



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MONALISA VIANA SANT'ANNA

**INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
PANDEMIA DA COVID-19 EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

SALVADOR
2022

MONALISA VIANA SANT'ANNA

**INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
PANDEMIA DA COVID-19 EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

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”, Linha de Pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

Orientadora: Profa. Dra. Virgínia Ramos dos Santos Souza

Coorientador: Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

SALVADOR
2022

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S232 Sant'Anna, Monalisa Viana

Indicadores de qualidade em assistência à saúde na pandemia da
Covid-19 em hospital universitário/Monalisa Viana Sant'Anna. –
Salvador, 2022.
112 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Virgínia Ramos dos Santos Souza;
Coorientador: Prof. Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2022.
Inclui referências e anexo.

1. Covid-19. 2. Indicadores de qualidade em assistência em saúde.
3. Hospitais universitários. I. Souza, Virgínia Ramos dos Santos.
II. Silva, Gilberto Tadeu Reis da. III. Universidade Federal da Bahia.
IV. Título.

CDU 616-083:613.86

MONALISA VIANA SANT'ANNA

**INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA
PANDEMIA DA COVID-19 EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

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”, Linha de Pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

Aprovada em 19 de dezembro de 2022

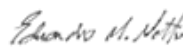
BANCA EXAMINADORA

VIRGÍNIA RAMOS DOS SANTOS SOUZA (Orientadora)



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia.

EDUARDO MARTINS NETTO (Membro externo)



Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Santa Bahia e Servidor Público no Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira e da Faculdade de Medicina da Bahia - Universidade Federal da Bahia.

THADEU BORGES SOUZA SANTOS (Membro externo)



Pós Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Professor Adjunto na Universidade do Estado da Bahia.

GISELLE ALVES DA SILVA TEIXEIRA (Suplente)



Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que me proporciona, por me amar e pelo conforto constante.

A minha filha, Júlia Sant'Anna, por entender minha distância em alguns momentos necessários ao estudo e espero que com meu exemplo compreenda que foi necessário para nós enquanto família. Grata pelos pratos lavados e casa arrumada, você também me ensinou sobre parceria, amizade, leveza e amor que me fortaleceram nessa caminhada.

Ao meu esposo, Wanderlindo Sant'Anna (*in memoriam*), sempre na minha memória, seu cuidado e amor levarei comigo em todas as horas enquanto vida eu estiver.

Aos meus pais Joaz e Gal; irmãos Joaz Junior e Goretti; meus sobrinhos Davi, Kath, Karol, Bia, Kamila e Joaz Neto; minha boadrasta Mônica, pelo carinho, apoio, alegrias e incentivo.

À Família Araújo, Lima, Campos, Viana e Sant'Anna, pelas alegrias e torcida sempre.

Aos meus orientadores, profa. Virginia Ramos dos Santos Souza e prof. Gilberto Tadeu Reis da Silva, pela confiança, orientação, oportunidades disponibilizadas e conhecimentos compartilhados, que foram além dos científicos e levarei para a vida toda.

A Iranete e sua família, pelo apoio, amizade e cafés partilhados, com vocês tudo isso tornou-se possível, leve e amável.

Aos professores Giselle Alves da Silva Teixeira e Deybson Borba de Almeida pelos conhecimentos partilhados e carinho nessa trajetória.

Ao HUPES/UFBA, Ebserh e amigos de trabalho, em especial, Gabriela, Lindomar, Almira, Leonardo, Isabel, Lindemberg, Lúcia Noblat, Dr. Noblat, Tiago, Yasmine, Carla, Mara, Anilton, Alda, Sônia, Claudia, Flávia, Dra Cléa, Karol, Amália, Dra Flávia, Valdenir e Aristarco, pela parceria e confiança, saibam que com vocês ao meu lado foi possível executar este trabalho.

Aos trabalhadores do HUPES pela assistência aos pacientes e aos pacientes com COVID-19 pela confiança em nosso trabalho.

Aos gestores do HUPES e participantes do Comitê de Crise do COVID-19, em especial a Dr. Eduardo Martins Netto, seu exemplo de profissionalismo, caráter e companheirismo foram essenciais para acreditar que somos fortes e capazes de vencer os obstáculos no enfrentamento desse momento de crise.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial, Gilberto Tadeu Reis da Silva, Virginia Ramos dos Santos Souza, Giselle Alves da Silva Teixeira, Rosana Maria de Oliveira Silva, Ana Lúcia Arcanjo Oliveira Cordeiro, Deybson Borba de Almeida, Ednir Assis Souza, Elieusa e Silva Sampaio, Carolina de Souza Machado, Claudia Geovanna da Silva Pires, Cláudia Nery Teixeira Palombo, Cláudia Silva Marinho, Josicélia Dumet Fernandes, Juliana Bezerra do Amaral, Fernanda Carneiro Mussi, Handerson Silva Santos, Tatiane Araújo dos Santos, Anderson Reis de Sousa, Jeane Freitas de Oliveira, Nadirlene Pereira Gomes, Evanilda Souza de Santana, Climene Laura de Camargo, Darci de Oliveira Santa Rosa, Silvia Lúcia Ferreira e Vânia Marli Schubert - Docente Visitante meus eternos agradecimentos pela minha formação como profissional de saúde e pesquisadora, pelo acolhimento, ensinamentos e bons momentos vivenciados.

Aos mestrandos 2021.1, em especial a Itanna Vytoria Sousa Serra, Alexandre Silva Santos, Ludmila Anjos de Jesus, Erica Luzia Sales Murici de Jesus e Cíntia Maria Magalhães Oliveira de Araújo, pela amizade, apoio, parceria e carinho que contribuíram para que eu chegasse até aqui. Como também a colega Flávia Lavínia de Carvalho Macedo representante dos discentes pelo apoio e disponibilidade em todos os momentos de dúvidas.

As amigas e enfermeiras, Enede, Celeste, Jussara, Taize, Gabriela, Kathlene, Elisa, Olga, Luciana Boa Morte e Luciana pelo exemplo, amizade, carinho, confiança, orientações e incentivo.

Aos queridos amigos, Adriana e Reivan, Valter e Andréia, pela amizade, força, carinho e orações.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Claudia Silva Marinho e Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos, pelas contribuições para viabilidade deste trabalho.

Aos colegas e professores do grupo de pesquisa GEPASE, pelos bons momentos e aprendizado.

Aos idealizadores e participantes do Projeto Multicêntrico. “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, em especial Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos, Profa. Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha e Profa. Carolina Vieira Cagnacci Cardili, vocês são exemplos na minha formação e jamais esquecerei como me acolheram e ensinaram.

Aos meus irmãos da Igreja Batista Metropolitana, em especial, equipe IBAM KIDS e GF Unidos em Cristo, pelo amparo e orações.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, especialmente, Arnóbio Viana e Naiara Rocha, pelo apoio e auxílio.

Ao financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº: 402392/2020-5, oportunizando o desenvolvimento dessa pesquisa.

À todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste sonho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

SANT'ANNA, Monalisa Viana. **Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde na Pandemia da Covid-19 em Hospital Universitário**. 112f. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2022.

RESUMO

Este estudo adotou o objetivo de analisar a aplicabilidade dos indicadores de qualidade em saúde na gestão de hospital vinculado à Ebserh durante a pandemia da COVID-19. Trata-se de pesquisa descritiva, analítica e mista, pois adotou abordagem/técnicas quantitativa e qualitativa. Para tanto, o estudo adotou duas fases: 1) estudo quantitativo com uso de séries temporais dos indicadores de monitoramento da COVID-19 em um Hospital Universitário Federal da rede Ebserh e 2) a análise em profundidade, a aplicação dos indicadores de saúde na gestão do hospital durante a pandemia da COVID-19 no estado da Bahia no período de fevereiro de 2020 a março de 2021. O estudo pautou-se na Teoria de Donabedian. Os resultados evidenciaram proatividade e agilidade na resposta da equipe gestora do hospital durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19, demonstrando o comprometimento com a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e do trabalhador, bem como os desdobramentos com a produção do conhecimento científico com participação de gestores e da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: COVID-19. Indicadores de Qualidade em Assistência em Saúde. Hospitais Universitários.

SANT'ANNA, Monalisa Viana. **Health Care Quality Indicators in the Covid-19 Pandemic at University Hospital**. 112f. 2022. Dissertation (Master's in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador. 2022.

ABSTRACT

This study adopted the objective of analyzing the applicability of health quality indicators in the management of a hospital linked to Ebserh during the COVID-19 pandemic. This is a descriptive, analytical and mixed research, as it adopted a quantitative and qualitative approach/techniques. Therefore, the study adopted two phases: 1) a quantitative study using time series of the monitoring indicators of COVID-19 in a Federal University Hospital of the Ebserh network and 2) the in-depth analysis, the application of health indicators in the management of the hospital during the COVID-19 pandemic in the state of Bahia from February 2020 to March 2021. The study was based on Donabedian's Theory. The results showed proactivity and agility in the response of the hospital's management team during the confrontation of the COVID-19 pandemic, demonstrating the commitment to the quality of care, patient and worker safety, as well as the developments with the production of scientific knowledge with the participation of managers and the multidisciplinary team.

Keywords: COVID-19. Quality Indicators in Health Care. University Hospitals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Organograma do setor de vigilância em saúde e segurança do paciente do hospital universitário federal.....	14
Quadro 1 – Ações estratégicas adotadas pelo hospital de fevereiro de 2020 a fevereiro 2021.....	69
Quadro 2 – Imagens do livro “Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, 2022.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGC	Coordenadoria de Gestão da Clínica
DEPAS	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
DNC	Doenças de Notificação Compulsória
EA	Eventos Adversos
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
GEPASE	Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração dos Serviços de Enfermagem
GTT	Grupo Técnico de Trabalho
HUF	Hospitais Universitários Federais
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
POP	Procedimento Operacional Padrão
RI	Revisão Integrativa
SGCA	Serviços de Gestão do Cuidado Assistencial
SGH	Serviço de Gestão Hospitalar
SGQ/CGC/DEPAS	Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde
SIG	Sistema de Informação Gerencial
SRA	Serviços de Regulação Assistencial
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVSSP	Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	APROXIMAÇÃO AO TEMA DE PESQUISA	13
2	APRESENTAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA	16
2.1	CONTEXTO ORGANIZACIONAL PARA GESTÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA A SAÚDE	16
2.2	GESTÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA A SAÚDE ESPECÍFICOS PARA A COVID-19	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
4	REVISÃO DE LITERATURA	28
4.1	PRIMEIRA PRODUÇÃO – ARTIGO – INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA	28
5	MÉTODO	45
5.1	TIPO DE PESQUISA	45
5.2	FASE I	45
5.2.1	Contexto	45
5.2.2	Participantes	46
5.2.3	Variáveis	46
5.2.4	Fontes de dados	46
5.2.5	Tamanho do estudo	47
5.2.6	Variáveis quantitativas	47
5.2.7	Métodos estatísticos	48
5.3	FASE II	49
5.3.1	Coleta de dados	49
5.3.2	Campo de estudo	49
5.3.3	Fonte de dados	49
5.3.4	Tratamento e análise de dados	50
5.3.5	Aspectos éticos	50
6	RESULTADOS	52
6.1	SEGUNDA PRODUÇÃO – ARTIGO – INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE NO PRIMEIRO ANO DA COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA BAHIA	52
6.2	CATEGORIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E AÇÕES DA EQUIPE GESTORA	

DO HUF, SEGUNDO A TRÍADE DONABEDIANA.....	69
6.3 TERCEIRA PRODUÇÃO – CAPÍTULO DE LIVRO – GOVERNANÇA CORPORATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
ANEXO A – PARECERES DE APROVAÇÃO	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO AO TEMA DE PESQUISA

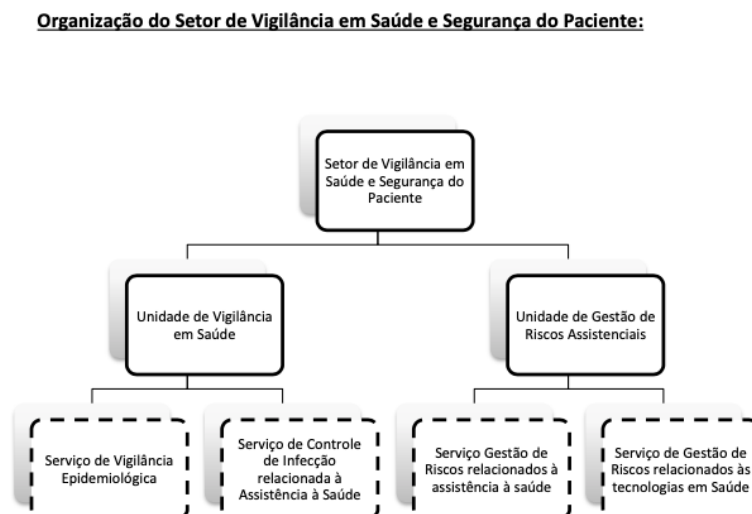
No decorrer da experiência profissional em organizações hospitalares, ao longo de onze anos, estive na liderança de serviços de enfermagem e serviços complementares, em hospitais de grande porte, públicos e privados, nos quais tive a oportunidade de vivenciar situações complexas que possibilitaram momentos de aprendizado e reflexão. Essa experiência despertou o interesse em aprofundar o conhecimento na gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar.

No ano de 2015, iniciei minhas atividades profissionais como Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP) em um Hospital Universitário Federal de grande porte, de ensino, pesquisa, extensão e assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Estava sob minha responsabilidade implantar esse setor conforme as diretrizes da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), uma vez que as diretrizes específicas para o funcionamento desse setor não estavam previstas na estrutura organizacional do hospital, anteriormente.

A partir dos atos formais, procedeu-se o planejamento para o desenvolvimento e aprimoramento contínuo e integrado das atividades de vigilância epidemiológica, controle das infecções relacionadas à assistência à saúde e gestão de riscos relacionados às tecnologias em saúde e aos processos assistenciais. Para tanto, foi elaborado um projeto de implantação com a participação da equipe do SVSSP, entre dezembro de 2015 e abril de 2016.

O SVVSP está vinculado no hospital à Gerência de Atenção à Saúde e, para executar suas atividades, dispõe de duas unidades subordinadas: Unidade de Vigilância em Saúde e Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (Figura 1).

Figura 1 – Organograma do setor de vigilância em saúde e segurança do paciente do hospital universitário federal



Fonte: elaboração própria.

No SVSSP, desempenhei papel de liderança e apoio à organização hospitalar nas ações a serem implantadas, com vistas à continuidade dos serviços essenciais, implementação das ações prioritárias, efetividade no uso dos recursos e comunicação interna e externa. Além disso, atuei em prol da adaptação às novas realidades impostas, no sentido de oferecer um ambiente seguro aos pacientes e profissionais.

Assim, diante da pandemia da COVID-19, tive minhas atividades voltadas ao apoio das ações nesta organização para condução das intervenções de prevenção e controle. Em março de 2020, fui designada como coordenadora, pela Portaria nº 77, presidente do Comitê de Crise da COVID-19.

O comprometimento com o trabalho e percurso profissional foram fundamentais para minha aproximação com a gestão em hospitais, mas deparei-me com a necessidade de aprimorar o meu conhecimento teórico-científico, motivo pelo qual busquei no mestrado o caminho para agregar o que necessitava. Assim, concorri e fui aprovada no processo seletivo do mestrado em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia no ano de 2020. Como atividade obrigatória do curso, integrei o Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE), o que, desde então, tem favorecido meu desenvolvimento acadêmico e discernimento a respeito da temática de gestão.

Com o intuito de favorecer minha formação e ampliar o entendimento do meu espaço na pesquisa na temática que estudo, participei das reuniões da Pesquisa Multicêntrica “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em

hospitais universitários brasileiros”. Trata-se de uma proposta multicêntrica, desenvolvida por meio de um estudo transversal, descritivo e analítico, que articula as abordagens quantitativas e qualitativas de pesquisa. Os cenários do estudo são 10 Hospitais Universitários vinculados às Universidades Federais, sendo dois para cada região do Brasil: (1) Sul, Federal de Santa Catarina (proponente) e Federal de Santa Maria; (2) Sudeste, Federal de São Paulo e Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste, Federal do Rio Grande do Norte e Federal da Bahia; (4) Norte, Federal do Pará e Federal do Amazonas; e (5) Centro- Oeste, Federal do Mato Grosso e Federal de Mato Grosso do Sul.

Essa pesquisa considera cada um dos focos avaliados no trabalho: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional; e 3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, o que facilita um olhar mais acurado em pesquisa multicêntrica, gestão e hospitais universitários brasileiros.

Nessa minha trajetória no mestrado, busco estudar e produzir conhecimento na temática gestão hospitalar, com foco em indicadores em saúde em Hospitais Universitários Federais vinculados à Ebserh. Tem sido um percurso de muito aprendizado, que já me permitiu, inclusive, a escrita de um capítulo de livro e apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais.

2 APRESENTAÇÃO DO TEMA DE PESQUISA

2.1 CONTEXTO ORGANIZACIONAL PARA GESTÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA A SAÚDE

O HUF (Hospital Universitário Federal) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), inicialmente denominado Hospital das Clínicas, foi inaugurado em 1948. Essa organização foi planejada em conformidade com padrões avançados da época e isto possibilitou a criação da Escola de Enfermagem, o que, na época, representou uma revolução no âmbito hospitalar.

No ano de 1998, através da Portaria nº 2616 de 12 de maio, o Ministério da Saúde decidiu compor o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, com vistas à máxima redução possível da incidência e gravidade das infecções dos hospitais. Nesse mesmo ano, também foi formada no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Desde 2002, esse hospital passa a integrar a Rede Sentinela e, por meio da Gerência de Risco, se volta a observar e gerenciar os riscos à saúde. Nessa perspectiva, se passa a realizar a notificação e o monitoramento dos eventos adversos (EA) e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária em uso no Brasil compondo, assim, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Nesse período, também foram implantadas ações de Farmacovigilância, Hemovigilância e Tecnovigilância, vinculadas à Gerência de Risco. As notificações eram realizadas por meio de formulário específico, no qual notificadores voluntários registravam manualmente eventos e queixas técnicas relativos a medicamentos, hemocomponentes, artigos médicos hospitalares e equipamentos. Em 2012, as quedas de pacientes passaram a ser notificadas em formulários padronizados no hospital.

Em 2003, integrei o projeto-piloto de Reestruturação dos Hospitais Universitários do Ministério da Saúde (MS), o que possibilitou apresentar propostas construídas fundamentalmente com base nos seguintes aspectos: princípios gerais de assistência centrada no paciente; ensino centrado no aluno; pesquisa integrada ao ensino e à assistência; serviços integrados e gestão profissionalizada. Essa participação agregou elementos para a certificação pelo Ministério da Educação e Cultura e pelo MS, por meio da Portaria Interministerial no 2378, do ano de 2004.

Neste mesmo ano, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), através da Portaria nº 2.529, de 23 de novembro de 2004, institui o

Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. Com essa medida, autorizou-se a criação de uma rede de 190 núcleos hospitalares de epidemiologia (NHE) em hospitais de referência no Brasil.

Em 2004, no HUF da UFBA, foi instituído o núcleo hospitalar de epidemiologia, com a responsabilidade de atuar na detecção e investigação da ocorrência de suspeita ou confirmação de eventos de saúde pública, doenças e agravos e/ou de surto de notificação compulsória (DNC) atendidos no hospital.

A Resolução nº 04/06, publicada em 26/06/06, o Conselho Universitário da UFBA deliberou a criação do Complexo Hospitalar Universitário constituído de três unidades: Hospital Universitário, Centro Pediátrico e Ambulatório.

A notificação de DNC permite a adoção, oportunamente, de medidas de controle, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão de doenças entre a população e constitui ferramenta importante para o planejamento e gestão hospitalar.

Essa notificação, de todas as Doenças de Notificação Compulsória que constam da Lista Nacional, deve ser realizada pelos profissionais de saúde, conforme portaria vigente (PRC nº 4, de 28 de setembro de 2017, Anexo 1 do Anexo V).

Importante mencionar que o referido hospital, desde essa época, desenvolve ações de vigilância em saúde e gestão dos riscos assistenciais e das tecnologias em saúde, porém de maneira desarticulada entre os serviços do hospital e sob a gestão de áreas específicas. Um marco importante foi a celebração, no dia 2 de dezembro de 2013, do contrato 211/2013 da UFBA com a Ebserh, de gestão especial gratuita. Na época, o hospital passou a ser gerenciado pela Ebserh.

Essa empresa foi criada pelo Governo Federal a partir da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, com estatuto social aprovado pelo Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Trata-se de uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação, com a finalidade de prestar serviços de saúde para o SUS, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão. Atualmente, 40 Hospitais Universitários Federais (HUF) estão vinculados à Ebserh, por meio de um contrato de gestão.

Diante da nova lógica organizacional proposta para as filiais da Ebserh, foi prevista a criação do SVSSP, o qual, dentro da estrutura hierárquica, está ligado à Gerência de Atenção à Saúde. Assim, cabe a este setor desenvolver o controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho, sendo estruturalmente subdividido em Unidade de Vigilância em Saúde e Unidade de

Gestão de Riscos Assistenciais.

Conforme a Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais Ebserh, publicada no ano de 2014, são atribuições do Setor ou da Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente:

- Promover o desenvolvimento e aprimoramento contínuo das atividades de vigilância epidemiológica, controle de infecções hospitalares e gestão de riscos relacionados às tecnologias em saúde e aos processos assistenciais;
- Coordenar o Núcleo de Segurança do Paciente, auxiliando-o na promoção de ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- Coordenar a análise e avaliação das notificações sobre incidentes e queixas técnicas;
- Selecionar e encaminhar notificações sobre incidentes e queixas técnicas para o Núcleo de Segurança do Paciente;
- Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Estabelecer, implementar, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Auxiliar na elaboração, divulgação e atualização do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, bem como nas divulgações delegáveis a outros serviços na instituição;
- Implementar o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- Coordenar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- Apoiar a Sede da Ebserh no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- Participar de eventos e demais ações promovidas pela Ebserh Sede sobre segurança do paciente e qualidade (EBSERH, 2014).

E nos hospitais da Rede Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ainda compete a este setor:

- Promover a consolidação e desenvolvimento da Rede Sentinela, no âmbito da sua atuação;
- Elaborar e implantar a política de gestão de risco no âmbito da

Vigilância pós-comercialização;

- Planejar, executar, monitorar e divulgar ações de vigilância pós-uso e pós-comercialização de produtos e serviços;
- Garantir a identificação, investigação e envio das notificações de eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária;
- Participar de atividades de formação, produção e intercâmbio de conhecimento no âmbito da Rede Sentinela;
- Promover atividades de formação, produção e intercâmbio de conhecimento com foco em ações de vigilância pós-comercialização;
- Apresentar documentos solicitados pela coordenação da Rede Sentinela, no prazo estabelecido, para fins de monitoramento das atividades realizadas (EBSERH, 2014).

Sendo assim, o SVSSP dos HUF vinculados à Ebserh tem por finalidade congregar ações de vigilância em saúde e realizar o gerenciamento de riscos assistenciais e das tecnologias em saúde, em prol da qualidade dos serviços prestados e da segurança do paciente.

2.2 GESTÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE EM ASSISTÊNCIA A SAÚDE ESPECÍFICOS PARA A COVID-19

A situação de emergência em saúde à nível global, instaurada pela COVID-19, impulsionou a necessidade de subsidiar os gestores da rede hospitalar com intervenções criativas e rápidas, na avaliação da situação de saúde e no planejamento de ações para o enfrentamento da pandemia, bem como no controle da retomada das atividades eletivas. Nesse contexto, também as universidades públicas brasileiras, centros de produção do conhecimento e responsáveis pela formação profissional nas diversas áreas do saber, assumiram a responsabilidade de fornecer respostas rápidas e efetivas, capazes de solucionar ou amenizar os problemas e as situações críticas e emergenciais (CUNHA et al., 2020).

Tal criticidade requer que as universidades públicas federais, em conjunto com os Hospitais Universitários Federais (HUF), se envolvam na discussão e implementação de ações emergenciais de combate à pandemia. Ou seja, é premente desenvolver pesquisas que contribuam para o desenvolvimento de vacinas ou medicamentos específicos, capacitar/qualificar os profissionais da equipe de saúde para atender os pacientes e implementar ações de educação em saúde, extensivas à sociedade, sobre as medidas de prevenção e controle da disseminação da doença (CUNHA et al., 2020).

Diante da pandemia, evidenciou-se também a necessidade de interlocução entre a Ebserh Sede e os HUF, para a qual foram designados profissionais de cada Diretoria

da Ebserh Sede e de cada hospital da rede. Esse grupo de profissionais foi instituído mediante portaria da Sede (Portaria-SEI nº 01, 26 jun 2020) e denominado Núcleo de Comunicação Operacional no Âmbito do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública da Rede Ebserh (NuCOPCOE-Ebserh) – em minha trajetória, atuei representando o hospital.

Esse núcleo tem o objetivo de elaborar e implementar propostas de monitoramento das ações da Ebserh relativas ao enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da COVID-19 para ações em rede.

Em meio a essas atividades de coordenação e monitoramento, tive a oportunidade de me aproximar das ações dos HUF quanto ao planejamento para o enfrentamento da COVID-19. Destaco, como uma importante ação, no âmbito central, a definição e elaboração do Modelo de Plano de Contingência para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COVID-19), para direcionar a construção de planos singularizados em cada HUF, e do Guia para Monitoramento da COVID-19 nos Hospitais da Rede Ebserh. O objetivo desse plano de contingência foi disponibilizar, de maneira sistematizada, informações sobre as principais ações a serem implantadas em cada HUF, de modo processual e contínuo, para melhor preparação das diferentes fases de emergência hospitalar iminente.

No tocante ao Monitoramento da COVID-19 nos Hospitais da Rede Ebserh, elaborou-se um guia com informações em saúde que permitiam o mapeamento dos casos de COVID-19, a reorganização dos fluxos e a garantia dos serviços essenciais. Destaca-se que a coleta, a análise e o monitoramento de indicadores são fundamentais para o planejamento, programação, provisão e avaliação dos serviços em saúde pelos gestores.

Dessa forma, os serviços prestados pelas instituições de saúde devem ser orientados pelo uso de indicadores em todo o período da pandemia de COVID-19, uma vez que o gerenciamento de indicadores permite monitorar, analisar e avaliar os processos e as atividades desenvolvidas. Isso também possibilita mais agilidade nas decisões e subsidia estratégias para o enfrentamento da COVID-19 e retomada das atividades eletivas (EBSERH, 2021).

Ademais, as informações geradas pelos indicadores fornecem recursos necessários para o planejamento, execução e monitoramento das ações e permitem compreender a dinâmica da instituição, diagnosticar os problemas e analisar os possíveis efeitos das soluções previstas (EBSERH, 2021).

Neste manual, foram descritas as fichas técnicas dos indicadores específicos para

monitoramento da assistência aos casos da COVID-19, considerando as especificidades relevantes na assistência aos pacientes com a doença. Para tanto, fez-se uma articulação de trabalho em rede entre a Ebserh sede e os HUF, e o Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Coordenadoria de Gestão da Clínica (CGC) da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde (DEPAS), contando com a colaboração dos SVSSP dos hospitais da rede Ebserh, dos Serviços de Regulação Assistencial (SRA) e dos Serviços de Gestão do Cuidado Assistencial (SGCA) da CGC/DEPAS.

Tais fichas foram elaboradas em cinco fases, em um processo de aprimoramento contínuo iniciado em maio de 2020, que contou com o apoio do Grupo Temático de Trabalho (GTT) de Segurança do Paciente na Pandemia da COVID-19, instituído pela Portaria SEI no 17/2020.

Na primeira fase, levantou-se um rol de 30 indicadores para monitoramento da COVID-19, por meio de buscas em bases de dados nacionais e internacionais, avaliação de painéis e discussão junto com a rede Ebserh no âmbito do GTT. O rol de indicadores foi qualificado por meio de fichas para padronização quanto aos seguintes quesitos: descrição e justificativa; fórmula de cálculo; responsáveis pela coleta, validação e análise; periodicidades da coleta e análise; unidade de medida; meta; termos técnicos; parâmetros; metodologia de coleta e compilação; limitação e vieses; fonte de dados e referências. Como resultado desta fase, foi elaborada a Etapa Preparatória da Diretriz Ebserh para Monitoramento e Avaliação das Ações de Enfrentamento da COVID-19, que trouxe a proposta das fichas técnicas de 18 indicadores específicos para o novo coronavírus.

Na segunda fase, o Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde (SGQ/CGC/DEPAS) encaminhou para os hospitais da rede Ebserh esse documento preparatório, junto com uma planilha eletrônica em formato Excel® denominada “Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente – Indicadores COVID 19”, para que os especialistas dos SVSSP e demais áreas pertinentes coletassem os dados utilizando as fichas técnicas durante os meses de julho e agosto de 2020. Para tanto, deveriam considerar a série histórica de fevereiro a julho de 2020, assim como os dados disponíveis em cada hospital. Essa fase buscou explorar a aplicabilidade das fichas propostas, por meio da coleta de dados.

Na terceira fase, após recebimento da planilha eletrônica preenchida pelos hospitais, o SGQ elaborou um instrumento para realizar a validação opinativa dos indicadores, que foi encaminhado para os hospitais em setembro de 2020. Esse

instrumento apresentou a ficha de análise dos atributos de cada indicador, sendo estes:

2.2.1 validade: capacidade de medir o que se pretende, determinada por: a) sensibilidade: capacidade de detectar o fenômeno analisado; b) especificidade: capacidade de detectar somente o fenômeno analisado;

2.2.2 confiabilidade: reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares;

2.2.3 mensurabilidade: basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir;

2.2.4 relevância: responder à prioridade de saúde; e

2.2.5 custo-efetividade: os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

O instrumento de análise foi discutido em reunião de equipe via Microsoft Teams®. Terminando a análise de cada indicador, os responsáveis pelos SVSSP da rede Ebserh avaliaram, para cada indicador, a necessidade de validação ou adequação no numerador ou denominador, ou, ainda, exclusão ou proposição de indicador, com base nas avaliações dos atributos dos indicadores.

Recebidas e consolidadas as contribuições dos hospitais, na quarta fase, iniciaram-se as modificações nas fichas técnicas. O SGQ/CGC/DEPAS analisou as contribuições inseridas nas fichas enviadas pelos hospitais e iniciou as alterações de acordo com a pertinência com a literatura e a realidade de cada instituição. O SRA/CGC/DEPAS também auxiliou no processo de análise e modificações nas fichas de indicadores afetas à regulação assistencial.

Por último, na quinta fase, realizou-se a validação final das fichas técnicas de 12 indicadores descritos neste documento pela administração central da rede Ebserh. Tais fichas consideraram as publicações mais recentes a respeito da temática e grande parte delas foi baseada em fichas técnicas de indicadores clássicos, utilizados para monitoramento e avaliação da qualidade da assistência à saúde. Estes indicadores compõem o Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente constante no Sistema de Informações Gerenciais – SIG/Ebserh.

Considerando a alta e rápida transmissibilidade do vírus SARS-CoV-2 e a necessidade do monitoramento epidemiológico contínuo, o objetivo do Guia foi orientar os hospitais quanto à importância do monitoramento e gestão dos serviços hospitalares utilizando os indicadores específicos para monitoramento da COVID-19 selecionados e validados pela rede Ebserh.

Durante a fase de implantação dos indicadores específicos de COVID-19 no HUPES, foram definidas, pela chefia do SVSSP, as equipes responsáveis pelos dados a

serem coletados, a saber: o núcleo hospitalar de epidemiologia, a unidade de gestão de regulação de leitos e a unidade de processamento e monitoramento da informação. Posteriormente, houve uma reunião para definição dos fluxos e prazos para o preenchimento da planilha padronizada.

Estipulou-se o prazo de um mês para coleta de dados do preenchimento da planilha e definiu-se que a etapa de consolidação e inserção manual dos dados no Painel de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente no SIG/Ebserh deveria ser concluída até o décimo quinto dia do mês subsequente à coleta dos dados.

Os dados coletados pelas equipes do hospital correspondem aos numeradores e denominadores dos indicadores validados, e esses números absolutos se referem a importantes informações sobre a situação epidemiológica e gestão de leitos do hospital.

Esses dados apresentados nas reuniões do Comitê de Crise favorecem a análise dos resultados dos indicadores e apoiam a definição das ações a serem adotadas, contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais. Dessa forma, configuram-se como um instrumento fundamental para a disponibilidade e acompanhamento das informações em tempo real.

Os indicadores de qualidade em assistência a saúde pactuados para monitoramento da COVID-19 nos hospitais da rede Ebserh são:

- Taxa de mortalidade institucional específica por COVID- 19;
- Taxa de letalidade da COVID-19 em pacientes internados no hospital;
- Percentual de casos confirmados da COVID-19;
- Incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 em pacientes adultos internados no hospital;
- Incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 em pacientes pediátricos internados no hospital;
- Incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 em pacientes neonatos internados no hospital;
- Taxa de pacientes internados e recuperados da COVID-19;
- Percentual de casos confirmados de COVID-19 em pacientes por RT-PCR;
- Taxa de ocupação de leitos COVID-19 em UTI – pediátricos;
- Taxa de ocupação de leitos COVID-19 em UTI – adulto;
- Tempo médio de permanência em leitos de enfermaria COVID-19;
- Tempo médio de permanência em leitos de UTI - adulto COVID-19. (EBSERH, 2020).

O estudo realizado através do estado da arte, expresso ao longo do atual texto, resultou na elaboração de um artigo de revisão integrativa da literatura. A revisão

integrativa consiste em um método de pesquisa que possibilita a síntese e análise do que existe de produção científica sobre determinado fenômeno. A atual pesquisa, além disto, tem como objetivo a produção de novos questionamentos, reflexões e críticas, auxiliando na identificação de lacunas existentes e, conseqüentemente, no avanço do conhecimento.

O resultado desse artigo identificou produções com abordagens diferentes da temática, bem como, a notória preocupação e a necessidade de avaliar a qualidade da assistência por meio do uso dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

A presença de publicações voltadas para esse tema trouxe a reflexão de que há uma preocupação em avaliar a qualidade com uso de indicadores, porém não foi evidenciada nenhuma publicação nos países situados na América do Sul que respondesse aos critérios e objetivo delineado no estudo.

Percebe-se a partir das evidências científicas encontradas que a avaliação da qualidade realizada por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado, subsidia os gestores e trabalhadores na tomada de decisão e favorece a institucionalização da avaliação como ferramenta para melhorar a performance das organizações no contexto hospitalar.

Nesse cenário, dentre os referenciais teóricos e metodológicos disponíveis para avaliação em saúde, destacam-se as dimensões da “Tríade Donabedian”, que se trata de uma taxonomia adotada para mensuração da qualidade de assistência à saúde a partir da análise de três dimensões: 1) estrutura – organização da assistência; 2) processo – desenvolvimento da assistência e 3) resultado – a resposta da assistência e para avaliar os aspectos de quaisquer uma dessas dimensões, utilizamos de indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Nesse sentido, considera-se necessária uma aproximação com a temática indicadores de qualidade em saúde no contexto da pandemia da COVID-19, pela lacuna apontada na literatura científica, identificada na revisão da literatura, assim como pelo impacto na qualidade dos cuidados em saúde e segurança do paciente.

Diante do exposto, apresento como **questão norteadora** para este estudo: Como os indicadores de qualidade em saúde foram aplicados durante a pandemia da COVID-19 em um hospital universitário federal vinculado à Ebserh? E delimito, como **objeto de estudo**, indicadores de qualidade em saúde em um hospital universitário federal vinculado à Ebserh durante a pandemia da COVID-19.

Para tanto, assume-se como **objetivo geral**: Analisar a aplicabilidade dos indicadores de qualidade em saúde na gestão de hospital vinculado à Ebserh durante a

pandemia da COVID-19.

Os **objetivos específicos** foram:

- Descrever o comportamento dos indicadores de qualidade em saúde do hospital vinculado à Ebserh durante a pandemia da COVID-19.
- Analisar as ações da gestão de um hospital vinculado à Ebserh a partir do comportamento dos indicadores de qualidade saúde durante a pandemia da COVID-19.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os indicadores são ferramentas de mensuração do resultado assistencial que favorecem o conhecimento dos pacientes atendidos e evidenciam o alcance dos objetivos propostos. Além disso, auxiliam no processo de melhoria contínua do cuidado e da tomada de decisão acerca das ações assistenciais, como as boas práticas de cuidado (BÁO et al., 2019).

Nas instituições hospitalares, essa análise propicia reflexões e discussões sobre a realidade institucional e o apoio na tomada de decisão, contribuindo para a melhoria contínua dos processos organizacionais.

Trata-se, portanto, de um instrumento fundamental para a disponibilidade e acompanhamento das informações em tempo real. O referencial teórico mais utilizado pelos autores que estudam a avaliação da qualidade em saúde é proposto por Donabedian, cujas abordagens avaliativas abrangem a tríade – estrutura, processo e resultado, fundamentadas na Teoria de Sistemas (DONABEDIAN, 1980).

Os critérios de estrutura possibilitam o desenvolvimento de um processo adequado de cuidados com resultados favoráveis. Por estrutura, entende-se o conjunto das características e a distribuição de equipamentos e serviços; a quantidade e qualificação dos recursos humanos; a configuração de como a atenção é organizada, financiada e fornecida; e o modelo de gestão. O processo é o conjunto de atividades que envolvem a equipe de saúde e o usuário do serviço de saúde: procedimentos, diagnósticos, intervenções terapêuticas e a relação interpessoal.

O resultado é o produto da assistência, como melhorias nos indicadores de saúde (mortalidade) e satisfação das expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 1980). Situações de crise, como a vivenciada pela pandemia da COVID-19, exigem que gestores se empenhem na reorganização dos serviços de saúde, no sentido de garantir estrutura física, equipamentos, materiais e profissionais suficientes para o atendimento aos pacientes acometidos pela doença. Em janeiro de 2020, um novo coronavírus, denominado síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2), foi identificado, causando doença por coronavírus, a denominada COVID-19. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou uma pandemia causada pela COVID-19 (WHO, 2019).

O Brasil declarou a COVID-19 como uma ESPIN no dia 3 de fevereiro de 2020. Posteriormente, no dia 26 do mesmo mês, foi confirmado o primeiro caso da doença no país, seguido do primeiro óbito, em 17 de março (CAVALCANTE et al., 2020,

BRASIL, 2020). Nessa perspectiva, a análise dos indicadores de qualidade em saúde dos pacientes com COVID-19 nos hospitais configura-se como uma ferramenta essencial para viabilizar melhorias na qualidade da assistência à saúde, potencializar os investimentos nos sistemas de saúde e proporcionar maior proteção aos profissionais (RAFAEL et al., 2020).

4 REVISÃO DE LITERATURA

Visando sustentar teoricamente esta dissertação, buscou-se analisar as publicações sobre os indicadores de qualidade em assistência à saúde no contexto hospitalar a partir do surgimento da COVID-19. No escopo do atual trabalho, a revisão de literatura foi apresentada em formato de artigo.

4.1 PRIMEIRA PRODUÇÃO – ARTIGO – INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD EN LA PANDEMIA DE COVID-19: REVISIÓN INTEGRATIVA

HEALTH QUALITY INDICATORS IN THE COVID-19 PANDEMIC: INTEGRATIVE REVIEW

Highlights

- 1 Inadequações nas ações e estratégias adotadas por gestores e trabalhadores, principalmente em situações de crise como a vivenciada pela COVID-19, podem contribuir na qualidade dos cuidados prestados.
- 2 A pandemia da COVID-19 implicou em comprometimento dos cuidados/atenção aos usuários dos serviços de saúde.
- 3 O uso de indicadores de qualidade em assistência à saúde auxilia na gestão hospitalar.
- 4 A tríade de Donabedian subsidia na análise dos dados e favorece a assertividade na tomada de decisão.

Resumo

Introdução: o uso de indicadores de qualidade em assistência à saúde auxiliam na avaliação em saúde no contexto hospitalar. **Objetivo:** analisar as publicações sobre os indicadores de qualidade em assistência à saúde no contexto hospitalar a partir do surgimento da COVID-19. **Materiais e Método:** revisão integrativa com coleta nas bases de dados BVS, PubMed, SCOPUS, Web of Science no período de janeiro de 2020

à dezembro de 2021 com os descritores: “Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde”, “Hospitais”, “COVID 19”. **Resultados:** foram incluídos dez estudos e posteriormente agrupados por similaridade de conteúdo em três categorias atreladas à “Tríade Donabedian”. Todos apresentavam a importância do uso dos indicadores para análise da qualidade do cuidado dos pacientes com COVID-19. Com 20% deles relacionados a estrutura e os demais a processos e resultados, sendo 40% em cada categoria. **Conclusões:** verificou-se uma notória preocupação e necessidade de se avaliar a qualidade assistencial por meio do uso dos indicadores e que a tríade de Donabedian apresenta como ferramenta avaliativa e auxilia na tomada de decisão, bem como, na disseminação da avaliação em saúde no contexto hospitalar. Destaca-se a necessidade de mais estudos conduzidos para a qualidade hospitalar relacionados a COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; Avaliação em saúde; Hospitais; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde.

Resumen

Introducción: el uso de indicadores de calidad en la atención de la salud ayuda en la evaluación de la salud en el contexto hospitalario. **Objetivo:** analizar las publicaciones sobre indicadores de calidad en la atención a la salud en el contexto hospitalario desde la aparición de la COVID-19. **Materiales y Método:** revisión integradora con recolección en las bases de datos de la BVS, PubMed, SCOPUS, Web of Science de enero de 2020 a diciembre de 2021 con los descriptores: “Indicadores de Calidad en la Atención de la Salud”, “Hospitales”, “COVID 19”. **Resultados:** diez Se incluyeron estudios y luego se agruparon por similitud de contenido en tres categorías vinculadas a la "Tríada Donabedian". Todos mostraron la importancia de utilizar indicadores para analizar la calidad de la atención a los pacientes con COVID-19. Con un 20 % de ellos relacionados con la estructura y los demás a procesos y resultados, 40% en cada categoría. **Conclusiones:** Hubo una clara preocupación y necesidad de evaluar la calidad de la atención a través del uso de indicadores y que la tríada de Donabedian presenta como herramienta de evaluación y ayuda en la toma de decisiones, así como en la difusión de la evaluación de la salud en el contexto hospitalario relacionado con el COVID-19.

Palabras clave: COVID-19; Evaluación en Salud; Hospitales; Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud.

Abstract

Introduction: the use of quality indicators in health care help in health assessment in the hospital context. **Objective:** to analyze publications on quality indicators in health care in the hospital context since the emergence of COVID-19. **Materials and Method:** integrative review with collection in the VHL, PubMed, SCOPUS, Web of Science databases from January 2020 to December 2021 with the descriptors: "Quality Indicators in Health Care", "Hospitals", " COVID 19". **Results:** ten studies were included and later grouped by similarity of content into three categories linked to the "Donabedian Triad". All showed the importance of using indicators to analyze the quality of care for patients with COVID-19. With 20 % of them related to structure and the others to processes and results, 40% in each category. **Conclusions:** There was a clear concern and need to assess the quality of care through the use of indicators and that Donabedian's triad presents as evaluation tool and assists in decision making, as well as in the dissemination of health assessment in the hospital context hospital related to COVID-19.

Keywords: COVID-19; Health Evaluation; Hospitals; Outcome and Process Assessment, Health Care.

1. INTRODUÇÃO

As mudanças e avanços ocorridos nas organizações de saúde requereram a adoção de políticas e estratégias para garantir a segurança do paciente (SP) nos hospitais públicos e privados. Essa temática ganha maior visibilidade no início do século XXI, despertando o interesse da comunidade científica, passando a ser reconhecida globalmente como um dos pilares da qualidade da assistência na saúde (QAS). Por conseguinte, configura-se como fenômenos de interesse dos pesquisadores¹.

Neste contexto, a segurança do paciente, definida como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, surge como essencial para a alta performance das organizações. A adoção de programas de SP nos serviços possibilita a redução da ocorrência de eventos adversos (EA) em decorrência do cuidado de saúde².

Estudo aponta a prevalência de 12,2% e incidência de 10,3 eventos por 100 admissões, cabe apontar que acima de 70% eram evitáveis; dois terços provocaram impactos leves a moderados; 9,9% causaram deficiência permanente e 6,7% contribuíram para a morte dos pacientes. Os EA aumentaram o número de internamento em média de 6,1 dias e das despesas em 5550 euros por evento³.

No cenário brasileiro, a SP e QAS são direcionadas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Nesse documento, o conceito de hospital seguro é ampliado, apontando para a execução das atividades de modo a proporcionar alta performance, efetividade, eficiência e eficácia correlacionando com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. No entanto, estudos nacionais mostram uma variabilidade entre 5,7 a 14,2% de ocorrência de EA no cenário hospitalar; destes, 75% seriam evitáveis⁵, ou seja, estão relacionados a processos de avaliação dos serviços.

Dentre os referenciais teóricos e metodológicos disponíveis para avaliação em saúde, destacam-se as dimensões da “Tríade Donabedian”, que se trata de uma taxonomia adotada para mensuração da qualidade de assistência à saúde a partir da análise de três dimensões: 1) estrutura – organização da assistência; 2) processo – desenvolvimento da assistência e 3) resultado – a resposta da assistência e para avaliar os aspectos de quaisquer uma dessas dimensões, utilizamos de indicadores de qualidade em assistência à saúde^{1,6,7}.

Neste processo de avaliação e melhoria assistencial, os indicadores apoiam os gestores por meio da medição numérica de desempenho e da análise das características intrínsecas ao tipo de serviço prestado, possibilitando o estabelecimento de metas e o seu alcance no decorrer do tempo⁸.

A utilização de indicadores de qualidade em assistência à saúde em serviços hospitalares deve considerar aspectos como, por exemplo, a validação, viabilidade de cálculo, simplicidade, especificidade e pertinência para que possam ser utilizados dentro de uma determinada situação⁹.

Situações de crise, como a que estamos vivenciando com a Pandemia da COVID-19, exigem dos gestores esforços e conhecimentos visando a reorganização dos serviços de saúde, buscando garantir a estrutura física, os equipamentos, os insumos e os profissionais suficientes para atendimento às pessoas acometidas pela doença¹⁰⁻¹². Nesse sentido, a utilização e análise dos indicadores de qualidade em assistência à saúde nos hospitais durante a pandemia é uma ferramenta para viabilizar melhorias na qualidade da assistência à saúde, potencializar os investimentos nos sistemas de saúde e para a garantia da proteção do profissional nos serviços de saúde que atendem pessoas acometidas pela COVID-19¹³.

Com base no exposto, assume-se como objetivo: analisar a produção do conhecimento sobre a utilização dos indicadores de qualidade em assistência à saúde em hospitais no contexto da pandemia da COVID-19.

2. MATERIAIS E MÉTODO

A pesquisa se trata de uma revisão integrativa da literatura (RIL), método de pesquisa que possibilita a síntese e análise do que existe de produção científica sobre determinado fenômeno. Além disto, tem como objetivo, a produção de novos questionamentos, reflexões e críticas, auxiliando na identificação de lacunas existentes e, conseqüentemente, no avanço do conhecimento¹⁴.

O método de revisão integrativa, segundo adotado pelo estudo de Mendes, Silveira e Galvão (2008)¹⁵, possui as seguintes etapas: 1) Identificação da questão de pesquisa; 2) Busca na literatura científica (para esta etapa foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para o material encontrado, realização da busca nas bases de dados e seleção estudos); 3) Categorização dos resultados encontrados; 4) Avaliação dos artigos selecionados; 5) Análise, interpretação e discussão dos resultados; e 6) Sintetização das informações e produção de conhecimento. Assim, o guia PRISMA foi aplicado nessa revisão¹⁶.

Para nortear a busca, foi elaborada a questão de pesquisa utilizando o acrônimo PICO¹⁷ (População, Interesse e Contexto), que possibilita o alcance de uma busca efetiva e o direcionamento do estudo de acordo com os objetivos propostos, de tal modo, formulou-se a seguinte questão norteadora: “Como os indicadores de qualidade em assistência à saúde foram utilizados pelos hospitais no contexto da pandemia de COVID-19?”.

A coleta dos dados ocorreu de 5 a 21 de janeiro de 2022 nas bases eletrônicas de dados: BVS, *PubMed*, *SCOPUS*, *Web of Science*. Para tanto, os descritores em ciências da saúde (DeCS) utilizados foram “Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde”, “Hospitais”, “COVID-19” – e os correlatos em inglês – combinados com operador booleano *AND* de artigos publicados no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021.

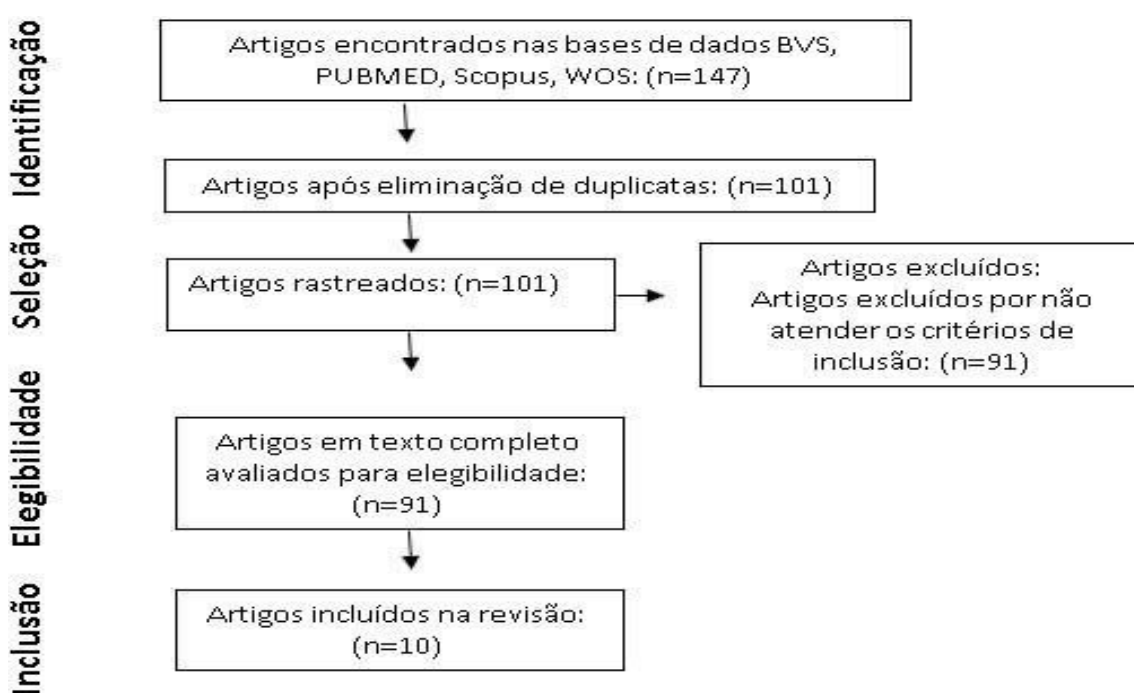
Os critérios de inclusão foram: artigos publicados de janeiro de 2020 a dezembro de 2021, originais, disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português.

Os critérios para exclusão foram: os trabalhos recuperados que constituíam revisões, teses, dissertações, relatos de caso, comunicações breves e estudos duplicados ou complementares. Importante destacar que, visando diminuir o risco de viés na etapa de inclusão dos estudos, ficaram três revisores responsáveis pela conferência e validação da seleção.

Sobre a seleção de fontes de evidências, as seguintes etapas foram adotadas: 1) Pesquisa nas plataformas através dos descritores selecionados; 2) Leitura dos títulos e

resumos dos trabalhos para triagem dos trabalhos consonantes a questão de pesquisa e ao objetivo da revisão e 3) Seleção pós leitura completa dos produtos selecionados. As etapas foram realizadas por dupla de revisores, de maneira independente com o suporte da ferramenta online *Rayaan*¹⁸. Houve discordância entre os revisores, portanto foi necessária a avaliação de um terceiro revisor (A3), o qual discutiu sobre os achados com A1 e A2 para que houvesse padronização das informações de acordo com a estratégia de busca definida anteriormente. A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos estudos de acordo com os itens do PRISMA.

Figura 1. Fluxograma dos artigos incluídos e excluídos na revisão, 2022.



Fonte: elaboração própria.

Para análise e síntese dos artigos incluídos na RIL foi feita a releitura dos materiais pré- selecionados com avaliação crítica e sistematização dos dados numa matriz de análise e elaboração de um quadro sinóptico, conforme as informações: título, país, autor(es), ano de publicação, objetivo, método e indicadore(s)/principais achados, acrescido da definição de três categorias, aportadas no referencial teórico de Donabedian.

3. RESULTADOS

Dez artigos atenderam aos critérios de inclusão e responderam à questão de

pesquisa. Nesse rol, seis (60%) foram publicados em 2021, oito (80%) foram publicados em inglês e dois (20%) em espanhol. Os países de realização das pesquisas foram: Cuba, Bélgica, Estados Unidos da América, Arábia Saudita, União Européia e Espanha. O quadro sinóptico sumariza os achados dos artigos.

Quadro 1. Quadro sinóptico da revisão, segundo título/país, autores, ano, objetivo, método e indicador(es)/principais achados, 2022

Título/ País	Autores	Ano	Objetivo	Método	Indicador (es)/ Principais achados
Dimensão estrutura					
Modelo del Sistema de enfrentamiento a la COVID-19 soportado en un Cuadro de Mando Integral ¹⁹ . (Cuba)	Cruz; Pérez-Pravia,	2020	Modelar a eficácia do sistema de combate à COVID-19 com base em sua eficácia e eficiência.	Modelagem matemática para determinar os indicadores de gestão	Indicador (es): indicadores de gestão Principais achados: O indicador EFECOVIED é projetado, o que permite gerenciar a eficácia do sistema de enfrentamento COVID-19.
Not only intensive care unit workload and activities but also quality indicators are influenced by the COVID-19 epidemic ²⁰ . (Bélgica)	Reper et al.	2021	-	Estudo analítico comparativo	Indicador (es): taxa de infecção e mortalidade absoluta Principais achados: A infecção por COVID-19 elevou a carga de trabalho para as equipes de UTI e o índice de complicações. A infecção por COVID-19 elevou a carga de trabalho para as equipes de UTI e o índice de complicações. A pandemia influenciou os indicadores de qualidade da UTI, principalmente as taxas de infecções e razão mortalidade
Dimensão Processo					
Nurse Sensitive Indicators and How COVID-19 Influenced Practice Change ²¹ . (Estados Unidos)	Grimley et al.	2021	Obter uma perspectiva nacional sobre a experiência coletiva dos principais executivos de enfermagem	Estudo observacional	Indicador (es): Estratégia de pessoal Principais achados: As estratégias utilizadas pela enfermagem podem estar repletas de impactos negativos não intencionais no atendimento ao paciente.
Provider-patient communication and hospital ratings: perceived gaps and forward thinking about	Belasen et al.	2020	Destacar questões clínicas e operacionais, identificar os fatores que moldam as respostas do paciente na Avaliação do Consumidor Hospitalar de Provedores e Sistemas de Saúde (HCAHPS) e testar as	Pesquisa HCAHPS	Indicador (es): satisfação do cliente, qualidade técnica, tempo de permanência e taxa de readmissão. Principais achados: As correlações parciais para a avaliação geral do hospital e

the effects of COVID-19 ²² . (Estados Unidos)			correlações entre as medidas compostas e as classificações gerais do hospital.		três medidas compostas são positivas e moderadamente fortes para a transição de cuidados (0,445) e comunicação da enfermeira (0,369) e fracas para a comunicação do médico (0,066).
Variations in length of stay of inpatients with COVID-19: A nationwide test of the new model of care under vision 2030 in Saudi Arabia ²³ . (Arábia Saudita)	Alharbi et al.	2021	Examinar os fatores associados ao LOS para entender melhor o desempenho do Sistema de Saúde Saudita em resposta à pandemia de COVID-19 nas cinco unidades de negócios regionais (BUs) sauditas recentemente sugeridas.	Estudo retrospectivo	Indicador (es): Tempo de permanência para pacientes com COVID-19 Principais achados: O tempo de permanência para pacientes com COVID-19 diferiu entre as Uns regionais de saúde propostas, sugerindo diferenças regionais na qualidade da atenção sob a reorganização do sistema nacional de saúde.
Regional differences in COVID-19 ICU admission rates in the Kingdom of Saudi Arabia: A simulation of the new model of care under vision 2030 ²⁴ . (Arábia Saudita)	Alharbi et al.	2021	Utilizar dados das treze atuais regiões administrativas do KSA para simular as variações na admissão na UTI como um indicador de qualidade nas cinco unidades de negócios propostas por um novo Modelo de Atenção.	Estudo ecológico	Indicador (es): Taxas de internação em UTI para pacientes com COVID-19. Principais achados: O uso de UTI para pacientes com COVID-19 diferiu significativamente nas unidades de saúde KSA, consistente com variações no atendimento para outras condições não relacionadas ao COVID-19.
Dimensão Resultado					
Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union ²⁵ . (União Européia)	Mattuzzi; Lippi; Henry	2021	Identificar indicadores ambientais e hospitalares que podem influenciar a mortalidade do coronavírus 2019 (COVID-19) em diferentes países, essencial para um melhor manejo dessa doença infecciosa.	-	Indicador (es): Ambientais e hospitalares. Principais achados: Algumas inadequações comuns do sistema de saúde, podem ser fatores importantes para as taxas de mortalidade COVID-19 em todo o país.
Assessment model for evaluating the preparedness plan for COVID-19 in a tertiary care hospital ²⁶ . (Espanha)	Llorente-Parrado et al.	2020	Desenvolver um modelo baseado em padrões para a avaliação do sistema de preparação e resposta à COVID-19 em um hospital terciário.	Validação da autoavaliação e auditoria hospitalar	Indicador (es): Impacto na saúde e na estão da preparação e resposta à pandemia. Principais achados: A implementação de um modelo baseado em padrões é uma ferramenta útil para identificar áreas de melhoria e boas práticas nos planos de preparação e resposta COVID-19 em um hospital.
Impact of the first COVID-19 pandemic wave on the care and	Montero-Pérez, Murillo	2021	Estudar o impacto do estado de emergência da primeira onda pandêmica de COVID-19 nos indicadores qualitativos e	Estudo transversal retrospectivo	Indicador (es): processo do tempo de espera classificação durante a pandemia.

quality indicators of a hospital emergency department ²⁷ . (Espanha)			quantitativos da procura dos serviços de um serviço de urgência hospitalar.		Principais achados: A demanda por atendimento de emergência diminuiu globalmente em 48,3% (IC 95%, 0,48%-0,49%) enquanto o estado de emergência estava em vigor. A diminuição foi de 60,7% (IC 95%, 0,60% -0,61%) durante a fase 0 (bloqueio). A diminuição foi mais acentuada para as emergências de prioridade mais baixa durante o bloqueio (fase 0), em 60,5% para a prioridade mais baixa (nível V) contra 35,1% para a prioridade mais alta (nível I).
COVID-19 and nurse-sensitive indicators: Using performance improvement teams to address quality indicators during a pandemic ²⁸ . (Estados Unidos)	Stifter et al.	2020	Identificar os indicadores de qualidade sensíveis aos enfermeiros que têm sido historicamente usados como métrica da qualidade da assistência de enfermagem nas organizações de saúde.	-	Indicador (es): indicadores de qualidade sensíveis aos enfermeiros Principais achados: A implementação dessas estratégias práticas inovadoras levou a um declínio nas infecções associadas aos cuidados de saúde e instituiu um novo padrão de tratamento para os pacientes com COVID-19.

Fonte: elaboração própria.

A leitura dos artigos permitiu a identificação das categorias estabelecidas segundo o referencial estabelecido na “Tríade Donabedian” através da taxonomia básica para mensuração da qualidade de assistência à saúde, utilizando três componentes: estrutura (organização da assistência); processo (desenvolvimento da assistência) e o resultado (a resposta da assistência)²⁹.

No que concerne aos objetivos notou-se que todos apresentavam a importância do uso dos indicadores para análise da qualidade do cuidado dos pacientes com COVID-19, porém a “Tríade Donabedian” não foi adotada pelos autores nos seus estudos para dar suporte teórico às análises relativas à avaliação da qualidade com aplicação dos indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Nesse sentido, pelas dimensões de avaliação de qualidade de Avedis Donabedian, 2 (20%) dos estudos estavam relacionados a estrutura e os demais a processos e resultados, com 4 (40%) em cada uma das categorias.

DISCUSSÃO

Estudos sobre a presente temática circunstanciados no cenário brasileiro e conduzidos por cientistas nacionais não foram recuperados, apontando uma lacuna a ser

explorada pela comunidade científica.

É patente que os indicadores de qualidade em assistência à saúde adotados para mensurar a qualidade do serviço permite às organizações, definição de padrões comparando-o a critérios baseados em evidências bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos, mas especificamente, possibilita a verificação e avaliação dos processos e resultados que afetam a satisfação de clientes e trabalhadores³⁰.

Segundo o modelo de Donabedian, a tríade “Estrutura, processo e resultado” abrange todas as atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e os usuários em um ambiente, nessa relação cada componente pode ser avaliado separadamente, mas para alcançar um resultado significativo, as três dimensões devem ser avaliadas juntas de forma sistêmica²⁹.

Entre os estudos relacionados nessa revisão de literatura abordou as três categorias propostas por Donabedian²⁹. Assim, os artigos incluídos foram alocados em categorias únicas, Estrutura, Processo e Resultado a seguir:

Dimensão estrutura

Esta categoria está atrelada ao primeiro componente dessa tríade, a estrutura, composta pelo levantamento dos instrumentos do cuidado à saúde e de sua organização. Com as características relacionadas à prestação da assistência, representada pelos instrumentos e os recursos disponíveis para a sua realização, físicos e organizacionais, incluindo os recursos humanos, materiais e financeiros.

Dois artigos compuseram esta categoria um deles abordava o uso de indicadores EFECOVID para subsidiar a gestão hospitalar durante a reorganização do sistema para enfrentamento da pandemia COVID-19 (19). A implantação de indicadores e de medidas de segurança podem contribuir com a prevenção do erro e que estes devem estar presentes em todos os cuidados de saúde³⁰.

Outro estudo trouxe o impacto laboral após o aumento da carga de trabalho das equipes da UTI influenciando diretamente nos indicadores de qualidade como taxa de infecção e razão de mortalidade (20). O impacto ocupacional sobre os profissionais de saúde já era vivenciado nos ambientes de trabalho, porém a potencialização do estresse ocupacional, devido ao desconhecimento inicial diante do manejo e desdobramentos do SARS-CoV-2, o que gerou medo, insegurança em relação ao risco de exposição e contaminação de si e de familiares em decorrência a assistência prestada³¹⁻³³.

Estudo relaciona a proporção entre número de paciente por enfermeira e sua associação com desfechos de saúde em hospitais públicos do Serviço Andaluz de Saúde,

análise de 19 indicadores de qualidade, segurança e mortalidade hospitalar. Cinco associações significativas foram identificadas o aumento da ocorrência de lesão por pressão, da prevalência de infecções hospitalares, da sepse pós operatória, da bacteremia e da mortalidade por insuficiência cardíaca. A associação positiva entre o aumento da proporção de paciente por enfermeiro com piores resultado relacionados à assistência de enfermagem foi constatada²⁰.

Dimensão processo

Na categoria processo relacionada ao trabalho realizado pelos profissionais do ponto de vista técnico na assistência à saúde e com o cliente. Sendo assim, diz respeito a aplicação do conhecimento e a habilidade dos profissionais na condução da sua assistência, quatro artigos foram alocados nessa categoria.

Dois tratavam das inadequações das estratégias de enfermagem influenciando negativamente nos indicadores de qualidade²¹, sendo a comunicação da enfermagem uma forte medida para avaliação do hospital²². Nesse contexto, a equipe de enfermagem possui papel destacado, face a atuação desses profissionais na segurança do paciente, além de ser a maior força de trabalho no cuidado ao paciente nas instituições de saúde³¹⁻³³.

Os outros dois artigos analisaram a ausência de padronização regional ocorrendo variações na qualidade da atenção durante a reorganização dos sistemas num cenário complexo, desconhecido, inseguro e dinâmico causado pelo Coronavírus²³⁻²⁴. O enfrentamento desse cenário requer ações intersetoriais, assim a elaboração do planejamento deve considerar o conhecimento, a intuição e a ação para manejo da crise sanitária suscitada pela COVID-19, observando as especificidades, potencialidades e lacunas de cada país³⁴⁻³⁶.

O funcionamento dos hospitais é uma atividade complexa, que engloba atividades meio e fim, para tanto há a necessidade de planejamento e gestão considerando a capacidade instalada do serviço, prática ressignificada na pandemia de COVID-19. Nesse cenário, a resposta ao aumento de demanda em todos os níveis de complexidade por cuidados/atenção constituiu um desafio a todos envolvidos nos sistemas de saúde, em relação ao paradigma de “pensar” os serviços de saúde pela capacidade instalada.

Esse contexto – previamente existente – de desequilíbrio entre a demanda de atenção e a capacidade instalada dos sistemas de saúde, implicou em comprometimento da qualidade dos cuidados/atenção, por conseguinte dos indicadores de atenção a saúde,

aos usuários acometidos por COVID-19 e outros agravos. Ademais, a proatividade, a expertise, o planejamento e a avaliação em tempo real dos gestores possibilita responder de maneira célere a situação imposta pela pandemia, para tanto o diagnóstico/identificação precoce é essencial para organização do hospital/sistemas de saúde na identificação das necessidades de recursos adicionais e estratégias de triagem³⁷.

Dimensão resultado

Por sua vez essa categoria, é a última variável da tríade, representada pelo produto, decorrente da assistência prestada (ou não) àqueles que se beneficiariam (ou não). Essa dimensão sumariza as categorias estrutura e processo de forma dinâmica e envolve aspectos complexos, como o compromisso dos profissionais, a crítica contínua sobre a assistência, com foco na qualidade do cuidado e segurança do paciente nas instituições. Quatro artigos analisados reportaram-se a dimensão resultado.

O primeiro apontou as inadequações nas estratégias de atendimento impactam na taxa de mortalidade de pessoas por COVID-19²⁵. Em seguida os outros dois estudos versam sobre os modelos baseados em padrões e estratégias inovadoras que melhoram os planos de enfrentamento da COVID-19²⁶⁻²⁷. As estratégias práticas e inovadoras instituíram um novo padrão de atendimento durante a pandemia. Como também, a inclusão de indicadores de segurança é uma estratégia, que orienta medidas para segurança do paciente hospitalizado³⁸.

O quarto estudo mostrou a diminuição dos atendimentos de emergência, principalmente nos atendimentos de baixa complexidade²⁸. Esse achado contrapõe o cenário de elevação mundial das demandas das unidades hospitalares em virtude da COVID-19, que demandou a reorganização dos sistemas de saúde, estratégias gerenciais e processos de cuidado enfrentamento da pandemia³⁷.

A avaliação dos preditores de mortalidade intra-hospitalar em pessoas com pré-diabetes e diabetes hospitalizadas por COVID-19 e o desenvolvimento de pontuação para estratificar o risco de desfecho fatal apontaram maior mortalidade hospitalar entre pessoas acometidas por diabetes, porém sem significância na diferença em pré-diabéticos. Destarte, a adoção dos indicadores de atenção a saúde relacionados a mortalidade possibilita a discussão e utilização de estratégias para o enfrentamento da COVID-19, contextualizadas nos cenários de atenção de cada país^{39,40}.

Na Colômbia, a idade média das pessoas que morrem por COVID-19 é de 69 anos (mediana e moda de 71 e 80 anos, respectivamente) e o vírus é menos letal entre

uma população com menos de 40 anos. A maior parte das mortes ocorreu em pessoas com comorbidades anteriores e do gênero masculino⁴¹.

4. CONCLUSÕES

Diante da revisão integrativa das publicações científicas verificou-se que há uma multiplicidade de produções com abordagens diferentes da temática, bem como, a notória preocupação e a necessidade de avaliar a qualidade da assistência por meio do uso dos indicadores de estrutura, processo e resultado. Para tanto, evidenciou-se que a tríade de Donabedian auxilia na análise dos dados e favorece a assertividade na tomada de decisão além de disseminar a avaliação em saúde no contexto hospitalar produzindo desfechos que implicam na melhoria da qualidade das organizações.

A presença de publicações voltadas para esse tema trouxe a reflexão de que há uma preocupação em avaliar a qualidade com uso de indicadores, porém não foi evidenciada nenhuma publicação nos países situados na América do Sul que respondesse aos critérios e objetivo delineado nesse estudo.

Percebe-se a partir das evidências científicas encontradas a avaliação da qualidade realizada por meio de indicadores de estrutura, processo e resultado subsidiam os gestores na tomada de decisão e favorece a institucionalização da avaliação como ferramenta para melhorar a performance das organizações no contexto hospitalar, implicando na qualidade e segurança do paciente em ambiente hospitalar.

Os estudos incluídos nesta revisão integrativa demonstram a necessidade de ampliar e intensificar o desenvolvimento de pesquisas relacionadas aos indicadores de qualidade em assistência à saúde hospitalar, assim como os relacionados a COVID-19 que vem causando grandes prejuízos mundialmente.

REFERÊNCIAS

- 1 **Sousa P, Mendes W.** Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: EaD/ENSP; 2019. 524 p.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, Poder Executivo.
- 3 **Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al.** The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. *BMJ Quality &*

- Safety 2017; 26: 111- 119p. <https://doi:10.1136/bmjqs-2015-004828>.
- 4 **Finkelstein BJ, Junior LHBA.** Hospitals beds in Brazil, SUS inpatients, demographic migration and procedures costs. *Jornal Brasileiro de Economia e saúde*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 1-8, 21 nov. 2020.
 - 5 **Zanetti ACB, Gabriel CS, Dias BM, Bernardes A, Moura AA, Gabriel AB, et al.** Assessment of the Incidence and Preventability of Adverse Events in Hospitals: an Integrative Review. *Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre*, v. 41, e20190364, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190364>.
 - 6 **Donabedian A.** The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985. 528 p.
 - 7 **Gomes J, Martins M, Tronchin D, Fernandes C.** Quality Assessment of the Surgery Center Regarding Structure, Process and Results. *Cogitare Enfermagem*, v. 26, jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71083>.
 - 8 **Pinheiro SL, Vasconcelos RO, de Oliveira JLC, Matos FGOA, Tonini NS, Alves DCI.** Surgical cancellation rate: quality indicator at a public university hospital. *Rev Mineira Enferm*, v. 21, e1014. 2017.
 - 9 **Báo ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL.** Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev. Bras. Enferm.* 72 (2). 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.
 - 10 **Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J et al.** A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*; 382 (8): 727–733. 2020.
 - 11 **Who.** World Health Organization –. Coronavirus disease 2019 (Covid-19): situation report 51. Geneva: World Health Organization; 2020 [acesso 01 nov 2021]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 - 12 **Cavalcante JR, Santos ACC, Bremm JM, Lobo AP, Macário EM, Oliveira WK et al.** COVID-19 in Brazil: evolution of the epidemic up until epidemiological week 20 of 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>.
 - 13 **Rafael RM R, Neto M, Carvalho MMB, David HMSL, Acioli S, Faria MGA.** Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect?. *Rev enferm UERJ*, v. 28, p. e49570, 2020. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>.

- 14 **Broome ME.** Integrative literature reviews for the development of concepts. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
- 15 **Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM.** Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17 (4), p. 758-64, 2008.
- 16 **Galvão TF, Pansani TS, Harrad D.** Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses: The PRISMA Statement. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24:335-42. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>.
- 17 **Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC.** The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
- 18 **Johnson N, Margaret P.** Rayyan for Systematic Reviews. *Journal of Electronic Resources Librarianship*. 2018. 30 (1). Routledge: 46–48. doi:10.1080/1941126X.2018.1444339.
- 19 **Leudis OVC, Milagros CPP.** Modelo del sistema de enfrentamiento a la COVID-19 soportado en un Cuadro de Mando Integral. *Rev. inf. cient.* vol.99 no.6 Guantánamo nov.- dic. 2020 Epub 04-Dic-2020. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000600548.
- 20 **Reper P, Delaere S, Yimbou JJ, Labrique S, Massaut J.** Not only intensive care unit workload and activities but also quality indicators are influenced by the COVID-19 epidemic. *Intensive Crit Care Nurs* ; 63: 103008, 2021 04. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103008>.
- 21 **Grimley KA, Gruebling N, Kurani A, Marshall D.** Nurse Sensitive Indicators and How COVID-19 Influenced Practice Change. *Nurse Lead* ; 19(4): 371-377, 2021 Aug. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.05.003>.
- 22 **Belasen AT, Oppenlander J, Belasen AR, Hertelendy AJ.** Provider-patient communication and hospital ratings: perceived gaps and forward thinking about the effects of COVID-19. *nt J Qual Health Care*; 33(1)2021 Feb 20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7717255/>.
- 23 **Mattiuzzi C, Lippi G, Henry BM.** Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union. *Public Health*. 2021 Apr;193:41-42. Epub 2021 Feb 11. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.027>.
- 24 **Alharbi AA, Alqassim AY, Gosadi IM, Aqeeli A, Muaddi MA, Makeen AM, et al.** Regional differences in COVID-19 ICU admission rates in the Kingdom of Saudi

- Arabia: A simulation of the new model of care under vision 2030. *J Infect Public Health*; 14(6): 717-723, 2021 Jun. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2021.04.012>.
- 25 **Mattiuzzi C, Lippi G, Henry BM.** Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union. *Public Health*. 2021 Apr;193:41-42. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.027>.
- 26 **Llorente-Parrado C, Mejon-Berges R, Cossio-Gil Y, Romea-Lecumberri M S, Roman-Broto A, Barba-Flores M A, et al.** Assessment model for evaluating the preparedness plan for COVID-19 in a tertiary care hospital. *J Healthc Qual Res*; 35(6): 339-347, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.001>.
- 27 **Montero-Perez FJ, Murillo LMJ.** Impact of the first COVID-19 pandemic wave on the care and quality indicators of a hospital emergency department. *Emergencias*; 33(5):345- 353, 2021.
- 28 **Stifter J, Sermersheim E, Ellsworth M, Dowding E, Day E, Silvestri K, Margwarth J, Korkmaz K, Walkowiak N, Boudreau L, Hernandez L, Harbert B, Ambutas S, Abraham A, Shaw P.** COVID-19 and nurse-sensitive indicators: Using performance improvement teams to address quality indicators during a pandemic. *J Nurs Care Qual*. 2021 Jan-Mar;36(1):1-6.
- 29 **Donabedian A.** An introduction to quality assurance in Health care. Oxford: Oxford, 2003.
- 30 **Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF.** The patient safety culture in the scope of nursing: theoretical reflection. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 8, 2018.
- 31 **Melo CMM, Mussi FC, Santos TA, Moraes MA.** Covid-19 pandemic: anything new in the nurse's work? *Revista Baiana de Enfermagem*. Universidade federal da Bahia, 2021. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37479>.
- 32 **Ayuso-Fernandez MA, Gomez-Rosado JC, Barrientos-Trigo S, Rodríguez-Gómez S, Porcel-Gálvez AM.** Impacto de la ratio paciente-enfermera en los resultados de salud en los hospitales públicos del Servicio Andaluz de Salud. Estudio ecológico. *Enferm Clin*. 2021; 31:344-354. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.005>.
- 33 **Rodrigues MELS, Antonio PLC, Oliveira ER, Silveira GC.** Importância da atuação de enfermagem nos cuidados das feridas. *Revista InterSaúde*, v. 1, n. 4, p. 90-103, 2021.
- 34 **Lima N T, Buss PM, Paes-Sousa R.** A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, 2020.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>.

- 35 **Khera R, Liu Y, de Lemos JA, Das SR, Pandey A, Omar W, et al.** (2021). Association of COVID-19 Hospitalization Volume and Case Growth at US Hospitals with Patient Outcomes. *The American journal of medicine*, 134(11), 1380–1388.e3. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.06.034>.
- 36 **Maran E, Spigolon DN, Matsuda LM, Teston EF, Oliveira JLC de, Souza VS, et al.** Una revisión integrativa de los efectos del uso de medidas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. *Revista Cuidarte*, v. 12, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1110>.
- 37 **Wang H, Wang S, Yu K.** COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China. *Critical Care*. n. 24, mar. 2020. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2832-8>.
- 38 **Sunderji N, Ion A, Lin E, Ghavam-Rassoul A, Jansz G.** Participatory approaches to evaluating integrated care: the vital role for client inclusion and participation. *BMJ Qual Saf* 2018; 27:90-1.
- 39 **Sourij H, Aziz F, Bräuer A, Ciardi C, Clodi M, Fasching P, et al.** COVID-19 fatality prediction in people with diabetes and prediabetes using a simple score upon hospital admission. *Diabetes Obes Metab.* 2021;23:589-598. <https://doi.org/10.1111/dom.14256>.
- 40 **Sanhueza-Alvarado O.** Lessons from the COVID-19 Pandemic. *Aquichan*. 2020;20(3):243-245. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.1>.
- 41 **Rondón-Quintana HA, Zafra-Mejía CA.** Covid 19 death analysis in Colombia. *Revista Cuidarte*. 2021;12(3):e.1528. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1528>

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, analítica e mista com abordagens/técnicas quantitativa e qualitativa. Nesse sentido, o estudo adotou duas fases para os procedimentos de triagem do estudo de caso.

Na primeira, estudo quantitativo com uso de séries temporais dos indicadores de monitoramento da COVID-19 em um Hospital Universitário Federal da rede Ebserh. Na segunda etapa, analisou-se em profundidade, a aplicação dos indicadores de saúde na gestão do hospital durante a pandemia da COVID-19.

Por se tratar de uma investigação empírica que analisou um fenômeno contemporâneo (o caso) em profundidade e em seu contexto da vida real, os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes e, portanto, cobrem o hospital – sujeito do estudo (YIN, 2015).

As pesquisas descritivas possuem o objetivo de descrever as características de determinada população ou fenômeno e podem ser elaboradas com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis (GIL, 2017).

A seguir, serão descritas as fases percorridas para o alcance dos objetivos propostos.

5.2 FASE I

Para o desenho do estudo de série temporal foram analisados os indicadores de monitoramento da COVID-19 em hospital universitário federal da rede Ebserh, no período de março de 2020 a fevereiro de 2021.

Segundo Antunes e Cardoso (2015), estudos de série temporal são aplicados, obviamente, apresentam previsão do passado e podem antever o futuro e com diversas aplicações epidemiológicas. O reconhecimento dos padrões de variação da medida contribui para determinar como o processo se comportará.

5.2.1 Contexto

Durante a pandemia da COVID-19, os HUFs destacaram-se no atendimento aos pacientes acometidos pela doença e serviram como centros de referência de média e alta

complexidade para o SUS. Além disso, desempenharam significativo papel na formação de recursos humanos em saúde e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão nas instituições de ensino superior às quais estão vinculados (Ebserh, 2022. Santos et al., 2020).

Atualmente, integram a rede Ebserh 41 hospitais vinculados, os quais realizam a gestão mediante as seguintes ações: coordenação e avaliação da execução das atividades dos HUF, apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (EBSERH, 2022).

5.2.2 Participantes

Os critérios de elegibilidade utilizados neste estudo para escolha do hospital analisado foram: HUF vinculado à Ebserh, integrante do projeto multicêntrico, que realizou assistência aos pacientes adultos acometidos pela COVID-19. Como fontes, foram utilizados os indicadores de monitoramento da COVID-19.

5.2.3 Variáveis

Neste estudo, foram utilizados os dados dos pacientes com diagnóstico médico de COVID-19 por RT-PCR 19, internados no HUF em enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva, que adquiriram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS- CoV-2 durante a internação, bem como os dados de pacientes recuperados e daqueles que obtiveram saída após alta hospitalar ou óbito.

5.2.4 Fontes de dados

Para a coleta dos dados foi realizado contato direto com a chefia do SVSSP do hospital da pesquisa, via telefone, para informar sobre a pesquisa e buscar uma aproximação com a pesquisadora, sensibilizando-os para apoio na pesquisa.

Num segundo momento enviado, via correio eletrônico, encaminhado documento com a apresentação do estudo, parecer aprovado pelo Comitê de Ética do referido hospital e planilha com os dados dos indicadores.

Essa planilha foi elaborada pela pesquisadora no programa *Microsoft Excel® 2016* com os dados dos numeradores e denominadores que compõem os indicadores de monitoramento da COVID-19, a saber:

- Número de óbitos por COVID-19 em pacientes internados no hospital;
- Número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital, no período;
- Número de casos confirmados de COVID-19 em pacientes atendidos no hospital;
- Número de casos suspeitos de COVID-19 em pacientes atendidos no hospital, no período;
- Número de pacientes adultos que adquiriram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 em todas as unidades de internação no mês de vigilância;
- Número de pacientes internados por COVID-19 no hospital e recuperados;
- Número de óbitos por COVID-19 \geq 24 horas de internação no período;
- Número de saídas hospitalares no período;
- Número de casos confirmados de pacientes com COVID-19 por RT-PCR;
- Número de pacientes-dia adultos suspeitos e confirmados com COVID-19 na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Número de leitos-dia ativos de UTI de pacientes adultos diagnosticados com COVID-19 no período;
- Número de pacientes-dia em enfermarias COVID-19;
- Número de saídas de pacientes da UTI COVID-19 durante o período;
- Número total de pacientes adultos internados em todas as unidades de internação no mês de vigilância;
- Número de saídas hospitalares correspondentes a leitos de enfermaria COVID-19.

5.2.5 Tamanho do estudo

Neste estudo a amostra foi composta pelo Hospital Universitário Federal vinculado à Ebserh, no estado da Bahia e que prestou atendimento a paciente adultos com COVID-19, incluídos na pesquisa multicêntrica.

5.2.6 Variáveis quantitativas

Nessa etapa foram analisados os seguintes indicadores de monitoramento da COVID-19 no hospital universitário:

- Taxa de mortalidade institucional específica por COVID-19 (número de óbitos por

COVID-19 \geq 24 horas de internação no período/número de saídas hospitalares no período x 100);

- Taxa de letalidade da COVID-19 em pacientes internados no hospital (número de óbitos por COVID-19 em pacientes internados no hospital/número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital no período X 100);
- Percentual de casos confirmados de COVID-19 (número de casos confirmados de COVID-19 em pacientes atendidos no hospital/número de casos suspeitos de COVID-19 em pacientes atendidos no hospital no período X 100);
- Incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 em pacientes adultos internados no hospital (número de pacientes adultos que adquiriram IRAS associadas ao SARS- CoV-2 em todas as unidades de internação no mês de vigilância/número total de pacientes adultos internados em todas as unidades de internação no mês de vigilância);
- Taxa de pacientes internados e recuperados da COVID-19 (número de pacientes internados por COVID-19 no hospital e recuperados/número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital no período X 100);
- Percentual de casos confirmados da COVID-19 em pacientes por RT-PCR (número de casos confirmados de pacientes com COVID-19 por RT-PCR/número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital no período x 100);
- Taxa de ocupação de leitos COVID-19 em UTI adulto (número de pacientes-dia adultos suspeitos e confirmados COVID-19 na UTI/número de leitos-dia ativos de UTI de pacientes adultos (suspeitos ou confirmados) de COVID-19 no período X 100);
- Tempo médio de permanência em leitos de enfermaria COVID-19 (número de pacientes-dia em enfermarias COVID-19/ número de saídas hospitalares correspondentes a leitos de enfermaria COVID-19 no período);
- Tempo médio de permanência em leitos de UTI adulto COVID-19 (número de pacientes-dia suspeitos e confirmados COVID-19 na UTI/número de saídas de pacientes da UTI COVID-19 durante o período).

5.2.7 Métodos estatísticos

Os dados coletados no Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente foram organizados, armazenados e processados utilizando

ferramentas estatísticas no programa *Microsoft Excel*® 2019. Para os cálculos das taxas de indicadores de monitoramento da COVID-19, foram consideradas até quatro casas decimais, e para visualização, apenas duas. Foram realizadas análises descritivas, a partir dos dados coletados já calculados e apresentação gráfica dos resultados.

5.3 FASE II

Para obtenção dos dados da pesquisa e análise, foram utilizados o rigor metodológico descrito a seguir:

5.3.1 Coleta de dados

Para a segunda etapa foram coletados os documentos publicados on-line, na intranet do hospital, no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, com os registros das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê de Crise, bem como os documentos internos do hospital e minutas de reuniões que envolveram a pandemia da COVID-19. Em seguida, esses dados foram agrupados em uma planilha no programa *Microsoft Excel*® 2016.

Yin (2015) traz que o diferenciador do estudo de caso é a capacidade ampla de utilizar evidências variadas de fontes diferentes como documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante entre outras. As fontes de evidências devem ser analisadas em conjunto, de forma que as descobertas do estudo de caso sejam baseadas na convergência de informações oriundas de fontes diferentes.

5.3.2 Campo de estudo

Nessa fase, o cenário do estudo foi um hospital universitário federal incluído na pesquisa multicêntrica, notadamente o hospital universitário federal da rede Ebserh localizado no estado da Bahia.

5.3.3 Fonte de dados

Nesse estudo foram utilizados os indicadores de monitoramento da COVID-19 em pacientes adultos do referido hospital localizado no estado de Bahia e os documentos elaborados por esta instituição durante o período do estudo.

5.3.4 Tratamento e análise de dados

Ainda nesta segunda etapa, foram analisadas as estratégias adotadas pelo hospital durante a pandemia da COVID-19.

Para análise da apreensão da qualidade, segundo o referencial teórico da Teoria de Sistemas de Donabedian, os dados obtidos dos instrumentos utilizados foram categorizados no que se refere a: condições estruturais (recursos materiais, financeiros, humanos, físicos e organizacionais), processos (ações que permitam a prestação do cuidado) e medidas de mensuração dos resultados (indicadores de monitoramento da COVID-19), o que permitirá a triangulação de dados.

No tocante ao tratamento dos dados, foi realizado uma etapa de validação de Conteúdo e linguagem, teste piloto, referente a categorização dos documentos institucionais segundo o referencial teórico da Teoria de Sistemas de Donabedian, com dois enfermeiros convidados para participar como "juíz" de especialistas, pela suas experiências na área de pesquisa e avaliação de conteúdo mediante a categorização referentes às condições estruturais, relativos aos processos e as medidas de mensuração dos resultados, assim permitindo a triangulação de dados.

A realização dessa etapa, permitiu maior fidedignidade á categorização dos documentos.

Para Yin (2015) o teste-piloto pode auxiliar os/as pesquisadores(as) na hora de aprimorar os planos para a coleta de dados, tanto em relação ao conteúdo dos dados, quanto aos procedimentos que devem ser seguidos, de modo que pode colaborar com o pesquisador a desenvolver o alinhamento relevante das questões.

5.3.5 Aspectos éticos

A pesquisa fez parte de um projeto multicêntrico intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, sob CAAE: 38912820.3.2011.0049 e Número do Parecer: 4.562.421, aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos.

Assim, foram respeitadas as recomendações da Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Este tipo de pesquisa trabalha com dados agregados, garantindo o sigilo e a

confidencialidade, de modo que inexistente risco aos pacientes, tampouco possibilidade de identificação das pessoas.

6 RESULTADOS

6.1 SEGUNDA PRODUÇÃO – ARTIGO – INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE NO PRIMEIRO ANO DA COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA BAHIA

Os resultados da fase I serão apresentados em formato de um artigo de série temporal, o qual será submetido para publicação e apresenta-se a seguir conforme normas da revista.

**INDICADORES DE QUALIDADE EM SAÚDE NO PRIMEIRO ANO DA
COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NA BAHIA
HEALTH QUALITY INDICATORS IN THE FIRST YEAR OF COVID-19 IN A
UNIVERSITY HOSPITAL IN BAHIA
INDICADORES EM SAÚDE NO CONTEXTO DA COVID-19 EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO NA BAHIA**

RESUMO

Objetivo: descrever o comportamento dos indicadores de qualidade em saúde em um hospital universitário durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19. **Métodos:** estudo de série temporal, com dados do Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, coletados entre março de 2020 a fevereiro de 2021, em um hospital universitário da Bahia. A análise dos dados ocorreu pela estatística descritiva por distribuição de frequências e foi apresentada por meio de gráficos. **Resultados:** dos 461 casos suspeitos de COVID-19, destes 29,1% foram positivos, sendo 99,9% dos casos confirmados por RT-PCR. Nenhum paciente internado no hospital adquiriu Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2. A taxa de ocupação de leitos pela COVID-19 em UTI adulto variou em torno de 41,7% a 64,8%. As maiores taxas de mortalidade, letalidade e pacientes internados e recuperados, com redução nos meses posteriores e registro de novo aumento nos meses de janeiro e fevereiro de 2021. A maior taxa de letalidade registrada foi pouco mais de 40%. Não houve registro de óbito nos meses de outubro, uma vez que 100% dos pacientes se recuperaram. **Conclusões:** o comportamento dos indicadores de qualidade em saúde neste hospital constitui ferramenta importante na análise da qualidade assistencial do serviço e estratégias de gestão da rede em gerenciar a crise imposta pela

COVID-19.

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; COVID-19; Hospitais; Avaliação em Saúde; Pandemias.

ABSTRACT

Objective: to describe the behavior of health quality indicators in a university hospital during the first year of the COVID-19 pandemic. **Method:** study of time series, with data from the Panel of Quality Indicators in Health and Patient Safety, collected between March 2020 and February 2021, in a university hospital in Bahia. Data analysis occurred by descriptive statistics by frequency distribution and was presented through graphs.

Results: of the 461 suspected cases of COVID-19, of these 29,1% were positive, and 99.9% of the cases were confirmed by RT-PCR. No patient admitted to the hospital acquired Health Care Related Infection (ARs) associated with SARS-CoV-2. The rate of bed occupancy by COVID-19 in adult ICU ranged from 41,7% to 64,8%. The highest mortality, lethality and hospitalized and recovered patients, with reduction in the following months and new increase in January and February 2021. The highest lethality rate recorded was just over 40%. There was no record of death in October, since 100% of the patients recovered. **Conclusions:** the behavior of health quality indicators in this hospital is an important tool in the analysis of the quality of care of the service and network management strategies in managing the crisis imposed by COVID-19.

Keywords: Quality Indicators, Health Care; COVID-19; Hospitals; Health Evaluation; Pandemics.

INTRODUÇÃO

A COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como pandemia em março de 2020¹. No Brasil, desde o primeiro caso, confirmado em 26 de fevereiro, foram registrados 35.227.599 casos e 689.665 óbitos atestados até 29 de novembro de 2022². Na Bahia, até esta mesma data, já foram registrados 1.717.792 casos e 30.844 óbitos pela doença³.

Dada a elevada transmissibilidade do vírus, a COVID-19 é o desafio da atenção à saúde do século XXI, pois a gestão da pandemia e seus desdobramentos são intersetoriais, afetando todos os setores da sociedade, inclusive os Indicadores de Qualidade em Saúde (IQS).

Nesse sentido, destacam-se o desequilíbrio entre capacidade instalada (oferta) e demanda por atenção hospitalar, ocorrida nos países durante a pandemia. Estudos

confirmam repercussões nos serviços de saúde, referente ao aumento repentino da demanda e a limitada capacidade da expansão de leitos hospitalares de alta complexidade, por conseguinte, ocorre a saturação dos serviços em pequeno espaço de tempo, decorrente da limitação das estratégias para a ampliação da oferta de leitos ou de contenção do vírus SARS-CoV-2^{4,5,6}.

No Brasil, como no mundo, a expansão de leitos, aquisição de equipamentos e insumos foi desafiador, considerando os aspectos burocráticos e legais dos marcos regulatórios, claramente definida no sistema de saúde brasileiro⁷. Na Bahia, a fim de atender o aumento da demanda, requereu articulações entre diversos atores, serviços, como as parcerias público-privada para ampliação da oferta de leitos, segundo a crescente necessidade local.

O aumento quantitativo da oferta de leitos hospitalares em decorrência da pandemia da COVID-19, deparou-se na necessidade de garantir um cuidado de qualidade, tornando imperativo a definição de ferramentas para monitoramento da atenção à saúde para esse momento pandêmico, a exemplo dos IQS específicos. Compreende-se como IQS instrumentos de gestão que orientam o caminho pelo qual os profissionais de saúde verificam uma atividade, monitoram aspectos relacionados a determinada realidade e avaliam a eficiência e eficácia de processos e dos resultados organizacionais. Esses são utilizados há aproximadamente 25 anos para as decisões gerenciais e assistenciais na gestão da atenção à saúde, em diversos cenários^{8,9}.

Por conseguinte, a atenção prestada às pessoas com COVID-19 nos diversos cenários de atenção, com ênfase na atenção hospitalar, requisitou a adequação e adaptação de IQS específicos, favorecendo o monitoramento e a adoção de estratégias gerenciais e assistenciais peculiares a esse agravo. Por conseguinte, incidência de casos nosocomiais de COVID-19, associado aos dados de mortalidade, letalidade, taxa de ocupação, tempo de internação são exemplos dessas ferramentas para mensurar a eficiência dos processos institucionais.

A confirmação diagnóstica e a notificação dos casos de COVID-19 entre usuários atendidos pelas instituições de saúde possibilitam a elaboração e utilização de IQS específicos, favorecendo o monitoramento e a adoção de estratégias gerenciais e assistenciais relativas à infecção. A incidência de casos nosocomiais, associado aos dados de mortalidade, letalidade, taxa de ocupação, tempo de internação são exemplos de ferramentas para mensurar a eficiência dos processos institucionais.

Nesse cenário, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) constituíram-se como centros de referência de média e alta complexidade para atendimento de usuários

do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as atividades dessa tipologia de serviço evidenciou-se, que ao tempo que atendem à população, contribuem para a formação de recursos humanos em saúde, além das atividades de ensino, pesquisa e extensão nas instituições de ensino superior^{10,11}.

Logo, a adequação, elaboração e validação dos IQS orientando, assim, os trabalhadores e gestores dos HUFs respondendo às demandas da pandemia em curso e todas as alterações do cenário de atenção a saúde. Nesse sentido, as informações sobre IQS durante a pandemia da COVID-19 são limitadas, torna-se necessário a produção de evidências para subsidiar as ações promotoras da qualidade dos indicadores de saúde e, por fim, da atenção a saúde prestada ao usuário do SUS e HUF. Frente a essas considerações este estudo assume objetivo de descrever o comportamento dos indicadores de qualidade em saúde em um hospital universitário durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19.

MÉTODOS

Estudo de série temporal, realizada em um dos 41 HUF integrante da rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Esse serviço funcionou na rede do estado da Bahia disponibilizando um quantitativo variado de leitos de terapia intensiva e de enfermaria no período do estudo.

A Bahia está situada na região Nordeste do Brasil e, possui área territorial de 564.760,429 km² e população estimada para 2021 de 14.985.284 habitantes¹². Nesse contexto, se inserem as demandas de saúde com vistas a reduzir as iniquidades que podem gerar diferenças entre indicadores de saúde de populações analisadas, com prejuízo para as mais vulneráveis¹³.

Inicialmente, os dados foram coletados para responder às demandas gerenciais e assistenciais do serviço a partir de março de 2020. Como recorte temporal dessa pesquisa trata do primeiro ano da pandemia, adotou-se como data limite o décimo segundo mês de pandemia (fevereiro de 2021). Esses dados compõem o Painel de Indicadores de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente para monitoramento da COVID-19 na Ebserh.

Dada a tipologia do estudo, os dados originais foram extraídos de relatórios assistenciais/gerenciais das unidades de interesse e registrados em uma planilha eletrônica no *software Microsoft Excel 2019*, gerando um banco de dados que foi analisado em estatística descritiva por distribuição de frequências (absoluta e relativa), e apresentado por meio de gráficos.

Os dados utilizados foram oriundos de pacientes com diagnóstico médico de COVID-19 confirmados através do exame RT-PCR que estavam internados em enfermarias e UTI e aqueles que desenvolveram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) causadas pelo SARS-CoV-2 (IRAS – COVID-19) durante sua internação, os recuperados e os que obtiveram saída por alta hospitalar ou óbito.

As variáveis utilizadas foram taxa de mortalidade institucional específica por COVID-19, Taxa de letalidade por COVID-19 em pacientes internados no hospital, Percentual de casos confirmados de COVID-19, Incidência de IRAS associadas ao SARS-CoV-2 em pacientes adultos internados no hospital, Taxa de pacientes internados e recuperados da COVID-19, Percentual de casos confirmados de COVID-19 em pacientes por RT-PCR, Taxa de ocupação de leitos COVID-19 em UTI - adulto, Tempo médio de permanência em leitos de enfermaria COVID-19 e Tempo médio de permanência em leitos de UTI - adulto COVID-19.

Para cálculo do indicador Taxa de Mortalidade Institucional Específica por COVID-19 dividiu-se o número de óbitos por COVID-19 ≥ 24 horas de internação no período pelo número de saídas hospitalares de pacientes com COVID-19 no período multiplicado por 100 mil habitantes.

O tempo médio de permanência de pacientes com COVID-19 em leitos de enfermaria e UTI e taxa de ocupação de leito COVID-19 em UTI adulto são apresentadas no gráfico 2 e calculadas respectivamente pelo número de pacientes-dia em enfermarias COVID-19 dividido número de saídas hospitalares correspondentes a leitos de enfermaria COVID-19 no período e em leitos de UTI adulto COVID-19 pelo número de pacientes-dia suspeitos e confirmados COVID-19 na UTI dividido pelo número de saídas de pacientes da UTI COVID-19 durante o período.

As Taxas de mortalidade, letalidade e dos pacientes internados e recuperados por COVID-19 no hospital foram apresentadas no gráfico 3 e calculados utilizando a seguinte fórmula: Taxa de mortalidade institucional específica por COVID-19 pelo número de óbitos por COVID-19 ≥ 24 horas de internação no período dividido pelo número de saídas hospitalares no período vezes 100, a Taxa de letalidade da COVID-19 em pacientes internados no hospital calculou-se pelo número de óbitos por COVID-19 em pacientes internados no hospital dividido pelo número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital no período vezes 100 e o Percentual de casos confirmados de COVID-19 pelo número de casos confirmados de COVID-19 em pacientes atendidos no hospital dividido pelo número de casos suspeitos de COVID-19 em pacientes atendidos no hospital no período vezes 100.

Entre os pacientes internados e recuperados da COVID-19 foi calculada esta taxa pelo número de pacientes internados por COVID-19 no hospital e recuperados dividido pelo número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital no período vezes 100.

Salienta-se que a Incidência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2 em pacientes adultos internados no hospital foi obtido pelo número de pacientes adultos que adquiriram IRAS associadas ao SARS-CoV-2 em todas as unidades de internação no mês de vigilância dividido pelo número total de pacientes adultos internados em todas as unidades de internação no mês de vigilância.

O percentual de casos confirmados da COVID-19 em pacientes por RT-PCR foi calculado pelo número de casos confirmados de pacientes com COVID-19 por RT-PCR dividido pelo número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital no período multiplicado por 100.

Para obter a taxa de ocupação de leitos COVID-19 em UTI adulto calculou-se o número de pacientes-dia adultos suspeitos e confirmados COVID-19 na UTI dividido pelo número de leitos-dia ativos de UTI de pacientes adultos (suspeitos ou confirmados) de COVID-19 no período multiplicado por 100.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Professor Edgard Santos sob Parecer nº 4.562.421 (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética — CAAE 38912820.3.2011.0049) e integra um projeto multicêntrico intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”.

RESULTADOS

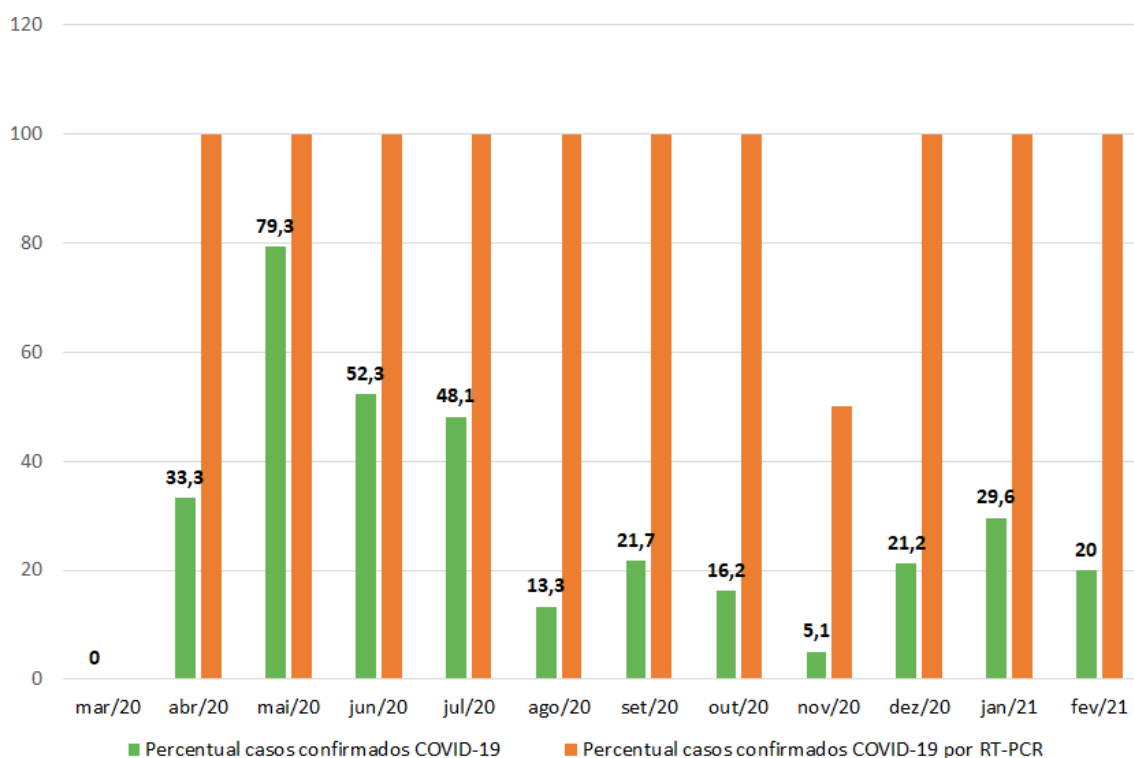
No período estudado, meses equivalentes ao primeiro ano da pandemia de COVID-19, foram identificados 461 casos suspeitos de COVID-19 no hospital universitário. Deste total, 134 (29,1%) foram confirmados para a doença entre os pacientes internados, sendo 133 (99,9%) casos confirmados por RT-PCR.

O primeiro caso de COVID-19 no hospital foi registrado em abril de 2020, com aumento contínuo a partir dessa data. Para a investigação de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) foram realizados testes diagnósticos com o objetivo de identificar o SARS-CoV-2, vírus da influenza e outros vírus respiratórios.

No período do estudo, nenhum paciente internado no hospital adquiriu Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associadas ao SARS-CoV-2.

No gráfico 1, é possível verificar o percentual de casos de COVID-19 confirmados de acordo com os meses de março de 2020 a fevereiro de 2021, primeiro ano da pandemia de COVID-19 e o total de casos confirmados da doença pelo exame RT-PCR, não alcançando 100% dos casos confirmados por este exame apenas no mês de novembro, sendo este percentual de 50% pandemia de COVID-19 (março/2020 a fevereiro 2021).

Gráfico 1. Percentual de casos confirmados de COVID-19 e percentual de casos confirmados por RT-PCR em um hospital universitário da Bahia, no primeiro ano da pandemia de COVID-19 (março/2020 a fevereiro 2021)



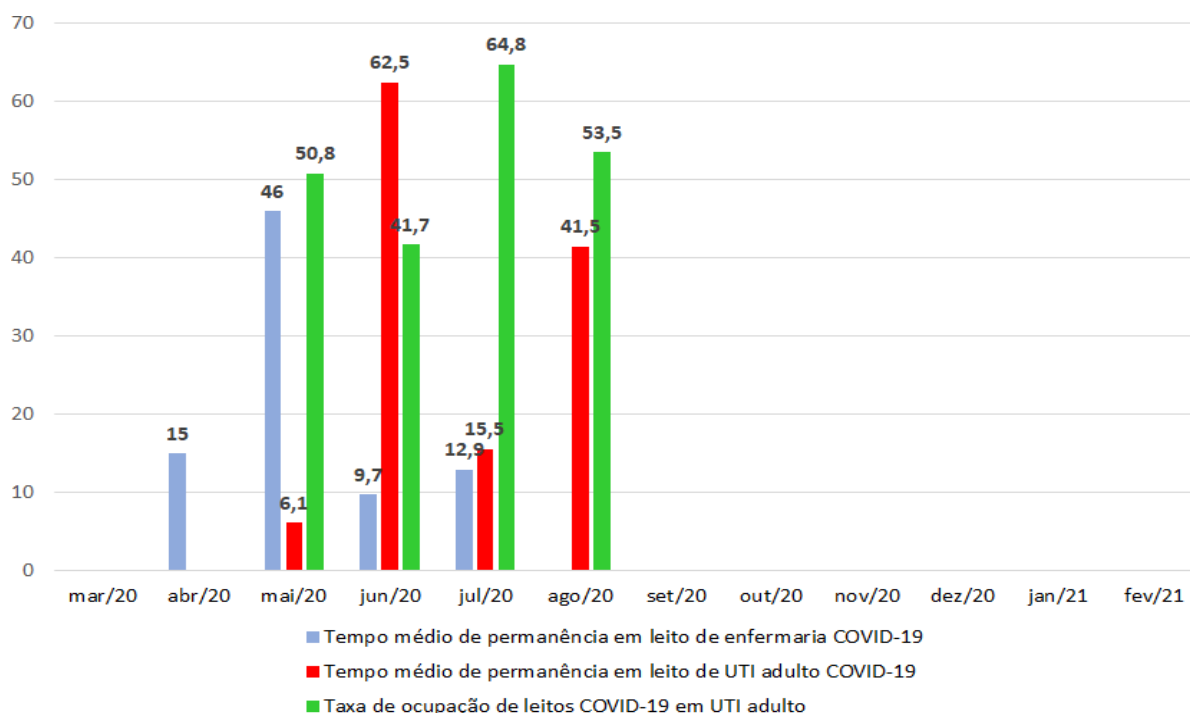
Fonte: elaboração própria.

Entre março e setembro de 2020, foram contratualizados com o Estado leitos de enfermaria e UTI específicos para atendimento a pacientes com COVID-19, mesmo tendo tido casos confirmados de COVID-19 neste hospital em todos os meses equivalentes ao primeiro ano da pandemia. A partir do mês de setembro de 2020, não foi informada a taxa de ocupação dos leitos e nem o tempo médio de internação dos pacientes com diagnóstico da doença em enfermarias e UTI.

A taxa de ocupação de leitos pela COVID-19 em UTI adulto variou em torno de 41,7% a 64,8% entre os meses de maio a agosto de 2020, registrando seu maior valor no mês de julho. Já em relação ao tempo médio de permanência nesta mesma unidade, foi registrado seu maior valor alcançado no mês de junho. No que se refere ao tempo

médio de permanência nos leitos de enfermaria, no mês de agosto não foi registrado este indicador, conforme verifica-se no gráfico a seguir.

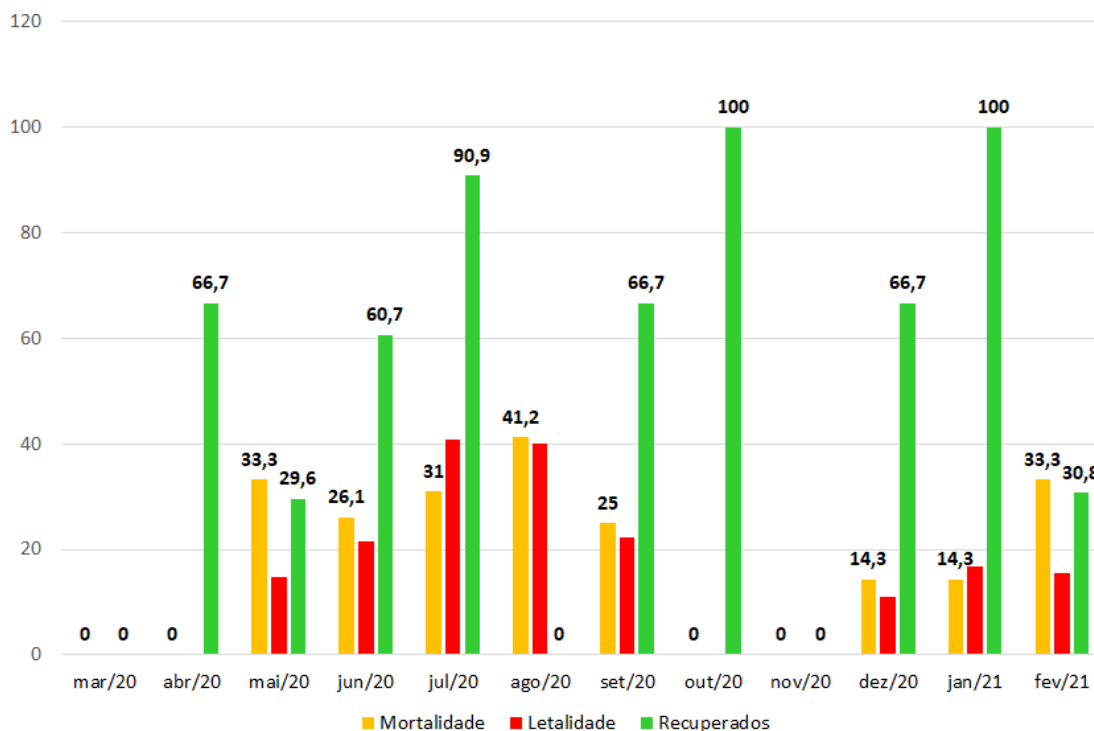
Gráfico 2. Tempo médio de permanência de pacientes com COVID-19 em leitos de enfermaria e UTI e taxa de ocupação de leito COVID-19 em UTI adulto em um hospital universitário da Bahia, no primeiro ano da pandemia de COVID-19 (março/2020 a fevereiro 2021)



Fonte: elaboração própria.

De acordo com o gráfico 3, entre os meses de maio a agosto de 2020 registrou-se as maiores taxas de mortalidade, letalidade e pacientes internados e recuperados, com redução nos meses posteriores e registro de novo aumento nos meses de janeiro e fevereiro de 2021. Não houve registro de óbito nos meses de outubro, uma vez que 100% dos pacientes se recuperaram. Dentre o total de pacientes internados pela COVID-19 no hospital 78 (58,2%) foram recuperados e 32 (21,6%) evoluíram para óbito. É possível verificar que a primeira morte por COVID-19 no hospital foi registrada em maio de 2020, totalizando 27 (20,1%) óbitos, sendo que os demais pacientes que evoluíram a óbito ainda estavam internados no momento da coleta dos dados. A maior taxa de letalidade registrada foi pouco mais de 40% no mês de julho de 2020.

Gráfico 3. Taxa de mortalidade, letalidade e internados e recuperados pela COVID-19 em um hospital universitário da Bahia entre os meses de março de 2020 a fevereiro de 2021



Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

Os indicadores de qualidade apresentados neste estudo oscilaram entre aumento e redução no primeiro ano da pandemia de COVID-19. A distribuição do número de casos confirmados alcançou seu maior número no mês de maio com queda e elevação nos meses posteriores.

Segundo Pou, Diaz e Gonzalez (2022)¹⁴, uma perspectiva temporal e contextual das iniquidades em saúde merece atenção especial na pesquisa em COVID-19. O primeiro caso confirmado de COVID-19 na região Nordeste foi registrado no dia seis de março de 2020 no estado da Bahia, com aumento contínuo a partir dessa data¹⁵. Esta região, considerada uma das mais pobres do Brasil, totalizou 2.461.734 casos de COVID-19 no primeiro ano da pandemia (23,4% do total de casos do Brasil)³. Na Bahia, neste mesmo período, foram 684.037 casos confirmados da doença³.

Os testes para coronavírus começaram a ser realizados no Brasil no dia 16 de fevereiro em laboratórios públicos e privados¹⁶. A partir da disponibilização destes, foi possível confirmar o diagnóstico da doença. No estudo, observou-se que a confirmação

de casos de COVID-19 ocorreu quase em sua totalidade através do exame molecular RT-PCR. Considerado o teste padrão ouro para a confirmação de infecção pelo SARS-CoV-2, ele é capaz de identificar o vírus em seu estágio inicial, durante uma infecção ativa¹⁷.

No entanto, em virtude do crescimento progressivo pela procura do teste RT-PCR ocasionada pela emergência de saúde pública internacional relacionada ao novo coronavírus, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), autorizou, em caráter temporário e excepcional, a utilização de "testes rápidos" para a pesquisa de anticorpos ou antígeno do novo coronavírus¹⁸. Com a elevação desenfreada de casos positivos de COVID-19 devido à alta transmissibilidade do novo coronavírus e a busca por atendimento em serviços de saúde, no auge da pandemia, houve o colapso do sistema de saúde, público e privado. Isto se deu devido ao conjunto de causas: desabastecimento global de produtos fundamentais destinados à assistência em saúde, escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), de artigos médicos hospitalares e falta de recursos humanos que ocasionou afastamentos simultâneos de trabalhadores contaminados por COVID-19, especialmente daqueles que atuavam diretamente na assistência ao paciente¹⁹.

Durante a primeira onda, houve uma sobrecarga do sistema de saúde em diversos momentos, o que interferiu diretamente nos indicadores de qualidade assistenciais. No ambiente hospitalar, local onde se concentraram os casos mais graves da doença, o cenário de transmissão era ainda mais preocupante entre pacientes, profissionais de saúde e gestores, uma vez que era desconhecida a forma exata de contaminação pelo SARS CoV-2.

O risco de adquirir a infecção pelas(os) trabalhadoras(es) de saúde, em especial de enfermagem, está associado tanto ao contato com pessoas infectadas, dada a natureza assistencial do trabalho, como a fatores associados às condições de trabalho, agravadas em situação de pandemia²⁰.

Ressalta-se que dos 133 casos confirmados de COVID-19 apresentados neste estudo, nenhum deles se caracterizou como Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) associada ao SARS CoV-2, ou seja, nenhum paciente adquiriu a doença enquanto estava hospitalizado. As IRAS são um grave problema de saúde pública em todo o mundo por apresentarem uma alta morbidade e mortalidade, repercutirem na qualidade dos serviços de saúde e representam importante indicador da qualidade de assistência prestada aos pacientes hospitalizados interferindo na segurança do paciente²¹.

É válido ressaltar que o hospital em análise integra uma rede de hospitais universitários federais, com atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema este que dispõe de mais de 2/3 dos leitos hospitalares do país para cobertura de 3/4 da população brasileira, bem aquém do necessário. O “SUS real”, com seus problemas veteranos, é o cenário em que se colocou o desafio do enfrentamento e o controle da pandemia do COVID-19 no país²².

Ainda para os autores citados acima, apesar da postura negacionista do governo federal, que pode ter contribuído para o caos ocorrido na maior parte do país, em especial nas regiões norte e nordeste, houve mobilizações dos serviços de saúde na tentativa de reduzir o impacto sobre importantes indicadores de análise de qualidade, a exemplo mortalidade, letalidade e IRAS. A rede, a qual o hospital integra, estabeleceu um guia norteador de monitoramento de indicadores elegíveis e uniformizados para todos os 41 hospitais²³.

O estado pandêmico estabelecido pela doença exigiu que estados e municípios realizassem planos de contingência de forma a atender a crescente demanda por assistência à saúde. Salieta-se que o hospital em destaque, atendendo ao planejamento do Centro de Operações Especiais (COES)/Bahia em março de 2020, foi incluído como referência para o atendimento aos pacientes com COVID-19 em Salvador. No entanto, no mês de setembro de 2020, os leitos foram desmobilizados, conforme a Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB) N° 156/2020 que aprovou a exclusão dos leitos clínicos e de Unidades de Terapias Intensivas (UTI) do Plano Estadual de Enfrentamento ao SARS CoV-2^{24,25}.

Os resultados encontrados no estudo evidenciaram uma situação crítica na gestão pública de saúde no que se refere à oferta de serviços assistenciais no SUS para atendimento à crescente demanda. A ausência da continuidade de leitos disponibilizados para assistência de pacientes com COVID-19, em um momento de crise sanitária, exemplifica a situação, sendo o cenário ainda pior para leitos de UTI. Em análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares na pandemia, constatou-se que problemas com oferta de serviços de saúde é preocupante visto que resultou em aumento da mortalidade nos locais em que esta oferta não está preparada¹⁹.

No estudo, verificou-se entre os meses de maio a agosto a existência de leitos ativos de UTI para pacientes diagnosticados com COVID-19. Entretanto, a partir do mês de abril em diante foi apresentado pacientes-dia suspeitos e confirmados COVID-19 na referida unidade.

O número de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no

hospital no período do estudo não ultrapassou 30, com acentuada redução a partir do mês de agosto de 2020, quando houve a desmobilização dos leitos pelo estado. Ainda observou-se que o número de pacientes internados que foram transferidos aumentaram a partir do segundo semestre de 2020.

O tempo médio de permanência em UTI registrou seu maior valor no mês de junho de 2020, mês em que se observou uma taxa de recuperados de 60,7%. Esses indicadores representam uma métrica importante na análise da qualidade da assistência ao paciente, uma vez que, pacientes de UTI são pacientes graves que usam diversos dispositivos invasivos e consequentemente mais vulneráveis a IRAS e portanto a desfechos desfavoráveis. A permanência dos pacientes em UTI são estatisticamente maiores entre os indivíduos que evoluíram para óbito em comparação àqueles que tiveram alta, sugerindo que ela pode contribuir para a elevação da taxa de mortalidade de pessoas com COVID-19.

O tempo médio de internação do paciente que necessita de cuidados mais complexos impacta diretamente na demanda de equipamentos e materiais e no número de leitos disponíveis para o cuidado intensivo. Em estudo retrospectivo realizado por Alharbi et al.²⁶, usando dados do Ministério da Saúde, sobre internações hospitalares durante o período de março a meados de julho de 2020 em pacientes adultos internados com COVID-19 confirmado, identificou que o tempo médio de internação foi de 11,85 dias e a internação em UTI foi associada a maior tempo de internação. Os fatores significativamente associados a permanências mais curtas foram óbito durante a internação e pacientes encaminhados para outro hospital.

Entre os meses de maio a agosto de 2020, observou-se que a taxa de ocupação de leitos em UTI foi elevada, variando em torno de 41,7 a 64,8%. Diante da insuficiência de infraestrutura, especialmente de leitos hospitalares, UTI no SUS, foram abertos hospitais de campanhas pela rede estadual.

A mortalidade alcançada pela COVID-19 é um indicador que retrata o impacto da pandemia, mas aponta também para fragilidades nos serviços essenciais de saúde durante crises, especialmente em locais mais pobres. Neste estudo, a taxa de mortalidade foi representada pela relação entre os óbitos que ocorreram em pacientes com a COVID-19 após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar e o número de saídas hospitalares.

Até 23 de novembro de 2022, registrou-se 689.272 número de óbitos no Brasil causado pela pandemia de COVID-19¹⁶. No entanto, os dados e evidências científicas apontaram que a população mais atingida foi aquela em situação de vulnerabilidade

social. Neste contexto, enfrentar uma das maiores calamidades de saúde pública da história, em um contexto de desigualdade social enraizada pela própria localização do hospital na região nordeste do Brasil, exigiria suprimir disputas e diferenças políticas existentes.

A partir da análise da variação da taxa de mortalidade por COVID-19 apresentada nesta pesquisa, observou-se uma média de 18,2%, percentual muito acima de taxas encontradas em outros continentes. Países da União Européia obtiveram média dessa taxa de $1,9 \pm 0,8\%$ ²⁷. Neste estudo foi possível verificar que mesmo uma grande disponibilidade de leitos hospitalares ou de cuidados intensivos pode ser ineficaz na redução da mortalidade por COVID-19 se isso não for combinado com o aumento da disponibilidade de médicos e enfermeiros e melhoria da acessibilidade hospitalar²⁷.

Em estudo realizado com objetivo de estimar o excesso de mortalidade segundo causa de óbito no Brasil e estados em 2020, verificou-se que o Brasil registrou, em 2020, 1.556.824 mortes, havendo assim um excesso de óbitos no país no ano analisado de 19% além do esperado.

Este excesso de mortalidade incluiu mortes associadas direta ou indiretamente ocasionado pela COVID-19²⁸.

Em pesquisa realizada por Stokes et al.²⁹ nos Estados Unidos da América, verificou-se também que houve um excesso de mortes de 17%. Entretanto, observou-se que para cada 100 mortes atribuídas à COVID-19, ocorreram 120 mortes por todas as causas, concluindo-se que 17% do excesso de mortes foram atribuídos a outras causas de morte que não a própria COVID-19.

No período avaliado, foi possível verificar os efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a letalidade. Esta taxa é representada pela relação entre o número de óbitos por COVID-19 em pacientes internados no hospital e o número total de casos confirmados de COVID-19 em pacientes internados no hospital. Observou-se que ela se manteve sempre menor que a taxa de pacientes internados e recuperados e próxima da taxa de mortalidade institucional específica por COVID-19, atingindo seu maior valor em julho de 2020.

A taxa de letalidade pelo SARS Cov-2 estimada pela OMS no início da pandemia foi de 3,4%. Atualmente, no Brasil, essa taxa corresponde a 2,0%¹⁶. Em estudo realizado com o objetivo de descrever a letalidade hospitalar em UTI, decorrente da COVID-19, em quatro capitais brasileiras, em meses de picos epidêmicos e nos meses anteriores, foi verificado que tanto a letalidade hospitalar quanto em terapia intensiva em janeiro de 2021 os valores foram menores quando comparada à letalidade

de março e abril de 2020³⁰.

No presente estudo o número total de casos dos pacientes com COVID-19 foi reduzindo ao longo do período e as transferências realizadas pela organização foram aumentando ao longo do tempo.

A principal limitação da presente pesquisa é o uso de dados secundários, extraídos do Sistema Informação Geral, no qual algumas informações estavam subnotificadas e os dados analisados se referem aos dados isolados, sugerindo novas pesquisas nas outras instituições federais da rede. Além disso, entre as limitações próprias dos estudos ecológicos, existe a possibilidade de falácia ecológica.

Dessa forma, conclui-se que os indicadores padronizados auxiliaram na avaliação da realidade institucional, visando a melhoria contínua dos processos organizacionais, mediante utilização de sistema de monitoramento institucional e que a desmobilização de leitos pelo Estado impossibilitou a integração do hospital na Rede de Atenção aos pacientes com COVID- 19 na Bahia.

Este estudo chama a atenção para a necessidade do monitoramento da qualidade por indicadores de qualidade em saúde utilizados como importante ferramenta para gestão da qualidade dos serviços oferecidos nas instituições de saúde, além de apoiar gestores em situações de crise como a vivenciada pela COVID-19.

REFERÊNCIAS

- 42 World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic 2020. Geneva: World Health Organization; <https://covid19.who.int/>
- 43 Brasil. Ministério da Saúde. COVID 19 Painel Coronavírus, [internet]. 2022 [acessado em 29 nov. 2022]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
- 44 Bahia. Secretaria da Saúde. Boletim epidemiológico COVID-19 nº 929 - 11/10/2022. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/BOLETIM_ELETRONICO_BAHIAN_929_11102022.pdf.
- 45 Zhang T, McFarlane K, Vallon J, Yang L, Xie J, Blanchet J, et al. A model to estimate bed demand for COVID-19 related hospitalization. medRxiv 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20042762>.
- 46 Waldman A, Shaw A, Ngu A, Campbell S. Are hospitals near me ready for coronavirus? Here are nine different scenarios. ProPublica 2020; <https://projects.propublica.org/graphics/covid-hospitals>.

- 47 Moghadas SM, Shoukat A, Fitzpatrick MC, Wells CR, Sah P, Pandey A, et al. Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2020; 117:16. <https://doi.org/10.1073/pnas.2004064117>
- 48 Costa, DCAR, Bahia L, Carvalho EMCL, Cardoso AM, Souza PMS. Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde debate* 2020; 44:4. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E415>
- 49 Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS, Trindade LL. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):00-00. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>
- 50 Amestoy SC, Trindade LL, Silva GTR, Martins MM, Varanda PAG, Santos IAR. Fragilities and potentialities in the training of nurse leaders. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(spe):e20200196. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200196>
- 51 Abbade, EB. O impacto da gestão EBSEERH na produção dos hospitais universitários do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2022; 27. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-impacto-da-gestao-ebserh-na-producao-dos-hospitais-universitarios-do-brasil/17927?id=17927>
- 52 Santos JLG, Lanzoni GM de M, Costa MFBNA da, Debetio JO, Sousa LP de, Santos LS dos, et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Acta Paulista de Enfermagem* [online] 2020: v. 33 <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>
- 53 Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades e Estados [internet]. 2021. [acessado em 29 nov. 2022]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>
- 54 Cavalcante Filho JB, Oliveira RM, Chagas RDO, Góes MAO, Peixoto MVS, Nunes MAP. A Pandemia de COVID-19 e Iniquidades em Saúde no Estado de Sergipe. *O Mundo da Saúde* 2022; 46:e1157202. <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1398/1203>
- 55 Pou SA, Diaz MDP, Gonzalez LM. The impact of the COVID-19 pandemic on mortality: life expectancy reduction and geographical disparities in Argentina. *Brazilian journal of epidemiology* 2022; 25: e220018. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220018>
- 56 Marinelli NP, Albuquerque LPA, Sousa IDB, Batista FMA, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Evolution of indicators and service capacity at the beginning of the

- COVID- 19 epidemic in Northeast Brazil, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2020; 29(3):e2020226.
<https://www.scielo.br/j/ress/a/XgCV9Kcbqjw5qfDpr6Vs5Dg/?lang=en&format=pdf>
- 57 Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico especial: Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana Epidemiológica 8 (21 a 27/2/2021). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_52_final2.pdf.
- 58 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por Sars-Cov- 2 (Covid-19) dentro dos serviços de saúde. <https://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-+GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>
- 59 18.. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada - RDC Nº 377, de 28 de abril de 2020. Autoriza, em caráter temporário e excepcional, a utilização de “testes rápidos” (ensaios imunocromatográficos) para a COVID-19 em farmácias. <https://in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-377-de-28-de-abril-de-2020-254429215>
- 60 Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(6):e00115320.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?format=pdf&lang=en>
- 61 Mussi FC, Moraes M de A, Pires CG da S, Oliveira JSB de, Oliveira CCRB, Silva CTO, et al. (2021). Monitoring of nursing workers in the COVID-19 pandemic in Bahia. *Research, Society and Development*, 10(13), e480101321479. <https://doi.org/10.33448/rsd- v10i13.21479>
- 62 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa; 2017.
- 63 Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciênc. Saúde coletiva* 2020; 25:9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

- 64 Brasil. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Guia para Monitoramento da COVID-19 nos hospitais da rede Ebserh. [Internet]. 2021 [acessado em 29 out. 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/v2_guia_para_monitoramento_da_covid_19_v2.pdf
- 65 Comissão Intergestores Bipartite da Bahia. Resolução Nº 156/2020. [Internet]. 2020 [acessado em 29 out. 2022]. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2020/RES_CI_B_156_2020.pdf
- 66 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do SARS-COV-2. Versão N º 04. Bahia, julho de 2022. Edição de atualização
- 67 – BAHIA, 2022. http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/Plano-estadual-de-contingencia-SARS-COV2_Com-Linhas.pdf
- 68 Alharbi AA, Alqassim AY, Alharbi AA, Gosadi IM, Aqeeli AA, Muaddi MA, et al. Variations in length of stay of inpatients with COVID-19: a nationwide test of the new model of care under vision 2030 in Saudi Arabia. *Saudi J Biol Sci* 2021; 28:11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34305430>
- 69 Mattiuzzi C, Lippi G, Henry BM. Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union. *Public Health* 2021; 193. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33725494/>
- 70 Guimarães RM, Oliveira MPRPB, Dutra VGP. Excesso de mortalidade segundo grupo de causas no primeiro ano de pandemia de COVID-19 no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2022; 25:e220029. <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2022.v25/e220029/pt>
- 71 Stokes AC, Lundberg DJ, Elo IT, Hempsted K, Bor J, Preston SH. COVID-19 and excess mortality in the United States: A county-level analysis. *PLoS medicine* 2021; 18:5. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003571>
- 72 Orellana JDY, MARRERO L, HORTA BL. In-hospital case fatality ratio due to COVID- 19 in four Brazilian state capitals and its possible temporal relationship with the Gamma variant, 2020-2021. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2021; 30:4. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400024>

6.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E AÇÕES DA EQUIPE GESTORA DO HUF, SEGUNDO A TRÍADE DONABEDIANA

Constatou-se que no período do estudo originaram a publicação de 135 documentos que subsidiaram o enfrentamento da COVID-19 no hospital. Destas, o Boletim Epidemiológico concentrou o maior volume 36 (26,67%), seguido dos fluxogramas 24 (17,78%) e dos Procedimentos Operacionais Padrão 15 (11,11%). Quanto ao período de publicação, houve um predomínio no primeiro e segundo semestre, que correspondem à entrada e disseminação da pandemia no Brasil, evidenciando a necessidade de adequação e resposta institucional ao enfrentamento da COVID-19, conforme consta no Quadro 1 abaixo.

Nesse sentido, os documentos foram agrupados conforme o referencial teórico da Teoria de Sistemas de Donabedian e categorizados no que se refere a: condições estruturais (recursos materiais, financeiros, humanos, físicos e organizacionais), processos (ações que permitam a prestação do cuidado). Para as medidas de mensuração dos resultados foram analisados os indicadores de monitoramento da COVID-19 adotados pelo hospital.

Quadro 1. Ações estratégicas adotadas pelo hospital de fevereiro de 2020 a fevereiro 2021

TIPO DE DOCUMENTO	TÍTULO	RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO	PUBLICAÇÃO	TRÍADE
Fluxograma	Fluxograma com novas orientações para coleta de swab para pesquisa de Vírus Respiratórios – SARS-CoV2	GAS / ULAC	fev.-20	Processo
Campanha	Campanha para arrecadação de EPI	ASCOM	mar.-20	Estrutura
Cartilha	Orientações para chefias e colaboradores sobre cuidados com a saúde mental:Colaboradores.	UDP	mar.-20	Estrutura
Cartilha	Orientações para chefias e colaboradores sobre cuidados com a saúde mental:Chefias	UDP	mar.-20	Estrutura
Documento orientador	Documento Orientador sobre Pandemia do Covid-19 para os residentes do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos	GEPE	mar.-20	Estrutura
Informativo	Informativo psicoeducativo para manejo de angústias e identificação de padrões de pensamento disfuncionais - Bloquinho	UDP	mar.-20	Estrutura
Manual	Manual Orientativo de Proteção Respiratória	SOST	mar.-20	Estrutura
Manual	Manual de orientações frente ao manuseio e transporte pós-óbito de pessoas com infecção suspeita ou confirmada pelo novo coronavírus	GAS	mar.-20	Estrutura
Nota técnica	Nota Técnica Nº 1/2020 - Medidas de contenção para reduzir o fluxo de pacientes e acompanhantes nas dependências	GTT COVID-19 HUPES	mar.-20	Estrutura

Nota técnica	Nota Técnica Nº 2/2020 - Proteção de profissionais e trabalhadores	GTT COVID-19 HUPES	mar.-20	Processo
Nota técnica	Nota Técnica Nº 3/2020 - Uso Racional de Suprimentos no Hupes	GTT COVID-19 HUPES	mar.-20	Estrutura
Nota técnica	Nota Técnica Nº 4/2020 – Padrões recomendados de equipamentos de proteção individual no contexto do COVID-19.	GTT COVID-19 HUPES	mar.-20	Estrutura
Ofício	Ofício Circular nº113 - Dispõe sobre abertura de leitos na 4A para atender o plano de contingência	SUPERINTENDÊNCIA A	mar.-20	Estrutura
Placa	Placa para Identificação do Leito de Casos Suspeitos ou Confirmados de COVID-19	SCIH	mar.-20	Estrutura
Plano	Planos de Ação e de Contingência para atuação frente à pandemia do novo coronavírus período (versão 01 em março/2020, v 02 em abril 2020, v03 em maio/2020 , v04 em agosto/2020 , v05 em dez/2020 e v 06 em em março/2021) - Obs: Divulgação em Intranet, totalizando 06 planos no período).	SUPERINTENDÊNCIA A	mar.-20	Estrutura
POP	POP sobre uso dos Equipamentos de proteção individual (EPI) que devem ser utilizados durante o transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19	SCIH/HOTELARIA	mar.-20	Processo
POP	POP sobre Sequência de Colocação e Retirada dos Equipamentos de Proteção Individual Frente ao Paciente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19	SVSSP/SCIH	mar.-20	Processo
Portaria	PORTARIA Nº 077 - Constituir Grupo Técnico de Trabalho de Medidas de Prevenção e Controle de COVID-19 (GTTCOVID-19 HUPES)	SUPERINTENDÊNCIA A	mar.-20	Estrutura
Portaria	PORTARIA Nº 083 - Constituir subcomitês do Grupo Técnico de Trabalho de Medidas de Prevenção e Controle de COVID-19 (GTTCOVID-19 HUPES)	SUPERINTENDÊNCIA A	mar.-20	Estrutura
Projeto	Projeto Escuta	PSICOLOGIA	mar.-20	Estrutura
Vídeo	Orientações e paramentação em casos de suspeita/confirmação de COVID-19 no Hupes	SCIH	mar.-20	Processo
Cartaz	Orientação sobre colocação e retirada de EPIs	SVSSP/ASCOM	abr.-20	Processo
Cartaz	Orientações sobre o uso de máscaras	SVSSP/ASCOM	abr.-20	Processo
Cartilha	Orientações de exercícios ao paciente Covid-19	SERVIÇO FISIOTERAPIA	abr.-20	Processo
Ficha	Ficha de investigação de SG suspeito de doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19 (B34.2)	NHE	abr.-20	Estrutura
Ficha	Ficha de registro individual – casos de síndrome respiratória aguda grave hospitalizado	NHE	abr.-20	Estrutura
Fluxograma	Fluxograma de Posição Prona	EQUIPE MULTI	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de Suplementação de oxigênio em pacientes com suspeita ou confirmação de Infecção por COVID-19	EQUIPE MULTI	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de suporte ventilatório em paciente com suspeita ou confirmação por COVID-19	EQUIPE MULTI	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de atendimento fisioterapêutico do paciente com suspeita ou confirmação de infecção por Covid- 19	SERVIÇO FISIOTERAPIA	abr.-20	Processo

Fluxograma	Fluxograma para a Televisita	PSICOLOGIA	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma para atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados	PSICOLOGIA	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de suporte ventilatório em pacientes pediátricos com suspeita ou confirmação de infecção por Covid-19	SERVIÇO FISIOTERAPIA	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma oxigenoterapia Covid- 19 – Pediatria	SERVIÇO FISIOTERAPIA	abr.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma intubação Covid-19 adaptado – Pediatria	SERVIÇO FISIOTERAPIA	abr.-20	Processo
Informativo	Informativo - COVID-19: o que precisamos saber no Hupes?	SVSSP/UVS	abr.-20	Estrutura
Informe	NHE divulga nova regra para notificação de casos suspeitos de Covid-19 no Hupes.	NHE	abr.-20	Estrutura
Placa	Placa de Sinalização COVID 19 – GERAL (paciente dentro de quarto de isolamento ou em enfermaria coletiva de corte)	SCIH	abr.-20	Estrutura
Placa	Placa de Sinalização COVID 19 - UTI exclusiva para casos de COVID-19	SCIH	abr.-20	Estrutura
Placa	Placa de Sinalização COVID 19 - UTI não exclusiva, caso haja paciente com suspeita ou confirmação FORA DO QUARTO DE ISOLAMENTO.	SCIH	abr.-20	Estrutura
Pop	POP Preparo do corpo pós-morte em casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19	UGEH	abr.-20	Processo
Pop	POP Higienização do elevador utilizado no transporte de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19	SCIH/HOTELARIA	abr.-20	Processo
Pop	POP Condutas frente ao paciente internado contactante de paciente caso suspeito/confirmado de COVID-19	SCIH	abr.-20	Processo
Pop	POP - Paramentação e desparamentação frente a casos suspeitos/confirmados de Covid-19 internados fora do quarto de isolamento na UTI de referência	SVSSP/CCIH	abr.-20	Processo
Portaria	Minuta de Portaria - SEI nº 5944348, de 30 de março de 2020 , suspende o gozo, em caráter excepcional, das férias já programadas dos servidores estatutários da UFBA e empregadas públicos da EBSEH que iniciariam entre 06/04 a 31/05/2020	SUPERINTENDÊNCIA	abr.-20	Estrutura
Portaria	PORTARIA 109 de 06/04/2020 -Inclusão, no Grupo Técnico de Trabalho de Medidas de Prevenção e Controle de COVID-19 (GTTCOVID-19 HUPES), representantes do SOST.	SUPERINTENDÊNCIA	abr.-20	Estrutura
Boletim epidemiológico	Boletim Epidemiológico sobre o coronavírus no Hupes (Edição 01 em maio/2020 e Edição 43 em março/2021) - Obs: Divulgação semanal em Intranet, totalizando 43 boletins no período).	NHE	mai.-20	Estrutura
Boletim informativo	Informativo Hupes – Covid-19	ASCOM	mai.-20	Estrutura
Cartaz	Coronavírus: unhas longas, anéis e até esmaltes devem ser evitados.	DIVGP	mai.-20	Estrutura
Cartilha / folder	“Vamos falar sobre medidas de prevenção ao Coronavírus?”	SOST	mai.-20	Estrutura
Documento orientador	Orientações do Serviço Social para Enfermaria 4A	SS	mai.-20	Estrutura

Fluxograma	Fluxograma de orientações para trabalhador sintomático respiratório com atestado médico externo – Pandemia COVID-19	SUBCOMITÊ DE PROTEÇÃO DE PROFISSIONAIS E TRABALHADORES	mai.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de orientações para trabalhador sintomático respiratório sem atestado médico – Pandemia COVID-19	SUBCOMITÊ DE PROTEÇÃO DE PROFISSIONAIS E TRABALHADORES	mai.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de Ressuscitação Cardiopulmonar em paciente com suspeita ou confirmação por COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto	EQUIPE MULTI	mai.-20	Processo
Fluxograma	Orientações de Reanimação Cardiopulmonar para paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID- 19 em 06 05 2020	EQUIPE MULTI	mai.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma para acolhimento aos trabalhadores	UDP / DIVGP	mai.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma para atendimento aos pacientes suspeitos ou confirmados	SS	mai.-20	Processo
Formulário	Formulário de encaminhamento de trabalhador(a) ao Serviço de Pneumologia – Pandemia COVID-19	SUBCOMITÊ DE PROTEÇÃO DE PROFISSIONAIS E TRABALHADORES	mai.-20	Estrutura
Manual	Manual orientativo uso racional dos respiradores e máscaras cirúrgicas	SOST	mai.-20	Estrutura
Pop	POP Limpeza e desinfecção do protetor ocular e mascara facial	SVSSP/CCIH	mai.-20	Processo
Cartaz	Cartaz – Não descuide na hora da refeição!	SCIH	jun.-20	Estrutura
Cartaz	Cartaz – Não descuide na hora do descanso!	SCIH	jun.-20	Estrutura
Cartilha	A cartilha interativa “VAMOS APRENDER A LAVAR AS MÃOS?”	Terapia (TO)	jun.-20	Estrutura
Cartilha	Cartilha com sugestões de estratégias possíveis para adequação da rotina nesse período da Pandemia da COVID-19.	Terapia (TO)	jun.-20	Estrutura
Fluxograma	Fluxo de entrada e paramentação UTI 1	SCIH	jun.-20	Processo
Fluxograma	Fluxo de desparamentação e saída UTI 1	SCIH	jun.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma para internamento de paciente pediátrico covid-19	GAS	jun.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de atendimento fonoaudiológico aos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção por Covid-19	SERVIÇO FISIOTERAPIA/FON O	jun.-20	Processo
Informativo	Informativo – Covid-19	SUPERINTENDÊNCIA	jun.-20	Estrutura
Informativo	Informativo – Covid-19	SUPERINTENDÊNCIA	jun.-20	Estrutura
Manual	Manual Conduta Frente Ao Paciente Com Suspeita Ou Infecção Confirmada Pelo Sars-Cov-2 Em Procedimentos Cirúrgico	GAS	jun.-20	Processo
Manual	Manual Conduta Frente Ao Paciente Com Suspeita Ou Infecção Confirmada Pelo Sars-Cov-2 Hemodinâmica	GAS	jun.-20	Processo
Manual	Manual Conduta Frente Ao Paciente Com Suspeita Ou Infecção Confirmada Pelo Sars-Cov-2 No Serviço De Diálise	GAS	jun.-20	Processo
Orientações	Orientações para solicitação de vaga em UTI e transferência interna	UGRL	jun.-20	Estrutura
Pop	PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA PACIENTES	SCIH	jun.-20	Processo

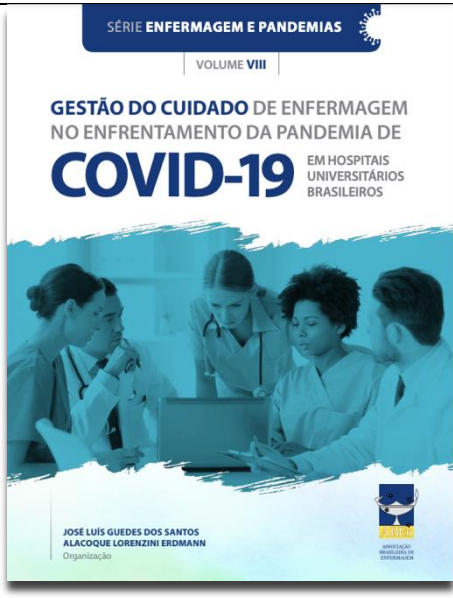

	COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA COVID-19 (4A E UTI DEREFERÊNCIA)			
Pop	POP Orientações aos empregados Ebserh sobre a entrega de atestados médicos e odontológicos, enquanto durar o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus (COVID-19).	SOST	jun.-20	Processo
Boletim informativo	Boletim informativo nº 1 – Qualidade e Segurança do Paciente no Complexo	UGRA/SVSSP	jul.-20	Estrutura
Cartilha	Cartilha de alongamentos e exercícios de mobilidade direcionados a profissionais em teletrabalho	SOST	jul.-20	Processo
Cartilha	Cartilha de Orientações destinada aos pacientes em uso de quimioterapia, bem como seus familiares e cuidadores	ONCOHEMATO	jul.-20	Estrutura
Documento orientador	Material psicoeducativo contendo dicas para o trabalho remoto direcionado a chefias e trabalhadores	UDP/DIVGP	jul.-20	Estrutura
Fluxograma	Fluxograma Acolhimento Psicologia Organizacional	PSICOLOGIA	jul.-20	Processo
Informativo	Orientações para pacientes e acompanhantes frente à pandemia do novo coronavírus.	ONCOHEMATO	jul.-20	Estrutura
Pop	Transporte do paciente de alta da uti 1 no contexto de unidade coorte de covid-19	UGEH	jul.-20	Processo
Projeto	Projeto Acolher	PSICOLOGIA	jul.-20	Estrutura
Vídeo	Vídeo orientativo sobre a maneira correta de higienização das mãos e uso das máscara de tecido.	UDP/DIVGP	jul.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma de Intubação Orotraqueal em paciente com suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19	EQUIPE MULTI	ago.-20	Processo
Fluxograma	Fluxograma internamento paciente Covid-19 – retomada das unidades	GAS	ago.-20	Processo
Fluxograma	Fluxo de coleta de saliva para detecção de covid-19 –	LAPI	ago.-20	Processo
Orientações	Orientação sobre doação de Sangue na pandemia de Covid-19	HEMOTERAPIA	ago.-20	Estrutura
Pop	Transferência de pacientes não covid-19 oriundos da uti 1 para demais unidades de internação	SCIH	ago.-20	Processo
Pop	Vigilância epidemiológica dos casos de pacientes com covid-19 confirmada	SCIH	set.-20	Processo
Cartaz	Cartaz – Orientações sobre rotina de visitas e acompanhantes	SUPERINTENDÊNCIA	out.-20	Estrutura
Pop	Coleta, acondicionamento e encaminhamento de swab nasofaríngeo para detecção de sars-cov-2	UGEH	out.-20	Processo
Pop	Avaliação inicial do paciente do ambulatório de oncohematologia- adaptação da rotina durante pandemia de covid-19	UGEH	out.-20	Processo
Pop	Suspensão das medidas de precaução dos pacientes com covid-19	SCIH	out.-20	Processo
Formulário	Termo de consentimento livre e esclarecido para cirurgia durante a Pandemia de Covid-19	GAS	nov.-20	Estrutura

Fonte: elaboração própria.

6.3 TERCEIRA PRODUÇÃO – CAPÍTULO DE LIVRO – GOVERNANÇA CORPORATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Como parte dos resultados, está publicado no livro “Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, conforme apresenta o quadro a seguir com a capa, ficha catalográfica e referência do capítulo, reproduzido em seguida.

Quadro 2 – Imagens do livro “Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, 2022

<p>IMAGEM DA CAPA</p>
 <p>The image shows the front cover of a book. At the top, it says 'SÉRIE ENFERMAGEM E PANDEMIAS' and 'VOLUME VIII'. The main title is 'GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS'. Below the title is a photograph of four healthcare professionals in white coats looking at a laptop. At the bottom, the organizers are listed: 'JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS' and 'ALACOQUE LORENZINI ERDMANN'. There is a logo for 'ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM' in the bottom right corner.</p>
<p>IMAGEM DA FICHA CATALOGRÁFICA</p>
 <p>The image is a library catalog card. It contains the following text: 'C893 Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros / Organização: José Luís Guedes dos Santos; Alacoque Lorenzini Erdmann. // Colô.: — Série enfermagem e pandemias. // — Brasília, DF: Editora ABEn, 2022. // 95 p. // ISBN 978-65-89112-11-2 // e-Book (PDF) // Texto de Autores Diversos. // 1. Enfermagem. 2. Pandemia. 3. COVID-19. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. José Luís Guedes dos Santos. (Org.). III. Alacoque Lorenzini Erdmann. (Org.). // CDU 614.4 // CDD 614. // Ficha catalográfica elaborada por Magalhães Azeiteiro CEB SP 009631/0 // 2022.v1'</p>
<p>REFERÊNCIA COMPLETA DO CAPÍTULO DO LIVRO</p>
<p>Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. (Série Enfermagem e Pandemias, 8).</p>

Fonte: elaboração própria; imagens do livro.

GOVERNANÇA CORPORATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Introdução

A COVID-19 é uma doença causada por um vírus da família Coronavírus denominado Severe Acute Respiratory Syndrome 2 (SARS-CoV-2), descoberto na cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019 ⁽¹⁾. Houve uma rápida disseminação da doença pelos continentes, resultado da alta transmissibilidade viral associada ao desconhecimento da evolução clínica. A doença foi considerada Emergência de Saúde Pública de importância Internacional ⁽²⁾ pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em seguida uma pandemia.

No Brasil, a pandemia teve seus primeiros registros em fevereiro de 2020, sendo reconhecida como Emergência de Saúde Pública de importância nacional, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS n. 188/2020 ⁽³⁾. Este cenário evidenciou a necessidade de resposta rápida da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente no que se refere à capacidade de identificação precoce dos casos e disponibilidade do acesso aos serviços de maior complexidade. Em 17 de março de 2021 o Brasil já ocupava o segundo lugar no mundo em incidência da doença, com 11.519.609 casos confirmados e 279.286 óbitos ⁽⁴⁾.

Decorrido um ano do início da pandemia foram constatadas situações heterogêneas no Brasil. De modo geral, houve desaceleração da doença, e em seguida aumento do número de casos no segundo semestre de 2020, isto após a identificação de variantes ⁽⁵⁾. Atualmente as diversas mutações são motivo de preocupação, visto que aumentam não só a transmissibilidade e gravidade dos quadros clínicos como o risco de óbito ⁽⁶⁾.

Em janeiro de 2021, o país iniciou a vacinação como forma de controle da doença. Nota-se redução dos casos, nas faixas etárias mais avançadas, já vacinadas, mas aumentou o adoecimento de pessoas mais jovens, economicamente ativas, inclusive com rápida deterioração do quadro clínico e maior tempo de permanência de ocupação dos leitos hospitalares ⁽⁵⁾.

A associação desses fatores, especialmente em um cenário de saúde à beira do colapso, quando não já colapsado, amplifica os desafios habitualmente vivenciados no âmbito dos hospitais, especialmente para os universitários, que se responsabilizam por um conjunto altamente divergente e complexo de atividades. Suas ações incluem a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, além de planejamento

e execução de internações e intervenções cirúrgicas, práticas de ensino e pesquisa e formação de profissionais de saúde ⁽⁷⁾.

Ademais, a ausência de planejamento antecipado em situações de risco coopera para as incertezas, sendo este um fator gerador de sobrecarga para os gestores, diante da necessidade premente de suprir inúmeras deficiências.

Sendo assim, inúmeras instituições de saúde implementaram, de modo urgente, medidas para manter a capacidade de atendimento à população. E é neste contexto de estruturação de estratégias para melhor reorganização e de necessidade de redução dos indicadores de mortalidade que se desenvolve o presente estudo. Será relatada a vivência dos autores, enfermeiros, do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), e a implementação das primeiras ações educativas, seguida da instituição, pela governança, do Grupo Técnico de Trabalho (GTTCOVID-19), por meio da Portaria nº 77 de 16 de março de 2020 ⁽⁸⁾, posteriormente convertido em Comitê de Crise da COVID-19 do HUPES, conforme Portaria nº 242 de 29/05/2020 ⁽⁹⁾.

Este Comitê tem como finalidade adaptar os serviços mediante ações voltadas para capacitação e proteção dos profissionais de saúde e usuários, de modo a evitar o colapso desta instituição neste momento de pandemia. E, como atribuições, atividades que incluem ações de vigilância em saúde, resgate das boas práticas em saúde e segurança no trabalho, revisão e elaboração de protocolos clínicos, procedimentos operacionais-padrão e promoção da educação permanente.

Os hospitais universitários, enquanto serviços públicos são cenários de práticas de ensino/aprendizagem que, habitualmente, enfrentam escassez de equipamentos, materiais para diagnósticos e assistência aos usuários; escassez de leitos hospitalares, particularmente os de terapia intensiva; condições precárias de trabalho reveladas pela falta de equipamentos de proteção individual (EPI), sobrecarga de trabalho, subdimensionamento de pessoal, entre outros. No curso da pandemia, tem ocorrido a intensificação dessas dificuldades em concomitância com o cenário mundial de despreparo dos trabalhadores para lidar com a nova patologia e, conseqüentemente, aumento do número de trabalhadores contaminados pelo SARS-CoV-2.

O HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA), enquanto um hospital universitário integrante da RAS do Sistema Único de Saúde (SUS) tem adequado seus serviços para atender as demandas oriundas da pandemia, como também garantir práticas seguras aos trabalhadores, estudantes e usuários.

Vislumbra-se que os resultados aqui apresentados possibilitem uma análise das ações estratégicas em Saúde implementadas para o enfrentamento da COVID-19 neste

hospital, com destaque para as práticas exitosas que se mostraram capazes de melhorar a qualidade assistencial, a segurança do paciente/profissional e a busca pela excelência dos resultados institucionais. Adicionalmente, espera-se que o relato dessas experiências possa contribuir para o manejo futuro de eventos de crise na saúde.

Diante do exposto, definiu-se a seguinte questão de investigação: Como se estruturaram as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19? E como objetivo estabeleceu-se analisar as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência e transversal. Os dados que fundamentam este relato foram coletados do período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, extraídos de documentos publicados *on-line*, na intranet do hospital, dos registros das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê de crise, de documentos internos do Setor de Vigilância Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP), e de minutas de reuniões. Esses dados foram agrupados em planilha *Excel*, categorizados e subcategorizados por aproximação temática conforme os eixos: gestão, epidemiologia e clínica.

Esse tipo de estudo se caracteriza pela descrição precisa da experiência tida como exitosa ou não e que, neste caso, pode contribuir para discussão e proposição de ideias para melhoria do cuidado em saúde durante a pandemia da COVID-19 ⁽¹⁰⁾. Relatos podem revelar enfrentamentos e dificuldades, ao tempo que, estimulam gestores, trabalhadores e comunidade acadêmica para novos estudos, bem como sinalizar novos caminhos ⁽¹⁰⁾.

O relato de experiência como narrativa assume importância na medida em que confere legitimidade à experiência enquanto fenômeno científico. É, portanto, uma ferramenta metodológica que se avizinha aos manejos e direcionamentos das ciências humanas; exprime, por meio da própria criação, uma espécie de temperatura da época, ensejando uma aspiração voltada à possibilidade de verdade ⁽¹⁰⁾.

O *locus* deste estudo foi o HUPES/UFBA, localizado na cidade do Salvador, no Estado da Bahia. Inaugurado em 1948, classifica-se como hospital de grande porte, possui 291 leitos de internação integral ativos, 11 leitos do hospital dia, 20 de Terapia Intensiva Adulto e 08 de Terapia Intensiva Pediátrica, 17 salas de aula, 01 auditório, 01 anfiteatro, 5 laboratórios de pesquisa e 18 unidades de internação. Para as atividades ambulatoriais conta com 128 consultórios.

No HUPES são atendidos pacientes com doenças que demandam atenção

especializada de média e alta complexidade. Seu corpo clínico é composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, farmacêuticos, médicos, professores, estudantes de graduação e pós-graduação, médicos residentes e residentes multiprofissionais, além dos serviços de apoio administrativos e outros, como transporte, higienização e recepcionistas. Conta com 2.408 funcionários em regimes de trabalho diferentes, sendo 626 UFBA, 48 Ministério da Saúde, 5 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 4 Secretaria Municipal de Saúde, 1593 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e 132 oriundos de empresas terceirizadas.

Exerce importante papel como campo de prática na formação dos estudantes de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* da UFBA, a exemplo das escolas da área de saúde que desenvolvem suas atividades práticas e teórico-práticas no HUPES. A história desta organização é marcada por conquistas e inovações nos quatro pilares de um hospital universitário, repercutindo diferenciadamente na prestação de serviços à sociedade.

No âmbito da pesquisa, são desenvolvidas investigações em grandes áreas de conhecimento em saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, entre outras. Na área médica, destacam-se pesquisas nas seguintes especializações: gastroenterologia, hepatologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, onco-hematologia, ginecologia, pediatria, doenças hematológicas benignas e doenças raras.

O presente relato está organizado em três momentos: 1ª - Descrição da implantação e funcionamento do grupo de trabalho; 2ª - Caracterização do conjunto de documentação produzida pelo serviço; e 3ª - Reflexões de profissionais que compuseram o grupo deste manuscrito.

Os documentos foram categorizados por aproximação temática, e ordenados de forma decrescente de incidência, assim denominados: Gestão em Saúde; Educação na Saúde; Manejo Clínico; e Vigilância em Saúde. Com a finalidade de detalhar a análise, foram subcategorizados em: Saúde do trabalhador, Manejo clínico, Segurança do paciente e Vigilância epidemiológica.

As reflexões de profissionais que compuseram o grupo de trabalho neste estudo foram utilizadas como dados secundários, (subjetivos) oriundos da vivência, sendo, portanto, dispensável a aprovação em Comitê de Ética. Contudo, o HUPES é coparticipante do estudo multicêntrico brasileiro intitulado "Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros",

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES, sob Parecer nº 4.562.421, o que torna factível esse relato, tal como preconizado pelas Resoluções nº 466/12 ⁽¹¹⁾ e nº 510/16 ⁽¹²⁾ do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A COVID-19 é considerada um agravo de saúde pública de notificação compulsória. No âmbito hospitalar e, portanto, também no HUPES, é monitorada pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) vinculado gerencialmente ao SVSSP. Nesse entendimento, a governança local do HUPES, ao buscar atender à missão de prestar assistência à saúde da população; formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da coletividade determinou através de Portaria organizacional que a condução de todas as ações para enfrentamento da COVID-19 estaria sob o gerenciamento e responsabilidade do SVSSP da organização destacada neste estudo.

Para tanto, foi criada uma estrutura organizacional temporária, inicialmente denominada GTTCOVID-19 ⁽⁸⁾, posteriormente convertido em Comitê de Crise da COVID-19 do HUPES ⁽⁹⁾, para apoiar a condução das ações de prevenção e controle da COVID-19 composta por representantes da Superintendência, Gerência Administrativa, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino Pesquisa e Extensão, SVSSP, NHE, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador (SOST), Setor de Regulação Assistencial, Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão Médica, **Divisão** de Enfermagem, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Divisão de Infraestrutura e Logística Hospitalar e Serviços de Apoio: Suprimentos, Laboratório, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Almoxarifado, Engenharia Clínica, Tecnologia da Informação, Hotelaria, dentre outros.

Por conseguinte, foram constituídos subcomitês do Comitê de Crise do HUPES para discussão de temas pertinentes à condução das ações de prevenção e controle da COVID-19, reuniam-se sob demanda, convocados pelo Coordenador. Foram assim denominados: Subcomitê de Redução de Circulação, Subcomitê de Sintomáticos Respiratórios, Subcomitê de Suprimentos, Subcomitê de Proteção de Profissionais e Trabalhadores e Subcomitê de Gerenciamento de Casos. Estes são compostos por: enfermeiro, médico das especialidades (clínica médica, epidemiologia, infectologia e pneumologia), profissionais e gestores de áreas afins.

Diante do agravamento do cenário sanitário e, conseqüentemente, da necessidade de intervenções rápidas e eficazes, o Comitê de Crise assumiu as seguintes competências:

- Assessorar a condução das atividades relacionadas a eventos de saúde pública;
- Promover atividades técnico-científicas e ações para prevenção e controle de eventos de saúde pública;
- Apoiar a reestruturação de fluxos e processos hospitalares no atendimento de casos que envolvem eventos de saúde pública;
- Assessorar a promoção de ações de vigilância em saúde e segurança do paciente, relativas a eventos de saúde pública;
- Assegurar a construção, revisão e divulgação de protocolos, notas técnicas e procedimentos operacionais relacionados aos eventos de saúde pública;
- Estimular e coordenar a proposição de temas para capacitação e eventos voltados à prevenção, controle e manejo de eventos de saúde pública;
- Integrar as ações de prevenção, controle e manejo de eventos de saúde pública ao programa de aprimoramento profissional, estágios e de ensino, pesquisa e extensão;
- Controlar a elaboração e entrega de trabalhos técnicos quando relacionados à Vigilância em Saúde.

Como integrante da Rede EBSEH de hospitais, o coordenador do Comitê de Crise do HUPES participa do Núcleo de Comunicação Operacional no âmbito do Centro de Operações de Emergências em Saúde da Rede EBSEH (NuCOP-COE-EBSEH), cujo objetivo é centralizar as demandas de informações relativas à pandemia e designar interlocutores em cada hospital da rede.

Ao longo do recorte desse estudo foram realizadas 100 reuniões com os membros do Comitê de crise, inicialmente diárias, com horário e local predefinidos e posteriormente por demanda. As reuniões eram pautadas na avaliação do cenário local, nacional e mundial, com base nos indicadores da COVID-19 padronizados no hospital para definição de estratégias, medidas assistenciais e gerenciais, de forma que estivessem alinhadas às determinações do MS, Anvisa, OMS, *Center for Disease Control and Prevention*, além das regulamentações estaduais e municipais vigentes.

Nas reuniões do Comitê de crise foi adotado o *debriefing* – método que se constitui de uma parada para reflexão dos acontecimentos nos setores envolvidos em processos preestabelecidos das ações já realizadas e seus resultados – como ferramenta avaliativa da situação. As discussões originaram a publicação de 135 documentos que subsidiaram o enfrentamento da COVID-19 no hospital. Concentrou o maior volume 36 (26,67%), seguido dos fluxogramas 24 (17,78%) e dos POP 15 (11,11%).

Tabela 1. Ações estratégicas do HUPES de fevereiro de 2020 a fevereiro 2021

Tipos de Documentos	1° Trimestre (N=47)		2° Trimestre (N=49)		3° Trimestre (N=25)		4° Trimestre (N=14)		Total (N=135)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boletim Epidemiológico	0	0,0	10	20,4	13	52,0	13	92,9	36	26,7
Boletim Informativo	0	0,0	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Campanha	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Cartaz	2	4,3	3	6,1	1	4,0	0	0,0	6	4,4
Cartilha	3	6,4	5	10,2	0	0,0	0	0,0	8	5,9
Documento Orientador	1	2,1	2	4,1	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Ficha	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Fluxograma	10	21,3	11	22,5	3	12,0	0	0,0	24	17,8
Formulário	0	0,0	1	2,0	1	4,0	0	0,0	2	1,5
Informativo	3	6,4	3	6,1	0	0,0	0	0,0	6	4,4
Manual	2	4,3	4	8,2	0	0,0	0	0,0	6	4,4
Nota Técnica	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Ofício	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Orientações	0	0,0	1	2,0	1	4,0	0	0,0	2	1,5
Placa	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Plano de Contingência	2	4,3	1	2,0	1	4,0	1	7,1	5	3,7
Procedimento										
Operacional Padrão-POP	6	12,8	4	8,2	5	20,0	0	0,0	15	11,1
Portaria	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Projeto	1	2,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Vídeo	1	2,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5

Fonte: Intranet – HUPES, 2021.

Na tabela 1, estão agrupadas as publicações por trimestre. Constatou-se predomínio de documentos produzidos entre o primeiro 47 (63,45%) e segundo trimestres 49 (66,15%), períodos que correspondem à entrada e disseminação da pandemia no Brasil, respectivamente. Tal situação, aliada ao medo e ao desconhecimento, geraram uma sobrecarga de demandas administrativas para os gestores, no sentido de implementar ações que assegurassem a proteção dos trabalhadores e usuários do HUPES.

Quando comparamos o quantitativo de publicações por tipo e por período trimestral, verificamos que no primeiro trimestre prevaleceu a elaboração de fluxogramas 10 (21,28%) e de POP 06 (12,77%). No segundo trimestre, predominaram fluxogramas 11 (22,45%) e boletins epidemiológicos 10 (20,41%). Já o terceiro trimestre priorizou a atualização de boletins epidemiológicos 13 (52%) e a elaboração de POP 05 (20%). Por fim, o quarto trimestre denota a divulgação e atualizações de boletins epidemiológicos, no total de 13 (92,86%). Vale destacar que o plano de contingência foi atualizado ao longo dos quatro trimestres, recorte temporal deste estudo.

As publicações da categoria Gestão em Saúde se apresentaram com o maior

volume de documentos, no total de 34 (35,41%). Esta densidade documental pode ser consequência da ausência de um plano orientado para enfrentamento de uma crise como a pandemia da COVID-19. Conforme disposto na tabela 2, observamos que as publicações da categoria de Gestão em Saúde se concentraram na Saúde do Trabalhador 11 (32,35%) e no Manejo Clínico 11 (32,35%).

Tabela 2. Distribuição da quantidade de documentos produzidos segundo categoria e subcategorias temáticas. Salvador, 2021

Categoria	Subcategoria	n	%
Gestão em Saúde (N=34)	Saúde do Trabalhador	11	32,4
	Manejo clínico	11	32,4
	Segurança do Paciente	2	5,9
	Vigilância Epidemiológica	1	2,9
	Atos Administrativos	9	26,5
Educação na Saúde (N=28)	Saúde do Trabalhador	15	53,6
	Manejo clínico	9	32,1
	Segurança do Paciente	3	10,7
	Vigilância Epidemiológica	1	3,6
Manejo Clínico (N=24)	Segurança do Paciente	24	100
Vigilância em Saúde (N=10)	Vigilância Epidemiológica	4	40
	Saúde do Trabalhador	6	60

Fonte: Intranet – HUPES, 2021.

Assim, houve a necessidade de adaptação estrutural do HUPES, bem como de revisão dos processos de trabalho com a criação de novos fluxogramas. Este movimento de mudança no ambiente de trabalho pode ter sido impactante para todos os profissionais, pois se depararam com as demandas de uma doença desconhecida com índices elevados de transmissibilidade, criticidade e mortalidade.

As publicações da categoria Educação em Saúde foram a segunda mais prevalente 28 (29,1). É importante destacar que as ações no campo da saúde do trabalhador e manejo clínico mostraram domínio dentro das categorias de Educação na Saúde e Gestão em Saúde.

No recorte do presente estudo o HUPES alcançou o total de 1488 funcionários e estudantes treinados em diversas temáticas, tais como uso correto e racional dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), atendimento ao paciente crítico com sintomas respiratórios, uso do ventilador mecânico e intubação no adulto e na criança acometidos ou suspeitos da COVID-19, manejo e preparo do corpo suspeito ou contaminado por COVID-19.

A premissa para elaboração de documentos com mudanças no processo de

cuidado teve como foco tanto o manejo clínico, principalmente àqueles pacientes em situações críticas, como a proteção da saúde dos trabalhadores. Para tanto, o Comitê, contou com apoio dos profissionais da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem, SCIH, SOST, Unidade de Desenvolvimento de Pessoas (UDP), Unidade Referência de Agudos, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Anestesiologia, Serviço de Psicologia além de ter utilizado a estrutura disponível no hospital. Foi um processo pautado em metodologias ativas e simulação realística, além de terem sido seguidos os protocolos de segurança instituídos.

Contudo, os altos índices de absenteísmo e de contaminação dos profissionais de saúde traduzem, de algum modo, a necessidade de investimento na dimensão estrutural dos serviços de saúde e de um entendimento mais técnico, humanitário e ético do trabalho em saúde.

As notificações de casos da COVID-19 no HUPES de paciente, trabalhador, residentes e internos, até a data de 25 de fevereiro de 2021, totalizaram 1774. Destas, 599 foram relativas a pacientes, sendo 428 internados e 171 ambulatoriais. Destes pacientes, 426 foram descartados, 23 foram considerados suspeitos e 150 confirmados (117 internados e 33 ambulatoriais). Dos 150 confirmados, ocorreram 26 óbitos no HUPES, todos na Unidade de Terapia Intensiva.

No contexto da vigilância em Saúde, o HUPES promoveu ações que contemplaram a divulgação de medidas de proteção aos trabalhadores da unidade, grupo de maior vulnerabilidade na contaminação por COVID-19. Tal decisão considerou a exposição, pela natureza do trabalho de médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, recepcionistas, funcionários da higienização, bem como as condições estruturais deficitárias especialmente nos serviços públicos (tabela 02).

Nesse sentido, destaca-se a criação de uma Central de distribuição de EPI em forma de Kits, estrategicamente localizada. Esta central se mantém em operação de segunda à sexta- feira, das 7h às 17h e para os demais horários as enfermeiras fazem a provisão antecipadamente. Vale ressaltar a participação de um técnico de segurança do trabalho e duas recepcionistas que entregam o EPI e reforçam as orientações e medidas de biossegurança.

Discussão

A pandemia da COVID-19 levou a um aumento da produção de conhecimento e ao aprimoramento de práticas de organização do processo de trabalho e saúde, além de ter gerado uma demanda significativa de processos decisórios, necessidade de tomadas

de decisões rápidas e construção de parâmetros para elas. Contudo, torna-se importante destacar a capacidade dos profissionais na sobreposição de atividades ao assumirem a condução técnica e gerencial deste processo.

Em uma perspectiva teórica, para aplicação dos processos de melhoria, é preciso aliar o conhecimento acumulado sobre gestão ao cotidiano dos serviços e utilizá-lo de acordo com as especificidades de cada cenário. Para tanto, são essenciais práticas de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços em saúde, considerando a fragilidade de processos decisórios tomados por demandas do cotidiano, numa direção de resposta momentânea ao problema ⁽¹³⁾.

Por outro lado, a pandemia acentuou a particularidade do processo de trabalho em saúde. Esta intensificou as relações, produto difícil de ser mensurado, agravado ainda pela necessidade de atender as modificações e exigências técnicas da atenção à pessoa com COVID-19 ⁽¹⁵⁾. Além do que, com a pandemia a dimensão interprofissional do trabalho, ficou mais evidente nas organizações de saúde ⁽¹⁵⁾.

Ademais, o alto volume de produção de boletins epidemiológicos, POP e fluxogramas indicaram a necessidade de reorganização das práticas da equipe de saúde, bem como a fragilidade de espaços dialógicos de produção do conhecimento e tomada de decisões, que foram resgatadas durante a pandemia da COVID-19. Tal afirmativa é fortalecida pelo modelo utilizado, uma vez que os documentos foram elaborados em um processo de diálogo e construção coletiva pela equipe multiprofissional.

Outro aspecto a ser destacado é a gravidade dos impactos causados pela pandemia na saúde pública, por ser um vírus de fácil e rápida propagação na população, que levou a uma mudança abrupta nas rotinas dos serviços de saúde. Observa-se um cenário sobrecarregado de internações hospitalares decorrentes de complicações respiratórias de difícil manejo clínico, além de alto índice de contaminação entre os profissionais de saúde.

Nesse sentido, a pandemia, além de exigir resposta rápida do sistema de saúde, pode ter evidenciado a dificuldade das organizações em criar espaços de diálogos entre a gestão, usuários e trabalhadores. A necessidade premente de produzir e disseminar conhecimento acerca de uma patologia recém-instalada, bem como de implementar rapidamente medidas de proteção aos profissionais, prover equipamentos de proteção individual e instituir protocolos de manejo clínico, favoreceu o envolvimento dos profissionais como sujeitos do processo em saúde na tomada de decisões no hospital. Este aspecto é confirmado pela adoção do uso da ferramenta de avaliação *debriefing* nas reuniões diárias pelo Comitê de crise do HUPES.

Entende-se o processo de tomada de decisões em sistemas de saúde como um conjunto de passos estruturados que inclui a busca pelo consenso entre as partes envolvidas e incorpora o uso de informações coletadas nos níveis locais para lidar com situações complexas. Esse processo deve levar em consideração as especificidades do contexto a fim de permitir o desenvolvimento e a avaliação de soluções inovadoras ⁽¹⁴⁾.

Nessa direção, destaca-se a elaboração do Boletim epidemiológico semanal ao longo de um ano como ação que comprova o monitoramento de dados sobre COVID-19 no âmbito local. Tal monitoramento fundamentou-se na avaliação de 12 indicadores específicos para acompanhamento dos pacientes suspeitos e confirmados da doença, o que conferiu mais solidez às tomadas de decisões.

No âmbito da gestão em saúde, a maior demanda foi por medidas relacionadas à saúde do trabalhador, e isto pode ser reflexo da precarização do trabalho em saúde. Diante da excessiva carga de trabalho já existente, agora acrescida das demandas específicas geradas pela COVID-19, os trabalhadores do hospital sofreram impactos ainda maiores.

Esses profissionais, frequentemente submetidos a precárias condições de trabalho, têm sua saúde continuamente exposta a riscos. Mais recentemente, tem sido discutida a possibilidade de mudança na regulamentação do trabalho, que pode ser interpretada como uma tentativa de oficializar o quadro de precarização laboral já instalado e que vem apenas se agravando no âmbito da saúde ⁽¹⁶⁾.

Um dos exemplos desta precarização é a aprovação, em dezembro de 2012, do Conselho Universitário da Universidade Federal da Bahia para que o hospital aderisse à Ebserh, criada pela Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010, com a finalidade de administrar os Hospitais Universitários Federais ⁽¹⁷⁾. Tal medida foi justificada como uma ampla defesa de eficiência gerencial que, na visão dos atores de governo à época, o setor público não dispunha.

Contudo, os altos índices de absenteísmo e de contaminação dos profissionais de saúde traduzem, de algum modo, a necessidade de investimento na dimensão estrutural dos serviços de saúde e de um entendimento mais técnico, humanitário e ético do trabalho em saúde.

Estudo realizado em 2019 evidencia um quadro de precarização geral das condições de trabalho e emprego das categorias terceirizadas, bem como tendência de piora das condições de trabalho evidenciada por perdas salariais e de direitos. Os resultados também sinalizam aumento da intensidade do trabalho e riscos à saúde do trabalhador, aumento de acidentes de trabalho e dificuldades dos sindicatos para unificar

as lutas coletivas ⁽¹⁷⁾.

O quantitativo de atividades educativas aponta, por um lado, para a imediatividade da qualificação da equipe para o enfrentamento da pandemia e a sensibilidade dos gestores. Inicialmente, o Comitê de Crise do HUPES identificou setores com maior urgência de capacitação, para que ações educativas fossem orientadas e organizadas mediante um termo de referência, sob a orientação da UDP com o apoio de uma pedagoga. Os instrutores eram profissionais com expertises por área, que atuaram nos diferentes turnos de trabalho, sendo notória não só a disponibilidade como o engajamento do grupo. Isto facilitou sobremaneira a execução de práticas educativas para qualificação profissional.

Válido ressaltar que o processo de educação permanente deve ser construído e fortalecido cotidianamente, pois permite o encontro entre a formação e o trabalho, além de qualificar e promover diálogos e reflexões sobre a atividade laboral a fim de transformar as práticas de saúde. Acresce-se que a Educação Permanente favorece o cuidado em saúde, na medida em que permite maior efetividade e resolutividade na oferta deste cuidado, alinhada à realidade de cada trabalhador ⁽¹⁸⁾.

Práticas educativas demandam planejamento estratégico estruturado, que se fundamente em sólidos indicadores e metas, a fim de aferir, com fidedignidade, a efetividade, eficiência e eficácia deste plano. Caso contrário, serão apenas atividades esporádicas, com alto grau de repetição e produção, dispersas de saber organizacional.

Para construção do conhecimento específico, equipes envolvidas na gestão do hospital subsidiaram suas condutas e decisões em protocolos fundamentados no conhecimento científico disponível. Além disso, investiram na atualização constante e utilizaram a experiência prática, o conhecimento empírico dos colaboradores para aprimorar a gestão de seus processos de trabalho.

Como ponto positivo as estratégias de qualificação profissional foram direcionadas a todas as categorias profissionais, destacando-se a relevância do processo educativo e prático interprofissional. Tais estratégias proporcionaram a integração entre equipes, aumentaram a resolutividade dos serviços e a qualidade de atenção à saúde, além de terem melhorado a comunicação entre profissionais, o que foi fundamental para as equipes de cuidados intensivos ⁽¹⁸⁾.

Todavia, apesar dessas medidas, a contaminação e o adoecimento dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos pacientes foram inevitáveis. No hospital investigado, foram registrados 1.043 casos envolvendo trabalhadores da saúde, sendo 434 confirmados para COVID-19, 21 suspeitos e 588 descartados.

Proteger a saúde dos profissionais de saúde é fundamental para evitar a transmissão da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios destes profissionais. Para tanto, é preciso adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPI, incluindo máscaras N95, aventais, óculos, protetores faciais e luvas, em quantidade suficiente para todos. Necessário também proteger a saúde mental destes profissionais e trabalhadores de saúde, reconhecendo o estresse diário e intenso a que estão submetidos nesse contexto ⁽¹⁸⁾.

Essas ações são indispensáveis ao enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, nota-se avanço, pois, apesar de déficits na capacidade instalada, da nem sempre adequada disponibilidade de recursos financeiros e da precariedade estrutural do cotidiano dos serviços de saúde, a implementação dessas medidas denota interesse dos trabalhadores e dos gestores operacionais neste enfrentamento. Isso demonstra, principalmente, um ato humanitário em um cenário tão caótico.

Essa preocupação, além de evidente nas medidas implementadas, pôde ser observada, na prática, por relato de alguns dos autores deste estudo, conforme destacado nos fragmentos a seguir:

Nesse momento pensei na importância do meu papel como gestora de um grupo essencial em linha de frente que estava tão vulnerável com sentimentos de medo, insegurança pelo desconhecido, ansiosos, muitos em pânico, pois, além de trabalhadores de saúde, são homens, mulheres, mãe, pai, irmão e filhos. (O.M.B.S.)

A responsabilidade e a necessidade de desempenhar uma assistência de qualidade e o cenário de contínua exposição e insegurança, se foi contaminado ou não, levam a um estado permanente de alerta e medo. Isso leva a um sofrimento com aumento nos transtornos de saúde mental, o que muito me preocupou devido a dano para o trabalhador em sua vida, tempo de afastamento prolongado, podendo levar à relocação para outras atividades não assistenciais. (O.M.B.S.)

Ao tempo que eu tinha a responsabilidade de proporcionar segurança para esses trabalhadores com uma gestão proativa, compartilhada e horizontal, percebi o quanto foi importante compartilhar meus sentimentos e vulnerabilidade com eles e dizer: Estou aqui vocês não estão sozinhos. (O.M.B.S.)

São relatos de quem vivenciou intensamente essa experiência desafiadora e que apontam para o uso de tecnologias leves, leves-duras e o quanto elas são essenciais para o enfrentamento de uma crise sanitária desta dimensão. A escuta e a corresponsabilização para a produção de uma dimensão comunicativa no processo de gestão dos serviços de saúde são imprescindíveis, pois, certamente, em um cenário de

precariedade e déficit de pessoal, um modelo autocrático de gestão teria impactos sociais, econômicos e na saúde do trabalhador.

Em contrapartida, os trabalhadores também demonstraram medo, necessidade de adequação aos novos protocolos e sentimento de corresponsabilização pela equipe de enfermagem como elementos importantes para esse enfrentamento, conforme evidenciam outros relatos dos autores deste estudo.

Em meio a uma das maiores pandemias mundiais, conviver com emoções foi e continua sendo um grande desafio. É difícil liderar a equipe, na medida em que o grupo tem expectativa de que a liderança tenha serenidade, calma, sensatez, discernimento e comando.

Na realidade o que nos acomete com esta doença é o medo do desconhecido. Como profissionais de saúde podemos ser acometidos a qualquer momento, além disso, o risco de contaminar nossos familiares mais vulneráveis. Este é um medo real!!!

Quando atendemos o primeiro usuário com COVID-19, a equipe experimentou ansiedade intensa e impotência. Gerou também um clima de expectativa de que deveríamos sair ilesos. E, evidentemente, sempre havia dúvidas: Será que sairíamos ilesos!?!; que assistência devemos desenvolver e como atingir a qualidade dos cuidados?!?!;

Presenciei muitos colegas contaminados, os noticiários retratavam um cenário assustador e manter o equilíbrio emocional foi difícil e árduo, além de que precisávamos ficar sereno para atender nossos familiares. Vivenciei a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), um elevado absenteísmo dos profissionais, excesso de trabalho e, por vezes, turnos que excediam 24 horas, ou ainda, problemas que envolviam nosso cotidiano em mais de um serviço hospitalar.

Nesse turbilhão pandêmico, em meio a tantas inseguranças, percebi que como profissional encontrei forças para transmitir tranquilidade e segurança à equipe de trabalho. Contudo, o que tive maior dificuldade foi ter que afastar-me daqueles que amo, foi sem dúvida o mais entristecedor. Ainda temos momentos de tristeza e choro junto à equipe (...) entretanto cultivamos a esperança e a crença em um futuro promissor. (Relato de ELSMDJ).

Tais sentimentos e percepções evidenciam a vulnerabilidade psicológica da equipe de enfermagem e, também, um sentimento humanitário de responsabilização com o outro que é muito comum diante de grandes catástrofes humanas. Temos uma pandemia que está em curso e que já matou mais de 300 mil brasileiros e brasileiras. Neste contexto, fica evidente que um dos grandes impactos dessa pandemia será no campo da saúde mental, com reflexos a médio e longo prazo.

Considerações Finais

Considerando os objetivos deste relato, buscamos analisar as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19. A pandemia trouxe à luz as potencialidades do SUS, conseqüentemente de sua RAS instalada, ao mesmo tempo em

que evidenciou carências historicamente instituídas. Neste contexto, medidas precisaram ser rapidamente implementadas diante das demandas ocasionadas pelo cenário de crise e das especificidades da doença. No caso do HUPES, considera-se que a governança deliberou oportunamente a constituição do Comitê de Crise de enfrentamento ao COVID-19 do HUPES para condução das ações estratégicas para o enfrentamento da crise.

Durante a análise da proposta e estruturação do grupo de trabalho ficou evidente que a liderança demonstrou habilidade administrativa na condução das ações, ao aliar expertises e saberes de profissionais técnicos da saúde e administrativos, dentro da organização, e promover o envolvimento de setores estratégicos.

Neste processo, foi possível observar envolvimento, comprometimento e disponibilidade do grupo em participar das reuniões e, como elemento democrático destacamos a participação da comunidade na tomada de decisões. A formação dos subcomitês facilitou e ordenou o trabalho, o que permitiu melhorar o resultado e priorizar a resolução de problemas mais específicos.

Entende-se que este relato é uma tentativa de aproximação com a realidade vivenciada e, portanto, não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema. Dessa forma, é recomendável que outras pesquisas deem continuidade a este estudo, de modo a ampliar o conhecimento sobre as medidas implementadas por diversas organizações de saúde do SUS para combate da COVID-19.

Referências

- 1 Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382:727-33. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
- 2 World Health Organization (Suíça). Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- 3 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 188 (03 de fevereiro de 2020) - Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília-DF. Publicado em 04/02/2020. Acesso em 05 mar 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
- 4 Organização Mundial de Saúde (Suíça). Doença do Coronavírus (COVID-19)

- [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://covid19.who.int/>
- 5 Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Brasil). Comunicado de Alerta SESAB/SUVISA/CIEVS n. 04 de 04 de março de 2021 [Internet]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/planos-estaduais-e-comunicados-covid-19/>
 - 6 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020 – 25/02/2021 Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet] 2021 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-orientacoes-da-anvisa-para-servicos-de-saude/>
 - 7 Marinho A. Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2001 [cited 2021 Abr 03]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4396
 - 8 Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Brasil). Portaria 077. BOLETIM DE SERVIÇO. N°268, março.2020, pag 06. [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-268-16-03-2020.pdf/view>
 - 9 Hospital Universitário Professor Edgard Santos (Brasil). Portaria 242. BOLETIM DE SERVIÇO. N°293, junho.2020, pag17. [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-293-01-06-2020.pdf/view>
 - 10 Daltro MR, Faria AA de. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud.pesqui.psicol.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 03];19(1):223-237. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013
 - 11 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012/CNS/MS/CONEP [Internet] 2012 [cited 2021 Mar 30]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resoluc_ao.html
 - 12 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n° 510 de 07 de abril de 2016/CNS/MS/CONEP [Internet] 2016 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>
 - 13 Langley G, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. Campinas: EDTI; 2011.

- 14 Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz M., França T. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/UERJ; 2011. p. 103-116.
- 15 Flexa R. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão de literatura. *Saúde Soc* 2018;27(3):729-739. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170509>
- 16 Câmara dos Deputados (Brasil). Medida Provisória n. 520 de 31 de Dezembro de 2010 [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar/30]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2010/medidaprovisoria-520-31-dezembro-2010-609913-publicacaooriginal-131245-pe.html>
- 17 Silva LAT, Júnior EG, Camargo ML. Terceirização é Prejudicial à saúde: um estudo bibliográfico nacional sobre a precarização do trabalho. *Labor* 2019;1(21):76-77. <https://doi.org/10.29148/labor.v1i21.40801>
- 18 Zingra KN, Silva ACR, Fernandes AJM, Junior AGB, Batista MG. Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfretamento da pandemia de COVID-19 na região norte: relato de experiência. *REAS* 2020;12(12):e5745. <https://doi.org/10.25248/reas.e5745.2020>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise do comportamento dos indicadores de qualidade em saúde do hospital vinculado à Ebserh durante a pandemia da COVID-19, se constatou taxas de letalidade e mortalidade inferiores a outros serviços. O HUF em tela, funcionou como hospital de referência da rede de atenção a saúde para atendimento aos pacientes com COVID-19 até setembro de 2020, em sequência, os casos de COVID diagnosticados recebiam o atendimento inicial e eram reguladas para os hospitais referência para atendimento a COVID-19. Dessa maneira, o HUF apresentou oscilação do quantitativo de pessoas acometidas por COVID-19, bem como as internadas no serviço, o que refletiu no comportamento dos indicadores elencados.

No tocante as ações da gestão deste hospital vinculado à Ebserh, a partir do comportamento dos indicadores de qualidade de saúde durante a pandemia da COVID-19, verificou-se que nos meses iniciais da pandemia, as ações de gestão orbitaram na dimensão estrutural, prioritariamente. A dimensão de processo foi transversal nas ações de gestão, todavia o aprimoramento e/ou revisão das ações assistenciais ocorreram no segundo trimestre do período em tela, possibilitando a ampliação das atividades assistenciais nos aspectos biológicos, clínicos, psicológicos e espiritual dos usuários e dos trabalhadores do serviço.

Cabe ressaltar que a produção e divulgação semanal na Intranet de boletins epidemiológicos demonstra a transparência das ações da gestão do hospital, apresentando o quantitativo de usuários, estudantes e trabalhadores acometidos pela COVID-19. Assim, vislumbrando as repercussões e tomada de ações assistenciais, gerenciais e administrativas.

Os indicadores de qualidade em saúde na gestão do hospital da rede Ebserh durante a pandemia da COVID-19 foram aplicados para elaborar, direcionar e apoiar ações da equipe de gestão do serviço de forma convergente e assertiva, possibilitando a qualificação gradativa e constante das atividades meio e fins do atendimento aos usuários e trabalhadores do HUF acometidos pela doença.

Nesse sentido, os indicadores permitem evidenciar a proatividade e agilidade na resposta do hospital ao enfrentamento da pandemia da COVID-19, demonstrando o comprometimento da equipe gestora com a qualidade do cuidado a segurança do paciente e do trabalhador, bem como o compromisso com a produção do conhecimento científico com participação de gestores e da equipe multiprofissional e docentes da universidade.

Como limitações, este estudo foi realizado concomitantemente a pandemia da COVID-19 e a escassa produção científica relacionada aos indicadores de qualidade assistencial no contexto da pandemia dificultou o aprofundamento na discussão dos resultados. Como também, o acesso as informações produzidas e disponibilizadas nos sistemas de informação institucional. Outro aspecto foi a impossibilidade, nesse momento, de realizar comparações com outros hospitais componentes da rede e gerar inferências específicas das regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Using time series analysis in epidemiological studies. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 24(3), jul-set 2015.
- BAO, A. C. P. *et al.* Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Rev. Bras. Enferm.** V.72, n.2, p. 360-366, 2019. Disponível em:
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000300360&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jan 2022.
- BRASIL. Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: 29 dez 2011; Seção 1.
- _____. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. **Diário Oficial da União**: 16 dez 2011; Seção 1.
- _____. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Brasília. 2020, Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 de nov. de 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em 28 nov. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-n CoV). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 4 fev. 2020; Seção 1:1. Disponível em:
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388> . Acesso em: 29 nov. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. 2012. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 28 nov 2020.
- _____. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº. 2.378, de 26 de outubro de 2004. Brasília, DF: Ministério da Educação/Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. 26 out 2004.
- _____. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em:
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/covid-19>. Acesso em: 28 de nov de 2020.
- CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 in Brazil: evolution of the epidemic up until

epidemiological week 20 of 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, 2020.

CUNHA, I. C. K. O. *et al.* Ações e estratégias de escolas e departamentos de enfermagem de universidades federais frente à covid-19. **Enferm. Foco**. [S.l.], v. 11, n. 1.ESP, ago. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4115/802>. Acesso em: 28 nov. 2021.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. p. 1-27.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Diretriz para implantação dos núcleos e planos de segurança do paciente nas filiais Ebserh**, 1ª edição, 2014. Disponível em: http://ebserh.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/diretriz_ebserh_implant_seguranca_paciente.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

_____. **Sobre os Hospitais Universitários Federais** [Internet]. Brasília (DF): EBSERH; 2020. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ebserh--empresa-brasileira-de-servicos-hospitalares>. Acesso em: 05 fev. 2022.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. DE S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2017.

HUPES – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS (Brasil). Portaria 077. Boletim de serviço. nº268, março.2020, pag. 06. 2020ª. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-268-16-03-2020.pdf/view>. Acesso em 01 out 2020.

_____. Portaria 242. Boletim de serviço nº 293, junho.2020, pag 17. 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-293-01-06-2020.pdf/view>. Acesso em: 01 out 2020

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOURENÇÃO, L.G. A COVID-19 e os desafios para o sistema e os profissionais de saúde. **Enferm. Foco**. v. 11, n. 1, jun. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3488>. Acesso em: 20 nov. 2021.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAFAEL, R. M. R. *et al.* Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o

que esperar no Brasil?. **Rev. Enferm UERJ** , v. 28. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49570/33134>_Acesso em 10 dez. 2021.

RICHARDSON, R. J.; PFEIFFER, D. K. (col.). **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

SANTOS, J. L.; et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paul Enferm.** 2020; 33:eAPE20200175. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out 2021.

UFBA – Universidade Federal da Bahia. Conselho Universitário. **Resolução nº 04, de 26 de junho de 2006**. Dispõe sobre a reestruturação do Órgão Suplementar Hospital Universitário Professor Edgard Santos, criando o Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Salvador: Conselho Universitário, 2006. Disponível em: https://www.ufba.br/sites/portal.ufba.br/files/resol_0406_0.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

UFBA – Universidade Federal da Bahia; EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Contrato de Gestão Especial Gratuita que entre si celebram a Universidade Federal da Bahia e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-Ebserh. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-nordeste/hupes-ufba/contrato-de-gestao-especial>. Acesso em 15 set 2021.

WHO – *World Health Organization*. **Coronavirus disease 2019 (Covid-19): situation report - 51**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331475/nCoVsitrep11Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 nov 2021.

_____. Statement on the third meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19). Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)). Acesso em: 14 de novembro de 2020.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso - Planejamento e Métodos**. 5. Ed. São Paulo: Bookman, 2015.

ANEXO A – Pareceres de aprovação

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@contabo.ufsc.br

Continuação do Paser: 4.347.463

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

Hipótese:

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

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.367.463

Federal de Mato Grosso do Sul. A pesquisa será desenvolvida em três etapas, considerando cada um dos focos avaliados no trabalho: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional e 3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente. ETAPA 1 – GESTÃO HOSPITALAR Consistirá na análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19, relatórios institucionais e entrevistas com gestores hospitalares ETAPA 2 – LIDERANÇA, GESTÃO DO CUIDADO E AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM Abordagem quantitativa: Serão aplicados três instrumentos: 1) Caracterização pessoal e condições laborais; 2) Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCENF) e 3) Practice Environment Scale (PES). Abordagem qualitativa: Os participantes serão abordados visando explorar suas experiências sobre gestão do cuidado, liderança e ambiente de prática profissional a partir de um roteiro semiestruturado. Para a coleta dos dados qualitativos, os participantes serão convidados a fazer parte da pesquisa por e-mail, fornecido pela instituição, sendo nesse momento, apresentados aos objetivos da pesquisa, abordagem metodológica e ética. Etapa 3 – CONTINUIDADE DO CUIDADO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE Abordagem Quantitativa: A população e amostra será composta por pacientes que tiveram alta da unidade de internação hospitalar destinada a pacientes com COVID-19. A primeira parte do questionário para coleta de dados conterá variáveis relacionadas à caracterização dos participantes, como: Iniciais do Nome; Data de nascimento; Sexo; Cor/raça; Escolaridade; Tempo de internação; Hospital; Entrevistador - data/hora. Na sequência, serão utilizados os seguintes instrumentos: (1) Patient Measure of Safety (PMOS); (2) Readiness for Hospital Discharge Scale-Adult Form (RHDS) e (3) Care Transitions Measure - CTM-15. Abordagem Qualitativa: Os participantes desta etapa serão pacientes recuperados da COVID-19 e enfermeiros dos hospitais em que o estudo será desenvolvido. A coleta de dados com os pacientes será realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, por telefone, contendo questões essenciais que instiguem a abrangência das informações esperadas, planejadas com base na Técnica de Incidente Crítico. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. SESSÃO INTEGRADORA FINAL DE TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO Serão aplicadas estratégias de Integrated Knowledge Translation, com abordagem colaborativa para pesquisar, o que exige integração dos pesquisadores com usuários do conhecimento, tais como tomadores de decisão, profissionais de saúde, pacientes e formuladores de políticas para garantir aplicabilidade na prática, do conhecimento que será produzido (LORENZINI et al., 2020). Ainda, há possibilidade da elaboração de infográficos, ou outras estratégias de mídia que se mostrem adequadas para maior alcance dos resultados no público-alvo. OBSERVAÇÃO: A descrição

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.463

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

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

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

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

Crítérios de exclusão: Etapa 1: Para a etapa documental, serão excluídos os Planos de Contingência de enfrentamento à COVID-19 dos hospitais universitários brasileiros que não estejam disponíveis por meio virtual. Em relação à parte empírica, serão excluídos os gestores e trabalhadores que estão afastados ou aqueles que não participaram desse processo, bem como, aqueles que não aceitarem participar do estudo. Etapa 2: profissionais em afastamento laboral no período de coleta de dados.

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.367.463

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios:

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** csp.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.347.483

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

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

País de origem: Brasil.

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

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

Previsão de término do estudo: 31/08/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

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

Constam os instrumentos para coleta de dados.

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

Recomendações:

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

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

Continuação do Parecer: 4.347.483

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJECTO_1621138.pdf	05/10/2020 22:32:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_OK.pdf	05/10/2020 10:54:04	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UNIFESP.pdf	05/10/2020 10:52:43	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	UFSM.pdf	05/10/2020 10:52:36	José Luis Guedes dos Santos	Aceito
Declaração de	UFSC.pdf	05/10/2020	José Luis Guedes	Aceito

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 4.367.463

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2020

Assinado por:

Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-430
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



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: GILBERTO TADEU REIS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38912820.3.2011.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.562.421

Apresentação do Projeto:

As informações contidas seções Apresentação do projeto, Objetivo da pesquisa e Avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1696756 (1).pdf. No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ufba.br

**UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA**



Continuação do Projeto: 4.562.421

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os Hospitais Universitários brasileiros no atendimento de pacientes com COVID-19;- Avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;
- Analisar o processo de elaboração/implementação/avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;
- Caracterizar o perfil e as condições laborais dos profissionais de enfermagem no atendimento a pacientes com COVID-19;

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	
Bairro: Castelo	CEP: 40.110-000
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043	Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ufba.br

**UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA**



Continuação do Parecer: 4.282.421

- Avaliar a experiência de enfermeiros na gestão do cuidado e liderança à pacientes com COVID em hospitais universitários;
- Avaliar o ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem;
- Desvelar a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação hospitalar;
- Analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva;
- Descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar; e,
- Desenvolver estratégias para translação/tradução do conhecimento e das evidências produzidas aos participantes do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar	CEP: 40.110-000
Bairro: Canela	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71) 3283-8043	Fax: (71) 3283-8140
	E-mail: ocp.hupes@ufes.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.582.421

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto de pesquisa, documentos e termo de apresentação obrigatórios, com base na resolução CNS nº 466/2012, não foram encontrados impedimentos éticos, estando o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ufba.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.582.431

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1696756.pdf	12/02/2021 23:09:42		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostobassinada.pdf	12/02/2021 23:08:25	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeResponsabilidadePesquisadoresemvinculoainstitucionalcomhupes.pdf	08/02/2021 23:18:59	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoTCLE.pdf	08/02/2021 23:18:00	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeCompromissoUtilizacaodeDadossemProntuario.pdf	08/02/2021 23:17:30	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	SUMARIO.pdf	08/02/2021 23:16:01	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	08/02/2021 23:15:07	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAODOPLICACAODOSSIMILAREPROTOCOLOEMESTUDOMULTICENTRICO.pdf	08/02/2021 23:14:20	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	08/02/2021 23:12:23	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	ModelodeCartadeEncaminhamentodeProjetocep.pdf	08/02/2021 16:14:39	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Cronograma	CronogramaOrçamentoDetalhado.pdf	08/02/2021 16:10:51	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canaleta CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ufba.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA & HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.582.421

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Pablo de Moura Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br