



## Avaliação da implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 em hospitais universitários

Evaluation of the implementation of contingency plans to fight COVID-19 in university hospital

Evaluación de la implementación de planes de contingencia para combatir el COVID-19 en hospitales universitarios

Michele Monteiro Sousa<sup>1</sup>, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha<sup>1</sup>, Deybson Borba de Almeida<sup>2</sup>, Maria Clara Costa Figueiredo<sup>1</sup>, Andressa Tavares Parente<sup>1</sup>, Melissa Barbosa Martins<sup>1</sup>, Dimauro Soares de Sousa<sup>1</sup>, José Luís Guedes dos Santos<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros. **Métodos:** Trata-se de um estudo avaliativo de abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas aplicado a gestores e trabalhadores de saúde de 8 instituições federais de ensino que participaram da construção, implementação e avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19. **Resultados:** Foram realizadas 17 entrevistas individuais com gestores e trabalhadores que participaram da elaboração, implementação e avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. O estudo demonstrou a centralidade da gestão de serviços de saúde norteados por tecnologias gerenciais. Foram destacadas as necessidades de padronização dos processos e normatização hierárquica, bem como a inexperiência das equipes e a necessidade constante de adequação e atualização dos planos como elementos dificultadores. **Conclusão:** Constatou-se a partir das dimensões de conformidade técnica e acomodação que os gestores apresentaram graus distintos de conhecimento e estratégias desenvolvidas, que consideraram a ausência de um modelo ou padrão a ser seguido como um dos fatores contributivos para as dificuldades de implantação.

**Palavras-chave:** COVID-19, Avaliação em saúde, Hospitais universitários, Administração hospitalar, Gestão em saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the implementation of contingency plans to combat COVID-19 in Brazilian university hospitals. **Methods:** This is an evaluative study with a qualitative approach, with semi-structured interviews applied to managers and health workers from 8 federal educational institutions that participated in the construction, implementation, and evaluation of contingency plans to combat COVID-19. **Results:** Seventeen individual interviews were conducted with managers and workers who participated in the elaboration, implementation, and evaluation of contingency plans to combat COVID-19 in Brazilian university hospitals. The study demonstrated the centrality of health service management guided by management technologies. The need for standardization of processes and hierarchical standardization were highlighted, as well as the inexperience of teams and the constant need to adapt and update plans as complicating factors. **Conclusion:** It was found from the dimensions of technical compliance and accommodation that managers presented

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - PA.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador - BA.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Florianópolis - SC.

different degrees of knowledge and developed strategies, which considered the absence of a model or standard to be followed as one of the contributing factors to the difficulties of implementation.

**Keywords:** COVID-19, Health evaluation, Hospitals university, Hospital administration, Health management.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la implementación de planes de contingencia para combatir la COVID-19 en hospitales universitarios brasileños. **Métodos:** Se trata de un estudio evaluativo con enfoque cualitativo, con entrevistas semiestructuradas aplicadas a directivos y trabajadores de la salud de 8 instituciones educativas federales que participaron en la construcción, implementación y evaluación de planes de contingencia para combatir el COVID-19. **Resultados:** Se realizaron 17 entrevistas individuales a directivos y trabajadores que participaron en la elaboración, implementación y evaluación de planes de contingencia para combatir la COVID-19 en hospitales universitarios brasileños. El estudio demostró la centralidad de la gestión de servicios de salud guiados por tecnologías de gestión. Se destacaron las necesidades de estandarización de procesos y estandarización jerárquica, así como la inexperiencia de los equipos y la constante necesidad de adaptar y actualizar planes como elementos obstaculizadores. **Conclusión:** Se encontró a partir de las dimensiones de cumplimiento técnico y acomodación que los directivos presentaron diferentes grados de conocimiento y desarrollaron estrategias, las cuales consideraron la ausencia de un modelo o estándar a seguir como uno de los factores contribuyentes a las dificultades de implementación.

**Palabras clave:** COVID-19, Evaluación en salud, Hospitales universitarios, Administración hospitalaria, Gestión en salud.

## INTRODUÇÃO

Segundo o Coronaviridae StudyGroupofthe International Committee on TaxonomyofViruses (2020) a pandemia por COVID-19 teve início a partir de um surto na cidade de Wuhan (China) no final de 2019, resultando na declaração de emergência de saúde pública internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020. No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020(CANDIDO DS, et al., 2020). Ainda em março de 2020 foi decretada a Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no país (BRASIL, 2020).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu a recomendação para que todos os serviços de saúde elaborassem e implementassem um Plano de Contingência (PC) com estratégias e políticas necessárias para o enfrentamento da pandemia do SARS-CoV-2, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais (BRASIL, 2020). Neste contexto, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) destacaram-se no atendimento a pacientes com COVID-19, como centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, têm significativo papel na formação de recursos humanos em saúde e no apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão nas instituições de ensino superior as quais estão vinculados (EBSERH, 2020; MEDEIROS EAS, 2020).

No intuito de avaliar a implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos HUFs, a tríade de Donabedian é um modelo de avaliação em saúde que estabelece que a qualidade se sustenta em três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura são os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para o cuidado em saúde; o processo refere-se às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, inclui diagnóstico, tratamento, aspectos éticos-relacionais, equipe de saúde e características do ambiente de trabalho; e, o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões de boas práticas e expectativas dos usuários (DONABEDIAN A, 1987). O objetivo do presente estudo é avaliar a implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros.

## MÉTODOS

Estudo avaliativo de abordagem qualitativa utilizando como base teórica a Teoria de Donabedian sobre qualidade como estratégia metodológica avaliando a tríade estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN A, 1987; DONABEDIAN A, 1985). O estudo tem como perspectiva avaliar intervenções complexas e

compostas por elementos sequenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos, podendo especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a “pressuposta” implementação de uma dada intervenção (DONABEDIAN A, et al., 1982). A pesquisa foi realizada em oito hospitais universitários geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e vinculados às instituições de ensino federais brasileiras. Os cenários da pesquisa constituem-se em hospitais de grande porte de diferentes regiões do Brasil, vinculados às instituições participantes da pesquisa, escolhidos de forma a contemplar a diversidade regional brasileira, bem como diferentes experiências no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Os participantes da pesquisa foram gestores e trabalhadores que participaram da construção e implementação dos PC. A seleção foi realizada pelo método intencional, com participantes da alta gestão e da condução do plano. Foram excluídos aqueles que trabalharam na condução do PC, mas, que não participaram integralmente do processo de construção, sendo admitidos durante ou após à implementação. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com agendamento prévio, sendo algumas de formas presencial e outras de forma remota, utilizando um instrumento de coleta de dados com questões de aproximação e questões norteadoras, construído a partir do objeto, da questão de pesquisa e do objetivo, contemplando as dimensões conformidade técnica, acomodação, disponibilidade, acesso, oportunidades e sustentabilidade.

As entrevistas foram transcritas e encaminhadas para validação do entrevistado com aprovação de todos os entrevistados por e-mail. Após a validação, para análise de dados, foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo, em três fases: (1) pré-análise; (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (DONABEDIAN A, 2003), com subsídio do software N-Vivo® para auxiliar na codificação e categorização das informações. À análise temática de conteúdo consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham algum significado para o objetivo da pesquisa (BARDIN L, 2011).

O encerramento da coleta dos dados foi definido pela técnica da saturação teórica dos dados. A saturação teórica pode ser compreendida como o encerramento da análise de dados qualitativos quando o pesquisador, através da amostragem e da análise de dados, percebe que não aparecem novas informações e que todos os conceitos da teoria estão bem desenvolvidos (MINAYO MCDS, 2012). Para garantir a precisão do estudo, foram empregados critérios definidos pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) como uma ferramenta de suporte (SOUZA VRS, et al., 2021).

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 4.464.829 e CAAE 38912820.3.2009.0018, e assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa integra o macroprojeto “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros” financiado pela chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020.

## RESULTADOS

Considerando os critérios de saturação dos dados, foram realizadas 17 entrevistas individuais com gestores e trabalhadores que participaram da elaboração, implementação e avaliação dos PC para enfrentamento da COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Para nortear a análise temática de conteúdo e auxiliar na codificação e categorização das informações foi utilizado o software New Nvivo®. A partir da frequência das palavras nos depoimentos analisados, observou-se predomínio dos termos “Plano”, “Hospital”, “Pacientes”, “Covid” e “Leitos”.

Este estudo congrega temas que compuseram o roteiro de entrevista aplicado aos participantes. Esses temas estão divididos em grupos, que aqui são chamados de dimensões. No **Quadro 1** será possível observar quais são as dimensões em que elas estão indicadas, os temas de cada capítulo, as entrevistas que mencionaram cada tema e o número de trechos de texto que citaram os referidos temas.

**Quadro 1-** Cruzamento de informações de dimensões, temas e número de trecho de texto.

Dimensões	Tema	Entrevistas nas quais há menção ao tema	Número de trechos de texto sobre os temas
Conformidade técnica / Processo	Estratégias para monitoramento	16	29
Conformidade técnica / Processo	Processo de elaboração do plano	17	43
Acomodação / Processo	Medidas para contemplar as necessidades	12	13
Acomodação / Processo	Necessidades do hospital	14	17
Disponibilidade / Acesso	Infraestrutura	15	17
Disponibilidade / Acesso	Quantitativo de pessoal	17	26
Oportunidade / Resultado	Educação Permanente	17	28
Oportunidade / Resultado	Perspectivas	17	80
Oportunidade / Resultado	Melhorias	13	23
Oportunidade / Resultado	Mudanças	17	52
Sustentabilidade / Resultado	Avaliação do plano	15	35
Sustentabilidade / Resultado	Barreiras para a implementação	16	38
Sustentabilidade / Resultado	Estratégias para continuidade e sustentabilidade	15	19
Sustentabilidade / Resultado	Fatores facilitadores	17	40

Fonte: Sousa MM, et al., 2025.

A média do número de trechos de texto mencionados por cada tema é de 32,8 citações. No quadro estão destacados os temas que foram citados pelos participantes em frequência acima da média, o que revela os temas mais discutidos nas entrevistas. O tema “Perspectivas” foi o mais mencionado, com 80 trechos de texto, seguido pelo tema “Mudanças”.

Esses temas são bastante discutidos justamente porque correspondem ao objetivo desta pesquisa e o relato das necessidade de flexibilidade dos espaços hospitalares para expansão rápida, limpeza eficiente do ar e das superfícies, capacidades de isolamento e fluxo e preparo para transições do ambiente físico para o digital. No **Quadro 2**, apresenta-se o número de menções aos temas da pesquisa nas entrevistas observando-se cada participante da pesquisa individualmente, onde é possível observar temas não discutidos pelos participantes, bem como os temas mais discutidos.

**Quadro 2-** Número de menções pelos participantes referentes aos temas.

Variáveis	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6		7
Estratégias para monitoramento	1	2	2	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	3	4	1	0	2	29
Processo de elaboração do plano	2	2	2	1	1	3	3	3	3	3	1	1	6	1	3	3	5	3	43
Medidas para contemplar as necessidades	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	0	13
Necessidades do hospital	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	0	2	1	17
Infraestrutura	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	17
Quantitativo de pessoal	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	26
Educação Permanente	2	1	1	1	3	2	2	3	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	28
Perspectivas	2	2	3	4	4	3	3	5	8	3	3	9	2	8	4	5	7	7	80
Melhorias	0	0	1	1	1	0	1	3	2	1	1	4	1	3	1	3	0	2	23
Mudanças	2	2	2	4	3	3	2	3	6	2	2	5	1	5	3	1	6	5	52
Avaliação do plano	1	1	1	2	1	1	4	1	2	1	1	1	0	3	5	1	0	0	35

Barreiras para à implementação	2	1	0	1	1	3	1	2	1	1	1	9	1	2	3	2	7	38
Estratégias para continuidade e sustentabilidade	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	0	19
Fatores facilitadores	3	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	8	3	1	2	4	4	40
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>61</b>	<b>22</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>455</b>

Fonte: Sousa MM, et al., 2025.

Os temas que não foram citados pelos entrevistados estão destacados em cor cinza-claro. A média dos temas citados é 1,91 trechos de texto, sendo assim, no **Quadro 2** estão destacados em cor cinza-escuro os temas mencionados 2 ou mais vezes por cada participante. Com o maior número de citações em toda a pesquisa, o tema “Perspectivas” é o único que foi mencionado mais de 2 vezes por todos os participantes.

**Quadro 3 - Número de menções as dimensões conformidade técnica e acomodação.**

	1-1 - Estratégias para monitoramento	1-2 - Processo de elaboração do plano	1-3 - Medidas para contemplar as necessidades	1-4 - Necessidades do hospital
E 01	1	2	0	0
E 02	2	2	0	0
E 03	2	2	1	1
E 04	1	1	1	1
E 05	1	1	1	1
E 06	1	3	1	1
E 07	3	3	1	1
E 08	2	3	1	1
E 09	2	3	1	2
E 10	2	1	1	1
E 11	1	1	1	1
E 12	1	6	0	1
E 13	3	1	1	1
E 14	4	3	1	2
E 15	1	3	0	1
E 16	0	5	2	0
E 17	2	3	0	2

Fonte: Sousa MM, et al., 2025.

A média de citações foi 1,5 e por isso os temas mencionados 2 ou mais vezes pelos entrevistados estão destacados em cor cinza escuro. Os temas não mencionados pelos entrevistados estão destacados na tabela em cor cinza claro. Nesta primeira categoria, foram apresentadas as percepções dos participantes sobre o processo de elaboração dos PC. Entre os achados, observou-se que a necessidade urgente de construção

dos planos foi recebida com bastante surpresa e apreensão pelos gestores, que demonstraram graus distintos de conhecimento acerca de todo processo de construção do PC.

*“O processo de elaboração do PC desse hospital universitário foi árduo, foi de surpresa para gente em alguns aspectos, foi a várias mãos, foi sofrido, foi às cegas, foi perdido no começo, foi cansativo, foi muitas vezes sem muito rumo.” E8*

A primeira demanda foi solicitado PC mas sem um modelo, apenas em maio de 2021 foi apresentado aos gestores pela EBSEH um formato a ser seguido.

*“Nessa mesma época definia que nós do setor de gestão da qualidade iríamos desenhar um PC, mas não entregaram nenhum modelo não explicaram como isso seria feito simplesmente disseram ‘façam o PC’.” E8*

Outro ponto percebido pelos participantes foi a necessidade de elaboração do PC de forma concomitante ao início do atendimento de pacientes infectados pelo Coronavírus.

*“Então, a gente começou as reuniões ali na terceira semana de março e ali pela primeira semana de abril a gente já começou a elaborar mesmo, escrever o PC, né?” E3*

Apenas dois entrevistados apontaram estratégias e experiências prévias no planejamento, construção e implantação de PC.

*“Em janeiro de 2020, antes de ter o primeiro caso no Brasil, nós já fazíamos reuniões, conversando e discutindo, e os médicos, especialmente da infecto, trazendo informações atualizadas sobre o coronavírus.” E5*

Quanto ao conhecimento sobre a percepção dos entrevistados em relação à coerência entre as propostas de intervenção definidas nos PC, observa-se à fala a seguir.

*“No meu ponto de vista, o plano atende, o plano está de acordo com as necessidades pra enfrentamento da pandemia, mas as medidas, a nossa capacidade de efetivação é que às vezes preocupa.” E5*

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

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

O aumento da demanda por profissionais especializados e com experiência prévia em UTI acarretou uma escassez desses profissionais no mercado de trabalho. Foi relatado que, apesar da realização de processos seletivos emergenciais para contratação temporária de profissionais, houve dificuldade em encontrar profissionais disponíveis para ocupar as vagas em aberto.

Somado a isso, o relato de afastamentos e absenteísmo das equipes atuantes nos serviços contribuiu para a redução da força de trabalho na assistência.

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

Essa redução da força de trabalho a despeito da demanda continua se refletiu diretamente na percepção de demanda de trabalho e sobrecarga das equipes de saúde, como destacado no relato abaixo.

*“Então, ninguém estava preparado pra tanto tempo, pra tanto esforço contínuo. As equipes... a gente sabe que quem está mais na linha de frente, as equipes estão exaustas. Isso todo mundo” E04*

No que se refere à disponibilidade de insumos, equipamentos e infraestrutura na implantação dos PC. A disponibilidade de leitos exclusivos para atendimento de pacientes com COVID-19 foi amplamente citada no decorrer das entrevistas, com destaque para as adequações imediatas, ocorridas logo no início da pandemia a fim de preparar os hospitais para o recebimento da demanda. A média de citações no **Quadro 4** quanto as dimensões disponibilidade e acesso é 1,2 e por isso os temas mencionados duas ou mais vezes pelos entrevistados estão destacados em cor cinza escuro. Os temas não mencionados pelos entrevistados estão destacados na tabela em cor cinza claro.

**Quadro 4-** Frequência de menções das dimensões disponibilidade e acesso.

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

Fonte: Sousa MM, et al., 2025.

Nas dimensões Oportunidades e Sustentabilidade, são apresentados no **Quadro 5** o número de vezes que foram mencionados pelos participantes.

**Quadro 5-** Frequência de menções das dimensões oportunidade e sustentabilidade.

	3-1 Educação Permanente	3-2 - Perspectivas	3-2-1 - Melhorias	3-2-2 - Mudanças	3-3 - Avaliação do plano	3-4 - Barreiras para a implementação	3-5 - Estratégias para continuidade e sustentabilidade	3-6 - Fatores facilitadores
E01	2	2	0	2	1	2	1	3
E02	1	2	0	2	1	1	1	2
E03	1	3	1	2	1	0	1	1
E04	1	4	1	4	2	1	3	1
E05	3	4	1	3	1	1	1	2
E06	2	3	0	3	1	3	1	2
E07	2	3	1	2	4	1	1	2
E08	3	5	3	3	1	2	1	1
E09	1	8	2	6	2	1	1	1
E10	1	3	1	2	1	1	1	1
E11	1	3	1	2	1	1	1	2
E12	3	9	4	5	0	9	3	8
E13	1	2	1	1	3	1	1	3
E14	1	8	3	5	5	2	1	1
E15	1	4	1	3	1	3	1	2
E16	3	5	3	1	0	2	0	4
E17	1	7	0	6	0	7	0	4

Fonte: Sousa MM, et al., 2025.

A mudança mais impactante percebida pelos participantes no ambiente de trabalho, e por isso, a mais citada durante as entrevistas, foi a mudança na estrutura física dos hospitais universitários. Com a emergência da pandemia, houve a necessidade de readequação dos espaços e criação de novos setores de atenção à saúde. Reformas emergenciais e conclusão de obras antigas também estiveram entre os relatos das principais mudanças ocorridas em virtude da pandemia. Quando questionados sobre educação permanente das equipes atuantes durante a pandemia da COVID-19, as narrativas foram diversas, apontando pontos e temas específicos que foram incluídos nos PC para o desenvolvimento de ações educativas.

O uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a paramentação básica para proteção dos profissionais de saúde foram citados como temas trabalhados na educação permanente. As estratégias didáticas utilizadas para conduzir as capacitações realizadas durante a pandemia foram majoritariamente realizadas de forma remota, uma necessidade estabelecida em virtude dos riscos relacionados a permanência de indivíduos agrupados em um ambiente potencialmente profícuo para dispersão do coronavírus.

*“Nós tivemos a organização de vídeos que facilitaram essas atividades de educação permanente.” E01*

Com a escassez de insumos no início da pandemia, a formação de parcerias foi essencial para manutenção de alguns serviços e proteção dos profissionais atuantes na linha de frente, em especial, por meio da produção local e doação de equipamentos de proteção individual, como as faceshields, e o álcool em gel. O último ponto a ser listado como facilitador para implantação dos PC, foi o fortalecimento do trabalho em equipe e o altruísmo da força de trabalho.

## DISCUSSÃO

O período 2020-2021 foi desafiador para administração dos hospitais de referência e grande porte como os HUF, uma vez que a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 os obrigou a se reorganizarem operacionalmente, cancelando procedimentos eletivos, contratando mão de obra emergencial, criando protocolos de atendimento, além de adaptar e/ou construir novas alas para o atendimento exclusivo de acometidos pela COVID-19. A isso, somou-se também a escassez de insumos e de mão de obra em decorrência da alta demanda ocasionada pela pandemia (LOPES LT e BARROS FPC, 2022). Os resultados encontrados na dimensão “estrutura e resultado” evidenciaram as fragilidades de alguns hospitais universitários para atender à demanda potencial gerada pela pandemia da COVID-19.

Essa situação é preocupante porque resulta em aumento da mortalidade nos locais em que a oferta dos serviços não está preparada. A avaliação realizada permitiu identificar que, na dimensão estrutural a carência de insumos, como EPIs e medicamentos, interfere diretamente na efetividade dos PC e, conseqüentemente, no êxito da atenção às necessidades de saúde dos usuários, reduzindo a resolutividade desse terceiro nível de atenção. No setor hospitalar é ainda mais proeminente, uma vez que se trata de um setor diretamente relacionado com a manutenção da vida humana (SILVA NETO AR, et al., 2022).

A debilidade de um direcionamento e orientações normativas concretas foi outro ponto de fragilidade apontado pelos entrevistados sobre o processo de construção dos PC. Buscando se adequar à nova realidade da pandemia por COVID-19 e estruturar o funcionamento dos seus serviços, a EBSEH lançou o documento Modelo de Plano de Contingência (MPC) para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (EBSEH, 2020). No entanto, a própria EBSEH reconhece que antes da elaboração do MPC, todos os hospitais da Rede enviaram pelo menos uma versão de seus PC, em formatos diversos (ABBADE EB, 2022). A análise dos PC preliminares demonstrou que a maioria deles não continha informações mínimas para reorganização do processo de trabalho e, portanto, não seguia as normas, legislações e boas práticas (SOUTO MG, et al., 2022).

A ANVISA recomenda que a atribuição de monitoramento seja delegada dentro do próprio serviço de saúde, de forma periódica a fim de acompanhar a implantação e a adesão às ações do PC, de modo a realizar os ajustes e melhorias necessárias (BRASIL, 2020). A autorregulação é uma estratégia potente para o aumento das conformidades, desde que realizada de modo colaborativo e não punitivo (SALGUERO-CAPARRÓS F, et al., 2020). A realização do monitoramento do PC também busca favorecer a detecção de pontos de melhoria, como por exemplo, reforçar orientações para um determinado grupo de profissionais do hospital, readequação de fluxos, ações emergenciais em casos de escassez de recursos materiais e humanos etc. (BRASIL, 2020).

Nesse ponto, os depoimentos evidenciaram que o monitoramento foi fundamentalmente técnico-burocrático a nível de gestão da EBSEH alguns grupos foram citados como atuantes no monitoramento dos PC a nível local tais como, a divisão de enfermagem, a CCIH, o setor de segurança do paciente e grupos técnicos de trabalho criados para esse objetivo. Indicadores devem ser criados e utilizados em auditorias para detecção prévia e constante de não conformidades, estabelecendo uma cultura de avaliação permanente nas instituições (SHEA T, et al., 2016; LINGARD H, et al., 2017).

Entretanto, reforça-se a necessidade de ampliar os indicadores de modo a abarcar os aspectos que transcendem a mera política econômica produtiva e reducionista, sem considerar outros pontos de fragilidade, como por exemplo, as condições de trabalho e a continuidade das ações de ensino e pesquisa. Ponto frágil e pouco discutido durante as entrevistas. Durante o período da pandemia, muitos trabalhadores foram submetidos a jornadas de trabalho extensas e exaustivas como estratégia de reduzir o fluxo de pessoas no ambiente e racionar o uso dos EPIs (LUZ EMF, et al., 2020). No entanto, o enfrentamento da pandemia da COVID-19 apenas tornou mais evidente as demandas históricas dos profissionais da saúde quanto às condições de trabalho, à extensão da jornada laboral, ao dimensionamento de pessoal, à remuneração e, até então, à visibilidade social das categorias (LINGARD H, et al., 2017).

A necessidade de aumento no número de leitos foi não só prevista como entendida como ponto-chave entre as políticas de enfrentamento da COVID-19. Ocorreu um salto no número de leitos de UTI no Brasil, saltando de 46,045 em dezembro de 2019, período pré-pandêmico, para mais de 60,000 em abril de 2020 (COTRIM JUNIOR DF e CABRAL LMDS, 2020). No entanto, apenas a abertura de novos leitos não implica na efetividade do estabelecimento do serviço.

Entre os pontos apontados nesse estudo, a aquisição de insumos e equipamentos foi destacado, dando ênfase a dificuldade inicial para disponibilização de recursos, seja em decorrência do aumento da procura e incapacidade do mercado em suprir essa demanda, seja em decorrência do alto custo associado. Observou-se o desmonte das estruturas planejadas para atendimento da alta demanda, a proposição de manutenção de estratégias que se mostraram efetivas para a melhoria da qualidade dos serviços, como o suporte psicológico a equipe de saúde e a aproximação da gestão e assistência no processo de tomada de decisão.

## CONCLUSÃO

A avaliação da implementação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros constatou-se que os gestores apresentaram graus distintos de conhecimento e de estratégias desenvolvidas. A fragilidade de implantação e implementação dos PC mostrou relação direta com a fragilidade e/ou ausência de um modelo de PC, além de monitoramento quantitativo e técnico burocrático. Vulnerabilidade no conhecimento sistematizado para a arquitetura de políticas de emergência em saúde pública de importância internacional no âmbito do Centro de Operações de Emergência. O trajeto da formulação e design à implementação ainda marcado pela inépcia, voluntarismo e pela distância entre o planejado e o executado, sendo fundamental o aprendizado e ferramentas de trabalho de amplo domínio público nas instituições. Este estudo apresentou limitações por ter sido realizado apenas com os enfermeiros gestores, uma vez que entendemos que suas ações impactaram todo o funcionamento do hospital, sendo limitante a ausência da visão daqueles que foram impactados, e que também operacionalizaram processos.

## FINANCIAMENTO

Projeto de pesquisa multicêntrica aprovado na Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves.

## REFERÊNCIAS

1. ABBADE EB. O impacto da gestão EBSEH na produção dos hospitais universitários do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 999-1013.
2. BARDIN L. *Análise de conteúdo*, São Paulo, 2011; 70(1): 281.
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). 2020. Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acessado em: 10 out. 2024.
4. BRASIL. Diário Oficial da União. 1993. Lei nº 8.666 dispõe sobre normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8666cons.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8666cons.htm). Acessado em: 4 out. 2024.
5. BRASIL. Diário Oficial da União. 2020. Decreto Legislativo nº 6 de reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Portaria/DLG6-2020.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/DLG6-2020.htm). Acessado em: 25 set. 2024.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. 2020. Plano de contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Disponível em: <plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acessado em: 25 set. 2024.
7. BRASIL. Senado Federal. 2020. Medida Provisória nº 961 dispõe a alteração das regras de licitações e contratos e ampliação do RDC durante o estado de calamidade pública. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv961.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Mpv/mpv961.htm). Acessado em: 2 out. 2024.

8. CORONAVIRIDAE STUDY GROUP OF THE INTERNATIONAL COMMITTEE ON TAXONOMY OF VIRUSES. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature microbiology*, 2020; 5(4): 536-544.
9. COTRIM JUNIOR DF e CABRAL LMDS. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. *Revista de Saúde Coletiva*, 2020; 30.
10. DONABEDIAN A, et al. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Med. Care*, 1982; 20(10): 1975-92.
11. DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in Health care. Oxford University Press, 2003; 240.
12. DONABEDIAN A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: na illustrated analysis. Health Administration Press, 1985; 528.
13. DONABEDIAN A. Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review*, 1987; 20: 75 – 85.
14. EBSE RH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSE RH. 2021. Disponível em: Plano\_de\_Contingência\_01\_2021\_v8.pdf — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Acessado em: 27 set. 2024.
15. LINGARD H, et al. Leading or lagging? Temporal analysis of safety indicators on a large infrastructure construction project. *Safety science*, 2017; 91: 206-220.
16. LOPES LT e BARROS FPC. Gestão de recursos humanos do SUS na pandemia: fragilidades nas iniciativas do Ministério da Saúde. *Saúde debate*, 46(133): 17.
17. LUZ EMF, et al. Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2020; 10.
18. MINAYO MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & saúde coletiva*, 2012; 17: 621-626.
19. NETO AR, et al. Os efeitos da pandemia de Covid-19 na gestão da cadeia de suprimentos hospitalar de uma operadora de plano de saúde. In: XLVI Encontro da ANPAD – EnANPAD, 2022.
20. SALGUERO-CAPARRÓS F, et al. Management of legal compliance in occupational health and safety: A literature review. *Safety science*, 2020; 121: 111-118.
21. SILVA GA, et al. Age-standardized COVID-19 mortality in the capitals of different regions of Brazil. In *SciELO Preprints*, 2021.
22. SOUTO MG, et al. Análise do fluxograma assistencial para o enfrentamento da covid-19 do Hospital Universitário Alcides Carneiro. In: IX Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2022.
23. SOUZA CDF, et al. Vigilância em Saúde em tempos de pandemia: análise dos planos de contingência dos estados do Nordeste. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 2020; 8(3): 70-77.
24. SOUZA LEPFD e BUSS PM. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37: 56521.
25. SOUZA VRS, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista Enfermagem*, 2021; 34.