



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

JOSSE MARIA MELO LIMA

**VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ AVALIATIVA DE PLANOS DE CONTINGÊNCIA
PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

SALVADOR

2022

JOSSE MARIA MELO LIMA

**VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ AVALIATIVA DE PLANOS DE CONTINGÊNCIA
PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida.

SALVADOR

2022

FOLHA DE APROVAÇÃO

JOSSE MARIA MELO LIMA

VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ AVALIATIVA DE PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa: Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 19 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida (Presidente) _____

Doutor em Enfermagem e professor da Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Dr^a Maria de Lourdes de Almeida _____

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dr^a Giselle Alves da Silva Teixeira _____

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva _____

Doutor em Enfermagem e professor da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Às vítimas da Covid-19, em especial a todos os profissionais de saúde. Sobretudo in memoriam daqueles que perpetuaram seus nomes na história. A eles todo meu respeito.

AGRADECIMENTOS

Quando o navio retorna ao seu porto, sempre haverá alguma alteração a bordo. Nas infinitas possibilidades de me permitir mudar, estive eu, durante esse trajeto percorrido, deixando as minhas âncoras para trás porque só dessa forma tinha a certeza de experienciar o novo quando coloquei na mesma linha corpo, mente e coração.

Construí novos conceitos ao passo que limitações foram destruídas. Desfrutei de cada etapa inacabada até torná-las finitas. Apreciei sorrisos muitas vezes borrados. Lapidei a minha compreensão quando a encontrei num emaranhado de dúvidas. Fui moldada. Ser moldado pede mais que paciência, pede renúncia. Pede por disciplina e, sobretudo fé. Aquela fé que é o firmamento do que não podemos ver, mas a certeza do alcance da graça de Deus. É tempo de gratidão!

Agradeço a Deus. A Ele elevo minhas preces e confio no seu alcance sem medidas. No Tempo Dele, tudo foi provido.

À minha família, por estar sempre presente concedendo o suporte necessário. Vocês são minha base e meu coração é preenchido com nossos momentos de cuidado e amor. Ainda aprendo muito com vocês.

Ao corpo docente da escola de enfermagem da UFBA, em especial ao núcleo de estudos GEPASE na pessoa do Prof. Gilberto Tadeu Reis da Silva e a Profa. Gisele, líderes do grupo. O conhecimento adquirido e as nossas trocas foram essenciais para evolução desse sonho.

Ao CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil) pelo apoio financeiro concedido.

Ao projeto multicêntrico intitulado “*Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros*”, sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann que me despertaram para aspectos e nuances sensíveis à pesquisa.

A Igor Borba por sua disponibilidade em elucidar diversas dúvidas.

Aos participantes da pesquisa por enriquecerem esse trabalho de forma gradativa e confiável.

Aos colegas da turma por cada aprendizado. As nossas experiências compartilhadas ficarão marcadas porque sempre me incentivaram a progredir.

Em especial,

Ao meu orientador, o professor Dr. Deybson Borba. Sua paciência, dedicação e comprometimento são irretocáveis. Sem dúvidas a sua condução e orientação foram

indispensáveis para que esse sonho, hoje, possa ser real. Obrigada por compartilhar não apenas seu conhecimento, mas sua sabedoria que desperta em nós o melhor que podemos ser. Aqui registro minha admiração e reitero que sua importante presença em cada etapa trouxe leveza e ao mesmo tempo confiança que precisava para me orgulhar do que sou hoje.

RESUMO

LIMA, Josse Maria Melo. **Validação de uma matriz avaliativa de planos de contingência para enfrentamento da covid-19**. 104 fls. Dissertação (Mestrado em enfermagem e saúde). Universidade Federal da Bahia. Salvador, Ba, 2022.

Desde março de 2020 quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou emergência em Saúde Pública de interesse internacional pela COVID-19. Houve aumento do número de pessoas hospitalizadas por casos graves do coronavírus SARS-COV-2 no Brasil. O que gerou uma sobrecarga no sistema de saúde brasileiro que já acumulava problemas. Neste cenário, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) têm desempenhado um importante papel. Devido à urgência, desenvolver planos para respostas rápidas à disseminação é premente. Os planos contingenciais dão direcionamentos práticos para gestores e planejadores. No entanto, não existem na literatura estudos avaliativos sobre essa temática, constatado após realização do estado da arte em quatro bases de dados, foi também identificada a inexistência de indicadores capazes de avaliar a qualidade dos planos de resposta rápida implementados nos HUFs. Para tanto, o presente estudo teve por objetivo construir e validar uma matriz avaliativa para os planos de enfrentamento da COVID-19 nos hospitais. Trata-se de um estudo do tipo metodológico e caráter avaliativo, desenvolvido em duas etapas. A primeira abrangeu a elaboração dos instrumentos de pesquisa a partir do referencial teórico, iniciando pelo Modelo Lógico (ML), que representa sistematicamente e visualmente as etapas que compõem o Plano de Contingência Nacional, que posteriormente subsidiou a elaboração da Matriz de Avaliativa (MAV). A segunda etapa compreendeu o momento da validação do plano de indicadores por meio da técnica Delphi, e consistiu na realização de duas rodadas sequenciais de consulta a um painel de experts na temática e de linguística, previamente selecionados a partir da plataforma Lattes. Essas rodadas foram intercaladas por um *feedback* controlado, dessa forma buscou-se obter o mais confiável consenso desse grupo de especialistas sobre a pertinência e clareza dos indicadores elaborados na primeira etapa da pesquisa. O resultado da primeira rodada indicou uma Taxa de Concordância (TC) geral de 96,68% entre os participantes e um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global para clareza de 0,86 e para representatividade foi de 1,00. A partir dos enunciados dos participantes foram realizados alguns ajustes na MAV e ML e submetidos a uma nova avaliação pelo painel de experts. Já na segunda rodada a TC foi de 100% em todos os indicadores avaliados, o IVC geral foi aferido para a clareza e representatividade em 1,00. Logo, os indicadores da matriz foram validados, sendo considerado na opinião dos experts, possuir a pertinência e a clareza necessárias para ser utilizado nas instituições de saúde, sendo, portanto, indicadores capazes de avaliar os Planos de Contingência, podendo contribuir com o planejamento e monitoramento de toda ação. Além disso, poderá subsidiar a formulação de protocolos assistenciais, impulsionando práticas mais seguras, minimizando os riscos inerentes à hospitalização.

Palavras-chave: Estratégias de Saúde; Planos de Contingência; Infecção por Coronavírus; Gestão do Risco; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

LIMA, Josse Maria Melo. **Validation of an evaluation matrix of contingency plans to face covid-19**. 104 pages Dissertation (Master's in Nursing and Health). Federal university of Bahia. Salvador, Ba, 2022.

Since March 2020 when the World Health Organization (WHO) declared a Public Health Emergency of International Concern for COVID-19. There was an increase in the number of people hospitalized for severe cases of the SARS-COV-2 coronavirus in Brazil. This generated an overload in the Brazilian health system, which was already accumulating problems. In this scenario, Federal University Hospitals (HUFs) have played an important role. Due to the urgency, developing plans for rapid responses to the spread is imperative. Contingency plans provide practical directions for managers and planners. However, there are no evaluative studies on this topic in the literature. After carrying out the state of the art in four databases, it was also identified the lack of indicators capable of evaluating the quality of the rapid response plans implemented in the HUFs. Therefore, the present study aimed to build and validate an evaluation matrix for COVID-19 coping plans in hospitals. This is a methodological and evaluative study, developed in two stages. The first covered the elaboration of research instruments from the theoretical framework, starting with the Logical Model (ML), which systematically and visually represents the steps that make up the National Contingency Plan, which later subsidized the elaboration of the Assessment Matrix (MAV). The second stage comprised the moment of validation of the indicator plan using the Delphi technique, and consisted of carrying out two sequential rounds of consultation with a panel of experts in the subject and in linguistics, previously selected from the Lattes platform. These rounds were interspersed with controlled feedback, thus seeking to obtain the most reliable consensus from this group of experts on the pertinence and clarity of the indicators developed in the first stage of the research. The result of the first round indicated an overall Concordance Rate (TC) of 96.68% among the participants and an overall Content Validity Index (CVI) for clarity of 0.86 and for representativeness it was 1.00. Based on the participants' statements, some adjustments were made to the MAV and ML and submitted to a new evaluation by the panel of experts. In the second round, the TC was 100% in all indicators evaluated, the general CVI was measured for clarity and representativeness at 1.00. Therefore, the matrix indicators were validated, being considered, in the opinion of the experts, to have the necessary relevance and clarity to be used in health institutions, being, therefore, indicators capable of evaluating the Contingency Plans, being able to contribute to the planning and monitoring of every action. In addition, it may support the formulation of care protocols, promoting safer practices, minimizing the risks inherent to hospitalization.

Keywords: Health Strategies; Contingency Plans; Infection from coronavirus; Risk Management; Health Assessment.

RESUMEN

LIMA, Josse María Melo. **Validación de una matriz de evaluación de planes de contingencia para enfrentar el covid-19.** 104 páginas Disertación (Maestría en Enfermería y Salud). Universidad Federal de Bahía. Salvador, BA, 2022.

Desde marzo de 2020 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró una Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional por el COVID-19. Hubo un aumento en el número de personas hospitalizadas por casos graves del coronavirus SARS-COV-2 en Brasil. Esto generó una sobrecarga en el sistema de salud brasileño, que ya acumulaba problemas. En este escenario, los Hospitales Universitarios Federales (HUF) han jugado un papel importante. Debido a la urgencia, es imperativo desarrollar planes para respuestas rápidas a la propagación. Los planes de contingencia proporcionan instrucciones prácticas para gerentes y planificadores. Sin embargo, no existen estudios evaluativos sobre este tema en la literatura, luego de realizar el estado del arte en cuatro bases de datos, también se identificó la carencia de indicadores capaces de evaluar la calidad de los planes de respuesta rápida implementados en los HUF. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo construir y validar una matriz de evaluación de los planes de enfrentamiento de COVID-19 en los hospitales. Se trata de un estudio metodológico y evaluativo, desarrollado en dos etapas. El primero abarcó la elaboración de instrumentos de investigación a partir del marco teórico, partiendo del Modelo Lógico (ML), que representa de manera sistemática y visual los pasos que componen el Plan Nacional de Contingencia, que posteriormente subsidió la elaboración de la Matriz de Evaluación (MAV). La segunda etapa comprendió el momento de la validación del plan de indicadores mediante la técnica Delphi, y consistió en la realización de dos rondas secuenciales de consulta con un panel de expertos en el tema y en lingüística, previamente seleccionados de la plataforma Lattes. Estas rondas fueron intercaladas con retroalimentación controlada, buscando así obtener el consenso más confiable de este grupo de expertos sobre la pertinencia y claridad de los indicadores desarrollados en la primera etapa de la investigación. El resultado de la primera ronda indicó una Tasa de Concordancia (TC) general de 96,68% entre los participantes y un Índice de Validez de Contenido (CVI) general para claridad de 0,86 y para representatividad de 1,00. Con base en las declaraciones de los participantes, se realizaron algunos ajustes al MAV y ML y se sometieron a una nueva evaluación por parte del panel de expertos. En la segunda ronda, el TC fue del 100% en todos los indicadores evaluados, el CVI general se midió por claridad y representatividad en 1,00. Por lo tanto, los indicadores de la matriz fueron validados, considerándose, a juicio de los expertos, con la pertinencia y claridad necesarias para ser utilizados en las instituciones de salud, siendo, por tanto, indicadores capaces de evaluar los Planes de Contingencia, pudiendo contribuir a la planificación y seguimiento de cada acción. Además, podrá apoyar la formulación de protocolos de atención, promoviendo prácticas más seguras, minimizando los riesgos inherentes a la hospitalización.

Palabras llave: Estrategias de Salud; Planes de Contingencia; Infección por coronavirus; Gestión de riesgos; Valoración de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxo da seleção dos estudos com as diferentes fases da revisão de literatura	17
Figura 2: As etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa.	30
Figura 3: Cálculo de Validade de Conteúdo - CVC	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação esquemática dos critérios de avaliação dos indicadores	36
Quadro 2 – Consolidação das taxas de concordância primeira rodada da técnica <i>Delphi</i> . Salvador – Bahia. 2022.	42
Quadro 3 – Consolidação dos IVC's primeira rodada da técnica <i>Delphi</i> . Salvador – Bahia. 2022.	43
Quadro 4 - Consolidação das Taxas de Concordância segunda rodada da técnica <i>Delphi</i> . Salvador – Bahia. 2022	44
Quadro 5 – Consolidação dos IVC's segunda rodada da técnica <i>Delphi</i> . Salvador – Bahia. 2022.	45
Quadro 6 - Matriz de Avaliativa Final, após rodadas da técnica <i>Delphi</i> . Salvador – Bahia. 2022.	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CO – Concordo

COE – Centro de Operações de Emergências

CONASEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONPDEC – Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil

CP – Concordo Plenamente

DC – Discordo Plenamente

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DP – Discordo Plenamente

GEPADES – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão e da Educação em Enfermagem e Saúde

HUFs – Hospitais Universitários Federais

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

MeSH – Medical Subject Headings

ML – Modelo Lógico

MAV – Matriz Avaliativa

NDC – Nem discordo nem concordo

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC – Plano de Contingência

PDCA – *Plan, Do, Check, Action* (‘planejar, executar, verificar, agir corretivamente’)

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PNPDEC – Política Nacional de Proteção e Defesa Civil

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SRAG – Síndrome Respiratória Aguda

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Taxa de Concordância

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

UF – Unidades Federativas

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 GESTÃO DA CRISE SANITÁRIA PROVOCADA PELA COVID-19 NO BRASIL.....	20
2.2 ESTRATÉGIAS SANITÁRIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO BRASIL .	22
3 MÉTODO	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 ETAPAS DA PESQUISA	28
3.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	29
3.3.1 Elaboração do modelo lógico e matriz avaliativa	29
3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA	31
3.4.1 A técnica <i>Delphi</i>	31
3.4.2 Painel de juízes.....	32
3.4.3 Rodadas	34
3.4.3.1 Procedimento para realização da primeira rodada da técnica <i>Delphi</i>	34
3.4.3.2 Procedimento para realização da segunda rodada da técnica <i>Delphi</i>	35
3.4.4 Avaliação do instrumento	36
3.4.5 Análise dos resultados da avaliação dos juízes	38
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	39
4 RESULTADOS.....	41
4.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA DA TÉCNICA <i>DELPHI</i>	41
4.2 RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA <i>DELPHI</i>	44
5 DISCUSSÃO	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A - Apresentação dos resultados da pesquisa. Feira de Santana, Ba, Brasil, 2021.....	63
APÊNDICE B - Modelo lógico da matriz avaliativa dos planos de contingência versão inicial	66
APÊNDICE C – Matriz avaliativa dos planos de contingência versão inicial.....	68

APÊNDICE D – E-mail convite aos juízes	72
APÊNDICE E- Instrumento para avaliação dos juízes especialistas	73
APÊNDICE F – E-mail lembrete para os especialistas do painel.....	102
APÊNDICE G – Termo de consentimento livre esclarecido para validação de uma matriz avaliativa de planos de contingência para enfrentamento da covid-19	103
APÊNDICE H – E-MAIL SEGUNDA RODADA PARA OS ESPECIALISTAS DO PAINEL	104
ANEXO 1 – Parecer consubstanciado	106

1 INTRODUÇÃO

Desde março de 2020 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a emergência em Saúde Pública de interesse internacional pela COVID-19 como pandemia (OMS, 2020). Sentem-se os efeitos atuais dessa infecção na população através do número de mortes causadas por ela. Segundo a folha informativa da Organização Pan-Americana da saúde – OPAS (OPAS, 2022) atualizada em 15 de setembro do corrente ano, 607.745.726 casos confirmados da doença e 6.498.747 mortes no mundo até a mesma data.

No Brasil, foi declarada emergência em saúde pública de importância nacional em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus pela Portaria Ministerial de nº. 188/2020, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Dados do Painel Coronavírus do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, até 14 de setembro de 2022, foram confirmados 34.558.902 casos e 685.121 mortes causadas pelo novo coronavírus (BRASIL, 2022).

Desde o registro do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, em março de 2020, a hospitalização por Síndrome Respiratória Aguda (SRAG) já havia ultrapassado o percentual de casos correspondente a 10 anos. Dessa forma, o aumento do número de pessoas hospitalizadas por casos graves do coronavírus SARS-COV-2 gerou uma sobrecarga no sistema de saúde brasileiro (BASTOS, 2020). Esse sistema já acumulava problemas de infraestrutura, de financiamento, de organização e de gestão, além de questões relacionadas à qualidade do cuidado e que foram acentuados pelo contexto da pandemia (PAIM, 2018).

Nesse cenário, destaca-se a atenção hospitalar como fundamental na resposta à doença, por promover cuidados intensivos aos pacientes e reduzir os índices de letalidade (WU; MCGOOGAN, 2020). Os Hospitais Universitários Federais (HUFs) têm desempenhado um importante papel no cenário brasileiro, sendo centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo na porta de entrada e retaguarda na rede de serviços de saúde, ou seja, no atendimento às vítimas hospitalizadas, na qualificação dos profissionais já atuantes nesse segmento, apoiando às pesquisas relacionadas ao tratamento e à prevenção, e, ainda, na logística para aquisição de materiais e ampliação de leitos (EBSERH, S.D.; MEDEIROS, 2020).

Mesmo com desenvolvimento de estratégias do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade do cuidado dos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais, estudos recentes indicam que o ambiente hospitalar tem uma variação de eventos adversos entre 5,7 a 14%, sendo que 75% deles são classificados como evitáveis (ZANETTI *et al.*, 2020). E isso demonstra a necessidade de se repensar essas estratégias, uma vez que, neste momento de

emergência de Saúde Pública de dimensão internacional, existe a urgência de se desenvolver planos para respostas rápidas à disseminação da doença (LAKE, 2020).

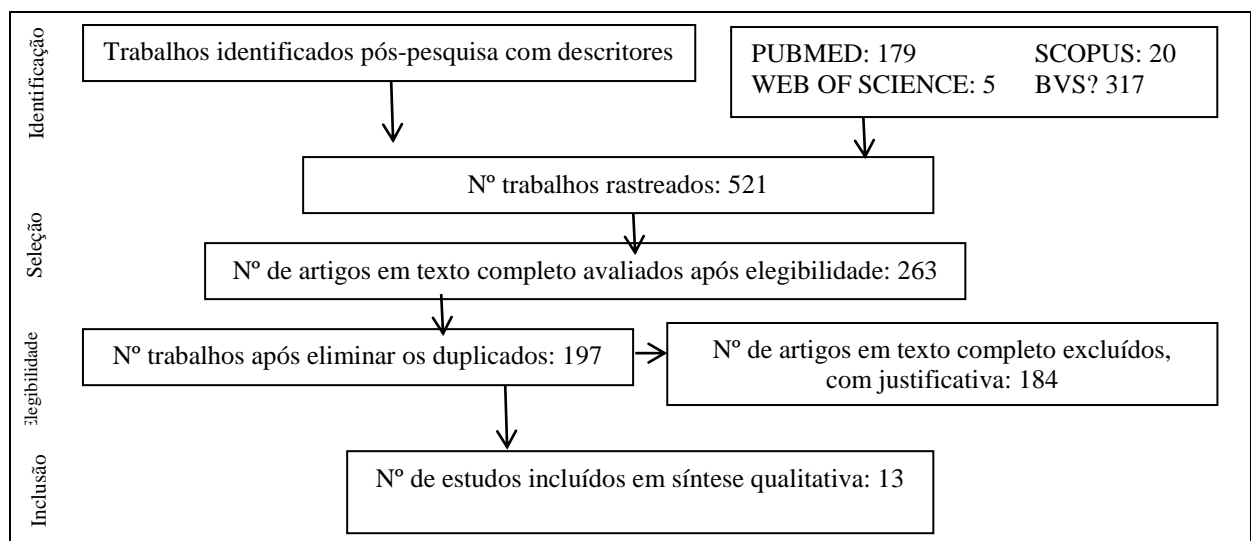
Destarte, é premente a elaboração de planos contingenciais a fim de dar direcionamentos práticos para gestores e planejadores de políticas de saúde para gerirem a capacidade sanitária e resposta para o combate à COVID-19 (ALBUQUERQUE, 2020).

Tal elaboração foi largamente orientada pelas autoridades sanitárias — envolvendo gestores, gerentes, trabalhadores, usuários, comunidade e sociedade civil — com o objetivo de distribuir as responsabilidades, estabelecer as normas e indicar as ações necessárias para manutenção dos processos em meio à instabilidade (CELEPAR, 2009).

A busca e a revisão do estado da arte sobre o objeto deste estudo se deram em periódicos indexados em bases de dados, por meio do acesso a três portais de pesquisa: BVS, PubMed, *Web of Science* e Scopus no mês de fevereiro de 2022. Utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): planos de contingência; COVID19 unidos pelo conectivo booleano *and*, foram encontrados 521 trabalhos.

Na sequência, adotam-se os seguintes critérios para inclusão dos artigos: pesquisas originais com resumos e textos completos disponíveis para análise, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês e excluído documentos técnicos e duplicados. Seguindo os critérios supracitados e com o suporte da ferramenta online *Rayaan*, foram encontrados 263 artigos. A partir disso, procedeu-se a leitura minuciosa de cada título e resumo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, resultando no total de 13 estudos elegíveis (APÊNDICE A). A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos estudos de acordo com os itens do PRISMA.

Figura 1 - Fluxo da seleção dos estudos com as diferentes fases da revisão de literatura.



Fonte: Autoria própria.

Após essa procura na literatura, verificou-se uma multiplicidade de produções com abordagens diferentes da temática: planos de contingência na literatura. No entanto, existe uma lacuna de conhecimento no que se refere à produção do conhecimento científico sobre a avaliação dos planos de contingência, sobretudo na realidade nacional. Uma vez que, nenhum dos trabalhos selecionados nas bases se propunha a avaliar a temática supracitada.

Tal lacuna pôde ser constatada também por Jesus; Krüger e Negri (2020), que observaram, neste contexto de emergência pelo SARS COV-2 no país, a ausência de uma resposta articulada entre as esferas governamentais e, ainda, um cenário de incertezas políticas na condução da crise. O que suscitou que muitas cidades e estados se deparassem com um colapso em seus sistemas de saúde devido ao aumento da demanda ocasionada pela infecção.

Assim, tem-se a necessidade do acompanhamento e da avaliação da atenção à saúde que vem sendo desenvolvida nos hospitais universitários nesse contexto pandêmico. Já que as boas práticas fundamentam-se, segundo a resolução ministerial número 63 de 2011 (BRASIL, 2011), na qualificação profissional, na humanização da atenção e da gestão, e na diminuição e controle de risco aos pacientes e ao meio ambiente.

Portanto, considerando a importância dessa temática no contexto dos planos de contingência, a lacuna de conhecimento existente na literatura, bem como a inexistência de indicadores de saúde capazes de avaliar a qualidade dos planos de resposta rápida implementados nos HUFs. Adotou-se como objeto de investigação: **avaliação do plano de contingência para enfrentamento da COVID-19.**

Na perspectiva da aproximação com a temática, essa proposta de estudo está articulada a um projeto de pesquisa maior de intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, financiado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, aprovada pelo Comitê de Ética através do parecer n. 4.347.463, CAAE: 38912820.3.1001.0121. Para chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves, que obteve aprovação e está em execução desde junho de 2020.

Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional que congrega uma rede de pesquisa de dez instituições de ensino federais, que está sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann. E a autora deste estudo faz parte da equipe executora desse projeto no sub-eixo: gestão hospitalar. Um dos objetivos desse sub-eixo é avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros. E o

presente estudo irá contribuir para a proposta multicêntrica nacional com a avaliação do plano de contingência para enfrentamento da COVID – 19 nos hospitais universitários situados na cidade de São Paulo e Rio de Janeiro

Para além disso, os resultados dessa pesquisa trarão importantes feitos para o estado da arte da temática, na medida em que buscará preencher uma lacuna do conhecimento e impactará positivamente na gestão em saúde, propiciando aos seus gestores indicadores válidos para avaliação dos planos de contingência.

Outro fator a ser considerado na escolha do tema e da proposta de pesquisa é a familiaridade com a temática em virtude de minha trajetória profissional, tendo em vista que atuei por um ano como gestora em uma policlínica de média complexidade do SUS em Feira de Santana. Além disso, trabalhei como enfermeira emergencista por oito anos em unidades de saúde de média e alta complexidade ligadas ao SUS na mesma cidade. Ocasões nas quais pude perceber a superlotação do serviço, o número restrito de leitos e a limitação de insumos e de tecnologia, o que representa um comprometimento na qualidade do serviço de assistência prestado, tornando a atenção de média e alta complexidade como um “tubo de ensaio” para todas as fragilidades do SUS, com repercussões na vida e na morte da população brasileira. Além de ter atuado no início da pandemia da COVID-19 no setor de urgência e emergência de um hospital estadual pediátrico no qual acompanhei as mudanças estruturais e de gestão, treinamentos e implantação de protocolos para atuação da unidade no contexto pandêmico.

Busca-se, portanto, encontrar respostas para os seguintes questionamentos relacionados ao tema **“avaliação de planos de contingência para enfrentamento a covid-19”**: é possível validar o conteúdo de uma matriz avaliativa de planos de contingência para enfrentamento à COVID-19 por meio do consenso obtido a partir de um painel de especialistas?

Ao passo em que também buscamos alcançar o objetivo geral do estudo, que foi: construir e validar uma matriz avaliativa para os planos de enfrentamento da COVID-19 nas instituições hospitalares.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 GESTÃO DA CRISE SANITÁRIA PROVOCADA PELA COVID-19 NO BRASIL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu SARS-CoV-2 como uma nova cepa de coronavírus, que anteriormente não foi identificada em humanos. Assim, a COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), usualmente chamado de novo coronavírus (ALBUQUERQUE, 2020).

O avanço rápido e sustentado desse vírus no mundo gerou uma crise sanitária grave. Nesse sentido, o Brasil, que já tinha um sistema público de Saúde (SUS) marcado por uma gestão com fragilidades organizacionais, técnicas e econômicas e limitações desde a sua criação em 1988, teve esse quadro intensificado com a pandemia (GLERIANO *et al.*, 2020).

Um dos maiores problemas que afetam o SUS é estrutural, como equipamentos, estrutura física e rede de federação pactuada de pessoal e financiamento, e ocorre devido ao subfinanciamento do setor (MARQUES, 2017) e ao processo de descentralização (MELLO, DEMARZO, VIANA, 2019), que aumenta as responsabilidades dos municípios. Isso representa uma fragilidade na infraestrutura do setor de saúde em diferentes níveis de atenção, especialmente, no nível terciário (VILASBÔAS e PAIM, 2008). Incluem-se, ainda nesse cenário, questões relativas ao quadro de pessoal, à precarização do trabalho e a lacunas quanti e qualitativas de recursos materiais, equipamentos e insumos (MOROSINI, 2016). Desse modo, esses problemas sozinhos já justificariam uma necessidade de reorganização do sistema para atender às próprias demandas, logo, a pandemia só agravou os problemas de um sistema que já vivia em constante colapso.

Desde o período colonial, somos uma população marcada pelas desigualdades, que são responsáveis por vários problemas com os quais convivemos há séculos, dentre eles os socioeconômicos e os sanitários. Um exemplo disso é a disparidade na distribuição de equipamentos de saúde pelo país, que evidencia o aspecto regional da desigualdade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). Dados trazidos por Zhang *et al.* (2020) mostram que 64% das regiões de saúde estão com leitos de UTI somados aos públicos e privados abaixo de dez leitos para cada 100 mil habitantes. Uma simulação do cenário de pandemia apontou que 30% das regiões de saúde do país são vulneráveis à superlotação e à escassez de leitos de UTI, de ventiladores e de respiradores (POLLOCK; CLEMENTS; HARDING-EDGAR, 2020).

Diante disso, a crise sanitária causada pela pandemia do coronavírus no Brasil sobleva a necessidade de uma rediscussão no âmbito da gestão em saúde. Uma vez que

vários gestores demonstram fragilidades no campo do planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, que repercute em um processo decisório com baixo poder de impacto e resolutividade (GLERIANO *et al.*, 2020).

Segundo Chanlat (1999, p. 31), gestão é um conjunto de práticas e de atividades fundamentadas sobre princípios éticos, humanitários, administrativos, econômicos e sociais que visam a uma finalidade. Dessa forma, para exercer a função de gestor é preciso possibilitar ênfase a fatores de eficiência e eficácia. Para Quinn (2003), a eficiência é entendida como uma medida de utilização de recursos com melhor resultado possível, e a eficácia como uma medida de alcance de objetivos.

Corroborando o que diz Quinn, um importante referencial teórico e metodológico Avedis Donabedian emerge, cujos primeiros trabalhos para a avaliação de qualidade surgem na década de 60. Ao considerar que a qualidade do cuidado em saúde é composta por alguns atributos, são eles: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Que avaliados isoladamente ou em uma variedade de combinações, podem expressar a articulação entre a questão de qualidade e a avaliação para gestão (DONABEDIAN, 1985).

As funções e atividades do gestor propostas por Peter Drucker (1964) propõem as “cinco operações básicas do trabalho administrativo”: (1) estabelecer objetivos; (2) organizar; (3) comunicar e motivar; (4) medir e avaliar; e (5) desenvolver pessoas. Porém, Almeida e Melo (2012) dizem que a prática da gestão em saúde caracteriza-se por um modelo de gestão centralizado, frequentemente autocrático. Com base nos pressupostos de Taylor e Fayol (1968) esse modelo dialoga com a produção de cuidado voltada ao modelo biomédico.

Como gerente de enfermagem em uma unidade de emergência de média complexidade, percebi que meu planejamento derivava das prestações de conta que fazia como gerente da unidade. Nessa tarefa não havia busca por estratégias de mudanças para intervir sobre os problemas locais ou buscas de resultados para atender às necessidades de saúde da comunidade. O processo avaliativo acontecia de maneira verbal e assistemático, com prestação de contas dos profissionais à gerência ou cobranças durante as reuniões mensais.

Comprovando o que Almeida e Melo (2012) trazem em seu estudo sobre a prática de gestão nos serviços de saúde, que nela não se utiliza o planejamento, o monitoramento e a avaliação. Tendo como objeto central manter e ordenar o funcionamento da unidade restrita às funções básicas de administração de caráter normativo, características punitivas e autocráticas baseadas no modelo Taylorista-fordista.

Ao se realizar um planejamento apropriado é preciso determinar objetivos específicos e verificáveis, com prazos finais alcançáveis. A definição de objetivos auxilia no senso de direção para focalizar nos esforços, no guia para as decisões e avaliações do progresso (SILVEIRA; BASTIAS, 2003). Isso evidencia que lançar mão de um planejamento mediado entre o conhecimento, a avaliação e a qualidade do cuidado em saúde são imprescindíveis para a solução da crise sanitária suscitada pela COVID-19. Uma vez que cada país mobiliza suas maiores forças e, nesse percurso encontra também suas fraquezas, nesse confronto vidas são salvas ou perdidas (LIMA; BUSS; PAES-SOUSA, 2020).

Assim, os gestores, na singularidade de seus contextos e somando esforços de diferentes atores e recursos, poderão criar planejamentos e monitoramentos para atender às demandas do presente cenário pandêmico. Além de debates constantes sobre o planejamento das ações para superar as dificuldades de organização que dificultam o acesso aos serviços de saúde, e para ordenar os serviços de urgência através de avaliações para decisão ou gestão nesse cenário. Embora os desafios não sejam novos, a permanência da pandemia exige uma agilidade de respostas e proposições viáveis, observando os princípios organizativos do SUS (GLERIANO *et al.*, 2020) e a qualidade do cuidado em saúde definida por Donabedian (2003) como aquela que produz, dado os recursos disponíveis, os melhores resultados de saúde para a população como um todo.

2.2 ESTRATÉGIAS SANITÁRIAS DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO BRASIL

Diante da rápida e sustentada evolução da pandemia, muitos países implementaram uma série de intervenções para reduzir a transmissão do vírus (KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020). Ações como o uso de máscara, distanciamento social, isolamento dos casos, alterações das atividades cotidianas e de mobilidade social. Medidas para diminuir as lacunas de rastreamento como a inclusão no sistema de vigilância de dados de hospitalização dos casos, desenvolvimento de indicadores para avaliar a evolução da epidemia, divulgação sistemática dos dados notificados, ampliação da capacidade de testagem da população e definição de casos suspeitos e confirmados. E a elaboração de planos operacionais de preparação e resposta para o combate à COVID-19.

Ainda que vivenciando um cenário instável, no qual é recente o conhecimento sobre os modos de transmissão e o papel do assintomático na difusão do SARS-COV-2, com desenvolvimento muito recente de vacinas e com alternativas terapêuticas ainda inespecíficas; muitos pesquisadores, gestores de saúde e governantes têm adotado medidas de Saúde Pública

para reduzir a expansão. Nesse sentido, houve a reorganização dos serviços e das práticas a fim de evitar o esgotamento dos sistemas de saúde e as mortes (AQUINO *et al.*, 2020).

Como uma das medidas iniciais, o Brasil criou a Lei de nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, com a finalidade de fornecer proteção à coletividade em razão da pandemia de coronavírus (Covid-19). Em seu Art. 3º, estão dispostas as medidas que poderão ser adotadas:

I - isolamento; II - quarentena; III - determinação de realização compulsória de exames médicos; testes laboratoriais; coleta de amostras clínicas; vacinação e outras medidas profiláticas; ou tratamentos médicos específicos; IV - estudo ou investigação epidemiológica; V - exumação, necropsia, cremação e manejo de cadáver; VI - restrição excepcional e temporária de entrada e saída do País, por rodovias, portos ou aeroportos; VII - requisição de bens e serviços de pessoas naturais e jurídicas, hipótese em que será garantido o pagamento posterior de indenização justa; e VIII - autorização excepcional e temporária para a importação de produtos sujeitos à vigilância sanitária sem registro na Anvisa, desde que: registrados por autoridade sanitária estrangeira ou previstos em ato do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Mesmo diante das medidas para enfrentamento da COVID-19 no país, o atual presidente tem minimizado sua importância, recusando-se a reconhecer a ameaça causada pelo vírus, incentivando a população a descumprir as recomendações como o distanciamento social e uso de máscara, além de propagar o uso de uma terapêutica sem eficácia comprovada. Essa postura negacionista adotada pelo atual governo, somada à crise sanitária, tem gerado uma desestima à implementação das medidas de enfrentamento à pandemia da COVID-19, e isso demandou que alguns governadores e prefeitos tivessem que assegurar essas medidas, por vezes, em nível local através do poder judiciário diante da autonomia administrativa dos estados e municípios prevista na Constituição Federal (AQUINO *et al.*, 2020; CAPONI, 2020).

Dessa forma, a pandemia fez com que gestores públicos e operadores de diferentes ordens sociais priorizassem planejamentos de contingência a fim de atender às fases de prevenção, atenção e mitigação da ocorrência e recuperação pós-emergência (GOMES; TORRES, 2020).

Os Planos de contingência ou planejamento de risco estão previstos na Lei 12.608/12, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC e no Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC. Um plano de contingência é um instrumento de gestão de riscos e desastres no país. Seu propósito é assegurar condições sociais, econômicas e ambientais adequadas para garantir a dignidade da população e a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2012).

O Plano de Contingência (PC) funciona como um planejamento da resposta e, por isso, deve ser elaborado na normalidade, quando são definidos procedimentos, ações e decisões que devem ser tomadas quando ocorrer o desastre. Por sua vez, na etapa de resposta, realiza-se a operacionalização do plano quando todo o planejamento feito anteriormente é adaptado à situação real do desastre (BRASIL, 2017).

Para Celepar (2009), trata-se de um documento desenvolvido com o objetivo de treinar, organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias às respostas de controle, combate e/ou redução de danos às pessoas, ao meio ambiente ou aos bens materiais em meio a emergências, desastres e calamidades.

Destaco aqui a importância do plano contingencial como um documento obrigatório para gerenciamento da crise sanitária, em especial, na situação de vulnerabilidade para conseguir financiamento, acompanhar e controlar adequadamente os recursos, que, pelo caráter excepcional, terão orçamento extraordinário pelas ações definidas (MIRANDA *et al.*, 2020).

Em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 (BRASIL, 2020), com as definições do nível de resposta e a estrutura de comando correspondente em cada nível. O plano indica três níveis de respostas com suas respectivas estruturas técnicas e de comando: a) Alerta; b) Perigo Iminente; e c) Emergência em Saúde Pública. Esse plano de contingência no setor da saúde descreve a estrutura de comando e organização técnica das esferas de gestão em cada um dos níveis de resposta: Vigilância, Suporte laboratorial, Medidas de controle de infecção, Assistência na atenção básica de média e alta complexidade, Assistência farmacêutica, Vigilância Sanitária – Medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras), Comunicação de risco e Gestão.

Portanto, um plano de contingência precisa ser visto como uma ferramenta de tecnologia da informação e não apenas como um documento para dar conta da legislação. Uma vez que, segundo Pinochet (2011) a tecnologia da informação ao ser usada como recurso subsidia a gestão, fornece elementos para definição de estratégias gerenciais, apoia os gestores, promove a rápida comunicação interna, agiliza as tarefas burocráticas e facilita a execução das ações. Ou seja, como uma tecnologia para gestão os PC precisam ser ancorados em seus desdobramentos: repercussões para cultura organizacional, para rede de serviços, precisam ser incorporados no cotidiano do serviço, monitorado e, sobretudo avaliado.

Em maio de 2020, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) divulgaram, para os gestores

municipais e estaduais, um guia orientador para o enfrentamento da Covid-19 na Rede de Atenção (CONASS; CONASEMS, 2020). Segundo Albuquerque (2020), o guia tem caráter prático e direcionador das ações imediatas dos gestores e trabalhadores da área, fornecendo elementos para os planos de contingência nesse setor.

Assim, dessas ações governamentais para um cenário tão complexo, emerge um elemento ainda mais desafiador: a elevação mundial das demandas das unidades hospitalares em virtude da COVID-19, o que requereu uma reorganização dos processos de cuidado e estratégias gerenciais para combater a pandemia (WANG; WANG; YU, 2020).

A necessidade de reorganização do nosso sistema de saúde devido ao subfinanciamento sofrido pelo setor não é novidade, mas o cenário pandêmico a tornou urgente (PAIM, 2018). Segundo Rodrigues *et al.* (2020, p.1-2), estamos diante de “uma barreira precarizante da assistência à saúde e, mesmo com os subsídios vinculados à situação emergencial, consolida-se como desafio a ser superado para atender demandas referentes ao novo coronavírus”.

Os problemas recorrentes na operação de um sistema de saúde universalista, num país de diversidades regionais e de particularidades entre os entes federados, estão relacionados com a autonomia e a hierarquia na função federativa. Mas esses mesmos elementos que compõem o arcabouço legal do SUS podem ser o diferencial brasileiro para enfrentamento da crise sanitária causada pela COVID-19 (GLERIANO *et al.*, 2020). Uma vez que, esses Sistemas são calcados na universalidade e descentralização, dentre outros princípios, tem um grande poder de alcance de suas ações em uma abordagem de integralidade e a expansão do SUS nos últimos 30 anos possibilitou aumentar sua cobertura dos serviços de saúde permitindo atender rapidamente às mudanças nas necessidades de saúde da população (PAIM, 2018).

E, nos hospitais universitários, a preparação para emergências hospitalares e de toda rede assistencial é contínua, devendo, portanto, passar por processos avaliativos com frequência. Dentre as ações de enfrentamento à infecção humana pelo novo coronavírus, no campo institucional e no cenário hospitalar, está o Plano de Contingência Nacional para COVID-19 (BRASIL, 2020). Ele descreve a estrutura de comando e organização técnica nas esferas de gestão, porém não faz menção a indicadores relacionados à avaliação desses instrumentos.

2.3 BASES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES E VALIDAÇÃO DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Segundo Novaes (2000), a avaliação em saúde no Brasil tem sido realizada de modo incipiente e marginal pelos gestores do setor público e privado. No setor público há maior interesse por avaliação de programas e um discreto interesse pelas de qualidade. Já no setor privado, observa-se maior interesse por propostas de gestão e garantia de qualidade, porém com foco na produtividade e maior ganho financeiro e não nos direitos humanos.

A informação produzida a partir da pesquisa avaliativa é a proposição de critérios a serem incorporados na utilização de indicadores no desempenho do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento. O ponto inicial é a definição de Tanaka e Melo (2001), ao considerar que indicador é uma variável com características ou atributos de estrutura, de processos e de resultados capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar ênfase ao significado do que se quer avaliar. Para eles, um indicador pode ser representado por um número absoluto, uma relação entre dois eventos, ou uma qualidade do evento.

Porém, nenhum indicador, segundo Minayo (2009), representa verdades absolutas. Uma vez que sua função é ser apenas um sinalizador, que visto de maneira qualitativa ou quantitativa se refere a aspectos tangíveis e intangíveis da realidade percebidos como atributos que podem ser identificados de forma indireta.

Pode-se chegar a indicadores qualitativos lançando mão de uma lógica quantitativa, envolvendo cálculo e medida de dados recolhidos, mas essa prática apresenta uma visão restrita, pois não considera a subjetividade envolvida no processo. Ao se produzir indicadores qualitativos, é preciso se considerar as experiências e se estabelecer uma relação dialógica entre os pesquisadores e os sujeitos envolvidos. Por meio da interpretação dos discursos dos atores sociais e da realidade, chega-se a uma construção de indicadores de forma participativa (MINAYO, 2009).

Nessa perspectiva, Coluci, Alexandre e Milani (2015), estudiosos que foram indicações de modo teórico neste estudo, apontam que os instrumentos para avaliação só são úteis e capazes de apresentar resultados científicos robustos, quando demonstram alguns atributos fundamentais, sendo os mais comuns: validade — capacidade de um instrumento de medir com precisão o fenômeno a ser estudado; confiabilidade — o quanto se consegue reproduzir um resultado de forma consistente ou com observadores diferentes e responsividade — habilidade de detectar mudanças sobre o construto a ser medido ao longo do tempo.

No que tange ao atributo validade, sua avaliação pode se dar de várias formas: validade de constructo, validade de critério e validade de conteúdo (PASQUALI, 2009). A

validade de constructo, conforme Rubio *et al.* (2003), é a amplitude da medida em relação a sua construção teórica do fenômeno. Já a validade de critério é a comparação da medida que está sendo avaliada com outra medida estabelecida (LYNN, 1986).

E, por fim, a validade de conteúdo, que se refere a uma avaliação subjetiva, embasada no julgamento de *experts* ou peritos na área do conteúdo para determinar se o instrumento atende a todas as dimensões e domínios ligados ao conceito do estudo (WEISSHEIMER, 2007). É necessário destacar o julgamento de especialistas na área específica para determinar a representatividade de itens que expressam um conteúdo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Segundo Haynes; Richarde Kabany (1995), o motivo de se validar os conteúdos dos instrumentos é minimizar a possível variação de erro associada ao instrumento de avaliação e aumentar a probabilidade de obter índices com validade de constructo para suporte em estudos posteriores. Por ser um processo subjetivo, apresenta limitações e, por isso, pode exigir a aplicabilidade de medidas psicométricas adicionais (POLIT, HUNGLER 1995).

Destarte, esta pesquisa se propôs a realizar a validação de conteúdo do plano de indicadores construídos por evidências científicas, a partir do julgamento de especialistas com ampla experiência profissional, que analisaram a pertinência dos indicadores sobre o que se pretende medir/avaliar, para tanto, optou-se pela aplicação da técnica *Delphi*. O detalhamento dessas etapas e do desenvolvimento da técnica *Delphi* encontram-se no capítulo seguinte.

3 MÉTODO

Esse tópico aborda as etapas realizadas para essa investigação. Para Minayo (2014) a metodologia é o caminho escolhido para chegar aos objetivos propostos e requer a apresentação minuciosa dos métodos, técnicas e instrumentos, que serão utilizadas pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo. Como foi dito anteriormente este estudo irá contribuir com projeto guarda-chuva ao qual está vinculado, uma vez que esta mestranda é parte da equipe executora do projeto multicêntrico que envolve a participação de importantes pesquisadores brasileiros de nove universidades federais do país. Para a proposta multicêntrica nacional um dos subprojetos é sobre gestão hospitalar e um dos objetivos é avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID – 19 nos HUs.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo metodológico, de caráter avaliativo, baseado na construção e a validação de um Modelo Lógico (ML) e Matriz Avaliativa (MAV) para subsidiar a avaliação dos planos de contingência para enfrentamento à COVID-19 em HUs.

O estudo metodológico tem como finalidade, a produção e a validação de instrumentos e de métodos de investigação (LIMA, 2011). Assim, a etapa deste estudo, foi elaborar com a validação do conteúdo no modelo lógico e na matriz avaliativa para análise dos planos de contingência dos HUs a partir de um documento orientador: Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus proposto pelo Ministério da Saúde.

Uma pesquisa avaliativa, conforme aponta Arreaza e Moraes (2010), é entendida como um componente fundamental das práticas de saúde, que a partir do emprego de alternativas metodológicas visa identificar, obter e proporcionar informações pertinentes, além de julgar o mérito e o valor de algo de modo justificável, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão sobre programações pertinentes.

3.2 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu em duas etapas, a saber:

1ª ETAPA: A partir do referencial teórico, foram elaborados os seguintes instrumentos de pesquisa: o Modelo Lógico-ML (Apêndice B), que posteriormente subsidiou a elaboração da Matriz Avaliativa – MAV (Apêndice C).

2ª ETAPA: compreendeu o momento da validação do plano de indicadores por meio da

técnica *Delphi*.

Essas etapas serão apresentadas mais detalhadamente nos tópicos seguintes.

3.3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

A partir do referencial teórico, foram elaborados os instrumentos de pesquisa — o ML que representam sistematicamente e visualmente as etapas que compõem o Plano Nacional de Contingência para COVID-19.

E posterior ao ML foi feita a MAV composta por uma dimensão, nove subdimensões com seus respectivos indicadores de qualidade com itens avaliativos que visaram detectar cuidados referentes ao processo descrito e variáveis de concordância na escala *Likert*.

3.3.1 Elaboração do modelo lógico e matriz avaliativa

O suporte teórico deste estudo para elaboração de instrumentos de medida na área de saúde de forma sistematizada se deu pela metodologia proposta por Coluci, Alexandre e Milani (2015) apresentada pela **Figura 2**.

cliente o que demandaria um estudo mais longo que não caberia para a cronologicidade de um mestrado. A estrutura é representada pelos instrumentos e os recursos disponíveis para a realização físico e organizacional, inclusive dos recursos humanos, materiais e financeiros. Donabedian (1985, p. 12) afirma que "uma boa estrutura deve significar a probabilidade de um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados".

Primeiramente, após a revisão da literatura sobre o objeto de estudo, foi possível selecionar os elementos que subsidiaram a elaboração do modelo lógico - ML. Segundo Bezerra, Cezarin e Alvez (2010), o desenho de um ML é um esquema visual que expõe o funcionamento do plano e fornece base objetiva com relação causal entre seus elementos, e consta de uma das etapas do processo de avaliação. O ML tem a finalidade de apresentar a racionalidade interna do funcionamento de uma intervenção, ou seja, a interação entre os recursos necessários, às atividades previstas e os efeitos esperados, permitindo apontar pontos fortes e fracos para avaliação (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Caracteriza-se, portanto, como um esquema visual que exhibe de forma sistematizada as etapas que compõem o PC Nacional para COVID-19 do Ministério da Saúde.

A versão inicial da MAV (Apêndice C) se deu por meio do ML, considerando sua dimensão com seus respectivos indicadores a serem validados pelos participantes da pesquisa, amparados em fontes, premissas ou parâmetros científicos, com elaboração de perguntas avaliativas e a adoção de uma escala de medida do tipo *Likert* que, conforme destacam Silva Junior e Costa (2014) tem por objetivo analisar o grau de concordância entre participantes de uma pesquisa frente a um construto ou conjunto de afirmações relacionadas a um objeto. O instrumento ainda contemplou uma área de comentários, onde os juízes puderam registrar sua opinião, sugestão ou orientação acerca do item analisado.

3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

A segunda etapa da pesquisa compreendeu o momento de validação, entendida por Wynd, Shimidt e Shaefer (2003) como uma etapa essencial no desenvolvimento ou adaptação de um instrumento, para tanto, utilizamos a técnica *Delphi* como estratégia metodológica para estruturar o aperfeiçoamento dos instrumentos de pesquisa, elaborados na fase anterior, e os resultados das análises.

3.4.1 A técnica *Delphi*

Essa etapa da pesquisa compreendeu o momento de validação de conteúdo, entendida,

por Turoff e Linstone (2002), como uma etapa essencial no desenvolvimento ou adaptação de um instrumento, para tanto, foi utilizada a técnica *Delphi* como estratégia metodológica para validar o conteúdo dos instrumentos de pesquisa elaborados na fase anterior, e os resultados das análises.

A técnica *Delphi* segundo Castro e Rezende (2009) é conceituada como método sistematizado de julgamento de informações, com o objetivo de chegar a um consenso ou dissenso entre os especialistas sobre dado tema, por meio de validações articuladas em ciclos ou rodadas.

As vantagens dessa técnica é permitir acesso a informações especializadas, com interação entre os participantes e o pesquisador e o compartilhamento de ideias ou opiniões, em anonimato, abrangendo locais geograficamente distantes, acessando pessoas peritas em determinado tema com um baixo custo de operacionalização (SCARPARO *et al*, 2012). E como limitações Cassiani e Rodrigues (1996) apontam: encontrar pessoas para compor o painel, problemas com o retorno de questionários e perda de participantes no processo.

Segundo Scarparo (2012) essa técnica de investigação contribui para a enfermagem moderna no desenvolvimento de pesquisas científicas nesta área, considerando as questões relativas às especificidades da investigação através do uso de técnicas consagradas no campo da investigação científica; uma vez que, diante da necessidade cada vez maior de investimento científico na enfermagem moderna para sua inserção no cenário contemporâneo marcado pela ampliação desse conhecimento para categoria.

Para embasar os critérios de análise de validade de conteúdo, foi utilizado o estudo de Colluci, Alexandre e Milani (2015), que propõem o conceito de pertinência e clareza para um instrumento de medida. Para esses autores, a clareza representa avaliar a redação, ou seja, averiguar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir. Já a pertinência busca notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e atinge os objetivos propostos.

3.4.2 Painel de juízes

Para composição do painel de juízes foi seguida a recomendação de Lynn (1986), que indica que o número de membros seja, preferencialmente, de seis a vinte juízes. Ao que parece, a representatividade do painel de especialistas é avaliada qualitativamente e não quantitativamente.

É preciso estimar que o número de juízes especialistas pode sofrer redução durante o desenvolvimento da pesquisa, devido a possíveis desistências entre as rodadas ou não resposta

ao *e-mail*-convite. Por isso, foi enviado um número máximo de *e-mails* e adotou-se, como critério de exclusão, a ausência de resposta após dois contatos feitos no período de dez dias, o que se caracterizou como desistência ou não aceite em participar da pesquisa.

A seleção dos participantes que compuseram o painel de juízes foi intencional, justificada pelo interesse de selecionar *experts* na temática de estudo. Entre os especialistas, foram considerados os seguintes critérios de seleção: ser profissional de saúde, docente ou pesquisador que trabalha ou pesquisa temas de avaliação em saúde, validação de conteúdo e estudo metodológico.

A seleção foi realizada na Plataforma *Lattes* por meio da ferramenta de busca simples, no modo de busca por “assunto”, selecionando a base de “Doutores” e o campo nacionalidade “brasileira”, e, no campo de busca, as palavras “validação de conteúdo”. O que caracterizaria juízes especialistas por terem Experiência clínica, serem pesquisadores (que produzam) na área temática de avaliação e que conheçam o processo metodológico utilizado na construção e/ou adaptação de instrumentos de medida a fim de se obter um consenso especializado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Inicialmente apareceram 1772 currículos, procedeu-se a leitura da apresentação inicial de forma sequenciada dos primeiros 500 perfis, desses, 68 foram selecionados por atenderem aos critérios de seleção da amostra, na sequência os currículos foram abertos lidos integralmente e verificado o contato pessoal do pesquisador, os que não tinham essa informação de contato, buscamos localizar por meio das suas produções científicas em periódicos indexados.

Intencionalmente, foram também inseridos na amostra um psicólogo que estude a temática na área de pesquisa, um *expert* da área da linguística, com doutorado concluído e *experts* por experiência (profissionais de saúde que atuaram na elaboração ou execução dos planos de contingência de enfrentamento da COVID-19). Seguindo o que recomenda Grant e Davis (1997) e Tilden, Nelson e May (1990), a inclusão de *experts* por experiência relacionadas à população do estudo para avaliar o grau de compreensibilidade dos itens.

A seleção do corpo de juízes do comitê de avaliadores foi bastante criteriosa, sobretudo no que se refere à qualificação dos membros, por se tratar de uma avaliação subjetiva. Para isso, foram consideradas as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais indicados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Após a seleção dos juízes, um *e-mail* foi enviado com a carta convite (Apêndice D), que Alexandre e Coluci (2011) definem como uma carta explicativa sobre o porquê de o

sujeito ter sido escolhido como juiz e a relevância dos conceitos envolvidos no instrumento como um todo. Incluiu também o objetivo do estudo, a descrição do instrumento, sua pontuação e interpretação, as dimensões envolvidas e o modelo de medida usado.

Como estratégias de monitoramento e gestão das respostas à carta convite, foi elaborada uma planilha no programa *Microsoft Excel* com dados dos selecionados contendo iniciais, contato (*e-mail*), data do envio das orientações e dos instrumentos da pesquisa e data da resposta.

Foi considerando que o número de painelistas poderia reduzir durante o desenvolvimento da pesquisa, com possíveis desistências entre as rodadas, ou caso não tivéssemos resposta do e-mail convite. Para tanto, fizemos no máximo dois contatos, a ausência de resposta foi caracterizada como desistência ou não aceite em participar da pesquisa. Dos 68 convites enviados, após dois contatos feitos no período de duas semanas, apenas 24 responderam confirmando interesse em participar do estudo, quatro sinalizaram que não tinham interesse em participar e os demais não responderam.

3.4.3 Rodadas

Um dos princípios básicos que sustentam essa técnica é ter quantas rodadas forem necessárias para chegar a um consenso, no entanto, considerando a existência dos *feedbacks* e a oportunidade de revisar as respostas anteriores, há um consenso na literatura de que a técnica tenha pelo menos de duas a três rodadas. A cada nova rodada as perguntas são repetidas, e os participantes devem realizar suas respostas à luz das respostas numéricas e das justificativas dadas pelos respondentes na rodada anterior (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006; POWELL, 2003; GIOVINAZZO, 2001).

3.4.3.1 Procedimento para realização da primeira rodada da técnica Delphi

Após a confirmação do interesse de participação pelos convidados, foi encaminhado no dia oito de fevereiro do ano corrente aos 24 juízes um segundo *e-mail* (Apêndice E) com informações mais detalhadas sobre a pesquisa, prazo e orientações para o preenchimento do TCLE e da MAV, enviadas como anexo. A participação na pesquisa estava condicionada ao aceite do TCLE, por todos os participantes do painel de especialistas, logo na primeira rodada de mensuração da opinião. Isto porque o documento orientava que a pesquisa poderia ocorrer em várias etapas e para isso foi fundamental que o participante concorde com o conteúdo do TCLE. Para fim de registro do consentimento dos participantes foi solicitado o preenchimento do TCLE e encaminhamento do mesmo por *e-mail* para os pesquisadores junto com a MAV

devidamente preenchida, no prazo inicialmente estabelecido de 10 dias.

Como estratégia de controle desse prazo, foi elaborada pela pesquisadora uma planilha no programa *Microsoft Excel* versão 15.0 (Office 2013) com dados dos respondentes contendo iniciais, contato (*e-mail*), data do envio das orientações e instrumentos da pesquisa, data da resposta, data de prorrogação. Dessa forma foi possível controlar a dinâmica dos participantes na rodada. Aos que não responderam no prazo de sete dias, foi enviado um e-mail lembrete (Apêndice F).

Dessa forma, foi possível controlar a dinâmica dos participantes na rodada. Ao final do prazo estabelecido, foi enviado um *e-mail* estendo o prazo para mais sete dias aos não respondentes, com cinco dias um segundo e-mail lembrete foi enviado, chegando ao final da rodada no dia de três de março do ano corrente com a participação efetiva de 15 especialistas, que receberam um *e-mail* simples de agradecimento, os outros oito participantes não confirmaram o recebimento de nenhum dos e-mails enviados, se caracterizando como desistência. Por fim, os dados foram tabulados e foi realizado o tratamento estatístico dos resultados. Desta forma, a duração da primeira rodada da técnica *Delphi* foi de 23 dias.

Ao finalizar a primeira rodada, foi encaminhado um novo *e-mail* contendo as informações gerais sobre o preenchimento do instrumento que foi reformulado a partir da análise dos dados da primeira rodada. Dessa maneira, permitiu ao *expert* a oportunidade de examinar esse resultado (*feedback*) e refletir sobre a sua escolha anterior, mantendo a sua resposta ou mudando de opinião fundamentando-se na opinião dos demais *experts*.

3.4.3.2 Procedimento para realização da segunda rodada da técnica *Delphi*

A segunda rodada da técnica *Delphi* iniciou no dia 13 de março do presente ano e contou com a participação dos 15 *experts* que finalizaram a primeira rodada. Porém houve a desistência de dois especialistas e a segunda rodada contou ao final com 13 *experts*. Inicialmente foi encaminhado um novo *e-mail* contendo as informações gerais sobre o preenchimento do instrumento que foi reformulado a partir da análise dos dados da primeira rodada. Dessa maneira permitiu ao *expert* a oportunidade de examinar esse resultado (*feedback*) e refletir sobre a sua escolha anterior, mantendo a sua resposta ou mudando de opinião fundamentando-se na opinião dos demais *experts*. Foi estabelecido o prazo inicial de sete dias e mais uma vez, para controle da dinâmica dos participantes na rodada, foi utilizada a planilha descrita anteriormente. Passados cinco dias, procedeu-se ao envio do *e-mail* lembrete da segunda rodada da técnica *Delphi* para os não respondentes, buscando motivar a permanência do participante na pesquisa, para que não houvesse mais desistências. Mais uma

vez os dados foram tabulados e realizado tratamento estatístico dos resultados. Logo a segunda rodada foi concluída com duração de quinze dias.

3.4.4 Avaliação do instrumento

Para subsidiar os critérios de análise de validade de conteúdo, utilizamos como base o estudo de Colluci, Alexandre e Milani (2015), que propõe o conceito de pertinência e clareza no instrumento de medida, para esses autores a clareza representa avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir, por sua vez, a pertinência busca notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos.

Dessa forma, a avaliação da dimensão e subdimensões propostas, bem como seus respectivos indicadores, feita pelos participantes da pesquisa, obedeceram a esses critérios, conforme exposição do **Quadro 1**.

Quadro 1 – Apresentação esquemática dos critérios de avaliação dos indicadores

Critério 1 – avaliar se cada domínio do instrumento a qual faz parte foi adequadamente coberto pelo conjunto dos itens. Dessa forma o juiz pode concordar ou não com a alocação dos domínios em sua respectiva dimensão, subdimensão e indicador.
Critério 2 – avaliar a clareza dos itens, ou seja, observar se este pode ser bem compreendido, e se expressa adequadamente o que se espera medir.
Critério 3 – avaliar a representatividade/pertinência dos itens, verificar se o item é relevante para atingir o objetivo proposto.

Fonte: Autoria Própria.

Os especialistas receberam instruções específicas em cada estágio, sobre como avaliar cada item, o instrumento de medida e preencher o questionário (RUBIO *et al.*, 2003; SALMOND, 2008).

A abrangência dos domínios foi determinada na etapa de avaliação deles. Os juízes avaliaram se cada dimensão e subdimensão foram adequadas para cobrir o conjunto de indicadores e se todas as subdimensões foram incluídas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Sugestões de eliminação ou inclusão de itens foram consideradas. Para tanto, houve um espaço em branco no instrumento de avaliação (RUBIO *et al.*, 2003; SALMOND, 2008).

Para efetivação da avaliação foi solicitado que cada juiz assinalasse com “X” o campo correspondente a uma das alternativas que compunha: CONCORDO ou NÃO CONCORDO. O tratamento dos dados se deu a partir da fórmula da taxa de concordância:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de juízes que concordam}}{\text{número total de juízes}}$$

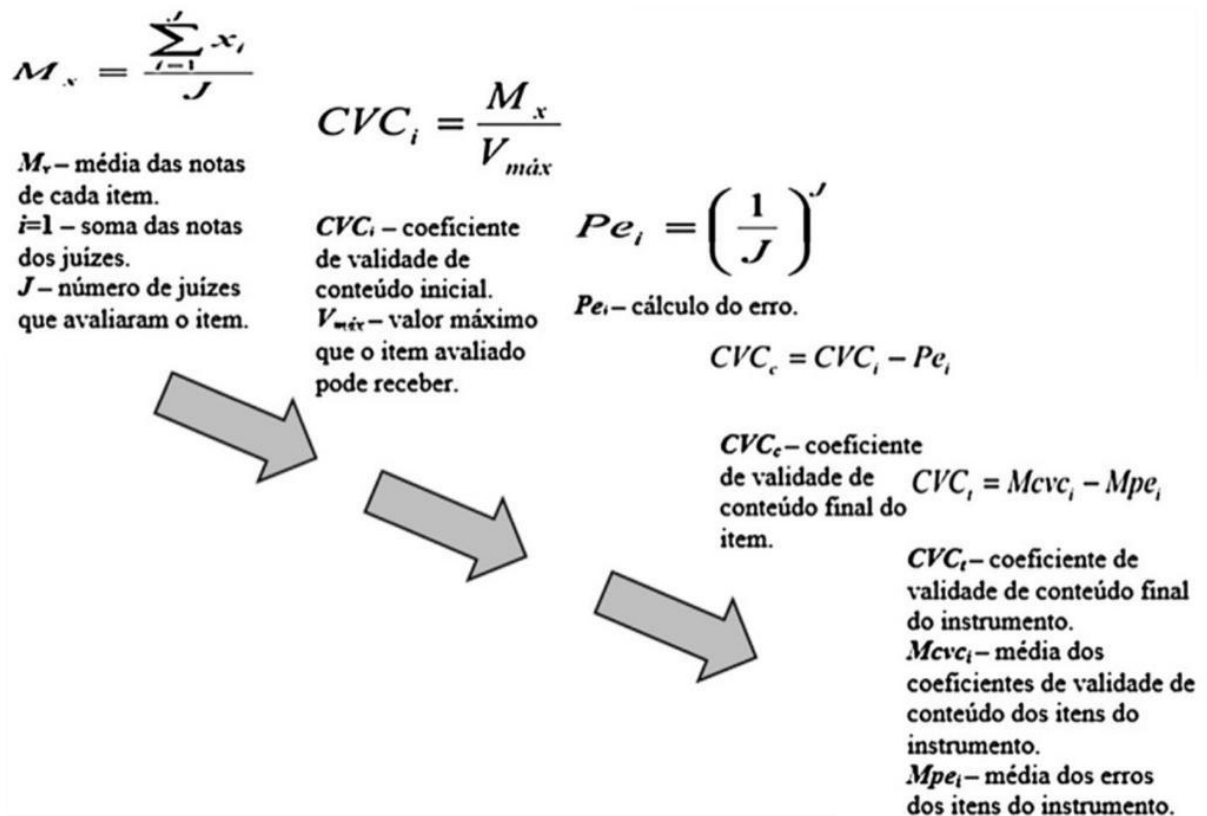
Adota-se como níveis satisfatórios de forma geral, uma concordância mínima de 0,80 e, preferencialmente, superior a 0,90 (GRANT, 1997; BERK, 1990).

O segundo estágio abrange a avaliação de cada item individualmente. Essa avaliação foi realizada com relação ao formato, ao título, às instruções, aos domínios, aos escores dos domínios (ou do instrumento) e à análise (interpretação) dos escores, considerando a clareza e/ou pertinência de cada aspecto a ser avaliado. Adotou-se a escala de medida do tipo *Likert* que, conforme destacam Silva Junior e Costa (2014), tem por objetivo analisar o grau de concordância entre participantes de uma pesquisa frente a um construto ou conjunto de afirmações relacionadas a um objeto.

Para efetivação da avaliação, foi solicitado que cada juiz digite a resposta no campo (Resposta __) que compunham a escala *Likert*. Enumeradas de 1 a 4, elas apresentam a seguinte organização: para avaliação da **CLAREZA** (1= não claro; 2= pouco claro; 3=bastante claro; 4= muito claro); para avaliação da **REPRESENTATIVIDADE ou PERTINÊNCIA** (1= não representativo; 2= necessita de grande revisão para ser representativo; 3= necessita de pouca revisão para ser representativo; 4= representativo).

Verificou-se a clareza na redação do instrumento, ou seja, se os itens estão redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e que se expresse adequadamente o que se espera medir (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). A pertinência ou representatividade foram analisadas também, assim, os juízes devem notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se estes são relevantes e se são e/ou estão adequados para atingir os objetivos propostos (GRANT; DAVIS, 1997). Após essa avaliação, houve o cálculo de Validade de Conteúdo – CVC por item e geral conforme Hernandez Nieto (2001) através da fórmula:

Figura 3 - Cálculo de Validade de Conteúdo - CVC



Fonte: CORTELA, Caio Corrêa et al. Validação da Escala de Contextos de Aprendizagem para Treinadores Esportivos-Versão Tênis. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 42, 2020.

Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados. Para os níveis satisfatórios para clareza de linguagem e pertinência foi adotado um CVCc maior ou igual a 0,70 para cada um dos itens e de CVCt maior ou igual 0,70 para o instrumento no geral (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

3.4.5 Análise dos resultados da avaliação dos juízes

Os dados coletados nas fases de validação da MAV foram tabulados no programa *Microsoft Excel* versão 15.0 (Office 2013) e utilizado medidas da estatística descritiva para análise e interpretação da Taxa de Concordância (TC) e Cálculo da Validade de Conteúdo (CVC). Dancey e Reidy (2006), afirmam que a estatística descritiva é utilizada para descrever, organizar e sintetizar um conjunto de dados numéricos. Dessa forma, com a interferência dos cálculos, consolidamos os dados obtidos nas rodadas da técnica *Delphi*.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Como já foi dito anteriormente, esta proposta é um projeto integrado que se articula a outro projeto maior, denominado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, financiado pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, aprovada pelo Comitê de Ética através do parecer n. 4.347.463, CAAE: 38912820.3.1001.0121, sob coordenação da Prof.^a Dr.^a Alacoque Lorenzini Erdmann e vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão e da Educação em Enfermagem e Saúde – GEPADES da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Este estudo atendeu às exigências éticas e científicas contidas na Resolução nº 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, seja direta ou indiretamente, respeitando os princípios éticos emanados nas Resoluções 466/10, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora após prévio esclarecimento aos participantes da pesquisa, apresentando-lhes a relevância, os objetivos e contribuições, bem como os riscos e benefícios. A participação na pesquisa está condicionada ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos/as os/as participantes (Apêndice G).

Os riscos seriam a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012 e a alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento dos participantes em expor suas opiniões sobre a temática) observados durante a pesquisa, bem como a interferência na rotina deste. Esses riscos foram minimizados a partir do cuidado pelo empenho da pesquisadora no processo de condução da pesquisa, tendo em vista a fidelidade na coleta e a interpretação dos dados e respeito à autonomia dos/das entrevistados/as, com garantias acerca do sigilo de sua identidade e das informações que possam servir para identificá-lo/a ou que possam gerar prejuízos pessoais e/ou organizacionais.

A pesquisa poderá proporcionar benefícios individuais aos entrevistados, ao oportunizar reflexões sobre a temática estudada, contribuindo também coletivamente para a produção de conhecimentos voltados para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde no campo hospitalar na pandemia da COVID-19, além de dar subsídios para a reflexão e para a tomada de decisão aos gestores de saúde do hospital, fazendo com que medidas específicas e seguras sejam adotadas no gerenciamento do cuidado dos pacientes em situação da pandemia.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para melhoria do cuidado em saúde no SUS, especificamente no que concerne ao combate à COVID-19. Além disso, ela pode contribuir para a diminuição da lacuna de estudos sobre instrumentos de gestão em saúde,

especificamente os planos de contingência, contribuindo, assim, para a ampliação do senso crítico entre profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores e gestores acerca da qualidade do cuidado em pandemias e possíveis estratégias para o desenvolvimento de práticas de enfrentamento mais eficientes e eficazes.

A pesquisadora se comprometeu a utilizar o conhecimento obtido para elaboração desta dissertação de mestrado, futuramente para a publicação de artigos em periódicos das áreas de Saúde e Gestão em Saúde, o que possibilitará desdobramentos que extrapolam o objetivo inicial da pesquisa devido às articulações institucionais tanto entre a UFBA, UEFS e a UFSC, quanto entre as instituições hospitalares universitárias participantes deste subprojeto e do projeto maior.

Informo também os apoios técnicos necessários para execução desta pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) vinculado ao programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UFBA; Grupo de estudos e pesquisas em Gestão, Avaliação e História em Enfermagem – GAHE da UEFS e do Núcleo de estudos em Gestão e da Educação em Enfermagem e Saúde – GEPADES vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC que se integra ao projeto maior do qual esta pesquisa está vinculada. Dispondo de infraestruturas e, se constituem em espaços de saber com equipamentos de informática, equipe administrativa e alunos de graduação, mestrado e doutorado que poderão colaborar.

Visando a translação do conhecimento informo que o produto dessa pesquisa será registrado na biblioteca nacional.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados tomando como base as etapas da pesquisa.

4.1 RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA DA TÉCNICA *DELPHI*

Apresenta-se aqui a TC e os CVC obtidos a partir da tabulação das frequências relativas calculadas a partir das respostas do painel de especialista da primeira rodada, que correspondem as nove subdimensões e seus indicadores.

Considerando a média obtida em todos os itens avaliados nessa primeira rodada, a TC global foi de 96,68%, CVC total para clareza de 0,86 e o CVC total da representatividade de 0,97 conforme exposição do **Quadro 2 e 3**. Na primeira fase de avaliação os domínios estão adequados, por terem alcançado o consenso desejado na literatura de um resultado maior ou igual a 80% de concordância global, a menor TC individual foram nas subdimensões G e H com 88% sendo, portanto revistos, os demais alcançaram uma concordância maior ou igual a 96% entre os *experts*. Os itens foram considerados claros e representativos atingindo CVCc totais satisfatórios de acordo com a literatura por serem maiores ou iguais a 0,70, apenas os itens de forma individual relacionados à clareza nos indicadores A3, E19, F20 e ao *layout* do instrumento com 0,68; 0,75; 0,72; 0,7 e 0,75 respectivamente não foram satisfatórios necessitando de revisões.

Já na primeira rodada todos os itens tiveram a concordância desejada, porém a partir da análise dos enunciados deixados pelos participantes todas as dimensões passaram por adequações na MAV. Logo, a matriz foi readequada e os itens da avaliação dos indicadores foram submetidos a uma nova consulta, com isso objetivamos oportunizar a cada participante a reflexão acerca da sua avaliação, feita nesse primeiro momento, podendo manter ou não a sua opinião diante dos ajustes feitos, além disso, buscamos aumentar a TC e o CVC de alguns indicadores.

Na subdimensão **A: Níveis de acionamento do plano**, os indicadores A1 e A3 receberam ajustes na linguagem; o indicador A2 foi removido. Por sua vez, a subdimensão **B: Estratégias de notificação**, passou por adequações em três indicadores, B4 e B7 teve inclusão ortográfica e B6 foi removido. Em seguida na **C: Suporte laboratorial** houve ajustes linguísticos no indicador C9. Já os C10 e C11 foram removidos. Na **D: Medida de controle de infecção** teve ajustes no parâmetro, na premissa e na pergunta avaliativa do seu único indicador. Já na **E: Assistência** optou-se por remover o E17. E os indicadores E18 e

E19 sofreram adequações de linguagem. Na sequência a **F: Assistência farmacêutica** teve o indicador F20 removido. A subdimensão **G: Vigilância sanitária** teve mudanças na sua formulação de definição operacional. Na penúltima subdimensão **H: Comunicação** apenas o H26 teve reformulação da pergunta avaliativa. A subdimensão **I: Gestão** houve apenas remoção dos indicadores I28, I30, I31, I33. Em relação à clareza do *layout* da matriz no título houve inclusão de palavras, no formato foi removida a coluna fonte e as variáveis da escala likert um item foi retirado e os outros foram ajustados na linguagem.

Quadro 2 – Consolidação das TC's na primeira rodada da técnica *Delphi*. Salvador – Bahia. 2022.

Subdimensão	Taxa de concordância
A- Níveis de acionamento do plano	100%
B- Vigilância	100%
C- Suporte laboratorial	100%
D- Medidas de controle de infecção	100%
E- Assistência	96%
F- Assistência farmacêutica	100%
G- Vigilância sanitária	88%
H- Comunicação de risco	88%
I- Gestão	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 3 – Consolidação dos CVC's primeira rodada da técnica *Delphi*. Salvador – Bahia. 2022

Itens	CVC clareza	CVC representa tividade
A1: Existência de níveis de acionamento do plano de contingência	0,88	0,97
A2: Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência	0,8	0,97
A3: Existência de estrutura COE em relação a cada níveis de acionamento	0,68	0,95
B4: Existência de estratégias de notificação	0,92	0,97
B5: Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19	0,9	0,92
B6: Existência de estratégias de comunicação com autoridades de saúde	0,9	1
B7: Existência de divulgação para boletim epidemiológico	0,85	1
B8: Existência de capacitação de recursos humanos para investigação dos casos	0,9	0,98
C9: Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos	0,88	1
C10: Existência de fluxo de laboratório para envio de amostras	0,88	1
C11: Existência de protocolos de diagnostico para covid-19	0,92	0,98
C12: Estratégia de monitoramento dos resultados de diagnostico laboratorial	0,93	1
C13: Existência de fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência	0,88	0,98
D14: Existência de orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados	0,87	0,98
E15: Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade.	0,87	0,98
E16: Existência de previsão para abertura de novos leitos	0,83	1
E17: Existência de estimativa para compra de medicamentos e insumos médicos hospitalares	0,88	1
E18: Existência de manejo clínico para casos suspeitos, prevenção e controle da COVID-19	0,87	0,97
E19: Existência de capacitação dos trabalhadores sobre o fluxo dos pacientes suspeitos	0,75	1
F20: Estimativa de comunicação direta entre os gestores pra atendimento de demandas de medicamentos e insumos estratégicos	0,72	1
F21: Existência de estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos	0,92	1
F22: Existência de estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos?	0,88	0,97
G23: Existência de estratégias de divulgação do plano de contingência acordado	0,87	0,93
G24: Existência de definição e divulgação dos equipamentos de proteção individual necessários para atendimento de casos suspeitos ou confirmados	0,9	0,93
H25: Existência de plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da covid-19	0,87	1
H26: Existência de responsável, por porta-voz pela interlocução com os veículos de comunicação	0,9	0,97
I27: Existência de centro de operações de emergência para a covid-19	0,92	0,98
I28: Existência de articulação com autoridades de saúde	0,93	0,93
I29: Existência de ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle da covid-19	0,95	1
I30: Estratégias de acompanhamento da execução do plano de contingência	0,92	0,98
I31: Estratégias de apoio à divulgação de materiais desenvolvidos pela área técnica	0,93	1
I32: Estratégias para captar recursos para enfrentamento da covid 19	0,83	1
I33: Existência de mapeamento de laboratórios com capacidade de produção para teste rápido e vacinas para prevenção e controle da covid-19	0,92	0,97
34: Título	0,85	
35: Formato	0,7	
36: Variáveis	0,75	
CVCt (clareza) = 0,86		CVC GERAL (Representatividade) = 0,97

Fonte: Dados da pesquisa.

4.2 RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA DELPHI

Dessa maneira a MAV foi requalificada e submetida a uma nova consulta do painel de especialistas. Segue-se com a apresentação dos resultados da segunda rodada de aplicação da técnica *Delphi*, que compreendeu a reavaliação dos *experts* sobre todos os itens da MAV readequados previamente com os resultados da primeira rodada. Os **Quadros 4 e 5** trazem as TC e os CVC correspondentes a cada indicador avaliado nas nove subdimensões.

Quadro 4 – Consolidação das TC segunda rodada da técnica *Delphi*. Salvador – Bahia. 2022.

Subdimensão	Taxa de concordância
A- Níveis de acionamento do plano	100%
B- Vigilância	100%
C- Suporte laboratorial	100%
D- Medidas de controle de infecção	100%
E- Assitência	100%
F- Assitência farmacêutica	100%
G- Vigilância sanitária	90%
H- Comunicação de risco	100%
I- Gestão	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 5 – Consolidação dos CVC's segunda rodada da técnica *Delphi*. Salvador – Bahia. 2022.

Itens	CVCc clareza	CVCc representa tividade
A1: Existência de níveis de respostas: Alerta, Perigo iminente e Emergência em Saúde Pública no plano de contingência	0,9	1
A3: Existência de medidas do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para cada nível de resposta ativado.	0,87	0,95
B4: Existência de estratégias de notificação de casos e óbitos suspeitos e confirmados	0,96	1
B5: Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19	0,96	1
B7: Existência de elaboração e divulgação de dados para boletim epidemiológico	1	1
B8: Existência de capacitação de recursos humanos para investigação e encaminhamento dos casos suspeitos de infecção por covid-19	1	0,94
C9: Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos	0,94	1
C12: Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos	1	1
C13: Existência de fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência	0,96	1
D14: Existência de orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados conforme orientações da Anvisa	0,94	1
E15: Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade.	0,98	1
E16: Existência de recurso de pessoal conforme dimensionamento previsto para atendimento dos casos por covid-19.	1	1
E18: Existência de estímulo para execução de seus protocolos, fluxos e rotinas para os casos suspeitos da COVID-19	0,94	1
E19: Existência de capacitação em serviço para atualização do cenário global e nacional da infecção pela covid-19	0,94	1
F21: Existência de estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos	1	0,95
F22: Existência de estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo MS no âmbito da assistência farmacêutica	1	1
G23: Existência de estratégias de divulgação do plano de contingência acordado	1	1
G24: Existência de protocolos que orientem uso de equipamentos de proteção individual aos profissionais, pacientes e acompanhantes	1	1
H25: Existência de plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da covid-19 junto a rede de serviços de saúde e população	0,96	1
H26: Existência de um responsável designado pela instituição para interlocução com os veículos de comunicação	0,98	0,98
I27: Existência de centro de operações de emergência para a covid-19	1	1
I29: Existência de ações educativas em saúde referente à promoção, prevenção e controle da covid-19	1	1
I32: Estratégias para captar recursos para enfrentamento da covid 19	0,94	1
34:Título	0,9	
35: Formato	0,85	
36: Variáveis	0,9	

CVCt (Clareza)- 0,99 CVCt (Representatividade)- 0,99

Fonte: Dados da pesquisa.

A média geral das TC de todos os indicadores, das nove subdimensões, analisadas na MAV nessa segunda rodada foi de 100%, tendo em vista que todos os itens alcançaram o máximo do consenso entre as opiniões dos *experts*. Por sua vez, o CVC total aferido para clareza e representatividade foram de 0,99, apenas o indicador A3 tiveram 0,87. No entanto esse resultado evidencia que este item aumentou o seu CVC em relação à primeira rodada, os demais alcançaram a pontuação maior ou igual a 0,9. Em relação aos itens relacionados ao título, formato e variáveis também obtiveram aumento no seu CVC da primeira rodada.

Os resultados da aplicação das duas rodadas da técnica *Delphi* permitiu a validação dos indicadores construídos na primeira etapa da pesquisa. Inicialmente foram calculadas as frequências das respostas dos participantes deixadas nas duas escalas *Likert* que compuseram

a MAV, com o propósito de aferir o índice de concordância/pertinência e clareza de cada indicador a partir da opinião dos *experts* em relação à avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19.

Por fim vale salientar, que a avaliação do *expert* da área da linguística já foi incluída na validação, este *expert* além dos critérios de clareza e pertinência, se propôs a avaliar aspectos semântico, idiomático, experimental e conceitual, definidos por Alexandre e Colluci (2009) como: aspectos semânticos: são relativos ao significado das palavras (vocabulário, gramática); aspectos idiomáticos: referem-se às expressões idiomáticas e coloquiais; aspectos experimentais: abordam situações coerentes com o contexto cultural e aspectos conceituais: se referem ao conceito explorado.

Por conseguinte, o **Quadro 6** apresenta a MAV final, resultado de todo processo de validação, incluindo todos os indicadores implicados na avaliação dos planos de contingência da COVID-19.

Por consequência, apresentamos como produção técnica dessa pesquisa a Matriz Avaliativa final com indicadores validados haja vista à avaliação dos planos de contingência de enfrentamento da COVID -19.

Quadro 6- Matriz de Avaliativa Final, após rodadas da técnica *Delphi*. Salvador – Bahia. 2022.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTA AVALIATIVA	INDICADOR	PARÂMETRO	VARIÁVEL	VALORES
ESTRUTURA	A) SUBDIMENSÃO: NÍVEIS DE ACIONAMENTO DO PLANO	Existem níveis de respostas: Alerta, Perigo iminente e Emergência em Saúde Pública no plano de contingência?	A1: Existência de níveis de respostas: Alerta, Perigo iminente e Emergência em Saúde Pública no plano de contingência.	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1 DC (discordo)=2 CO (concordo)=3 CP (concordo plenamente)=4	2 a 8
		Existem medidas do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para cada nível de resposta ativado?	A2: Existência de medidas do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para cada nível de resposta ativado.			

	B) SUBDIMENSÃO: VIGILÂNCIA	Existem estratégias de notificação de casos e óbitos suspeitos e confirmados ?	B3: Existência de estratégias de notificação de casos e óbitos suspeitos e confirmados	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1	4 a 16
		Existem estratégias de monitoramento de casos de COVID-19?	B4: Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19		DC (discordo)=2	
		Existe elaboração e divulgação de dados para boletim epidemiológico ?	B5: Existência de elaboração e divulgação de dados para boletim epidemiológico		CO (concordo)=3	
	C) SUBDIMENSÃO: SUPORTE LABORATORIAL	Existe capacitação de recursos humanos para investigação e encaminhamento dos casos suspeitos de infecção por COVID-19?	B6: Existência de capacitação de recursos humanos para investigação e encaminhamento dos casos suspeitos de infecção por COVID-19	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	CP (concordo plenamente)=4	3 a 12
		Existem fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos?	C7: Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos		DP (discordo plenamente)=1	
		Existe estratégia de monitoramento dos resultados de diagnóstico laboratorial?	C8: Existência de estratégia de monitoramento dos resultados de diagnóstico laboratorial		DC (discordo)=2	
		Existe fluxo de transporte das amostras laboratório de referência?	C9: Existência de fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência		CO (concordo)=3	
					CP (concordo plenamente)=4	

	D) SUBDIMENSÃO: MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO	Existe orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados conforme orientações da ANVISA?	D10: Existência de orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados conforme orientações da ANVISA	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1 DC (discordo)=2 CO (concordo)=3 CP (concordo plenamente)=4	1 a 4
	E) SUBDIMENSÃO: ASSISTÊNCIA	<p>Existe rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade?</p> <p>Existe recurso de pessoal conforme dimensionamento previsto para atendimento dos casos por COVID-19?</p> <p>Existe estímulo para execução de seus protocolos, fluxos e rotinas para os casos suspeitos da COVID-19?</p> <p>Existe capacitação em serviço para atualização do cenário global e nacional da infecção pela COVID-19?</p>	<p>E11: Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade.</p> <p>E12: Existência de recurso de pessoal conforme dimensionamento previsto para atendimento dos casos por COVID-19.</p> <p>E13: Existência de estímulo para execução de seus protocolos, fluxos e rotinas para os casos suspeitos da COVID-19.</p> <p>E14: Existência de capacitação em serviço para atualização do cenário global e nacional da infecção pela COVID-19</p>	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1 DC (discordo)=2 CO (concordo)=3 CP (concordo plenamente)=4	4 a 16
	F) SUBDIMENSÃO: ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	Existem estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos?	F15: Existência de estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos.	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1 DC	2 a 8

	Existem estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo MS no âmbito da assistência farmacêutica?	F16: Existência de estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo MS no âmbito da assistência farmacêutica		(discordo)=2 CO (concordo)=3 CP (concordo plenamente)=4	
G) SUBDIMENSÃO: VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Existem estratégias de divulgação do plano de contingência acordado?	G17: Existência de estratégias de divulgação do plano de contingência acordado	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1 DC (discordo)=2 CO (concordo)=3 CP (concordo plenamente)=4	2 a 8
	Existem protocolos que orientem uso de equipamentos de proteção individual aos profissionais, pacientes e acompanhantes?	G18: Existência de protocolos que orientem uso de equipamentos de proteção individual aos profissionais, pacientes e acompanhantes.			
H) SUBDIMENSÃO: COMUNICAÇÃO DE RISCO	Existe plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da COVID-19 junto à rede de serviços de saúde e população?	H19: Existência de plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da COVID-19 junto à rede de serviços de saúde e população.	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	DP (discordo plenamente)=1 DC (discordo)=2 CO (concordo)=3 CP (concordo plenamente)=4	2 a 8
	Existe um responsável designado pela instituição para interlocução com os veículos de comunicação?	H20: Existência de um responsável designado pela instituição para interlocução com os veículos de comunicação.			

	I) SUBDIMENSÃO: GESTÃO	<p>Existe centro de operações de emergência para a COVID-19?</p> <p>Existem ações educativas em saúde referente à promoção, prevenção e controle da COVID-19?</p> <p>Existem estratégias para captar recursos para enfrentamento da COVID-19?</p>	<p>I21: Existência de centro de operações de emergência para a COVID-19</p> <p>I22: Existência de ações educativas em saúde referente à promoção, prevenção e controle da COVID-19.</p> <p>I23: Existência de estratégias para captar recursos para enfrentamento da COVID-19</p>	Modelo de Planos de Contingência Nacional para COVID 19	<p>DP (discordo plenamente)=1</p> <p>DC (discordo)=2</p> <p>CO (concordo)=3</p> <p>CP (concordo plenamente)=4</p>	3 a 12
--	------------------------	---	--	---	---	--------

Fonte: BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2020b.

5 DISCUSSÃO

Os estabelecimentos de saúde, em particular os hospitais, defrontam-se, desde que o novo coronavírus avançou rapidamente pelo mundo, com o desafio e a responsabilidade pública de se estruturar na prestação de serviços de saúde. Para isso, precisou qualificar a sua força de trabalho, com foco na necessidade e urgência da situação, sem perder de vista a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Assim, através da elaboração de planos de contingência, foram implementados protocolos definidos para atender à demanda, ainda desconhecida, e discutir não mais o que fazer, mas, sim, como fazer e como implementar práticas de mitigação no contexto pandêmico sem dispor da total expertise na temática.

Diante desse cenário tão desafiador, o Ministério da Saúde elaborou, dentre os planos necessários para enfrentamento da pandemia, o plano de contingência nacional, “composto por três níveis de resposta: Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública. E cada nível é acionado conforme o risco da COVID-19 atingir o Brasil e seu impacto à saúde pública” (Silva *et al.*, 2019), para que o avanço da infecção pelo novo coronavírus fosse contido e se garantisse a segurança da população, aumentando também a capacidade assistencial do sistema de saúde devido ao aumento na demanda por atendimento causado pela pandemia (Pinheiro *et al.*, 2016).

Nessa direção, para Merry (2005), o trabalho em saúde demanda a utilização de tecnologias, classificando-as como tecnologias leves, as que atuam no campo das relações; leve-duras, as que são as dos saberes estruturados tais como as teorias e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e duras, as dos recursos materiais. Empregando essa referência no campo da gestão de risco, os planos de contingência se classificam como uma tecnologia leve-dura devido à utilização deles como ferramenta de registros/documentação para avaliação das ações realizadas a partir do cumprimento e da revisão das ações de mitigação neles existentes.

Como a tomada de decisão clínica deve se basear nas melhores práticas e políticas, é necessário que a equipe tenha conhecimento sobre os planos de contingência adotados. Shields; Overstreet; Krau (2015) acreditam que, para se promover ou potencializar a conscientização dos profissionais envolvidos nesses processos, é necessário deixá-los cientes dos protocolos/normas/rotinas. Logo, pensar e desenvolver treinamentos que orientem sobre as demandas de cada equipe é imprescindível.

Sendo assim, é necessário que haja protocolos e ferramentas de avaliação específicos e

que, sobretudo, haja adesão dos profissionais. Nesse sentido, a Matriz Avaliativa com indicadores, validados neste estudo, incorpora uma das três dimensões clássicas de avaliação da qualidade em saúde descritas por Donabedian (1985). Esta diz respeito à estrutura, ou seja, às condições com as quais se constrói e se condiciona o universo de práticas a serem avaliadas. Ela se complementa com outras duas dimensões, processo e resultado, para obter a melhor assistência prestada.

Para tanto, nesta pesquisa, foram também considerados padrões e diretrizes atuais do plano de contingência nacional do Ministério da Saúde na construção de cada subdimensão e de indicadores, abordando particularmente questões de gerenciamento, de preparação, de execução — com considerações contínuas de monitoramento — e de avaliação.

Diante disso, Nassar *et al.* (2020) reflete que um cenário de pandemia como a do coronavírus se configura como um caminho incerto, exigindo a avaliação periódica a fim de se lançar mão dos dados apontados pelas descobertas científicas mais recentes. Avaliar o contexto interno é uma etapa fundamental no sistema de gestão de riscos para determinar ações direcionadas. Porém, para se alcançar um bom desempenho, essa ação requer essencialmente uma preparação cuidadosa.

Esses experts consideraram que os indicadores têm a pertinência e a clareza necessárias para serem utilizados nas instituições de saúde. Sendo, portanto, capazes de avaliar os planos de contingência e podendo contribuir com o planejamento de risco, com a identificação de avanços ou fragilidades e inconsistências dessa ação.

Além disso, poderão subsidiar a formulação de protocolos assistenciais para a gestão hospitalar, impulsionando a elaboração de práticas de gestão de risco com ênfase na efetividade, na eficiência e na otimização de procedimentos e de serviços e seguindo o padrão das pesquisas de avaliação.

Dessa maneira, entende-se que os riscos relacionados a um cenário pandêmico podem ser potencialmente reduzidos pela implementação dessas tecnologias em práticas baseadas em valores e em evidências, favorecendo assim a efetividade dos cuidados prestados e o gerenciamento deles de modo seguro.

Com isso, ressalta-se o impacto positivo da contribuição deste estudo na melhoria da capacidade de reação gerencial à pandemia COVID 19, na qualidade da assistência à saúde e na segurança de usuários tanto em suspeita quanto já diagnosticados com a COVID19. Pois ele apresenta estratégias que devem, portanto, ser consideradas na jornada rumo à melhoria contínua, à organização e à otimização das atividades de enfrentamento à pandemia atual e a futuras pandemias ou a outras situações de crise que possam afetar o setor de saúde.

Tendo em vista que, segundo Nassar *et al.* 2020, há uma escassez de recursos materiais de pessoal e uma ausência de preparação para situações de risco, conforme apontam os processos gerenciais centrais e de instituições de saúde como os hospitais universitários brasileiros, essa matriz avaliativa irá contribuir de forma mais sustentável para o SUS. Uma vez que, instrumentos com os critérios de validação servirão como fator orientador de decisão e para a elaboração de estratégias norteadoras, como os planos de contingência, para fomentar boas práticas de gestão em situações de calamidade.

Sendo assim, a temática aqui desenvolvida é de interesse para a área da enfermagem. Uma vez que, o desenvolvimento de uma matriz avaliativa traz contribuições para o desdobramento e sobremodo para construção política-acadêmica em ambiente hospitalar e com contribuições efetivas para uma assistência à saúde de qualidade práticas mais seguras em todas as etapas da prestação do cuidado (planejamento, execução e avaliação).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo construir e validar uma Matriz Avaliativa para mensuração e avaliação dos planos de contingência no contexto hospitalar. No momento inicial de sua execução, considerou-se a escassez de estudos sobre a temática, contudo, a literatura investigada para construção do plano de indicadores para avaliação dos PC foi capaz de apontar pontos focais específicos que foram integrados e adaptados na ferramenta, gerando uma estrutura metodológica construída em duas etapas.

Dessa maneira, foi possível responder ao objetivo do estudo, ao passo que apresenta-se a MAV final, que contemplou as subdimensões: níveis de acionamento do plano, vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão. Apresentando, respectivamente, indicadores validados com expressiva TC, CVC com valores altos o suficiente.

Além disso, a pesquisa traz uma significativa contribuição para o estado da arte e para os serviços de saúde, a partir da construção do plano de indicadores, por meio de evidências científicas e de sua validação sob a ótica do conteúdo. Pesquisa essa realizada em duas rodadas de consultas por experts na temática e na qual foi utilizada a técnica *Delphi*.

Os achados confirmam que a execução dos PC podem ser potencialmente viabilizadas e claramente definidas nos serviços de saúde pela implementação de indicadores de qualidade aplicáveis. Assim, por meio da gestão de risco das intuições de saúde é possível antecipar problemas e criar condições estruturais efetivas e eficazes de modo a garantir a confiabilidade da aplicação de diretrizes, o registro e o monitoramento da ação.

Cabe, também, destacar a contribuição para o trabalho da equipe de enfermagem, compreendido como elemento chave para assistência em saúde, haja vista que seu produto possibilitará a reflexão crítica sobre e tomada de decisão nas diferentes etapas dos PC, possibilitando o aprimoramento de padrões técnicos e do trabalho em equipe com mais resultados favoráveis e processos mais seguros.

Como limitante do estudo, identificou-se a busca por contato de experts para participação da técnica *Delphi* e a adesão deles à pesquisa, pois foi grande a quantidade de contatos sem respostas e de desistências. Além disso, este é o início de um processo que deve englobar também outras medidas para avaliar outros tipos de validade e a confiabilidade, portanto, há a necessidade de continuidade do estudo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. et al. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401055&script=sci_arttext&tlng=e m. Acesso em: 15 abr. 2021.

ALBUQUERQUE, N. L. S. de. Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: comparação entre recomendações da organização mundial da saúde e o plano de contingência nacional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72659/pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. Acesso em: 15 abr. 2021.

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 816-816, 2012.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext. Acesso em; 15 abr. 2021.

ARREAZA, A.L.V; MORAES, J.C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2627-2638, 2010.

BASTOS, L. Soares et al. COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000406001. Acesso em: 19 nov. 2020.

BERK RA. Importance of expert judgment in content-related validity evidence. **West J Nurs Res** 1990; 12(5):659-671

BEZERRA, L. C. A. B.; CAZARIN, G.; ALVEZ, C. K. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em Saúde**: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 65-78.

BRASIL. ANVISA. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2011.

BRASIL. **Elaboração de Plano de Contingência**. Brasília/DF: Ministério da integração nacional, 2017. Disponível em:

<https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosDefesaCivil/ArquivosPDF/publicacoes/II---Plano-de-Contingencia---Livro-Base.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. **Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Brasil: Presidência da República, 2020a.

BRASIL. **Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção – PNPDEC, dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres. Brasil: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12608.htm. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CNS. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e em outras áreas que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, 2018. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. ESTUDOS AVANÇADOS 34 (99), 2020. doi: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.013

CASSEPP-BORGES, Vicente; BALBINOTTI, Marcus AA; TEODORO, Maycoln LM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**, p. 506-520, 2010.

CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli; RODRIGUES, Liliane Passarelli. A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 76-83, 1996.

CASTRO, Amparito V.; REZENDE, Magda. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009.

CELEPAR. Guia para Elaboração de Plano de Contingência Metodologia CELEPAR. 2009. **Metodologia de desenvolvimento CELEPAR**. Disponível em: <http://docplayer.com.br/18466659-Guia-para-elaboracao-de-plano-de-contingencia-metodologia-celepar.html>. Acesso em: 29 out. 2020.

CHANLAT, J. F. **As Ciências**. Management: reconciliando o econômico e o social. São Paulo: Atlas, 1999.

COLUCI, M. Z. O; ALEXANDRE, N. M. C; MILANI, C. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 925-936, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300925&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2020

CONASS; CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2021.

CORTELA, Caio Corrêa et al. Validação da Escala de Contextos de Aprendizagem para Treinadores Esportivos-Versão Tênis. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 42, 2020.

DANCEY, REIDY. **Estatística sem matemática para psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONABEDIAN, H. Quorum sensing e sua relevância para doenças infecciosas. **Jornal da infecção**, v. 46, n. 4, pág. 207-214, 2003.

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

DRUCKER, P. F. **Managing for Results**. New York: Harper & Row, 1964.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Sobre os Hospitais Universitários Federais**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/hospitais-universitarios-federais/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>. Acesso em: 15 ago. 2020.

FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Atlas, 1968.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da Metodologia Delphi pela internet – vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, v.2, n.2, Jun. 2001. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm. Acesso em: 01 jun. 2021.

GLERIANO, J. S. et al. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação do não enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. SPE, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24nspe/1414-8145-ean-24-spe-e20200188.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

GOMES, A. L.; TORRES, A. **SUS na pandemia: planejamento para assegurar proteção**. São Paulo: Vira e Mexe Desenvolvimento de Equipes, 2020. Disponível em: https://maissuas.files.wordpress.com/2020/04/suas-na-pandemia_planejar-para-proteger.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Seleção e uso de especialistas em conteúdo para desenvolvimento de instrumentos. **Pesquisa em enfermagem e saúde**, v. 20, n. 3, p. 269-274, 1997.

HAYNES, S. N.; Richard, D. C. S; Kubany, E. S. Validade do conteúdo na avaliação psicológica: Uma abordagem funcional de conceitos e métodos. **Avaliação Psicológica**, 7 (3), 238-247, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238>. Acesso em: 12 fev. 2021.

JESUS, E.; KRÜGER, T. R.; NEGRI, F. L. Planos de contingência em razão da pandemia de covid-19: subsídios para elaboração. **NEPTQSAL – Núcleo de Estudos e Pesquisa: Trabalho, Questão Social e América Latina**. 2020. Disponível em: https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/textoplanosdecontingec82ncia_dssufsc1.pdf. Acesso em: 29 out. 2020.

KEENEY, S.; HASSON, F.; McKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53, n. 2, p. 205–212. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422719/>. Acesso em: 22 ago. 2020.

KUPFERSCHMIDT, K.; COHEN, J. A estratégia COVID-19 da China pode funcionar em outro lugar? **Ciência**. v. 367, n. 648, p. 1061 – 1062, 2020.

LAKE, M. A. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. **Clin Med**. Londres, v. 20, n.2, p. 124-127, 2020. Disponível em: <https://www.rcpjournals.org/content/clinmedicine/20/2/124>. Acesso em: 18 out. 2020.

LIMA, D. V. M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Braz. J. nurs**, v. 10, n.2. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S14148145201400040058600010&lng=en. Acesso em: 15 jan. 2020.

LIMA, N. T.; BUSS, P. M.; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000700503&script=sci_arttext. Acesso em: 15 abr. 2021.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res** 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MARQUES, R. M. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 49, 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/950/442>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MEDEIROS, E. A. S. Desafios para enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. **Rev Paul Pediatr**. 2020. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rpp/v38/pt_1984-0462-rpp-38-e2020086.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

MELLO, G. A.; DEMARZO, M.; VIANA, A. L. D. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000401139. Acesso em: 15 abr. 2021.

MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.84, n.33, p. 83-91, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a09v33s1>. Acesso em: 21 out. 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 14 ed., São Paulo: HUCITEC, 2014.

MIRANDA, C. R. et. al. Desafios da gestão de hospitais públicos brasileiros no cenário da pandemia COVID-19. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 46, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/30492/20666>. Acesso em: 05 jul. 2020.

MORALES, Juan; GRECO, Pablo; ANDRADE, Ricardo. Validade de conteúdo do instrumento para avaliação do conhecimento tático processual no basquetebol. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 12, n. 1, 2012.

MOROSINI, M. V. G. C. Precariedade no mercado de trabalho: particularidades do setor saúde brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 5-7, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400005. Acesso em: 14 abr. 2021.

NASSAR, P., MORAES, É., SOUZA, D., BRAGA, A., CHRISTOVAM, B., & NETO, M. (2020). 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 Enfermagem UERJ**, 28, e55415. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.55415>

NIQUINI, R. P. et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n.7, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000705013&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 20 nov. 2020.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000500018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 jan. 2021.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* A viabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, out. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001002999&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 abr. 2021.

OMS: perguntas e respostas sobre o coronavírus. **ONU News**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/01/1702002>. Acesso em: 20 mai. 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa: COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus). [citado em 2020 maio 27]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php>

PADUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 2 ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 maio. 2021.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.

PINOCHET, Luis Hernan Contreras. Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. **Mundo saúde**, v. 35, n. 4, p. 382-94, 2011.

PINHEIRO JMF, MENÊZES TB, BRITO KMF, MELO ANL, QUEIROZ DJM, SUREIRA TM. Prevalence and factors associated with the prescription/request for infant formula. **Rev. Nutr.** [Internet], 2016 [cited 2020 Feb 15]; 29 (3):367-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000300007>.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. In: **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 1995. p. 391-391.

POLIT, D. F, BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

POLLOCK, A. M.; CLEMENTS, L.; HARDING-EDGAR, L. **Covid-19**: por que precisamos de um serviço nacional de saúde e assistência social. 2020.

POWELL, C. The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**, v.41, n. 4, p: 376–382 377, 2003. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>. Acesso em: 10 abr. 2021.

QUINN, Dennis P. Liberalização da conta de capital e globalização financeira, 1890–1999: uma visão sinótica. **International Journal of Finance & Economics**, v. 8, n. 3, pág. 189-204, 2003.

RODRIGUES, A. K. S. et al. Desafios da gestão de hospitais públicos brasileiros no cenário da pandemia COVID-19. **HU Revista**, v. 46, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/30492>. Acesso em: 15 abr. 2021.

RUBIO, D. M; BERG-EEGER, M; TEBB, S. S; LEE, S; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research, Washington**. v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/swr/article-abstract/27/2/94/1659075>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SALMOND, Susan S. Avaliando a confiabilidade e validade de instrumentos de medição. **Enfermagem Ortopédica**, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008.

SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SILVA JÚNIOR, S.D; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 15, p. 1-16, outubro, 2014. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/an_resumo.asp?cod_trabalho=1012>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SILVA OLO, REA MF, SARTI FM, SILVA MO. **Association between infant formula and pacifier supply in maternity and breastfeeding in the first six months of life**. DEMETRA [Internet], 2019 [cited 2020 Feb 15]; 1:e43555. DOI: <https://doi.org/10.12957/DEMETRA.2019.43555>.

SILVEIRA, N. P.; BASTIAS, A. P. **Desafios e oportunidades: o verdadeiro papel do líder**. Porto Alegre: SEBRAE/RS, 2003.

SHIELDS, J; OVERSTREET, M; KRAU, S, D. Nurse Knowledge of Intrahospital Transport. **Nurs Clinics of North America**, v. 50, n. 2, p. 293–314, 2015. Disponível em: < <https://scihub.tw/10.1016/j.cnur.2015.03.005>>. Acesso em 23 de março 2021:

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de administração pública**, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348>. Acesso em: 15 abr. 2021.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Uso de métodos qualitativos para aumentar a validade do conteúdo. **Pesquisa em enfermagem**, 1990.

TUROFF, M.; LINSTONE, H. A. **O método Delphi-técnicas e aplicações**. Rowe: Wright, 1999.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1239-1250, 2008. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600005. Acesso em: 15 abr. 2021.

WANG; H.; WANG, S.; YU, K. COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China. **Critical Care**. n. 24, mar. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13054-020-2832-8#citeas>. Acesso em: 28 out. 2020.

WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Pré-natal**. Psychosocial Profile. 2007.

WYND, C.A; SCHMIDT, B; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p.508-518, ago. 2003. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1177/0193945903252998>>. Acesso em: 28 out. 2020.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. **COVID-19 assintomático e pré-sintomático na China**. 2020.

ZHANG, C. et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 306, 2020.

ZANETTI, A. C. B *et al.* Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 41, e20190364,2020.

APÊNDICE A - Apresentação dos resultados da pesquisa. Feira de Santana, Ba, Brasil, 2021.

Título	Autores	Ano	Revista	Método	Principais achados
Planejamento operacional durante a pandemia de Covid-19: comparação entre recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Plano de Contingência Nacional	Albuquerque, Nila Larisse Silva de	2020	Cogit. Enferm. (On-line)	Comparar o conteúdo do Plano Nacional de Contingência brasileiro com as diretrizes da OMS	O documento brasileiro atende apenas parcialmente às recomendações do guia internacional, sendo as principais lacunas os pontos de entrada, prevenção.
Propostas da Sociedade Espanhola de Qualidade em Saúde (SECA) para a recuperação do Serviço Nacional de Saúde após a pandemia de COVID-19	Bartolomé Benito, E; Santiña Vila, M; Mediavilla Herrera, I; Mira Solves, JJ	2021	J Healthc Qual Res	Estudo qualitativo de busca de consenso com a participação de 49 representantes dos diferentes stakeholders	A SECA responde ao seu compromisso com a sociedade com recomendações para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do paciente na Era COVID-19. 60 propostas foram priorizadas e agrupadas em duas categorias de medidas: (1) para recuperar o Sistema de Saúde (equidade, acessibilidade, eficácia, eficiência, segurança, experiência do paciente e moral no trabalho) e (2) para lidar com possíveis surtos.
Ferramenta de apoio à decisão para alocação de recursos hospitalares durante a pandemia de COVID-19.	Brüggemann S; Chan T; Wardi G; Mandel J; Fontanesi J; Bitmead RR	2021	Informatics in Medicine unlocked	Descrevemos uma ferramenta de apoio à decisão baseada em simulação aberta e acessível pela web para um melhor uso dos recursos hospitalares finitos	Nossa ferramenta permite randomização cenários hipotéticos que são fundamentais para a experimentação e análise em tempo real dos efeitos a jusante das decisões atuais em recursos necessários, mas finitos, em horizontes de tempo auto-selecionados.
Índices Alternativos de Segurança	Chang CL; McAleer M	2020	Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública	Este artigo avalia uma importante fonte de	No geral, Resposta Rápida e Detecção e Relatórios têm os maiores impactos na pontuação do Índice GHS,

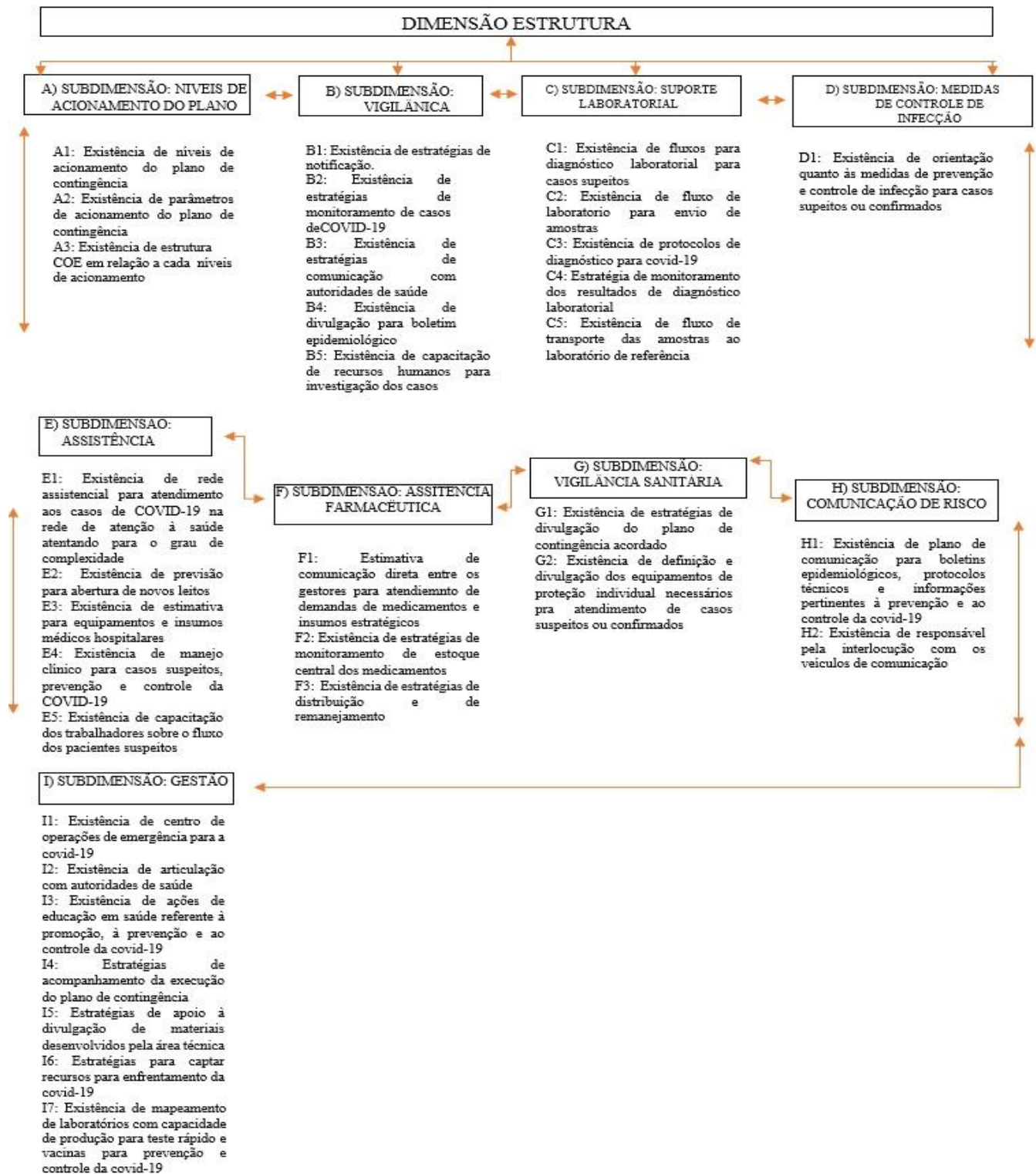
em Saúde Global para Análise de Risco de COVID-19.				segurança sanitária, o Global Health Security Index (2019), que forneceu dados antes da descoberta da COVID-19 em dezembro de 2019.	enquanto Ambiente de Risco e Prevenção têm os menores efeitos. Os resultados quantitativos e qualitativos são diferentes quando GM e HM são usados.
Aprendendo com a experiência italiana durante as ondas de pandemia do COVID-19: esteja preparado e lembre-se de alguns aspectos cruciais.	Deana C; Rovida S; Barba; Bove T; Baixo F; De Monte A; Vetrugno L	2021	Acta biomedica: Atenei Parma	Revisão de literatura	Traduz a experiência anterior em ações estratégicas que devem ser consideradas ao desenvolver planos operacionais nacionais e regionais apropriados para responder a uma pandemia
Resposta a surtos de cuidados intensivos em massa durante o COVID-19: implementação de estratégias de contingência - um relatório preliminar das descobertas da força-tarefa para cuidados intensivos em massa	Dichter JR; Devereaux AV; CL de mola; Mukherjee V; Persoff J; Baum KD; Orloff D; Uppal A; Hossain T; Henrique KN; Ghazipura M; Bowden KR; Feldman HJ; Hamele MT; Burry LD; Martland AMO; Huffs M; Tosh PK; Downar J; Hick JL; médico cristão; Maves RC	2022	Chest	Uma versão modificada das metodologias de diretrizes rápidas estabelecidas da Organização Mundial da Saúde e da Lista de Verificação de Desenvolvimento de Diretrizes da Rede Internacional de Diretrizes-McMaster.	Um subcomitê do TFMCC oferece estratégias operacionais provisórias informadas por evidências para ajudar hospitais e comunidades a planejar e responder às demandas de aumento de capacidade resultantes do COVID-19.
Facebook, Instagram, Reddit e TikTok: uma proposta para que autoridades de saúde integrem	Eghesadi M; Floreia A	2020	Revista canadense de saúde pública	Artigo discute as oportunidades oferecidas por plataformas de mídia social como Facebook,	Embora as plataformas de mídia social tenham uma presença ativa na disseminação instantânea de informações e os profissionais médicos tenham participação ativa nelas, os canais

plataformas populares de mídia social no planejamento de contingência em meio a um surto de pandemia global.					tradicionais, como o e-mail, ainda estão sendo enfatizados como meio de comunicação.
Criando um plano de resposta a pacientes internados em cuidados paliativos para COVID-19 - The UW Medicine Experience	Fausto J; Hirano L; Lam D; Mehta A; Mills B; Owens D; Perry E; Curtis JR	2020	Journal of pain and sintoma management	Desenvolveu uma estratégia para implementar uma resposta de cuidados paliativos para um sistema de saúde multihospitalar que incorpora capacidade convencional, capacidade de contingência e capacidade de crise.	O planejamento estratégico para a prestação de cuidados paliativos de alta qualidade no contexto da pandemia de COVID-19 representa uma importante área de necessidade para nossos sistemas de saúde.
Orientação para líderes de saúde durante o estágio de recuperação da pandemia de COVID-19: uma declaração de consenso	Geerts JM; Kinnair D; Taheri P; Abraão A; Ahn J; Atun R; Barbéria L; Melhor NJ; Dandona R; Dhahri AA; Emilsson L; JR grátis; Gardam M; Geerts WH; Ihekweazu C; Johnson S; Kooijman A; Lafontaine AT; Leshem E; Lidstone-Jones C; Loh E; Lyons O; Neel KAF; Nyasulu PS; Razum O; Sabourin H; Schleifer Taylor J; Sharif H; Stergiopoul	2021	rede aberta JAMA	Pesquisa bibliográfica	Os líderes que implementam esses imperativos de maneira mais eficaz estão em posição ideal para atender às necessidades urgentes e desigualdades nos sistemas de saúde e para co-criar com suas organizações um futuro que melhor atenda às partes interessadas e às comunidades. e (10) em consulta com a saúde pública e outros líderes, fornecer informações e recomendações de segurança ao governo, outras organizações, funcionários e comunidade para melhorar o atendimento equitativo e integrado e a preparação para emergências em todo o sistema.

	os V; Sutton B; Wu Z; Bilodeau M				
Reorganização do departamento de emergência para lidar com o surto de COVID-19 no hospital universitário de Milão: um desafio sensível ao tempo.	Jachetti A; Colombo G; Brignolo-Ottolini B; Franchi J; Solbiati M; Pecorino Meli M; Bosco P; Constantino G	2021	BMC Emergency Medicine	Análise narrativa	Avaliamos nossa experiência e analisamos a fraqueza e a força de nossa primeira resposta para compartilhá-la com o resto da comunidade científica e colegas em todo o mundo, na esperança de facilitar outros que enfrentarão o mesmo desafio ou desafios semelhantes no futuro.
Resposta ao surto de COVID-19 para um departamento de emergência usando simulação in situ	Jee M; Khamoudes D; Brenan AM; O'Donnell J	2020	Cureus	Estudos descritivos	Entendemos que a preparação para um surto requer avaliação do sistema atual antes de implementar qualquer mudança. Não é um conceito de "tamanho único". Portanto, a realização de simulações in situ e o uso de previsão é fundamental, pois pode evitar a perda de recursos e tempo na preparação para um surto.
Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais.	Santos TBS; Andrade LR; Vieira SL; Duarte JA; Martins JS; Rosado LB; Oliveira JDS; Pinto ICM	2021	Ciência & saúde coletiva	Artigo analista	As ações heterogêneas explicitadas nos planos mostram o complexo processo de enfrentamento da COVID-19 no Brasil com suas desigualdades regionais, fragilidades nos sistemas estaduais de saúde e reduzida coordenação do Ministério da Saúde
Preparação hospitalar para cuidados intensivos em massa durante a pandemia de SARS-CoV-	Wurmb T; Scholtes K; Kolibay F; Schorscher N; Ertl G; Ernesto RI; Vogel U; Franco A; Kowalzik B	2020	Critical care (Londres, Inglaterra)	artigo resume as medidas de preparação e resposta recomendadas para hospitais de cuidados intensivos.	Aumentar as capacidades da unidade de terapia intensiva (UTI) é essencial. Para ajustar a capacidade de surto, a redução do atendimento planejado e eletivo ao paciente é uma resposta adequada.

APÊNDICE B - Modelo lógico da matriz avaliativa dos planos de contingência versão inicial

FONTE: ALMEIDA, Deybson Borba de. **Avaliação dos planos de contingência de enfrentamento a Covid-19 dos Hospitais Universitários Brasileiros.** Relatório de Pós- Graduação. Florianópolis-SC, 2021. (adaptado)



APÊNDICE C – Matriz avaliativa dos planos de contingência versão inicial

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTA AVALIATIVA	INDICADOR	PARÂMETRO	Variável	FONTE	VALOR
E S T R U T U R A	A) SUBDIMENSÃO: NÍVEIS DE ACIONAMENTO DO PLANO	Existem níveis de acionamento do plano de contingência? Existem parâmetros de acionamento do plano de contingência? Existe estrutura COE para cada nível de acionamento?	A1: Existência de níveis de acionamento do plano de contingência A2: Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência A3: Existência de estrutura COE em relação a cada nível de acionamento	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
	B) SUBDIMENSÃO: VIGILÂNCIA	Existem estratégias de notificação? Existem estratégias de monitoramento dos casos de covid-19? Existe estratégias de comunicação com autoridades de saúde? Existe divulgação de boletim epidemiológico? Existe capacitação de recursos humanos para investigação dos casos?	B1: Existência de estratégias de notificação B2: Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19 B3: Existência de estratégias de comunicação com autoridades de saúde B4: Existência de divulgação para boletim epidemiológico B5: existência de capacitação de recursos humanos para investigação dos casos	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
	C) SUBDIMENSÃO: SUPORTE LABORATORIAL	Existem fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos? Existem fluxos para de laboratório para envio de amostras? Existem protocolos de diagnóstico para covid-19? Existe estratégia de monitoramento dos	C1: Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos C2: existência de fluxo de laboratório para envio de amostras C3: existência de protocolos de diagnóstico para covid-19 C4: estratégia de monitoramento	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	

		resultados de diagnóstico laboratorial? Existe fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência?	dos resultados de diagnóstico laboratorial C5: existência de fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência				
	D) SUBDIMENSÃO: MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO	Existe orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados?	D1: Existência de orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
	E) SUBDIMENSÃO: ASSISTÊNCIA	Existe de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade? Existe previsão para abertura de novos leitos? Existência de estimativa para medicamentos e insumos médicos hospitalares? Existência de manejo clínico para casos suspeitos, prevenção e controle da COVID-19? Existe capacitação dos trabalhadores sobre o fluxo dos pacientes suspeitos?	E1: Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade E2: Existência de previsão para abertura de novos leitos E3: Existência de estimativa para compra de medicamentos e insumos médicos hospitalares E4: Existência de manejo clínico para casos suspeitos, prevenção e controle da COVID-19. E5: Existência de capacitação dos trabalhadores sobre o fluxo dos pacientes suspeitos	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
	F) SUBDIMENSÃO: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Estimativa de comunicação direta entre os gestores pra	F1: Estimativa de comunicação direta entre os gestores pra atendimento de	Modelo de Plano contingência Nacional para	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	

		atendimento de demandas de medicamentos e insumos estratégicos? Existem estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos? Existem estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos?	demandas de medicamentos e insumos estratégicos F2: Existência de estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos F3: Existência de estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos?	covid-19			
	G) SUBDIMENSÃO: VIGILÂNCIA SANITÁRIA	Existência de estratégias de divulgação do plano de contingência acordado? Existência de definição e divulgação dos equipamentos de proteção individual necessários pra atendimento de casos suspeitos ou confirmados?	G1: Existência de estratégias de divulgação do plano de contingência acordado G2: Existência de definição e divulgação dos equipamentos de proteção individual necessários pra atendimento de casos suspeitos ou confirmados	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
	H) SUBDIMENSÃO: COMUNICAÇÃO DE RISCO	Existe de plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da covid-19? Existe responsável, porta-voz, pela interlocução com os veículos de comunicação?	H1: Existência de plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da covid-19. H2: Existência de responsável, por porta-voz pela interlocução com os veículos de comunicação.	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
	I) SUBDIMENSÃO: GESTÃO	Existe centro de operações de emergência para a covid-19? Existe articulação com autoridades de saúde? Existem ações de educação em saúde referente	I1: Existência de centro de operações de emergência para a covid-19 I2: existência de articulação com autoridades de saúde I3: Existência de ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção	Modelo de Plano contingência Nacional para covid-19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	

		<p>à promoção, prevenção e controle da covid-19?</p> <p>Há estratégias de acompanhamento da execução do plano de contingência?</p> <p>Ha estratégias de apoio à divulgação de materiais desenvolvidos pela área técnica?</p> <p>I6: Estratégias para captar recursos para enfrentamento da covid 19</p> <p>Existe de mapeamento de laboratórios com capacidade de produção para teste rápido e vacinas para prevenção e controle da covid-19?</p>	<p>e controle da covid-19.</p> <p>I4: Estratégias de acompanhamento da execução do plano de contingência</p> <p>I5: Estratégias de apoio à divulgação de materiais desenvolvidos pela área técnica</p> <p>I6: Estratégias para captar recursos para enfrentamento da covid 19</p> <p>I7: Existência de mapeamento de laboratórios com capacidade de produção para teste rápido e vacinas para prevenção e controle da covid-19</p>				
--	--	---	--	--	--	--	--

FONTE: ALMEIDA, Deybson Borba de. **Avaliação dos planos de contingência de enfrentamento a Covid-19 dos Hospitais Universitários Brasileiros**. Relatório de Pós- Graduação. Florianópolis-SC, 2021. (adaptado)

APÊNDICE D – E-mail convite aos juízes

Feira de Santana, agosto de 2021.

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Josse Maria Melo Lima, mestrande do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, estou desenvolvendo a dissertação intitulada: “ **AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 DE DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BARSILEIROS**”, sob a orientação do Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida. O referido estudo objetiva avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros de São Paulo e Rio de Janeiro. Para contemplar o objetivo geral tem se como objetivo específico construir e validar uma matriz avaliativa para os planos de enfrentamento da COVID-19 nas instituições hospitalares.

Neste momento, tenho a imensa satisfação em convidar V. S^a. para participar como “juiz (a)” da etapa de validação de Conteúdo e linguagem dos itens da referida Matriz Avaliativa. Devido a sua experiência na área de pesquisa, e por reconhecer que sua colaboração é de extrema relevância para a construção desta etapa da pesquisa.

Havendo concordância em participar, será enviado um *e-mail* com as instruções necessárias para esta validação de conteúdo deste instrumento e após a leitura e será necessário o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), coma inclusão da assinatura digital ou *scanner* do termo assinado, em cumprimento às exigências éticas e científicas.

Após a análise e recebimento dos documentos anexados, pedimos gentilmente, que devolva o material em no máximo 10 dias para o endereço eletrônico de origem. Após dias sete será enviado um *e-mail* lembrete reforçando a importância de sua participação na pesquisa.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação e a sua imprescindível competência, desde já, agradecemos imensamente a sua colaboração. Posteriormente, encaminharemos uma declaração relativa à sua contribuição ao trabalho como juiz na apreciação da Matriz Avaliativa.

Estaremos a seu dispor para quaisquer esclarecimentos, **por favor, acuse o recebimento do e-mail.**

Josse Maria Melo Lima

Mestranda do PPGENF – UFBA

E-mail: josse.maria@ufba.com

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

Docente do PPGENF – UFBA

E-mail: dbalmeida@uefs.br

APÊNDICE E- Instrumento para avaliação dos juízes especialistas

Prezado(a) avaliador(a),

Para realizar a avaliação de conteúdo do instrumento: **MATRIZ AVALIATIVA DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA** descrevemos abaixo os conceitos envolvidos no estudo.

Neste sentido o PC trata-se de um documento desenvolvido com o objetivo de treinar, organizar, orientar, facilitar, agilizar e uniformizar as ações necessárias às respostas de controle, combate e/ou redução de danos às pessoas, ao meio ambiente ou aos bens materiais em meio a emergências, desastres e calamidades.

Os Planos de contingência ou planejamento de risco estão previstos na Lei 12.608/12, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC e no Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC. Um plano de contingência é um instrumento de gestão de riscos e desastres no país. Seu propósito é assegurar condições sociais, econômicas e ambientais adequadas para garantir a dignidade da população e a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2012).

A construção da matriz tomou como base o modelo lógico, formulado com base no modelo de PC proposto pelo Ministério da Saúde, o qual possui nove subdimensões, e se baseia na macro dimensão estrutura da tríade de Donabedian. Para cada uma das nove dimensões (níveis de acionamento, vigilância, suporte laboratorial, medida de controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão) foram construídos indicadores para avaliação da construção dos planos de contingência de enfrentamento para COVID-19 nos hospitais universitários.

Dessa maneira, você avaliará em primeiro momento os domínios da MAV, utilizando o documento modelo proposto pelo Ministério da Saúde e registrando sua avaliação em aba específica do questionário anexo, devendo observar os quesitos: dimensão, subdimensões e indicadores.

Em sequência, você avaliará os itens da MAV: indicadores, pergunta avaliativa e variável, atentando para sua pertinência e clareza (estes itens estão escritos de modo claro e objetivo? Estes itens são pertinentes para o objetivo da pesquisa?), posteriormente na avaliação conjunta do indicador, pergunta avaliativa e parâmetro, atribuir uma nota de concordância, e caso o valor atribuído seja entre 1 e 2 escreva sugestões em aba específica. O prazo de resposta é de 10 dias, a contar da data de confirmação de recebimento deste e-mail.

INSTRUÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO

A avaliação deste instrumento envolve duas fases:

- 1º) avaliação dos domínios;
- 2º) avaliação dos itens.

1. Para Avaliação dos domínios (QUADRO 1):

Verifique se a estrutura da subdimensão e seu conteúdo estão adequados e se o conteúdo contido na subdimensão é representativo para o contexto hospitalar brasileiro e está apropriado aos respondentes. Portanto, para sua avaliação considere o seguinte conceito de abrangência:

- ✚ Abrangência: Avaliar se as subdimensões que foram postas na dimensão: estrutura também representam os PC no contexto brasileiro. A Subdimensão em questão é representativa para PC?

Durante essa fase, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de itens nas subdimensões e opinar se os itens realmente pertencem à dimensão correspondente.

Para responder às questões da Avaliação dos Domínios, siga os passos a seguir:

- ✚ **1º Passo (QUADRO 1)** – Para responder à questão: Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto brasileiro? Marque um “X” na opção CONCORDO ou na opção NÃO CONCORDO ou concordo parcialmente explique o porquê.

- ✚ **2º Passo (QUADRO 1)** – Para responder à questão: Os itens da subdimensão devem permanecer nessa dimensão? Marque um “X” na opção CONCORDO ou na opção NÃO CONCORDO ou CONCORDO PARCIALMENTE e explique o porquê.

Observação 1: Para incluir sugestões utilize o campo (Sugestões) especificado no quadro 1.

Observação 2: Para sugerir a inclusão ou sugestão de algum item da dimensão avaliada utilize o campo (Sugerir inclusão ou exclusão de algum item) no QUADRO 1

QUADRO 1 – Avaliação dos Domínios

Itens	Subdimensão	Justificativa	Indicador	Abrangência
1	(A) Níveis de acionamento do Plano	Os níveis de respostas garantem que o risco seja avaliado e revisto periodicamente e que suas devidas medidas sejam adotadas.	Existência de níveis de acionamento do plano de contingência	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
2			Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência	Os itens da subdimensão A devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
3			Existência de estrutura COE em relação a cada nível de acionamento	Sugestões:
Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?				

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
4	(B) VIGILÂNCIA	Instituir comunicação com Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras organizações internacionais e autoridades de saúde local para obter de modo oportuno e preciso, as diretrizes dos desdobramentos do agravo para permitir avaliação de risco e apoiar tomada de decisão.	Existência de estratégias de notificação	<p>Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro?</p> <p><input type="checkbox"/> CONCORDO</p> <p><input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO</p>
5			Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19	
6			Existência de estratégias de comunicação com autoridades de saúde	<p>Os itens da subdimensão B devem permanecer nesse domínio?</p> <p><input type="checkbox"/> CONCORDO</p> <p><input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO</p>
7			Existência de divulgação para boletim epidemiológico	Sugestões:
8			Existência de capacitação de recursos humanos para investigação dos casos	
Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?				

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
9	(C) Suporte laboratorial	Organização da rede laboratorial para diagnóstico de casos suspeitos para infecção pelo novo coronavírus, junto à rede de referência, seus insumos para diagnóstico da infecção e os resultados laboratoriais.	Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
10			Existência de fluxo de laboratório para envio de amostras	Os itens da subdimensão C devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
11			Existência de protocolos de diagnóstico para covid-19	
12			Estratégia de monitoramento dos resultados de diagnóstico laboratorial	Sugestões:
13			Existência de fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência	

Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?	
---	--

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
14	(D) Medidas de controle de infecção	Apoio ao funcionamento	Existência de orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro?
		Das medidas de prevenção e controle da infecção conforme normas da ANVISA.		<input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
				Os itens da subdimensão D devem permanecer nesse domínio?
				<input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
				Sugestões:

Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?	
---	--

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Item	Abrangência
15	(E) Assistência	Apoio ao funcionamento adequado e a oportuna organização da rede de atenção para atendimento aos casos de SRAG.	Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade.	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
16			Existência de previsão para abertura de novos leitos	Os itens da subdimensão E devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
17			Existência de estimativa para compra de medicamentos e insumos médicos hospitalares	Sugestões:
18			Existência de manejo clínico para casos suspeitos, prevenção e controle da COVID-19.	

19		Existência de capacitação dos trabalhadores sobre o fluxo dos pacientes suspeitos	
Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?			

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
20	(F) Assistência farmacêutica	Organização da assistência farmacêutica para aquisição de medicamentos e insumos estratégicos conforme evidências científicas publicadas.	Estimativa de comunicação direta entre os gestores para atendimento de demandas de medicamentos e insumos estratégicos.	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
21			Existência de estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos	Os itens da subdimensão F devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
22			Existência de estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos?	Sugestões:

Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?	
---	--

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
23			Existência de estratégias de divulgação do plano de contingência acordado	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
24	(G) Vigilância sanitária	Intensificação de material informativo para orientação quanto à prevenção e controle da infecção pela covid-19	Existência de definição e divulgação dos equipamentos de proteção individual necessários pra atendimento de casos suspeitos ou confirmados	Os itens da subdimensão G devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO Sugestões:
Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?				

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
25	(H) Comunicação de risco	Emissão de orientações de saúde, divulgação de informações relacionadas à covid-19 para instituição e órgãos de saúde.	Existência de plano de comunicação para boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes à prevenção e controle da covid-19.	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto hospitalar brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
26			Existência de responsável, por portavoz pela interlocução com os veículos de comunicação.	Os itens da subdimensão H devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO Sugestões:
Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?				

Item	Subdimensão	Definição Operacional	Indicador	Abrangência
27	(I) Gestão	Articular toda organização para ações da rede de serviços, situação epidemiológica, captar recursos e acompanhar execução do plano de contingência.	Existência de centro de operações de emergência para a covid-19	Essa subdimensão representa um aspecto do PC no contexto brasileiro? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
28			Existência de articulação com autoridades de saúde	Os itens da subdimensão I devem permanecer nesse domínio? <input type="checkbox"/> CONCORDO <input type="checkbox"/> CONCORDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> NÃO CONCORDO
29			Existência de ações de educação em saúde referente à promoção, prevenção e controle da covid-19.	Sugestões:
30			Estratégias de acompanhamento da execução do plano de contingência	
31			Estratégias de apoio à divulgação de materiais desenvolvidos pela área técnica	
32			Estratégias para captar recursos para enfrentamento da covid 19	
33			Existência de mapeamento de laboratórios com capacidade de produção para teste rápido e vacinas para prevenção e controle da covid-19	
Deseja sugerir a inclusão ou exclusão de itens neste domínio?				

2. Avaliação dos Itens (QUADRO 2):

Neste momento, avalie cada item quanto à **CLAREZA**. Para isto, considere os seguintes aspectos: redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir na matriz avaliativa.

Quanto à **REPRESENTATIVIDADE**, note se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e atingem os objetivos propostos na matriz avaliativa, ou seja, se esse item avaliado representa um aspecto do PC no contexto hospitalar. Para este aspecto, note se os conceitos envolvidos nos itens são suficientes para representar a subdimensão.

Para responder às questões da Avaliação dos Itens, siga os passos a seguir:

✚ **1º passo** - Para avaliação da **CLAREZA**, escolha uma das 4 alternativas disponíveis (1= não claro; 2= pouco claro; 3=bastante claro; 4= muito claro) e digite a resposta no campo (Resposta __) depois avance para o item seguinte, faça isso até o item de número 33.

✚ **2º passo** – Para avaliação da **REPRESENTATIVIDADE** ou **PERTINÊNCIA**, escolha uma das 4 alternativas disponíveis (1= não representativo; 2= necessita de grande revisão para ser representativo; 3= necessita de pouca revisão para ser representativo; 4= representativo) e digite a resposta no campo (Resposta __) depois avance para o item seguinte, faça isso até o item de número 33.

Observação: Caso opte pelas opções 1 ou 2, para clareza e representatividade, solicito que esclareça com considerações para que sejam efetuados ajustes a fim de alcançar a clareza e/ou representatividade.

QUADRO 2: I-Avaliação dos itens

Itens	Subdimensão	Indicadores	Avaliação dos itens (CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS)	
1	(A) Níveis de acionamento do Plano	Existência de níveis de acionamento do plano de contingência	Clareza 1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	Representatividade 1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
2		Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
3		Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

4		Existência de estrutura COE em relação a cada nível de acionamento	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
			Sugestões:	

Itens	Subdimensão	Indicadores	Avaliação dos itens (CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS)	
5		Existência de estratégias de notificação	<p>Clareza</p> <p>1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>Representatividade</p> <p>1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
6	(B) VIGILÂNCIA	Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19	<p>1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

7		Existência de estratégias de comunicação com autoridades de saúde	<p>1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
8		Existência de divulgação para boletim epidemiológico	<p>1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

9		Existência de capacitação de recursos humanos para investigação dos casos	<p>1= não claro</p> <p>2= pouco claro</p> <p>3= bastante claro</p> <p>4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo</p> <p>2= necessita de grande revisão para ser representativo</p> <p>3= necessita pouca revisão para ser representativo</p> <p>4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			<p>No caso de resposta 1 ou 2, qual sugestão para melhorar a clareza?</p>	<p>No caso de resposta 1 ou 2, qual sugestão para melhorar a representatividade?</p>
				<p>Sugestões:</p>

Itens	Subdimensão	Indicadores	Avaliação dos itens (CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS)	
10		Existência de fluxos para diagnóstico laboratorial para casos suspeitos	Clareza 1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	Representatividade 1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
11	(C) SUPORTE LABORATORIAL	Existência de fluxo de laboratório para envio de amostra	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

12		Existência de protocolos de diagnósticos para COVID-19	<p>1= não claro</p> <p>2= pouco claro</p> <p>3= bastante claro</p> <p>4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo</p> <p>2= necessita de grande revisão para ser representativo</p> <p>3= necessita pouca revisão para ser representativo</p> <p>4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
13		Existência de monitoramento dos resultados de diagnostico laboratorial	<p>1= não claro</p> <p>2= pouco claro</p> <p>3= bastante claro</p> <p>4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo</p> <p>2= necessita de grande revisão para ser representativo</p> <p>3= necessita pouca revisão para ser representativo</p> <p>4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

14		Existência de fluxo de transporte das amostras ao laboratório de referência	<p>1= não claro</p> <p>2= pouco claro</p> <p>3= bastante claro</p> <p>4= muito claro</p> <p>Resposta: _____</p>	<p>1= não representativo</p> <p>2= necessita de grande revisão para ser representativo</p> <p>3= necessita pouca revisão para ser representativo</p> <p>4= representativo</p> <p>Resposta: _____</p>
			<p>No caso de resposta 1 ou 2, qual sugestão para melhorar a clareza?</p>	<p>No caso de resposta 1 ou 2, qual sugestão para melhorar a representatividade?</p>
			<p>Sugestões:</p>	

Itens	Subdimensão	Indicadores	Avaliação dos itens (CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS)	
15	(D) MEDIDAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO	Existência de orientação quanto às medidas de prevenção e controle de infecção para casos suspeitos ou confirmados	Clareza 1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	Representatividade 1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
			Sugestões:	

Itens	Subdimensão	Indicadores	Avaliação dos itens (CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS)	
16	(E) ASSISTÊNCIA	Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade	Clareza 1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	Representatividade 1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
17	(E) ASSISTÊNCIA	Existência de previsão para abertura de novos leitos	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

18		Existência de estimativa para compra de medicamentos e insumos médicos hospitalares	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
19		Existência de manejo clínico para casos suspeitos, prevenção e controle da COVID-19.	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

20		Existência de capacitação de trabalhadores sobre o fluxo dos pacientes suspeitos	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
			Sugestões:	

Itens	Subdimensão	Indicadores	Avaliação dos itens (CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS)	
21		Estimativa de comunicação direta entre gestores para atendimento de demandas de medicamentos e insumos estratégicos	Clareza 1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	Representatividade 1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?
22	(F) ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Existência de estratégias de monitoramento de estoque central dos medicamentos	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

23		Existência de estratégias de distribuição e remanejamento de medicamentos adquiridos	1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____	1= não representativo 2= necessita de grande revisão para ser representativo 3= necessita pouca revisão para ser representativo 4= representativo Resposta: _____
			No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?	No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a representatividade?

II- Avaliação do título: “Matriz avaliativa de planos de contingência para enfrentamento da COVID-19”

1= não claro 2= pouco claro 3= bastante claro 4= muito claro Resposta: _____
No caso de resposta 1 ou 2 , qual sugestão para melhorar a clareza?

- O título do instrumento é claro e expressa a medida?

III- Avaliação o formato do instrumento (Layout) quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e a adequação

Formato (Layout):

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	PERGUNTA AVALIATIVA	INDICADOR	PARÂMETRO	VARIÁVEL (Escala <i>Likert</i>)	FONTE	VALOR
E S T R U T U R A	A) SUBDIME N- SÃO: NIVEIS DE ACIONAM ENTO DO PLANO	Existem níveis de acionamento do plano de contingência ?	A1: Existência de níveis de acionamento do plano de contingência	Modelo de Plano contingênc ia Nacional para covid- 19	DP=1 DC=2 NDC=3 CO=4 CP=5	PC	
		Existem parâmetros de acionamento o do plano de contingênci a?	A2: Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência				
		Existe estrutura COE para cada nível de acionamento?	A3: Existência de estrutura COE em relação a cada nível de acionamento				

1= não claro

2= pouco claro

3= bastante claro

4= muito claro

Resposta: _____

No caso de resposta **1 ou 2**, qual sugestão para melhorar a clareza?

- O formato do instrumento é claro?

IV- Avalie as variáveis (conjunto de todos os possíveis resultados de um fenômeno) quanto à clareza.**VARIÁVEL** (Escala *Likert*)

DP (discordo plenamente)=1

DC (discordo)=2

NDC (Nem concordo, nem discordo)=3

CO (concordo)=4

CP (concordo plenamente)=5

- As variáveis estão claras?

1= não claro

2= pouco claro

3= bastante claro

4= muito claro

Resposta: _____No caso de resposta **1 ou 2**, qual sugestão para melhorar a clareza?

APÊNDICE F – E-mail lembrete para os especialistas do painel

Prezado (a) pesquisador (a),

Esta mensagem é para lembrá-la do preenchimento do questionário pesquisa *Delphi*:
AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 DE DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BARSILEIROS.

Não desista, sua participação é fundamental, contamos com você. O prazo para reenvio do questionário respondido vai até .

Mais uma vez, agradecemos antecipadamente a sua participação.

Por favor, sinalize o recebimento do e-mail.

Atenciosamente,

Josse Maria Melo Lima

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

APÊNDICE G – Termo de consentimento livre esclarecido para validação de uma matriz avaliativa de planos de contingência para enfrentamento da covid-19



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Participantes

Título do projeto: AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 DE DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BARSILEIROS

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida; Josse Maria Melo Lima.

Objetivos da pesquisa: Validar uma matriz avaliativa de planos de contingência para enfrentamento à COVID-19 e avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros.

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “**AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 DE DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BARSILEIROS**”. Esta pesquisa se justifica por contribuir para novas reflexões e discussões sobre a temática possibilitando, assim, o preenchimento de lacunas ainda existentes na literatura especializada, além de contribuir para que ações sejam repensadas no sentido de agregar valores ao planejamento e desenvolvimento de atribuições voltadas para a avaliação em saúde, favorecendo o melhoramento a qualidade do cuidado prestado ao usuário. Para tanto, desenvolveremos um estudo do tipo metodológico, de caráter avaliativo. A média de tempo para responder o instrumento é de 20 minutos. O conteúdo das respostas será analisado para obtenção dos resultados da pesquisa e os dados serão armazenados no Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) por 5 anos. Nesse período, as informações poderão ser utilizadas em futuras pesquisas, porém, para que isso ocorra, um novo projeto de pesquisa com TCLE será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP). Após o prazo de 5 anos, todos os arquivos serão destruídos. Solicitamos gentilmente que o (a) senhor (a) leia atentamente este TCLE na íntegra antes de decidir sobre a sua participação voluntária na pesquisa. Concederemos um prazo adequado a fim de que se possa refletir ou consultar familiares e/ou terceiros que possam ajudar na sua tomada de decisão. Informamos que o (a) senhor (a) poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e, caso deseje, em qualquer momento, sair da pesquisa, tal fato não trará prejuízos ao/a senhor (a). Conforme determinam as Resoluções 466/12 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de aspectos éticos da pesquisa de enfermagem envolvendo seres humanos, o presente estudo requer a participação voluntária dos sujeitos. Informamos que sua privacidade será respeitada,

seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possam de qualquer forma o/a identificar serão mantidos em sigilo. Informamos que qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa será reembolsada e caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, o (a) senhor (a) será indenizado (a), conforme determina a lei. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Josse Maria Melo Lima e Deybson Borba de Almeida, respectivamente, estudante do Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia – UFBA e o Professor externo do Departamento de Saúde da Universidade Federal da Bahia – UFBA. O risco da pesquisa seria a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012, alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento do participante em expor sua opinião sobre a temática), observados durante a pesquisa, e interferência da rotina. Esses riscos serão minimizados a partir de uma descrição prévia sobre a pesquisa — feita pela pesquisadora — da não interferência desta, da fidelidade na coleta e interpretação dos dados, da impassibilidade da pesquisadora e da espera do momento mais adequado para contribuição do participante. Em relação aos benefícios, a pesquisa busca contribuir para a melhoria da qualidade da assistência na prática hospitalar, propiciando a reflexão e a tomada de decisão dos membros da equipe de saúde no sentido da adoção de medidas específicas e seguras no gerenciamento do cuidado dos pacientes em situação de Covid-19. Após a conclusão do estudo, o (a) senhor (a) terá a devolutiva por meio da defesa pública da dissertação ou por arquivo digital. Sendo assim, caso o (a) senhor (a) concorde em participar, é necessário que autorize por meio da assinatura nas duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido. A primeira via ficará sob sua guarda e a outra com os pesquisadores do estudo. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

O período estimado de coleta será de julho de 2021 a setembro de 2021. Para tanto, a pesquisadora se compromete a deixar uma cópia do relatório final da pesquisa na instituição à disposição de todos/as, divulgar os resultados obtidos através de uma sessão científica no Auditório da unidade, bem como em eventos e revistas científicas nacionais e internacionais.

Em caso de dúvidas ou se ocorrer algum problema durante a pesquisa, solicitamos que entre em contato com os pesquisadores responsáveis pela pesquisa através do PGENF, pelo telefone: (71) 3263-7631, ou através de informações adquiridas no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, pelo telefone: (71) 3283-7615.

_____ Data: __/__/__
Assinatura do participante

_____ Data: __/__/__
Assinatura e carimbo da pesquisadora

Dados da pesquisadora: Josse Maria Melo Lima/ E-mail: jossemelolima@gmail.com

APÊNDICE H – E-MAIL SEGUNDA RODADA PARA OS ESPECIALISTAS DO

PAINEL

Feira de Santana, 29 de abril de 2022.

Prezado (a) pesquisador (a),

Após participar do desenvolvendo da dissertação intitulada: “ **AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA PARA ENFRENTAMENTO DA COVID-19 DE DOIS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BARSILEIROS**”, sob a orientação do Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida.

Eu, Josse Maria Melo Lima, mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, apresento lhes aqui a Taxa de concordância-TC e o Coeficiente de Validade de Conteúdo-CVC obtidos na primeira rodada, que correspondem à avaliação da abrangência dos domínios, a clareza e a pertinência dos itens respectivamente. Constatam também as contribuições subjetivas enunciadas pelos participantes, relacionadas a cada indicador, conforme exposição do Quadro 4 em anexo. A fim de realizar o *feedback* dessa primeira rodada ao painel de especialista, a MAV.

Após a análise e recebimento dos documentos anexados, pedimos gentilmente, que **devolva o material em no máximo 07 dias** para o endereço eletrônico de origem.

Estaremos a seu dispor para quaisquer esclarecimentos, **por favor, acuse o recebimento do e-mail.**

Josse Maria Melo Lima

Mestranda do PPGENF – UFBA

E-mail: josse.maria@ufba.com

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

Docente do PPGENF – UFBA

E-mail: dbalmeida@uefs.br

ANEXO 1 – Parecer consubstanciado

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 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