_19\_ebserh\_\_v-2\_\_versao\_final.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Sobre os Hospitais Universitários Federais**. Brasília, DF: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/hospitais-universitarios-federais/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 8 jun. 2020.

FERREIRA, G. S. M. *et al.* Covid-19 pandemic enabling the resignification of management activities in university education: an experience report. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, p. e020006, 2020. Número especial. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/814/676>.

FERREIRA, I. V. *et al.* Operacionalização e logística dos processos administrativos na gestão pública para enfrentamento à pandemia da COVID-19. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 20, p. 28-38, 2021. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1505>.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de orientação para teleconsulta de enfermagem**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2020. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/Guia\\_para\\_orientacao\\_de\\_TELECONSULTA\\_Enfermagem.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/Guia_para_orientacao_de_TELECONSULTA_Enfermagem.pdf). Acesso em: 22 jan. 2023.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2012.

FROTA, M. A. *et al.* Mapping nursing training in Brazil: challenges for actions in complex and globalized scenarios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>.

GÁMBARO, F. *et al.* Introductions and early spread of SARS-CoV-2 in France, 24 January to 23 March 2020. **Euro Surveillance**, Stockholm, v. 25, n. 26, p. 2001200, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.26.2001200>.

GUAN, Y. *et al.* Isolation and characterization of viruses related to the SARS coronavirus from animals in southern China. **Science**, Washington, DC, v. 302, n. 5643, p. 276-278, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1087139>.

HABIB, H. Has sweden's controversial COVID-19 strategy been successful? **BMJ**, London, v. 369, n. m2407, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2376>.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 25-44, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ea/v34n99/1806-9592-ea-34-99-25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ea/v34n99/1806-9592-ea-34-99-25.pdf). Acesso em: 25 nov. 2021.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, London, v. 26, p. n. 10255, p. 874, 2020. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).

HU, B. *et al.* Discovery of a rich gene pool of bat SARS-related coronaviruses provides new insights into the origin of SARS coronavirus. **PLOS Pathog**, San Francisco, v. 13, n. 11, P. e1006698, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006698>.

HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

ITHETE, N. L. *et al.* Close relative of human Middle East respiratory syndrome coronavirus in bat, South Africa. **Emerging Infectious Diseases**, [S. l.], v. 19, n. 10, p. 1697-1699, 2013. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid1910.130946>.

KAMPS, B. S.; HOFFMANN, C. **COVID reference**. 6th ed. [S. l.]: Steinhauser Verlag, 2021. Disponível em: <http://download.hiv.net/CovidReference/CovidReference06.pdf>. Acesso: 10 jan. 2023.

KHAN, M. *et al.* COVID-19: A Global Challenge with Old History, **Epidemiology and Progress So Far**. **Molecules**, Basel, Switzerland, v. 26, n. 1, p. 39, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/molecules26010039>.

LI, Q. *et al.* Early transmission dynamics in wuhan, china, of novel coronavirus–infected pneumonia. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 382, p. 1199-1207, 2020. DOI: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001316>.

LINGARD, H. *et al.* Leading or lagging? Temporal analysis of safety indicators on a large infrastructure construction project. **Safety Science**, [S. l.], v. 91, p. 206-220, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.020>.

LOTTA, G. *et al.* Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. **The Lancet**, London, v. 396, p. 365-366, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X). Disponível em: [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf) Acesso em: 25 nov. 2021.

LUZ, E. M. F. da *et al.* Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 10, p. e3824, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3824>.

MACEDO, S. C. *et al.* Monumentos nacionais: impactos na abertura ao público na sequência da COVID-19 As opiniões e sugestões dos públicos. *In*: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 11., 2022, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, 2022.

MACHADO, M. F.; QUIRINO, T. R. L.; SOUZA, C. D. F. de. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. **Visa em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 70-77, 2020. Disponível em:

<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1626>. Acesso em: 28 nov. 2021.

MAFRA, M.; VIEIRA, S. R. M.; BROCKER, R. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): competências e características do modelo para gestão em hospitais universitários federais. *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA, 15., 2015, Mar del Plata. **Anais** [...]. Mar del Plata, 2015.

MEDEIROS, E. A. S. Desafios para o enfrentamento da pandemia COVID-19 em hospitais universitários. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, p. 1-2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>.

MENESES, A. S. Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária a Saúde no Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. **SciELO Preprints**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 1 set. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, M. C. de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. S7–S18, 1994. Suplemento.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Apresentação – EBSEH. Portal do MEC. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>. Acesso em 09 fev. 2023

MORAES, R. F. de. **Medidas legais de distanciamento social**: análise comparada da primeira e segunda ondas da pandemia da Covid-19 no Brasil. Brasília, DF: Ipea, 2021. (Nota Técnica, 33). Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10572/1/NT\\_33\\_Dinte\\_MedidasLegaisDistanciamentoSocial\\_PrimeiraSegundaOndasPandemiadaCovid19.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10572/1/NT_33_Dinte_MedidasLegaisDistanciamentoSocial_PrimeiraSegundaOndasPandemiadaCovid19.pdf). Acesso em: 10 set. 2022.

MOREIRA, R. da S. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>.

NASCIMENTO, M. S. do; MAGRO, M. C. da S. Simulação realística: método de melhoria de conhecimento e autoconfiança de estudantes de enfermagem na administração de medicamento. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. e-1094, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180024>

NASSAR, P. R. B. *et al.* Gestão de risco e as estratégias do plano de contingência para COVID-19 [COVID-19 contingency plan strategies and risk management] [Gestión de riesgos y estrategias del plan de contingencia para COVID-19]. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 55415, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.55415>

NOGUEIRA, G. *et al.* Gestão estratégica no enfrentamento da COVID-19 em um hospital privado. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 3, p. 276-287, 2020. Suplemento 1.

NORONHA, K. V. M. de 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 1-17, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>.

NORONHA, K. V. M. de S. *et al.* **Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do COVID-19**: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2020b. (Notas Técnicas Cedeplar). Disponível em: <https://geesc.cedeplar.ufmg.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota-tecnica-final-COVID-19-revisado2.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

OKAGAWA, F. S.; LICHAND, C. C.; INNOCENZO, M. de. Métodos de Avaliação de Qualidade, segundo referências de Donabedian, na Saúde da Mulher. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM NA REGIÃO CENTRO-OESTE, 16., 2011, Campo Grande. **Anais** [...]. Campo Grande: SENPE, 2011.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. e00120020, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-07-e00120020.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2021.

PEDROSA, N. L.; ALBUQUERQUE, N. L. S. de. Análise Espacial dos Casos de COVID-19 e leitos de terapia intensiva no estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2461-2468, 2020. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10952020>.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. de S. **Políticas públicas e gestão hospitalar**: evidências e experiências do SUS. São Paulo: Hucitec, 2022.

PEREIRA, F. H. L. C. S. Um olhar crítico à descentralização de serviços públicos de saúde em atenção hospitalar. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 247-239, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/180248>. Acesso em: 27 nov. 2021.

PERES, L.V.C. *et al.* Compatibilidade dos planos – estadual e de contingência – no cenário da pandemia da COVID-19. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. **Planejamento e Gestão**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. (Coleção COVID-19, 2). p. 147-160.

PINHEIRO, K. F.; BORGES, A. M. C. Os efeitos da ebserh na gestão dos recursos humanos dos hospitais Universitários Federais. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 247, p. 452-477, dez. 2019. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/584>. Acesso em: 22 nov. 2021.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. *In*: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2000. p. 259-269.

RABITO, L. B. F. *et al.* Profile of the number of contamination and death of nursing professionals affected by COVID-19 at the peak of the pandemic. **Research, Society and Development**, Oxford, v. 11, n. 4, p. e36911427339, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27339.

RACHE, B. *et al.* **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar**. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020. (Nota técnica, 3). Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3%20vFinal.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

REIS, E. J. F. B. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

ROCHA, R. P. S. *et al.* Características do trabalho e estresse ocupacional entre enfermeiros hospitalares. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 5, p. 51-57, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2581>.

RODRIGUES, A. J. *et al.* A simulação realística em parada cardiorrespiratória como estratégia educacional no ambiente hospitalar: formando um cuidado seguro. *In*: FERREIRA, G. R. **Educação: políticas, estrutura e organização**. Ponta Grossa: Athena Editora, 2019. p. 280-288.

ROSA, T. J. L. *et al.* Análise sobre a Saúde Mental dos Profissionais de Enfermagem no enfrentamento da COVID-19: Uma Análise num Hospital Regional. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 44293-44317, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29229>. Acesso em: 24 jan. 2023.

SALGUERO-CAPARRÓS, F. *et al.* Management of legal compliance in occupational health and safety: a literature review. **Safety Science**, [S. l.], v. 121, p. 111-118, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.08.033>.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SANTOS, J. A. F. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. e00280112, 2020.

SANTOS, J. L. G. dos S.; ERDMANN, A. L. (org.). **Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros**. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. (Série enfermagem e pandemias, 8). Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2022/12/e15-covid.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2022.

SANTOS, J. L. G. dos. Mudanças implementadas no ambiente de trabalho de enfermeiros na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, p. 1-6, 2022. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Jx9fmt7chF5T3pRHMxZrRzk/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SANTOS, M. P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, maio 2020.

SASSO, M. A. dal *et al.* Planos de contingência para a vigilância em saúde na pandemia da COVID-19: análise de conformidades em uma rede de hospitais públicos de ensino. **Revista Visão em Debate**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 18-28, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01780>.

SENA, A. C. de *et al.* Gestão e inovação em tempos de pandemia: teleatendimento e teleconsulta como práticas na atenção à saúde. *In*: SANTOS, J. L. G.; ERDMANN, A. L. (org.). **Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentando da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros**. Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. p. 88-95. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c10>.

SHEA, T. *et al.* Leading indicators of occupational health and safety: an employee and workplace level validation study. **Safety Science**, [S. l.], v. 85, p. 293-304, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.01.015>.

SILVA NETO, A. R. *et al.* Os efeitos da Pandemia de Covid-19 na Gestão da Cadeia de Suprimentos Hospitalar de uma Operadora de Plano de Saúde. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 46., 2022, Maringá. **Anais [...]**. Maringá: UFPR, 2022.

SILVA, G. A. e; JARDIM, B.; LOTUFO, P. Age-standardized COVID-19 mortality in the capitals of different regions of Brazil. **SciELO Preprints**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1874>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1874>. Acesso em: 7 abr. 2023.

SILVA, K. A. B. da *et al.* Custos de equipamentos de proteção individual na pandemia de Covid-19. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, São Paulo, p. 24-24, 2021a. Disponível em:

<https://www.revistaremeecs.com.br/index.php/remecs/article/view/676>. Acesso em: 10 set. 2023.

SILVA, K. A. B. da *et al.* Impacto orçamentário na compra de equipamentos de proteção individual para enfrentamento da Covid-19. **Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 272, p. 5098-5107, 2021b. Disponível em: <https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/112>. Acesso em: 31 out. 2022.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, L. R. *et al.* Simulação em saúde na capacitação de profissionais de enfermagem para o enfrentamento da pandemia pela COVID-19. In: SANTOS, José Luiz Guedes dos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini (org.). **Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentando da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros**. Brasília, DF: ABEn, 2022. p. 46-53. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c06>.

SILVA, T. O. da *et al.* Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia lean healthcare. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e60003, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>.

SILVA, T.; RAMOS, A. R.; QUADROS, A. Uso da simulação realística como estratégia de ensino para os cursos de graduação em enfermagem. **Conjecturas**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 221-242, 2021.

SILVA, V. G. F. da *et al.* The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, p. 1-5, 2021c. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594>.

SIMÕES, W. A. **Manual para teleatendimento: novos tempos, novos desafios**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

SOARES, S. S. S. *et al.* Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 50360, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/50360>. Acesso em: 10 set. 2022.

SOUSA JÚNIOR, J. H. de *et al.* Da desinformação ao caos: uma análise das fake news frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 331, 2020. DOI: <https://doi.org/10.9771/cp.v13i2.35978>.

SOUZA, J. B. de *et al.* COVID-19 vaccination campaign: dialogues with nurses working in Primary Health Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. e20210193, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193>.

SOUZA, V. R. dos S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, p. eAPE02631, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>.

SOUZA, W. M. *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the early phase of the COVID-19 epidemic in Brazil. **Nature Human Behaviour**, London, v. 4, n. 8, p. 856-865, 2020. DOI: <http://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>.

SPERRY, R. da F. P. **A EAD como estratégia para potencializar a disseminação de conhecimento entre profissionais de um hospital universitário público durante a pandemia**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

STOKES, E. K. *et al.* Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance — United States, January 22–May 30, 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 69, n. 24, p. 759-765, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>.

STOLLER, J. K. On leadership in the time of COVID-19. **BMJ Leader** Stoller JK. **BMJ Leader**, London, v. 4, n. 2, p. 77-79, 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/leader-2020-000244>.

TALEGHANI, N.; TAGHIPOUR, F. Diagnosis of COVID-19 for controlling the pandemic: a review of the state-of-the-art. **Biosensors and Bioelectronics**, Amsterdam, v. 174, p. 112830, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bios.2020.112830>.

TAYLOR, L. How Latin America is fighting COVID-19, for better and worse. **BMJ**, v. 370, m3319, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3319>.

TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.

THE LANCET. Reviving the US CDC. **The Lancet**, London, v. 395, n. 10236, p. 1521, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31140-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31140-5).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, K. R. Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da EBSEH. **Revista Brasileira de Administração Política**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 157, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rebap/article/view/22413>. Acesso em: 27 nov. 2021.

WANG, H; WANG, S; YU, K. COVID-19 infection epidemic: The medical management strategies in Heilongjiang Province, China. **Critical Care**, [S. l.], v. 24, n. 107, 2020.

WASKIEWICZ, V. V. *et al.* Desigualdade de gênero nos cargos de diretores técnicos nos hospitais do Sul do Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 86, p. e308, jan./mar. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.86.308>.

WHITWORTH, J. COVID-19: A fast evolving pandemic. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 114, n. 4, p. 241-248, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/trstmh/traa025>.

WIT, E. de *et al.* SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. **Nature Reviews Microbiology**, London, v. v. 14, p. 523-534, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 17 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response**. Geneva: WHO, 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**. Geneva: WHO, 2020c. Disponível em: [https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/mentalhealthconsiderations.pdf?sfvrsn=6d3578af\\_2](https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/mentalhealthconsiderations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2). Acesso em: 24 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Public health for mass gatherings: key considerations**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/public-health-for-mass-gatherings-key-considerations>. Acesso em: 17 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: WHO, 2020d. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 27 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance**, 19 March 2020. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE\\_use-2020.2-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf). Acesso em: 24 jan. 2023.

WORLDOMETER. **Real time world statistics**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Acesso em: 25 nov. 2021.

WU, F. *et al.* A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. **Nature**, [S. l.], v. 579, n. 7798, p. 265-269, 2020.

XU, Z. *et al.* Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. **The Lancet. Respiratory Medicine**, Kidlington, v. 8, n. 4, p. 420-422, 2020. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30076-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30076-X).

YEHYA, N.; VENKATARAMANI, A.; HARHAY, M. O. Statewide Interventions and coronavirus disease 2019 mortality in the United States: an observational study. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 73, n. 7, p. e1863-e1869, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa923>.

YU, X. *et al.* Retrospective detection of SARS-CoV-2 in hospitalized patients with influenza-like illness. **Emerging Microbes & Infections**, New York, v. 9, n. 1, p. 1470-1473, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1785952>.

ZAKI, A. M. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 367, n. 19, p. 1814-1820, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1211721>.

ZHOU, P. *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, [S. l.], v. 579, p. 270-273, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Roteiro de entrevista semiestruturada Gestor, Equipe de elaboração do Plano de Contingência e Profissionais de Enfermagem (*Stakeholders*)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número do roteiro: \_\_\_\_\_

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Natureza da Organização (Público/ Privado/ Filantrópico): \_\_\_\_\_

Status Administrativo (Administração Direta/Fundação, Empresa – EBSERH):

\_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Horário de início e término: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3. Situação conjugal: (1) Com companheiro (2) Sem companheiro

4. Filho (s): (1) Sim \_\_\_\_\_ filhos (2) Não

5. Setor: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação no setor: \_\_\_\_\_

6. Categoria profissional: \_\_\_\_\_

7. Função: \_\_\_\_\_

8. Vínculo de Trabalho: (1) Servidor Público Estatutário (2) Empregado Público CLT

(3) Contrato Temporário para prestação de serviço CLT (4) CLT

9. Formação: (1) Graduação (2) Especialização/Residência (3) Mestrado

(4) Doutorado

10. Turno de trabalho: (1) Diurno ( )M ( )T (2) Noturno (3) Misto

11. Tempo de experiência profissional (em anos): \_\_\_\_\_

12. Outro vínculo empregatício: (1) Sim (2) Não

13. Carga horária de trabalho semanal: (1) 20h (2) 30h (3) 36 h (4) 40h (5) >40h

**Dimensões de análise da implementação dos Planos de Contingência para enfrentamento da COVID-19 nos Hospitais Universitários brasileiros**

<b>Dimensões</b>	<b>Perguntas Analíticas</b>
<b>Conformidade técnica (PROCESSO)</b>	<p>Como foi o processo de elaboração do plano de contingência deste Hospital Universitário?            Quem participou da construção?            O que foi considerado como subsídio teórico/apoio técnico para construção do plano?            Foram estabelecidas estratégias para o monitoramento das ações estabelecidas pelo plano?            O plano foi monitorado? Como ocorreu a sua avaliação?            Quantas versões do Plano já foram construídas?</p>
<b>Acomodação (PROCESSO)</b>	<p>Houve coerência entre as propostas de intervenção definidas no plano, os princípios de organização do hospital e as próprias diretrizes da Política de Enfrentamento da COVID-19?            O plano está adequado às necessidades do Hospital? Se não, na sua visão, que medidas precisariam ser tomadas para auxiliar a contemplar essas necessidades?</p>
<b>Disponibilidade- acesso (ESTRUTURA)</b>	<p>O quantitativo de pessoal necessário à implementação do plano estava disponível?            A infraestrutura (equipamentos, insumos) necessária para a implementação do plano foi disponibilizada?            O Planejamento Orçamentário contemplou os custos?</p>
<b>Oportunidade (RESULTADO)</b>	<p>Quais estratégias de educação permanente foram implementadas e como ocorreu este processo?            Que mudanças ocorreram na organização dos serviços para assistência ao usuário com COVID-19?            Quais melhorias foram implementadas no Hospital a partir do Plano? As medidas implementadas no hospital, a partir do plano de contingência, impactaram em melhorias?            Quais?</p>
<b>Sustentabilidade (RESULTADO)</b>	<p>O plano foi implementado em conformidade com o planejado?            Quais foram os fatores facilitadores e as barreiras para a implementação do plano?            Existem estratégias para garantir a continuidade e sustentabilidade das ações desencadeadas pelo plano?            O plano foi avaliado? Como ocorreu a avaliação? Quais foram os resultados?</p>

Fonte: Donabedian (1985).

## APÊNDICE B - MANUAL NORTEADOR PARA ENTREVISTAS COM GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ABRIL 2021

**PROJETO DE PESQUISA MULTICÊNTRICO  
AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM  
A PACIENTES COM COVID-19  
EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS**

**MANUAL NORTEADOR PARA ENTREVISTAS COM  
GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
QUE PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO E  
IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA  
CONTRA A COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
BRASILEIROS**

### Equipe Responsável:

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha – Universidade Federal do Pará (UFPA)  
Fabrícia Cristine Santos Leite – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)  
Josse Maria Melo Lima – Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Maria Clara Costa Figueiredo – Universidade Federal do Pará (UFPA)  
Deybson Borba de Almeida – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Universidade Federal da Bahia (UFBA)



## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTORES e PROFISSIONAIS – entrevistas *on-line* ou presencial)

**Projeto de Pesquisa:** Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros

**Pesquisadora Responsável:** Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço:** Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

**Telefone de contato:** (48) 3721-2205

**Email:** alacoque.erdmann@ufsc.br

Eu, Alacoque Lorenzini Erdmann, coordenadora do projeto “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, convido-o a participar como voluntário deste estudo.

O objetivo geral do estudo é avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Para sua realização você será entrevistado pessoalmente ou via sistema de vídeo e áudio em tempo real de preferência do entrevistado em momento e local oportunos para participante e pesquisador a fim de que possa responder perguntas relacionadas à temática da pesquisa.

Os benefícios esperados estão relacionados a melhorias no cuidado de enfermagem, já que serão identificadas dificuldades operacionais nos hospitais durante a pandemia de COVID-19. Além disso, o estudo poderá contribuir para o enfrentamento de “novas ondas” de infecção pelo novo coronavírus.

Os desconfortos decorrentes da pesquisa são mínimos, visto que os procedimentos de coleta de dados não irão gerar conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, caso você em algum momento se sentir cansado, desconfortável ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, você poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo retomar a entrevista em um outro horário a ser definido. Se você achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo.

Ressalta-se que se optar pela coleta de dados *on-line*, ou seja, sem nenhum tipo de contato físico entre pesquisador e participantes, não serão necessárias medidas de segurança para contaminação pelo coronavírus. Caso opte pela coleta de dados presencial, pesquisadores e participantes tomarão todas as medidas de proteção para o desenvolvimento da entrevista, incluindo o fornecimento de suplementos como álcool gel e máscara e a escolha por locais silenciosos e privativos, mas que permitam a circulação de ar.

Além disso, durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir demais esclarecimentos. Para isso entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

A pesquisa seguirá as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os cuidados da pesquisa com Seres Humanos. Caso necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, *e-mail* cep.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vítor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, Campus universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Ciente e de acordo com o que foi exposto, declaro ter a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas e estou suficientemente informado. Fica claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância em participar desta pesquisa.

Concordo em participar da pesquisa:

- ( ) Sim  
( ) Não

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Documento de identificação: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável:

Nome: Alacoque Lorenzini Erdmann

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Orientações para o desenvolvimento da entrevista**

1. Apresentação inicial do entrevistador (quem eu sou, o que faço, do que se trata a pesquisa, por que a participação do entrevistado é importante) explicando a pesquisa, lendo o TCLE, perguntando se pode gravar e solicitando a participação do entrevistado. Esclarecendo que a participação é voluntária e que ele pode deixar de responder alguma questão e/ou parar a entrevista a qualquer momento

2. Questões iniciais:

2.1 Por favor, você me informa sua idade?

2.2 Qual a sua ocupação?

2.3 Como você se declara quanto à cor da sua pele?

2.4 Qual o seu maior grau de escolaridade?

2.5 Qual o seu estado civil? Você tem companheiro?

2.6 Você tem filhos? Quantos?

3. Me conte sua experiência nesse momento de atendimento a Covid-19 e na elaboração do Plano de Contingência

**ANEXO**

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO**

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros

**Pesquisador:** Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38912820.3.2009.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.464.829

**Apresentação do Projeto:**

No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A metodologia será desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
**Bairro:** Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.464.829

profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCENF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que serão aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS), Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form (RHDS) e Care Transitions Measure- CTM-15. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. Em cada etapa, serão utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativas e qualitativas, conforme o foco estudado. A partir da pesquisa, pretende-se contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a COVID-19. Além disso, busca-se ampliar a massa crítica em termos de profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores acerca da qualidade do cuidado para lidar com pandemias e de possíveis estratégias para o desenvolvimento de padrões/boas práticas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

**Objetivo Secundário:** - Caracterizar os Hospitais Universitários brasileiros no atendimento de pacientes com COVID-19; - Avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros; - Analisar o processo de elaboração/implementação/avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros; - Caracterizar o perfil e as condições laborais dos profissionais de enfermagem no atendimento a pacientes com COVID-19; - Avaliar a experiência de enfermeiros na gestão do cuidado e liderança à pacientes com COVID em hospitais universitários; - Avaliar o ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem; - Desvelar a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação hospitalar; - Analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva; - Descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar; e, - Desenvolver estratégias para translação/tradução do conhecimento e das evidências produzidas aos participantes do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Não são previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, há a

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepocs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ



Continuação do Parecer: 4.464.829

possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou o enfrentamento da doença. Os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, irão interromper a coleta de dados, estarão dispostos a ouvir os participantes e retornar a coleta de dados em outro momento, se o participante assim desejar.

**Benefícios:** Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com o desenvolvimento de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde e enfermagem no enfrentamento da COVID-19. Além disso, o mapeamento da prática de cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários, poderá dar visibilidade aos desafios e às boas práticas de cuidado que têm sido desenvolvidas. Pretende-se também fornecer subsídios para gestores e profissionais a partir do diagnóstico situacional do cuidado de enfermagem nos hospitais universitários brasileiros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata-se de um Projeto Original do Centro Participante, cuja o projeto do centro coordenador de CAAE nº 38912820.3.1001.0121, teve sua aprovação no parecer nº4.347.463 na UFSC.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1650484.pdf	03/12/2020 20:28:44		Aceito
Outros	termo_de_consentimento_da_instituicao.pdf	03/12/2020 20:26:16	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	27/11/2020 10:29:08	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	termo_de_aceite_do_orientador.pdf	27/11/2020 10:28:20	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	declaracao_de_insecao_de_onus_fin	27/11/2020	Carlos Leonardo	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2ª and.  
 Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARÁ**



Continuação do Parecer: 4.464.829

Outros	anceiro UFPA.pdf	10:27:15	Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_ao_cep.pdf	27/11/2020 10:24:07	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/11/2020 11:35:40	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4347463.pdf	20/11/2020 11:29:12	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Declaracao_Co_Participante.pdf	20/11/2020 11:26:21	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	20/11/2020 11:11:00	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
Outros	Termo_de_outorga.pdf	21/10/2020 17:17:54	Carlos Leonardo Figueiredo Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 15 de Dezembro de 2020

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.  
 Bairro: Guamá CEP: 66.075-110  
 UF: PA Município: BELEM  
 Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros

**Pesquisador:** Alacoque Lorenzini Erdmann

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38912820.3.1001.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.347.463

#### **Apresentação do Projeto:**

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_...pdf, de 05/10/2020, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

Resumo: "No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.347.463

Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A metodologia será desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCEF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que serão aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS), Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form (RHDS) e Care Transitions Measure - CTM-15. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. Em cada etapa, serão utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativas e qualitativas, conforme o foco estudado. A partir da pesquisa, pretende-se contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a COVID-19. Além disso, busca-se ampliar a massa crítica em termos de profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores acerca da qualidade do cuidado para lidar com pandemias e de possíveis estratégias para o desenvolvimento de padrões/boas práticas.”

#### Hipótese:

O cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 é avaliado positivamente por gestores, profissionais de saúde e pacientes em hospitais universitários brasileiros.

**Metodologia:** “Trata-se de uma proposta multicêntrica, que será desenvolvida por meio um estudo transversal, descritivo e analítico, com articulação entre abordagem quantitativas e qualitativas de pesquisa. Os cenários do estudo serão os 10 Hospitais Universitários vinculados às Universidades Federais que integram o estudo, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Federal de Santa Catarina (proponente) e Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Federal de São Paulo e Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Federal do Rio Grande do Norte e Federal da Bahia; (4) Norte: Federal do Pará e Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Federal do Mato Grosso e

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.347.463

Federal de Mato Grosso do Sul. A pesquisa será desenvolvida em três etapas, considerando cada um dos focos avaliados no trabalho: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional e 3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente. ETAPA 1 – GESTÃO HOSPITALAR Consistirá na análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19, relatórios institucionais e entrevistas com gestores hospitalares ETAPA 2 – LIDERANÇA, GESTÃO DO CUIDADO E AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM Abordagem quantitativa: Serão aplicados três instrumentos: 1) Caracterização pessoal e condições laborais; 2) Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCFENF) e 3) Practice Environment Scale (PES). Abordagem qualitativa: Os participantes serão abordados visando explorar suas experiências sobre gestão do cuidado, liderança e ambiente de prática profissional a partir de um roteiro semiestruturado. Para a coleta dos dados qualitativos, os participantes serão convidados a fazer parte da pesquisa por e-mail, fornecido pela instituição, sendo nesse momento, apresentados aos objetivos da pesquisa, abordagem metodológica e ética. Etapa 3 – CONTINUIDADE DO CUIDADO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE Abordagem Quantitativa: A população e amostra será composta por

pacientes que tiveram alta da unidade de internação hospitalar destinada a pacientes com COVID-19. A primeira parte do questionário para coleta de dados conterá variáveis relacionadas à caracterização dos participantes, como: Iniciais do Nome; Data de nascimento; Sexo; Cor/raça;

Escolaridade; Tempo de internação; Hospital; Entrevistador - data/hora. Na sequência, serão utilizados os seguintes instrumentos: (1) Patient Measure of Safety (PMOS); (2) Readiness for Hospital Discharge Scale-Adult Form (RHDS) e (3) Care Transitions Measure - CTM-15. Abordagem Qualitativa: Os participantes desta etapa serão pacientes recuperados da COVID-19 e enfermeiros dos hospitais em que o estudo será desenvolvido. A coleta de dados com os pacientes será realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, por telefone, contendo questões essenciais que instiguem a abrangência das informações esperadas, planejadas com base na Técnica de Incidente Crítico. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. SESSÃO INTEGRADORA FINAL DE TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO Serão aplicadas estratégias de Integrated Knowledge Translation, com abordagem colaborativa para pesquisar, o que exige integração dos pesquisadores com usuários do conhecimento, tais como tomadores de decisão, profissionais de saúde, pacientes e formuladores de políticas para garantir aplicabilidade na prática, do conhecimento que será produzido (LORENZINI et al., 2020). Ainda, há possibilidade da elaboração de infográficos, ou outras estratégias de mídia que se mostrarem adequadas para maior alcance dos resultados no público-alvo. OBSERVAÇÃO: A descrição

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

detalhada dos instrumentos de coleta de dados e da operacionalização da proposta está apresentada no arquivo em anexo com a versão completa do projeto/brochura do pesquisador”.

**Crítérios de inclusão:** Etapa 1: Para a etapa documental, serão incluídos os planos de contingência de enfrentamento à COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros. Em relação à parte empírica, os participantes do estudo serão gestores/trabalhadores que participaram da construção/implantação e avaliação dos planos de contingência.

Etapa 2: profissional de enfermagem e ter experiência na atuação na assistência direta aos pacientes em setores de internação durante a pandemia de COVID-19 por, no mínimo, três meses.

Etapa 3: idade > 18 anos; ter fluência no idioma português do Brasil; período mínimo de 72 horas de internação no hospital antes da administração do questionário, por se considerar um período razoável para o paciente conhecer a instituição e responder aos itens do questionário. Já em relação aos enfermeiros, os critérios de inclusão serão: contrato emergencial, celetista ou concursado há pelo menos 3 meses, com experiência no cuidado a pacientes com COVID-19 nos hospitais universitários.

**Crítérios de exclusão:** Etapa 1: Para a etapa documental, serão excluídos os Planos de Contingência de enfrentamento à COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros que não estejam disponíveis por meio virtual. Em relação à parte empírica, serão excluídos os gestores e trabalhadores que estão afastados ou aqueles que não participaram desse processo, bem como, aqueles que não aceitarem participar do estudo.

Etapa 2: profissionais em afastamento laboral no período de coleta de dados.

Etapa 3: pacientes sem capacidade para consentir em participar da pesquisa (por exemplo, devido a alterações neurológicas, psiquiátricas, doença avançada ou em uso de sedação). Pacientes que, apesar de poderem consentir em participar da pesquisa, estão muito debilitados ou angustiados (por exemplo, por dificuldade respiratória, dor ou pós-operatório imediato). Já em relação aos enfermeiros, os critérios de exclusão serão: licença médica e/ou afastamentos de outra natureza durante o período da coleta de dados.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.347.463

**Objetivo Secundário:**

- Caracterizar os Hospitais Universitários brasileiros no atendimento de pacientes com COVID-19; - Avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros; - Analisar o processo de elaboração/implementação/avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;- Caracterizar o perfil e as condições laborais dos profissionais de enfermagem no atendimento a pacientes com COVID-19;- Avaliar a experiência de enfermeiros na gestão do cuidado e liderança à pacientes com COVID em hospitais universitários; - Avaliar o ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem; - Desvelar a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação hospitalar; - Analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva; - Descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar; e, - Desenvolver estratégias para translação/tradução do conhecimento e das evidências produzidas aos participantes do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos e Benefícios:**

Riscos: Informações do formulário base da PB "Não são previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, há a possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou o enfrentamento da doença. Os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, irão interromper a coleta de dados, estarão dispostos a ouvir os participantes e retornar a coleta de dados em outro momento, se o participante assim desejar".

Benefícios: "Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com o desenvolvimento de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde e enfermagem no enfrentamento da COVID-19. Além disso, o mapeamento da prática de cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários, poderá dar visibilidade aos desafios e às boas práticas de cuidado que têm sido desenvolvidas. Pretende-se também fornecer subsídios para gestores e profissionais a partir do diagnóstico situacional do cuidado de enfermagem nos hospitais universitários brasileiros."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

Trata-se de um macroprojeto, multicêntrico nacional, transversal, descritivo e analítico, com articulação entre abordagem quantitativas e qualitativas de pesquisa.

Financiamento do MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020, no valor de R\$176.030,00.

País de origem: Brasil.

Número de participantes no Brasil: 3040. A amostragem será composta por 2000 enfermeiro(a)s. 1000 pacientes e 40 gestores hospitalares. Não consta o número de participantes por centro.

Previsão de início do estudo: 01/12/2020.

Previsão de término do estudo: 31/08/2022

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pela chefe do Departamento de Enfermagem, professora Katia Cilene Godinho Bertoncello.

Constam autorizações institucionais, assinadas pelos representantes das seguintes instituições: HU/UFSC/EBSERH; HU/UNIFESP; HUSM/UFSC/EBSERH; HUOL/UFRN/EBSERH; HU/UFRJ; Complexo Hospitalar/UFPA/EBSERH; HUJM/UFMT/EBSERH; HUMAP/UFMS/EBSERH; HUGV/UFAM/EBSERH.

Constam os instrumentos para coleta de dados.

TCLE aos gestores e profissionais e TCLE aos pacientes atendem as exigências da resolução 466/12.

**Recomendações:**

Recomendamos que em próxima submissão as informações de financiamento devem constar da folha de rosto considerando esta informação da CONEP: "No caso específico de agências de fomento nacionais (como, por exemplo, CNPq, FINEP, FAPs, etc.) e internacionais (por exemplo, US-NIH) e, por se entender a dificuldade de coleta da assinatura, aceita-se que os campos nome,

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.347.483

cargo/função, CPF, assinatura e data estejam em branco na parte reservada ao patrocinador, desde que o órgão financiador esteja expressamente identificado na Folha de Rosto e que seja apresentado documento comprobatório do financiamento. Cabe esclarecer que o preenchimento do nome do patrocinador (campo 18 da Folha de Rosto) é automático, estando vinculado ao campo "FINANCIAMENTO" da Plataforma Brasil. Somente o nome do responsável pelo "Financiamento primário" será listado na Folha de Rosto como patrocinador."

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos pesquisadores da necessidade de encaminhar ao CEP notificações com relatórios e parciais e final.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1621138.pdf	05/10/2020 22:32:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_OK.pdf	05/10/2020 10:54:04	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIFESP.pdf	05/10/2020 10:52:43	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFSCM.pdf	05/10/2020 10:52:36	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de	UFSC.pdf	05/10/2020	José Luís Guedes	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.483

Instituição e Infraestrutura	UFSC.pdf	10:52:26	dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRN.PDF	05/10/2020 10:52:19	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFRJ.pdf	05/10/2020 10:52:09	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFPA.pdf	05/10/2020 10:51:57	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMT.pdf	05/10/2020 10:51:44	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFMS.pdf	05/10/2020 10:51:35	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFBA.pdf	05/10/2020 10:51:28	José Luís Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFAM.pdf	05/10/2020 10:51:22	José Luís Guedes dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Nelson Canzian da Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br