



VALIDAÇÃO DE MATRIZ AVALIATIVA PARA AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CONTINGÊNCIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

Deybson Borba de Almeida*
Josse Maria Melo Lima**
Gilberto Tadeu Reis da Silva***
José Luís Guedes dos Santos****
Alacoque Lorenzini Erdmann*****
Igor Ferreira Borba de Almeida*****

RESUMO

Objetivos: construir, validar e testar uma matriz avaliativa para os planos de enfrentamento instituídos pelas instituições hospitalares. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico implementado a partir do método de validação de conteúdo que abrange quatro momentos: levantamento bibliográfico e seleção das referências estruturantes, construção do modelo lógico e da matriz avaliativa preliminar, validação de conteúdo pelo comitê de especialistas e teste piloto da matriz. **Resultados:** os planos seguiram um modelo estabelecido pela rede EBSEH. Identificou-se fragilidade nas subdimensões analisadas: previsão de equipes assistenciais e administrativas, estrutura abrangendo comando, comunicação, área de apoio, operações, logística e pessoal administrativo para reserva técnica. **Conclusão:** a instituição de planos de contingência precisa abranger processos de planejamento, monitoramento e avaliação, bem como, a qualificação dos gestores, gerentes e trabalhadores além de considerar o Sistema de Saúde, suas redes de atenção e linhas de cuidado prioritárias. Ainda persiste um olhar focalizado sobre os processos internos organizacionais como se a instituição hospitalar estivesse isolada dos outros componentes e equipamentos de saúde.

Palavras-chave: Estratégias de Saúde. Planos de Contingência. Doença por Vírus COVID-19. Hospitais Universitários. Avaliação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A contaminação pela COVID-19 teve início em dezembro de 2019 e, rapidamente, alcançou um status de pandemia. Desde então, o Brasil, assim como outros países do mundo, enfrentou o adoecimento e a morte de trabalhadores, evidenciando, em maior proporção, as inúmeras fragilidades existentes no cenário hospitalar⁽¹⁾. Em maio de 2022, foi decretado que a COVID-19 deixou de ser emergência de Saúde Pública, porém, em agosto deste mesmo ano, o país contabilizou mais de 680 mil mortes por complicações causadas pelo vírus.

A crise sanitária foi acirrada pela fragilidade de infraestrutura, de recursos materiais e de pessoal

nos serviços de saúde, e rapidamente, um vírus de alta transmissibilidade e letalidade, colocou a pandemia de COVI -19 como um problema de saúde global e, em um curto período de tempo, implicou em indicadores alarmantes de morbimortalidade⁽²⁾.

Em uma perspectiva conceitual, o Componente Hospitalar é uma dimensão da Atenção à Saúde, que deve ser operacionalizado de modo qualificado, organizado que abrange os serviços de atenção básica, o componente pré-hospitalar fixo e móvel, portas de entrada hospitalares de Urgência, as enfermarias clínicas de retaguarda, os leitos de cuidados prolongados, as Linhas de Cuidado (LC) prioritárias e os leitos de terapia intensiva, tendo as portas de entrada o objetivo de prover o cuidado

*Enfermeiro Obstetra. Doutor em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: dbalmeida@uefs.br ORCID ID: 0000-0002-2311-6204.

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: jossemelolima@gmail.com. ORCID ID: 0000-0001-8607-1392.

***Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde e Gestão em Serviços de Saúde, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil. E-mail: gilberto.tadeu@ufba.br ORCID ID: 0000-0002-0595-0780.

****Enfermeiro. Doutor em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: santosilc29@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-3186-8286.

*****Enfermeira. Doutora em filosofia da Enfermagem, Universidade do Estado de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: Alacoque.erdmann@ufsc.br ORCID ID: 0000-0003-4845-8515.

*****Odontólogo. Mestrado em saúde coletiva, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Feira de Santana, BA, Brasil. E-mail: borbadealmeidaigor@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-8396-7385.

integral e qualificado aos pacientes em situação de urgência e emergência⁽³⁾.

Neste sentido, é observada a centralidade dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; humanização da atenção, devendo estar centrado no cuidado integral do usuário; no atendimento priorizado, mediante a Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção, acesso regulado aos serviços de saúde; e atenção multiprofissional⁽³⁾.

Neste contexto, a partir de estudos desenvolvidos, no caso do Brasil, o cenário hospitalar foi escolhido como estratégico para o enfrentamento da COVID-19, e para tanto ele precisou ter equipes engajadas com o planejamento, monitoramento e avaliação da pandemia por COVID-19. Por este motivo, emerge o questionamento: como os hospitais brasileiros planejaram, implementaram, avaliaram as estratégias de enfrentamento à COVID-19⁽⁴⁾?

Com base nesse questionamento, considerando que a avaliação como uma ferramenta para gestão no SUS ainda não é uma realidade instituída no cotidiano dos hospitais brasileiros, o impacto da pandemia por COVID-19 nos serviços e Sistemas de Saúde, e que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH propôs um modelo para elaboração dos planos de contingência a serem construídos durante a pandemia por COVID-19 nos Hospitais sob sua gestão.

Dessa forma, objetivou-se no presente estudo construir, validar e testar uma matriz avaliativa para os planos de enfrentamento instituídos pelas instituições hospitalares.

MÉTODOS

Este estudo integra uma pesquisa multicêntrica, intitulada “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, financiada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N. 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves.

Trata-se de um estudo metodológico implementado a partir do método de validação de conteúdo que abrange quatro momentos: levantamento bibliográfico e seleção das referências estruturantes, construção do modelo lógico e da matriz avaliativa preliminar, validação de conteúdo pelo comitê de especialistas e teste piloto da matriz.

O cenário do estudo piloto foram oito Hospitais Universitários (HU) vinculados a EBSEH situados em quatro regiões brasileiras, especificamente nos seguintes estados: Amazonas, Bahia, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Os hospitais foram selecionados por conveniência, considerando a facilidade de acesso dos integrantes da equipe de pesquisa e a concordância dos mesmos em participar da pesquisa.

Sobre a vinculação dos hospitais a EBSEH, cabe destacar que essa empresa criada pelo governo federal em 2011, pela Lei n. 12.550, é uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação e responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais — Rehuf, criado em 2010⁽⁵⁾.

Para tanto, a metodologia contemplou pelos seguintes momentos:

1º momento: levantamento bibliográfico e seleção das referências estruturantes

Nesta etapa da pesquisa foi realizado um amplo levantamento que fundamentou a estrutura conceitual sobre planos de contingência, a tríade de Donabedian, modelos de gestão, validação de conteúdo e documentos técnicos sobre o enfrentamento da COVID-19 no Brasil, em especial, no cenário hospitalar.

Em específico, o referencial teórico utilizado na elaboração do modelo lógico e da matriz avaliativa foi o da “Tríade Donabedian”, definida como proposta teórica de Avaliação em Saúde. Elaborada na década de 1980, é constituída por estrutura (condições operacionais para desenvolvimento do processo avaliado); processo (o desenvolvimento das práticas de saúde) e resultado (os impactos gerados com as práticas de saúde)⁽⁶⁾. Contudo, este estudo considerou a

dimensão da estrutura, ficando as dimensões de processo e resultados para outras etapas do macroprojeto de pesquisa.

2ª momento: construção do modelo lógico e da matriz avaliativa preliminar

Tendo em vista que estudos metodológicos de cunho avaliativo visam ao aprimoramento das práticas de saúde e cuidado bem como auxiliar na tomada de decisão ⁽⁷⁾, o segundo momento da pesquisa foi realizado no período de março a abril de 2022, quando foi formado um comitê de especialistas constituído por 12 *experts* - pesquisadores de diversas Universidades Federais brasileiras, envolvidos com o macroprojeto de pesquisa. Como resultado do trabalho deste primeiro comitê, foi elaborado, preliminarmente, uma matriz avaliativa para os planos de contingência, onde foi submetido por meio da técnica Delphi ⁽⁸⁾.

3º momento: validação de conteúdo pelo comitê de especialistas

Nesta etapa, para validação da matriz avaliativa, foi formado um segundo comitê constituído por juízes especialistas em estudos metodológicos e/ou pesquisas avaliativas em saúde, selecionados na plataforma Lattes e, também por profissionais de saúde listados como principal integrante da equipe que elaborou os planos de contingência de enfrentamento da COVID-19 nos Hospitais selecionados.

No período de abril a agosto de 2022, esses juízes foram contatados por *e-mail*, ocasião em que foram informados sobre o estudo e tipo de participação desejada e convidados a participar do mesmo. Estabeleceu-se um prazo para resposta de dez dias, e se anexou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com detalhes sobre os objetivos, riscos e vantagens da participação no estudo.

Foi contactado um total de 60 juízes, porém só 24 aceitaram participar da primeira rodada da técnica *Delphi* e 16 enviaram suas avaliações e teceram sugestões para melhoria do modelo lógico e matriz avaliativa. Na segunda rodada, apenas 12 juízes participaram efetivamente da proposta de validação.

O instrumento avaliado na primeira rodada

descrita acima foi composto de uma dimensão da tríade donabediana⁽⁶⁾, doze subdimensões e vinte e cinco perguntas avaliativas. Após as sugestões dos juízes e consenso da equipe de pesquisa, a nova matriz configurou-se da seguinte forma: uma dimensão, nove subdimensões e vinte e duas perguntas avaliativas e este modelo final teve seu conteúdo validado estatisticamente.

4º momento: teste piloto da matriz

Como etapa da validação de conteúdo foi realizado ainda um teste piloto a partir da análise dos planos de contingência dos oito hospitais da rede EBSEH selecionados para a pesquisa. Neste sentido, é importante destacar que a análise documental tem sido largamente utilizada pelas ciências sociais e na investigação histórica a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências⁽⁹⁾.

A matriz foi aplicada nos planos de contingência por integrantes da equipe de pesquisa do projeto maior, estudantes graduação, mestrado e doutorado, que estavam calibrados devido a sua aproximação com a pesquisa desde a etapa de elaboração de projeto. Sendo que os planos de contingência dos oito hospitais foram avaliados individualmente por todos os membros da equipe.

Especificamente, foi aplicada a Matriz Avaliativa validada em conteúdo, as perguntas avaliativas e indicadores específicos que contemplavam os requisitos sugeridos. Às respostas foram atribuídos os seguintes valores: um (01), quando atendiam totalmente à recomendação; dois (02), quando a atendiam parcialmente, e três (03), quando não a atendiam. Assim, os planos com maior pontuação seriam aqueles que mais se distanciaram das recomendações previstas, e aqueles com menor pontuação, os que mais se aproximaram do modelo sugerido pela Rede de Serviços Hospitalares para elaboração e implementação de ações sanitárias de enfrentamento da COVID-19 nesses espaços.

Após este momento da avaliação individual de todos os planos por todos os membros da equipe de pesquisa ocorreu uma reunião para avaliação coletiva a fim de discutir os quesitos que apresentaram discrepância. As pontuações atribuídas pelos membros desse comitê variaram em alguns planos, com média de dois pontos para mais ou para menos. Demonstrando, portanto, a

pertinência e a clareza dos instrumentos validados bem como a viabilidade de serem utilizados em outras avaliações. Nessa etapa, optou-se por atribuir, de forma consensual, um valor para cada indicador avaliado.

Os resultados foram processados pelo *software* de pesquisa R, que, segundo estudo⁽¹⁰⁾, permite ao pesquisador propor novas sub-rotinas e implementar novos métodos de análise conforme a sua necessidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer n. 4.347.463). Em todas as etapas do estudo foram respeitadas as determinações da Resolução 466/2012, em especial, quanto aos riscos de interferência do comportamento dos *experts* (constrangimento em apresentar sugestões ou discordâncias no modelo lógico ou na matriz avaliativa, bem como na sua aplicação).

Por fim, considerando as questões éticas do anonimato dos participantes e para preservar as identidades dos hospitais pesquisados, eles serão identificados por números.

RESULTADOS

Na primeira rodada, quando foi validado o conteúdo da matriz avaliativa, foram obtidos os seguintes resultados: média de Taxa de Concordância (TC) de 66,26% e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral de 0,58. Todos os indicadores foram considerados válidos, mas foram sugeridas diversas alterações nas perguntas avaliativas, além da inserção de outras subdimensões e alteração na atribuição de valor e fonte.

Já na segunda rodada, a TC alcançou 100% e o IVC geral foi de 0,98. Portanto, considerando os parâmetros estipulados como aceitáveis, a saber, a taxa de concordância deve ser maior ou igual a 90% e o IVC deve ser superior a 0,80⁽¹¹⁾, os indicadores foram validados com a pertinência e a clareza necessárias para serem aplicados na análise documental, segunda etapa do estudo de avaliação dos PC, quando efetuamos o pré-teste da matriz avaliativa apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Matriz avaliativa dos planos de contingência validada após duas rodadas da técnica Delphi

SUBDIMENSÃO	INDICADOR
A) NÍVEIS DE ACIONAMENTO DO PLANO	A1: Existência de níveis de acionamento do plano de contingência A2: Existência de parâmetros de acionamento do plano de contingência. A3: Existência de responsáveis pela ativação dos diversos níveis.
B) REDE ASSISTENCIAL	B1: Existência de rede assistencial para atendimento aos casos de COVID-19 na rede de atenção à saúde atentando para o grau de complexidade. B2: Existência de pactuação entre as unidades de referência e contrarreferência.
C) FLUXOS ORGANIZACIONAIS	C1: Existência de fluxos para acompanhantes e visitantes. C2: Existência de fluxos para acesso físico à porta de entrada. C3: Existência de fluxo de acesso às unidades internas do hospital.
D) TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	D1: Existência de equipes de triagem e classificação de risco D2: Existência de protocolo de triagem/classificação de risco de casos suspeitos de COVID- 19.
E) SISTEMA DE GESTÃO DE INCIDENTES	E1: Existência de equipe gestora/técnica com papéis definidos. E2: Existência de estrutura abrangendo comando, comunicação, área de apoio, operações, logística e administrativo.
F) ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A CAPACIDADE INSTALADA PARA ATENDIMENTO COVID-19	F1: Existência de estimativa para equipamentos. F2: Existência de previsão para abertura de novos leitos.
G) GESTÃO DE PESSOAS	G1: Existência de estratégias para Saúde Mental e bem-estar dos profissionais do hospital. G2: Existência de levantamento da força de trabalho para o enfrentamento da COVID-19. G3: Existência de levantamento dos grupos de risco para afastamento da linha de frente de atendimento COVID-19. G4: Existência de estratégias de monitoramento de profissionais afastados por COVID-19. G5: Existência de previsão de equipes assistenciais e administrativas para reserva técnica.
H) VIGILÂNCIA EPIDEMIO-LÓGICA	H1: Existência de estratégias de notificação. H2: Existência de estratégias de monitoramento de casos de COVID-19. I3: Existência de previsão dos responsáveis pelas ações de vigilância.
I) COMUNICAÇÃO	I1: Existência de plano de comunicação.

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à aplicação da matriz avaliativa, ressalta-se que houve múltiplas edições dos planos de contingência dos hospitais universitários, dessa

forma, decidiu-se utilizar a última versão final, a sétima, e, para tanto, fez-se uma nova busca destes documentos, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2. Avaliação dos planos de contingência dos Hospitais Universitários.

Subdimensão	Total	Média	Desvio Padrão
A- Níveis de acionamento do plano	31	3,875	1,96
B- Rede assistencial	22	2,75	1,39
C- Fluxos organizacionais	27	3,38	0,99
D- Triagem e classificação de risco	16	2,00	0
E- Sistema de gestão de incidentes	21	2,63	1,32
F- Estratégias para aumentar a capacidade instalada para atendimento a casos de COVID-19	20	2,50	1,32
G- Gestão de pessoas	58	7,25	2,33
H- Vigilância epidemiológica	29	3,63	1,65
I- Comunicação	10	1,25	0,66

Fonte: dados da pesquisa.

As subdimensões referentes aos níveis de acionamento do plano (A) e de vigilância epidemiológica (H) apresentaram médias maiores, portanto, foram as menos consideradas. Já a referente à comunicação apresentou média menor, sendo a mais frequente nos planos (Tabela 2).

Os indicadores com maior pontuação, ou seja, o

menos atendido nesses planos, foram o da previsão de equipes assistenciais e administrativas e de estrutura abrangendo comando, comunicação, área de apoio, operações, logística e pessoal administrativo para reserva técnica (Tabela 3) (Tabela 1).

Tabela 3. Avaliação com o detalhamento dos indicadores considerados nos planos de contingência dos Hospitais Universitários, 2022.

Subdimensão	Indicadores	Total	Média	Desvio- Padrão
A	1	9	1,29	0,76
	2	12	1,50	0,93
	3	10	1,25	0,71
B	1	10	1,25	0,71
	2	10	1,25	0,71
C	1	10	1,25	0,71
	2	10	1,25	0,71
	3	10	1,25	0,71
D	1	12	1,50	0,93
	2	12	1,50	0,76
F	1	12	1,50	0,93
	2	15	1,88	0,99
G	1	10	1,25	0,71
	2	10	1,25	0,71
H	1	10	1,25	0,71
	2	12	1,5	0,93
	3	12	1,5	0,93
	4	8	1	0,00
	5	19	2,375	0,92
I	1	11	1,375	0,74
	2	10	1,25	0,71
	3	10	1,25	0,71
J	1	10	1,25	0,71

Fonte: dados da pesquisa.

Já o indicador de menor pontuação, ou seja, presente na maior parte dos planos, foi o da

existência de estratégias de monitoramento de profissionais afastados por COVID-19. Nesse

questo cabe ratificar que foi avaliada a dimensão estrutura, compreendendo que um plano de contingência é uma ferramenta para o momento tático-operacional e de avaliação. Contudo os planos deveriam ter descrito tais estratégias.

De modo geral, os planos seguiram um modelo estabelecido, e a variação da pontuação foi pouco

expressiva, de 23 a 26 pontos em seis hospitais (Tabela 4) (Tabela1). As únicas exceções foram o HU7, que alcançou 36 pontos, e o HU6, com 65 pontos. Isso demonstra que esses hospitais deixaram de atender muitas recomendações de planejamento/intervenção previstas no modelo.

Tabela 4 - Avaliação global dos planos de contingência dos Hospitais Universitários, 2022.

Instituição	Total	Média	Desvio- Padrão
HU1	23,00	1,00	0,00
HU2	28,00	1,22	0,60
HU3	25,00	1,09	0,29
HU4	26,00	1,13	0,46
HU5	25,00	1,09	0,42
HU6	65,00	2,83	0,58
HU7	36,00	1,64	0,95
HU8	26,00	1,13	0,46

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Nos oito HUs pesquisados constatou-se alto grau de similaridade das recomendações técnicas indicadas e o conteúdo dos planos de contingência com descrições teóricas sobre os temas apontados como estratégicos para o enfrentamento da COVID-19 no espaço hospitalar em vez de pontuar, efetivamente, como seria implementada determinada diretriz na instituição específica. De modo contrário, é importante pensar em modelos de gestão que estimulem a criatividade das equipes de saúde e dos gestores a fim de que possamos dispor de resultados mais efetivos e eficazes para a gestão estratégica dos serviços e sistema de saúde⁽¹²⁾.

Os cenários pesquisados são diversos, visto que o Sistema de Saúde apresenta nuances específicas em cada localidade a partir das questões culturais, econômicas, sociais e políticas próprias de cada estado brasileiro. Outrossim, as estratégias de enfrentamento da COVID-19 para ter o impacto desejado precisam ser pensadas considerando aspectos da realidade local.

Pesquisadores evidenciam a heterogeneidade das capacidades organizacionais, o que revela a fragilidade do planejamento que não considere as especificidades de cada serviço de saúde e seja uma prescrição de ações gerais pensadas de modo aleatório sem considerar os aspectos econômicos, administrativos e políticos do território, marcando a importância da capacidade gestora estratégica para que possamos institucionalizar os instrumentos

básicos da administração: planejamento, monitoramento e avaliação⁽¹³⁾.

Com relação às redes assistenciais, os fluxos organizacionais e as estratégias para aumentar a capacidade de atendimento à COVID-19 apresentaram menor desvio, sendo mais frequentemente atendidos nos planos de contingência. E este achado possui consonância com estudos feitos na Atenção Primária à Saúde e hospitalar, onde, também se observou um centramento nas questões de fluxo e para aumentar a capacidade instalada dos serviços^(14,15).

Pesquisadores discorrem que apesar da crise federativa que retardou o tempo de resposta dos municípios, os serviços de saúde demonstraram capacidade de resiliência para redefinição de fluxos, rotinas, reestruturação de unidades, contudo é um equívoco pensar em serviços de saúde como se eles fossem um fim em si próprio e não dependessem de uma rede organizada e hierarquizada pela complexidade tecnológica e social⁽¹⁴⁾.

Outro aspecto identificado foi a presença de várias versões dos planos de contingência nos hospitais que pode indicar uma fragilidade, pois o fato de serem alterados continuamente pode ser compreendido como uma presença constante de novos fatores, logo, pressupõe-se que as estratégias de planejamento e monitoramento não foram bem estruturadas e que o processo decisório precisa de melhor qualificação. Por outro lado, é preciso considerar que a pandemia também não se propagou de forma linear no território nacional, o

que pode ter levado a alterações nos planos de contingência dos HUs.

Neste sentido, é preciso considerar a dinamicidade e especificidades dos serviços de saúde, pois a gestão de serviços de saúde tem uma dimensão interativa, voltada às demandas do campo de ação para o alcance de fins/metabolos/objetivos, estando atenta a missão das organizações como também aos interesses dos trabalhadores^(16,17).

Outrossim, o desenvolvimento de uma gestão democrática e participativa, atenta às necessidades locoregionais, a pensar não só os serviços em si mais as redes de atenção, seus componentes e linhas de cuidado em saúde comprometidos com a qualidade da atenção e com a satisfação dos usuários, trabalhadores e gestores. Embora existam diferentes modelos, a gestão participativa permite o desenvolvimento dessas ações que são potencialmente capazes de reconfigurar o processo de trabalho de forma democrática e inovadora⁽¹³⁾.

As subdimensões que apresentaram menor desvio-padrão podem denotar o alto grau de normatividade das organizações associado ao modelo de gestão produtivista. Os indicadores com maior pontuação estão atrelados às questões de modelo de gestão e à eficiência administrativa para contratação de profissionais. Já os indicadores de menor pontuação foi as questões atinentes a comunicação e as estratégias para aumentar a capacidade instalada, que ao analisar as ações pensadas ficou evidente que estas se concentravam em ações de baixo custo econômico para a organização.

Alguns estudos tratam desse centramento do enfrentamento da COVID-19 por meio de ações simplificadas, superficiais e de baixo custo operacional, como por exemplo, os múltiplos treinamentos realizados pelas secretarias municipais, estaduais realizados, por outro lado, o acirramento da precarização e sobrecarga de trabalho⁽¹⁸⁾.

Um estudo que avaliou as condições de trabalho nos serviços de saúde durante a pandemia por COVID-19 comprova que essas foram extremamente afetadas em função da infraestrutura inadequada, trabalho extenuante, biossegurança em risco, exaustão, medo da contaminação e da morte, fortes sinais de esgotamento físico e mental entre os trabalhadores^(19,20).

Em outro ponto, observa-se a hegemonia de um

processo de gestão fortemente alicerçado no modelo clínico de atenção à saúde, cujos saberes são aqueles oriundos da anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia. Nesse contexto, o hospital é uma organização subordinada a uma gestão voltada para o controle, padronização e rotinização do processo de trabalho⁽²¹⁾.

Fica evidente que os planos foram construídos com baixo grau de articulação e de rede, tendo como foco o ambiente interno da organização. Os resultados também mostram que, embora os hospitais tenham implementado um plano de contingência para enfrentamento da COVID-19, o que, por si só, representa um avanço, ainda apresentaram resultados bem aproximados aos de um hospital público estatal. Nesse sentido, é discutível afirmar que eles apresentam uma melhor performance, ainda que vinculados a um modelo que se propõe eficiente, moderno e eficaz.

Neste quesito, pesquisas apontam que entre a discussão de eficiência do público e privado, existe um jogo político que não contempla na discussão aspectos técnicos, de sustentabilidade econômica, o papel social das organizações e poder decisório, tendo como grande reforço para privatização e criação de modelos como as parcerias público-privadas o Banco Mundial, a Corporação Financeira Internacional⁽²²⁾.

Por fim, um estudo de revisão sobre os modelos de gestão nas instituições hospitalares⁽²³⁾ explicita que o modelo administrativo adotado no Brasil desde a década de 1990 atende ao mercado e cede aos anseios neoliberais, prometendo tornar o Estado eficiente e reduzir seus custos. Assim, identificam-se planos com poucos aspectos criativos e de atendimento às necessidades locais e do cotidiano dos serviços, com baixo investimento em práticas de gestão compartilhada e democrática, ausência de representatividade dos usuários dos serviços de saúde no planejamento das ações e estratégias de monitoramento e avaliação bem frágeis e pouco frequentes⁽²⁴⁾.

CONCLUSÃO

Foi possível validar o conteúdo do modelo lógico e a matriz avaliativa para os planos de enfrentamento da COVID-19 nas instituições hospitalares investigadas. Os indicadores foram validados com pertinência e clareza necessárias para serem aplicados na análise documental de

avaliação dos PC.

Importante mencionar que, durante a avaliação dos planos de contingência, observou-se alto grau de similaridade destes, além de teor normativo. Apenas duas instituições hospitalares se distanciaram do parâmetro proposto, sendo que a avaliação destas últimas não está vinculada a um alto grau de inventividade através da valorização da realidade local.

De modo geral, os planos seguiram um modelo estabelecido, e a variação da pontuação foi pouco expressiva. As exceções foram o HU7 e HU6. Esses hospitais se diferenciaram, pois, deixaram de cumprir algumas recomendações de planejamento/intervenção propostas no plano modelo.

Os resultados apontam para que seis dos oito planos de contingência avaliados possuem características cartoriais, desenvolvidos de forma “reativa” para suprir uma demanda institucional, com pouca capilaridade no serviço de saúde em si, com base em modelos de práticas de gestão tradicional, que apresentam fragilidade democrática, comunicativa e participativa.

É válido destacar que este estudo pode contribuir com subsídio teórico, crítico e reflexivo para avaliação de planos de contingência e da gestão dos serviços de saúde, com vistas a contribuir com a qualidade das organizações e institucionalização de processos organizacionais de planejamento, monitoramento e avaliação na rede de atenção à saúde.

VALIDATION OF AN EVALUATION MATRIX FOR ASSESSING CONTINGENCY PLANS IN BRAZILIAN UNIVERSITY HOSPITALS

ABSTRACT

Objectives: to build, validate and test an evaluation matrix for coping plans established by hospital institutions. **Method:** This was a methodological study implemented using the content validation method that covered four stages: bibliographic survey and selection of structuring references, construction of the logical model and preliminary evaluation matrix, content validation by the committee of experts and testing matrix pilot. **Results:** the plans followed a model established by the EBSEH network. Weaknesses were identified in the subdimensions analyzed: provision of assistance and administrative teams, structure covering command, communication, support area, operations, logistics and administrative personnel for technical reserves. **Conclusion:** the establishment of contingency plans needs to cover planning, monitoring and evaluation processes, as well as the qualification of managers, managers and workers in addition to considering the Health System, its care networks and priority lines of care. There still persists a focused look at internal organizational processes as if the hospital institution were isolated from other health components and facilities.

Keywords: Health Strategies. Contingency Plans. COVID-19 Virus Disease. University Hospitals. Health Assessment.

VALIDACIÓN DE MATRIZ EVALUATIVA PARA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE CONTINGENCIA DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS BRASILEÑOS

RESUMEN

Objetivos: construir, validar y probar una matriz evaluativa para los planes de enfrentamiento instituidos por las instituciones hospitalarias. **Método:** se trata de un estudio metodológico implementado a partir del método de validación de contenido que abarca cuatro momentos: prospección bibliográfica y selección de las referencias estructurantes, construcción del modelo lógico y de la matriz evaluativa preliminar, validación de contenido por el comité de expertos y prueba piloto de la matriz. **Resultados:** los planes siguieron un modelo establecido por la red EBSEH. Se identificó fragilidad en las subdimensiones analizadas: previsión de equipos asistenciales y administrativos, estructura abarcando comando, comunicación, área de apoyo, operaciones, logística y personal administrativo para reserva técnica. **Conclusión:** el establecimiento de planes de contingencia debe abarcar procesos de planificación, monitoreo y evaluación, así como, la calificación de los gestores, gerentes y trabajadores, además de considerar el Sistema de Salud, sus redes de atención y líneas de atención prioritarias. Aún persiste un enfoque sobre los procesos internos organizacionales como si la institución hospitalaria estuviera aislada de los otros componentes y equipos de salud.

Palabras clave: Estrategias de Salud. Planes de Contingencia. Enfermedad por Virus COVID-19. Hospitales Universitarios. Evaluación en Salud.

REFERÊNCIAS

1. Nassar P, Moraes É, Souza D, Braga A, Christovam B, Neto M. Gestão de risco e as estratégias do plano de contingência para

COVID-19. Rev enferm UERJ. 2020; 28: 1-7. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.55415>

2. Ichisato, SMT, Oliveira, RR de, Salci MA. O compromisso da ciência em investigar o comportamento da COVID-19 à longo prazo.

- Cienc Cuid Saúde. 2021; 1-2. DOI: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/61430>
3. Radel ME, Shimizu HE. Análise da implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Saúde debate*. 2023;47(136):39–55. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313602>.
 4. Celepar. Guia para Elaboração de Plano de Contingência Metodologia. 2009. Disponível em: <http://docplayer.com.br/18466659-Guia-para-elaboracao-de-plano-de-contingencia-metodologia-celepar.html>.
 5. Pinto CIC, Sampaio RS, Souza FAC, Dias TKC, Costa BHS, Chaves ECL. Scientific production in online journals about the new coronavirus (covid-19): bibliometric research. *Texto Contexto Enferm*. 2020; 29: 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0235>.
 6. Donabedian, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press, 1985. 528 p.
 7. Zanetti ACB, Gabriel CS, Dias BM, Bernardes A, Moura AA, Gabriel AB, et al.. Avaliação da incidência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41: 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190364>
 8. Zarili TFT, Castanheira ERL, Nunes LO, Sanine PR, Carrapato JFL, Machado DF, et al.. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. *Saúde soc*. 2021;30(2):e190505. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505>
 9. Militão JB dos S, Maior JLS, Silva LF, Barbosa S do N, Machado MH, Gomes AMF, et al.. A precarização jurídica das relações de trabalho como fator de sofrimento das(os) trabalhadoras(es) no setor da saúde durante a pandemia de COVID-19. *Ciênc saúde coletiva*. 2023 (10):2797–807. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>
 10. Ramos MMA, Ramos PL, Louzada Neto F, Della Barba PC de S. Utilização do Software R em pesquisas na terapia ocupacional/Using Software R in research in occupational therapy. *Cad. Bras. Ter. Ocup. [Internet]*. 27º de março de 2019 [citado 12º de abril de 2024];27(1):217-30. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2137>
 11. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(7):3061–8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
 12. Ferreira DS, Ramos FRS, Teixeira E. Nurses' educational practices in Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200045. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0045>
 13. Araújo JM de, Ferreira MAM. Análise das capacidades estatais no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil. *REAd Rev eletrôn adm (Porto Alegre)*. 2023;29(2):337–63. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.387.126639>
 14. Lopes WP, Carvalho BG, Martins CP, Nunes EFPA, Mendonça FFM. Repercussões da pandemia da COVID-19 na organização e oferta de serviços da atenção básica. *Cienc Cuid Saúde*. 2023; 25(22):e65868. DOI: [10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65868](https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65868)
 15. Leite F de M, Oliveira E dos S, Silva BVS da, Melo EBB de, Dantas RAN, Dantas DV. Patient safety with covid-19 in hospital units: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2023, 76 (1): 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0557>
 16. Penedo RM, Gonçalves CS, Queluz DP. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de saúde da família. *Interface, Botucatu*, v. 23, p. 1-15, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832019000100201&script=sci_abstract.
 17. Rocha CR da, Rempel C, Santana JCB, Ferranti E, Inchauspe JAF, Santos S dos, et al. Lean methodology implementation in the emergency department of a university hospital: management and sustainable development. *Texto & Contexto Enferm*. 2023, 32: e20230122. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0122pt>
 18. Vieira SL, Souza SG, Figueiredo CF, Santos VVC, Santos TBS, Duarte JA, et al.. Ações de educação permanente em saúde em tempos de pandemia: prioridades nos planos estaduais e nacional de contingência. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1377–86. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11252022>
 19. Machado MH, Coelho MC de R, Pereira EJ, Telles AO, Soares Neto JJ, Ximenes Neto FRG, et al.. Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da COVID-19 no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(10):2809–22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10072023>
 20. Machado MH, Campos F, Haddad AE, Santos Neto PM dos, Machado AV, Santana VGD, et al.. Transformações no mundo do trabalho em saúde: os(as) trabalhadores(as) e desafios futuros. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(10):2773–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10702023>
 21. Leal LA, Henriques SH, Brito LJ de S, Celestino LC, Ignácio DS, Silva AT. Modelos de atenção à saúde e sua relação com a gestão de enfermagem hospitalar. *Rev. enferm. UERJ [Internet]*. 2019 [citado 13º de abril de 2024];27:e43769. DOI: <https://doi.org/10.12957/ruerj.2019.43769>

Endereço para correspondência: Deybson Borba de Almeida. Rua Nova Esperança, n. 200, CEP: 44085610 . Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: dbalmeida@uefs.br

Data de recebimento: 05/07/2023

Data de aprovação: 16/04/2024

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES), Processo nº 402392/2020-5. Ao CNPq referente à bolsa produtividade em Pesquisa (PQ), sob o processo nº 004/2020. Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N.º 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo n.º: 402392/2020-5), e no edital de chamada pública n.º 005/2020 - adesão da FAPESC à chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N.º 07/2020.