

## **COLETA DE DADOS VIA TELEFONE EM PESQUISA MULTICÊNTRICA SOBRE CUIDADO DE ENFERMAGEM FRENTE À COVID-19**

Caroline Cechinel-Peiter<sup>1</sup>   
Franciely Daiana Engel<sup>1</sup>   
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello<sup>1</sup>   
Diovane Ghignatti da Costa<sup>1</sup>   
Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa<sup>1</sup>   
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni<sup>1</sup>   
Viviane Euzébia Pereira Santos<sup>2</sup>   
Elena Bohomol<sup>3</sup>   
Margareth Santos Zanchetta<sup>4</sup>   
José Luís Guedes dos Santos<sup>1</sup>   
Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>4</sup>Toronto Metropolitan University, Daphne Cockwell School of Nursing, Faculty of Community Services. Toronto, Canada.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Relatar a coleta de dados via telefone realizada em pesquisa multicêntrica sobre avaliação do cuidado de enfermagem durante a pandemia da COVID-19.

**Método:** Relato de experiência sobre o uso do telefone para coleta de dados quantitativos e qualitativos com participantes de dez Hospitais Universitários Brasileiros, de outubro de 2020 a dezembro de 2021. A experiência foi apresentada segundo etapas: 1) Operacionalização da coleta de dados via telefone; 2) Capacitação da equipe de entrevistadores; 3) Acompanhamento e ajustes da coleta de dados; e 4) Resultados do contato telefônico com o paciente.

**Resultados:** O planejamento e a organização da coleta de dados envolveram a construção de manuais de orientação para guiar os coletadores, os quais passaram por validação quanto à clareza e concordância. Para acompanhamento e ajustes, realizou-se reunião semanal com os entrevistadores e pesquisadores responsáveis. Foram incluídos dados de 539 respondentes do instrumento *Patient Measure of Safety*, de 643 do instrumento *Care Transitions Measure* e de 56 entrevistas abertas.

**Conclusão:** A utilização de manuais de orientação para coleta de dados via telefone, realização de treinamentos e reuniões de acompanhamento são estratégias que podem potencializar essa estratégia em pesquisas multicêntricas, quando da impossibilidade de coleta face-a-face.

**DESCRITORES:** Pesquisa em Enfermagem. Coleta de Dados. Entrevistas como Assunto. Técnicas de Pesquisa. Estudo Multicêntrico. COVID-19.

**COMO CITAR:** Cechinel-Peiter C, Engel FD, Mello ALSF, Costa DG, Costa MFBNA, Lanzoni GMM, et al. Coleta de dados via telefone em pesquisa multicêntrica sobre cuidado de enfermagem frente à Covid-19. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA]; e20220261. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0261pt>

# DATA COLLECTION VIA PHONE IN MULTICENTRIC RESEARCH ON NURSING CARE IN THE FACE OF COVID-19

## ABSTRACT

**Objective:** to report data collection via telephone carried out in multicenter research on nursing care assessment during the COVID-19 pandemic.

**Method:** this is an experience report on using the telephone to collect quantitative and qualitative data with participants from ten Brazilian university hospitals from October 2020 to December 2021. The experience was presented in stages: 1) Operationalization of data collection via telephone; 2) Interviewing team training; 3) Monitoring and adjustments to data collection; and 4) Results of telephone contact with patients.

**Results:** data collection planning and organization involved creating guidance manuals to guide the collectors, which were validated for clarity and agreement. For monitoring and adjustments, a weekly meeting was held with the interviewers in charge and researchers. Data from 539 respondents from the Patient Measure of Safety instrument, 643 from the Care Transitions Measure instrument and 56 from open interviews were included.

**Conclusion:** using guidance manuals for data collection via telephone, training and follow-up meetings are strategies that can enhance this strategy in multicenter research when in-person data collection is impossible.

**DESCRIPTORS:** Nursing research. Data collection. Interviews as topic. Research techniques. Multicenter study. COVID-19.

## RECOLECCIÓN DE DATOS VÍA TELEFÓNICA EN INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICA SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE AL COVID-19

### RESUMEN

**Objetivo:** informar la recolección de datos vía telefónica realizada en una investigación multicéntrica sobre la evaluación de los cuidados de enfermería durante la pandemia de COVID-19.

**Método:** informe de experiencia sobre el uso del teléfono para la recolección de datos cuantitativos y cualitativos con participantes de diez hospitales universitarios brasileños, de octubre de 2020 a diciembre de 2021. La experiencia fue presentada en etapas: 1) Operacionalización de la recolección de datos por teléfono; 2) Capacitación del equipo entrevistador; 3) Monitoreo y ajustes a la recolección de datos; y 4) Resultados del contacto telefónico con el paciente.

**Resultados:** la planificación y organización de la recolección de datos implicó la creación de manuales de orientación para guiar a los recolectores, los cuales fueron validados por su claridad y acuerdo. Para el seguimiento y ajustes se realizó una reunión semanal con los entrevistadores e investigadores responsables. Se incluyeron datos de 539 encuestados del instrumento *Patient Measure of Safety*, 643 del instrumento *Care Transitions Measure* y 56 entrevistas abiertas.

**Conclusión:** el uso de manuales de orientación para la recolección de datos vía telefónica, capacitación y reuniones de seguimiento son estrategias que pueden potenciar esta estrategia en investigaciones multicéntricas cuando la recolección de datos presencial es imposible.

**DESCRIPTORES:** Investigación en enfermería. Recolección de datos. Entrevistas como asunto. Técnicas de investigación. Estudio multicéntrico. COVID-19.

## INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020 e, desde então, são inúmeros os esforços de pesquisadores de várias áreas na busca da compreensão e análise do novo cenário pandêmico para qualificar os desfechos de saúde, beneficiando pacientes, famílias, profissionais e a população como um todo<sup>1</sup>. Frente à crise sanitária sem precedentes e à necessidade premente de explorar este fenômeno, tornou-se necessário utilizar tecnologias remotas como estratégia de coleta de dados que se preservasse o distanciamento social, preconizado como uma das principais medidas de controle de transmissão da doença<sup>2-5</sup>.

Tanto pesquisas em andamento durante as primeiras medidas sanitárias de contenção da doença, quanto aquelas iniciadas posteriormente, inclusive sobre a própria temática da COVID-19, precisaram adotar alternativas à coleta de dados presencial<sup>5</sup>. Nesse sentido, ganharam destaque as pesquisas por chamada telefônica, aplicativos de chamada de vídeo, e-mail e formulários eletrônicos, os quais permitem o contato com o participante de modo remoto<sup>6-9</sup>. A coleta de dados via telefone possibilita aos pesquisadores superarem distâncias geográficas, com maior flexibilidade de horários e locais de realização das entrevistas, acessando um maior número de participantes e com foco naqueles de maior interesse à pesquisa. Dessa forma, é possível facilitar o acesso aos participantes, otimizar recursos financeiros e reduzir o tempo investido<sup>7,10</sup>.

Apesar da aparente facilidade para o pesquisador e dos benefícios, a coleta de dados por telefone pode apresentar também diversos desafios. Esses podem ser de origem técnica-operacional, como instabilidade de sinal, indisponibilidade de uso de dispositivos eletrônicos, dificuldade de contato ou de ordem mais pessoal, como impessoalidade na relação estabelecida entre participante e entrevistador e indisposição dos participantes em atenderem chamadas de números desconhecidos<sup>7</sup>. Dessa forma, é relevante a discussão sobre estratégias para transpor tais desafios, para um processo de coleta de dados seguro, confiável e de qualidade.

No Brasil, tem-se registro da aplicação de tecnologias de comunicação de uso remoto no campo da saúde desde 1950, a exemplo do Telessaúde, apresentando expansão até os dias atuais<sup>11</sup>. Especificamente no que se refere às demandas emergentes, na atuação da enfermagem, a contribuição das tecnologias é cada vez mais incorporada às práticas assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa. Destaca-se o avanço e incentivo das redes de pesquisa no país e da otimização de recursos que viabilizem estudos em contextos mais amplos, permitindo a integração de informações e competências de diferentes grupos de experts em variadas áreas<sup>12</sup>.

Essa situação direciona para outras necessidades, como a de garantir as validades internas e externas destes estudos. Neste prisma, destaca-se a Iniciativa Brasileira de Reprodutibilidade, um projeto multicêntrico que visa avaliar a reprodutibilidade de estudos na área biomédica no Brasil. Iniciativas como esta permitem refletir sobre as ações individuais e coletivas que possam promover a confiabilidade dos estudos científicos<sup>13</sup>. Diante disso, é importante ressaltar a importância do compartilhamento de experiências exitosas no que tange ao desenvolvimento de pesquisas sérias e de qualidade que lancem mão de estratégias inovadoras na busca de superação de eventuais desafios.

Assim, justifica-se este estudo pela importância da replicabilidade das pesquisas e dos procedimentos metodológicos menos convencionais que vêm sendo adotados em pesquisas na área da saúde e enfermagem. Além disso, a divulgação de experiências inovadoras e exitosas no âmbito da pesquisa é um dos compromissos dos pesquisadores com o avanço da produção do conhecimento em Enfermagem e demais áreas da saúde.

A partir do exposto, este artigo teve o objetivo de relatar a coleta de dados via telefone de uma pesquisa multicêntrica sobre avaliação do cuidado de enfermagem durante o período da pandemia da COVID-19.

## MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, com ênfase na descrição do gerenciamento de uma pesquisa multicêntrica que adotou a coleta de dados via telefone para atender ao objetivo de avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem em hospitais universitários brasileiros frente à pandemia da COVID-19. A pesquisa obteve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves.

A experiência ocorreu de outubro de 2020 a dezembro de 2021, sob o escopo de uma pesquisa multicêntrica realizada em dez hospitais universitários brasileiros, localizados nas cinco regiões do país, cada qual vinculado a uma Universidade Federal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foi levada a cabo por professores coordenadores da pesquisa e por pesquisadores que participaram como coletadores dos dados (entrevistadores).

A operacionalização da pesquisa ocorreu em cinco subgrupos de trabalho: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança e gestão do cuidado; 3) Ambiente de prática profissional; 4) Experiência do paciente; e 5) Continuidade do cuidado. Destes, os subgrupos 4 e 5 se destacaram pela adoção da coleta de dados via telefone com pacientes recuperados da COVID-19, com o objetivo de avaliar os cuidados de enfermagem sob a perspectiva do paciente, os quais serão detalhados neste relato.

A coleta de dados incluiu pacientes maiores de 18 anos, que permaneceram internados por no mínimo 72 horas, e receberam alta hospitalar para casa. Excluíram-se pacientes sem capacidade para consentir em participar da pesquisa, pacientes debilitados ou angustiados, identificados por meio da dificuldade de comunicação ou por indicação do familiar, pessoas não fluentes no português brasileiro, e aqueles que, no momento do contato telefônico, tenham ido a óbito ou tenham sido novamente internados.

No subgrupo 4, Experiência do paciente, buscou-se analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva. Para atingir este objetivo, foi aplicado o instrumento *Patient Measure of Safety (PMOS)*. O *PMOS* foi construído em 2011, na Inglaterra, e validado para a realidade brasileira em 2018<sup>14</sup>. Esse instrumento é formado por 44 questões e nove domínios. As respostas são organizadas em escala Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) pontos, adicionadas às opções “não se aplica” e “prefiro não responder”.

Ainda, este subgrupo teve o objetivo de compreender a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação por COVID-19. Foram realizadas entrevistas abertas com os pacientes aplicando-se a Técnica do Incidente Crítico (TIC) para desvelar incidentes marcantes a partir da perspectiva do indivíduo, contemplando uma situação, comportamentos e suas consequências<sup>15</sup>.

No subgrupo 5, foi aplicado o instrumento *Care Transitions Measure (CTM-15)* com objetivo de avaliar a qualidade da transição do cuidado de pacientes recuperados da COVID-19 do hospital para o domicílio. O instrumento foi criado em 2005, nos Estados Unidos, e validado para uso no Brasil em 2016<sup>16</sup>. Trata-se de um instrumento composto por 15 afirmações, divididas em quatro fatores, a partir das quais o paciente tem cinco opções de resposta, variando de “Discordo muito” (1 ponto) a “Concordo muito” (4 pontos); e Não sei/não me lembro/não se aplica (0 pontos). É importante ressaltar, ainda, que devido aos instrumentos utilizados na pesquisa terem sido desenvolvidos anteriormente à pandemia, os autores foram contatados e informados sobre seu uso no cenário pandêmico.

Em ambos os subgrupos foi aplicado, ainda, um instrumento de caracterização dos participantes, contendo variáveis categóricas (vínculo do respondente com a criança; hospital; gênero; grau de instrução; raça; município de residência; renda familiar em salários-mínimos; uso de ventilação mecânica; tabagismo; sintomas apresentados; e comorbidades) e contínuas (idade; número de pessoas residentes no domicílio; tempo total de internação; e tempo de internação em UTI).

O cálculo de amostra para os dados quantitativos (PMOS e CTM) foi realizado para estimar uma média, a partir do número total de leitos das instituições, com base na margem de erro absoluta. Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa *Winpepi*, versão 11.65. Para o CTM-15, foi considerada margem de erro de até quatro pontos e desvio padrão de 17,1<sup>17</sup>. Para o PMOS foi considerada margem de erro de 0,3 pontos e desvio padrão de 1,28<sup>18</sup>. O nível de confiança de 95% foi adotado.

Em ambos os casos, chegou-se ao tamanho de amostra total de 729 participantes, variando de 26 a 136 entre os hospitais. Para o caso de comparação entre os hospitais, foi estimada amostra mínima de 852 participantes (Quadro 1).

**Quadro 1** – Tamanho mínimo da amostra por hospital para coleta de dados dos instrumentos *Patient Measure of Safety* e *Care Transitions Measure*. Florianópolis, 2021.

Hospital Universitário	Cálculo amostral	Cálculo amostral para comparação
HU1	63	73
HU2	112	112
HU3	136	136
HU4	74	74
HU5	80	80
HU6	64	73
HU7	28	73
HU8	85	85
HU9	26	73
HU10	61	73
<b>Total</b>	<b>729</b>	<b>852</b>

A amostra para dados qualitativos (TIC) se deu por conveniência e a coleta de dados foi interrompida ao atingir-se a saturação empírica dos dados.

Para apresentação, o relato da experiência foi organizado segundo etapas de desenvolvimento da pesquisa: 1) Operacionalização da coleta de dados via telefone; 2) Capacitação da equipe de entrevistadores; 3) Acompanhamento e ajustes da coleta de dados; e 4) Resultados do contato telefônico com o paciente.

## RESULTADOS

### Operacionalização da coleta de dados via telefone

As ligações telefônicas foram realizadas por uma equipe de trabalho composta por professores, profissionais e estudantes de graduação e pós-graduação em enfermagem. A equipe foi previamente capacitada por meio de treinamentos que aconteceram em reuniões via aplicativo de chamada de vídeo, conduzidos pelos professores coordenadores da pesquisa, com duração aproximada de 120 minutos.

Durante os nove meses de coleta de dados, 32 pesquisadores estiveram envolvidos diretamente na realização das entrevistas. Destes, 19 disponibilizaram-se a realizar as ligações a partir dos seus telefones particulares, e 13 receberam reembolso para contratação de novo plano, totalizando um investimento de R\$ 2.180,68 reais (US\$ 422,33 dólares) ao longo do período.

Para contato com os participantes, foram organizadas planilhas com a relação de pacientes para cada hospital e dados para contato, hospedadas em uma pasta no aplicativo Google Drive®. As listas de contatos foram organizadas pelos coordenadores locais de cada instituição. Os entrevistadores foram divididos entre os hospitais, acessando apenas as planilhas às quais estavam responsáveis.

Foi padronizada uma agenda de atividades de no mínimo três períodos de trabalho semanais por entrevistador, em dias alternados, totalizando 12 horas. As tentativas de contato com os participantes eram registradas na planilha.

Buscando facilitar o contato com os participantes, foram disponibilizados aos entrevistadores chips telefônicos com o código de área correspondente à região do hospital em que a coleta de dados era realizada. Frente a pelo menos três tentativas de ligações em dias e períodos alternados, foi padronizada uma mensagem a ser enviada por meio de aplicativo de mensagem pelos entrevistadores, com apresentação do projeto e do motivo do contato, incluindo convite para participar da pesquisa e informações sobre o projeto em *websites* institucionais.

## Capacitação da equipe de entrevistadores

A decisão pela adoção da estratégia da coleta de dados realizada via chamada telefônica ocorreu considerando-se as restrições de contato no período de pandemia da COVID-19. Ainda, foi impulsionada pelo fato de ter como foco pacientes recuperados da COVID-19 após alta hospitalar.

Para tanto, durante a fase de planejamento da coleta de dados, os pesquisadores desenvolveram manuais de orientação acerca dos procedimentos metodológicos para coleta de dados. O desenvolvimento dos manuais envolveu as etapas de elaboração e validação. Para a elaboração dos manuais, foi priorizado o uso de linguagem clara e concisa.

A elaboração textual dos manuais aconteceu de outubro de 2020 a fevereiro de 2021. Esta etapa foi sustentada pela experiência dos pesquisadores na aplicação das técnicas de pesquisa em questão. Após a aprovação do texto pelos pesquisadores da equipe, o material foi finalizado com a diagramação. Um profissional designer gráfico foi consultado para a organização do texto de modo atrativo. A diagramação do manual foi realizada no aplicativo Canva®, versão profissional.

Foram selecionados trechos do texto para serem mantidos em destaque, de modo a permitir fácil visualização, garantindo maior assimilação e facilitando a busca das informações pelos entrevistadores. Foi priorizado o detalhamento das etapas a serem percorridas durante a coleta de dados. Contudo, apesar do detalhamento, o uso de linguagem direta e objetiva visou facilitar a leitura e evitar interferências na interpretação.

Os manuais foram elaborados em formato pdf, com o intuito de serem disponibilizados *online*, tendo em vista o caráter multicêntrico da pesquisa, com distribuição nacional aos pesquisadores envolvidos, permitindo maior replicação entre os entrevistadores. O conteúdo dos três manuais foi organizado em domínios específicos em cada um dos materiais, como detalhado no Quadro 2.

A segunda etapa envolveu a validação dos manuais e foi realizada a partir da consulta a profissionais especialistas no tema da pesquisa selecionados intencionalmente. Foram incluídos profissionais com experiência de no mínimo um ano como docente/pesquisador sobre a temática. Foram excluídos aqueles que enviassem o instrumento preenchido de forma incompleta ou que não respondessem o instrumento dentro do prazo estabelecido. Foram selecionados nove juízes, sendo todos enfermeiros, pesquisadores e doutores em sua área de atuação.

Os juízes foram contactados via e-mail e, mediante aceite, foi encaminhado o manual a ser avaliado em formato .pdf e o instrumento de validação, organizado em uma planilha do Excel. Foi pactuado o prazo de até 30 dias para devolução do material. Os manuais foram validados quanto à clareza e à relevância em uma perspectiva qualitativa. Os ajustes sugeridos pelos especialistas diziam respeito a maior detalhamento dos procedimentos de coleta de dados, visando facilitar a compreensão do texto pelos entrevistadores. Assim, todas as recomendações foram devidamente atendidas.

Ao final deste processo foram construídos três manuais, intitulados: 1) Manual de coleta de dados para aplicação do *Care Transitions Measure* (CTM-15)<sup>19</sup>; 2) Manual de coleta de dados para aplicação do *Patient Measure of Safety* (PMOS)<sup>20</sup>; 3) Manual para abordagem na entrevista de pacientes por meio da Técnica de Incidente Crítico<sup>21</sup>. Os três manuais apresentaram respectivamente 26, 29 e 18 páginas.

**Quadro 2 – Domínios dos manuais de coleta de dados da pesquisa. Florianópolis, 2021.**

<b>Domínio</b>	<b>Detalhamento</b>
<b>1) Manual de coleta de dados para aplicação do <i>Care Transitions Measure</i></b>	
Introdução	Apresentação breve do projeto e do instrumento de pesquisa
Objetivo	Objetivo do manual
Coleta de dados	Detalhamento da coleta de dados: 1) Seleção dos participantes; 2) Contato telefônico; 3) Roteiro do telefonema; e 4) Aplicação do instrumento
Referência	Material consultado durante a elaboração do manual
Apêndices	1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 2) Dados de identificação do participante; e 3) Instrumento de caracterização
Anexo	Versão validada para uso no Brasil do CTM-15
<b>2) Manual de coleta de dados para aplicação do <i>Patient Measure of Safety</i></b>	
Introdução	Apresentação breve do projeto e do instrumento de pesquisa
Objetivo	Objetivo do manual
Coleta de dados	Detalhamento da coleta de dados: 1) Instruções gerais sobre a coleta de dados; e 2) Fases da coleta de dados e descrição da comunicação com o entrevistado
Fluxograma	Ferramentas visuais das etapas da coleta de dados, divididas em: 1) Fluxograma pré-chamada; 2) Fluxograma chamada; e 3) Fluxograma pós-chamada
Apêndices	1) TCLE; 2) Dados de identificação do participante; 3) Instrumento de caracterização; e 4) Instrumento PMOS, validado para o português do Brasil
<b>3) Manual para abordagem na entrevista de pacientes por meio da técnica de incidente crítico</b>	
Introdução	Apresentação breve do projeto e da técnica de pesquisa
Objetivo	Objetivo do manual
Coleta de dados	Detalhamento da coleta de dados: 1) Instruções gerais sobre a coleta de dados; e 2) Fases da coleta de dados e descrição da comunicação com o entrevistado
Fluxograma	Ferramentas visuais das etapas da coleta de dados, divididas em: 1) Fluxograma pré-chamada; 2) Fluxograma chamada; e 3) Fluxograma pós-chamada
Apêndices	1) TCLE; 2) Questionário de caracterização do participante; e 3) Roteiro da TIC

Os instrumentos para coleta de dados foram elaborados em um formulário *online* para facilitar a organização dos dados coletados. Como parte da validação dos manuais, foi realizada uma entrevista piloto por uma enfermeira pesquisadora, com doutorado na área e experiência em pesquisas por telefone, seguindo os procedimentos descritos nos manuais. O participante foi um paciente que teve alta de uma das instituições incluídas no estudo, após internação por COVID-19. Por fim, os manuais foram amplamente divulgados entre os pesquisadores para consulta durante o período de coleta de dados.

Foram realizados treinamentos com os entrevistadores a partir do conteúdo dos manuais, orientando a coleta de dados. Os treinamentos foram realizados em três momentos, antes do início do período da coleta de dados e em outros dois momentos posteriormente, visando preparo de novos entrevistadores que ingressaram na pesquisa ao longo do período de coleta de dados. Os treinamentos foram gravados e disponibilizados para consulta pelos entrevistadores, quando necessário.

### **Acompanhamento e ajustes da coleta de dados via telefone**

O conteúdo referente à coleta dos dados foi audiogravado e os arquivos nomeados com o código do participante e imediatamente enviados ao e-mail institucional da pesquisa, em mensagem nomeada com o mesmo código. Como procedimento de segurança interno, foi realizada a conferência dos áudios com os questionários preenchidos, de forma randomizada, considerando-se uma a cada cinco entrevistas, iniciando pelo quinto participante. Não foi necessária a exclusão de nenhuma entrevista após a conferência.

Foi padronizado um horário semanal fixo com uma das pesquisadoras responsáveis durante todo o período de coleta de dados, visando ao esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de estratégias pelos entrevistadores. A fim de facilitar a comunicação entre os coordenadores e os entrevistadores, foi criado um grupo em aplicativo de mensagens, e disponibilizado o contato pessoal de uma das pesquisadoras responsáveis, caso houvesse necessidade de esclarecimento de dúvidas imediatas.

Todos os entrevistadores eram solicitados a enviar relatórios semanais informando o avanço na coleta de dados no período, incluindo os dias em que foram realizadas as ligações, o número de tentativas, ligações efetuadas e coletas realizadas. O avanço da coleta de dados foi compartilhado com os pesquisadores, incluindo professores e estudantes, de todas as universidades por meio de reuniões gerais, realizadas com intervalo aproximado de 45 dias.

## Resultados do contato telefônico com o paciente

Na coleta de dados quantitativos, do total de 3950 contatos disponibilizados pelos hospitais, 844 foram excluídos na aplicação de ambos os instrumentos; 2463 foram considerados perdas para a coleta do CTM-15 e 2567 para o PMOS.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos 541 participantes na análise do PMOS e 643 na análise do CTM-15. Assim, todas as respostas foram mantidas, e nenhum participante foi excluído (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos participantes incluídos, excluídos e perdas na coleta de dados dos instrumentos *Patient Measure of Safety e Care Transitions Measure*. Florianópolis, 2021.

Descrição	HU*1	HU*2	HU*3	HU*4	HU*5	HU*6	HU*7	HU*8	HU*9	HU*10	Total
<b>Contatos recebidos</b>	938	102	1139	695	124	227	76	404	245	–	3950
	Exclusões <sup>†</sup>										
Paciente menor de 18 anos	–	–	28	2	4	–	1	1	2	–	<b>38</b>
Português não fluente	2	–	2	–	–	–	–	2	–	–	<b>6</b>
Internação menor que 72 horas	13	–	183	42	2	8	1	21	–	–	<b>270</b>
Paciente não recebeu alta para casa	4	–	15	14	1	2	–	–	–	–	<b>36</b>
Participante sem capacidade de consentir com a pesquisa	13	–	10	10	2	–	–	3	3	–	<b>41</b>
Participante debilitado ou angustiado	5	1	6	4	–	8	1	2	1	–	<b>28</b>
Paciente foi a óbito após a alta	37	8	55	31	4	35	6	10	16	–	<b>202</b>
Paciente foi internado após a alta	1	1	45	6	1	11	–	–	–	–	<b>65</b>
Paciente não teve COVID	84	4	32	11	1	5	2	3	16	–	<b>158</b>
<b>Total de exclusões</b>	<b>159</b>	<b>14</b>	<b>376</b>	<b>120</b>	<b>15</b>	<b>69</b>	<b>11</b>	<b>42</b>	<b>38</b>	<b>–</b>	<b>844</b>
	Perdas CTM <sup>‡</sup>										
Telefone não correspondia ao paciente	222	12	48	33	11	18	6	28	25	–	<b>403</b>
Paciente negou-se a participar	30	23	103	61	6	21	–	12	6	–	<b>262</b>
Contato não efetivado após esgotado o período	447	25	461	370	84	40	10	205	145	–	<b>1787</b>
Desistências	2	–	4	4	–	–	–	1	–	–	<b>11</b>
<b>Total de perdas CTM<sup>‡</sup></b>	<b>701</b>	<b>60</b>	<b>616</b>	<b>468</b>	<b>101</b>	<b>79</b>	<b>16</b>	<b>246</b>	<b>176</b>	<b>–</b>	<b>2463</b>

**Tabela 1 – Cont.**

Descrição	HU*1	HU*2	HU*3	HU*4	HU*5	HU*6	HU*7	HU*8	HU*9	HU*10	Total
<b>Contatos recebidos</b>	938	102	1139	695	124	227	76	404	245	–	3950
Perdas PMOS <sup>§</sup>											
Telefone não correspondia ao paciente	222	12	48	33	11	18	6	28	25	–	<b>403</b>
Paciente negou-se a participar	30	23	103	61	6	21	–	12	6	–	<b>262</b>
Contato não efetivado após esgotado o período	442	26	466	394	86	42	17	245	147	–	<b>1865</b>
Desistências	11	–	10	4	1	4	–	2	3	–	<b>35</b>
<b>Total de perdas PMOS<sup>§</sup></b>	<b>705</b>	<b>61</b>	<b>627</b>	<b>492</b>	<b>104</b>	<b>85</b>	<b>23</b>	<b>287</b>	<b>181</b>	<b>–</b>	<b>2567</b>
Inclusões											
CTM <sup>‡</sup>	78	28	147	107	8	79	49	116	31	–	643
PMOS <sup>§</sup>	74	27	136	83	5	73	42	75	26	–	541
Taxas de resposta											
CTM <sup>‡</sup>	8,3	27,5	12,9	15,4	6,5	34,8	64,5	28,7	12,7	–	16,3
PMOS <sup>§</sup>	7,9	26,5	11,8	11,9	4,0	32,2	55,3	18,6	10,6	–	13,6

\*HU=Hospital Universitário; †Todas as exclusões correspondem a ambos os questionários; ‡CTM = Instrumento *Care Transitions Measure*; §PMOS = Instrumento *Patient Measure of Safety*

Na etapa qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas orientadas pela TIC. Foram realizadas 56 entrevistas, com pacientes de cinco hospitais, com duração média de 15,8 (dp=13,1) minutos (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição dos participantes incluídos na etapa qualitativa da pesquisa. Florianópolis, 2021.**

		HU*1	HU*3	HU*4	HU*8	HU*9	Total	
Número de entrevistas (n)		11	14	10	6	15	56	
Tempo de duração da entrevista (minutos)	Média	17,2	17,6	20	16,3	10,1	15,8	
	Dp <sup>†</sup>	7,7	14,9	22,9	5,5	5,1	13,1	
Idade (anos)	Média	47,0	55,1	61,4	51,7	33,1	48,4	
	Dp <sup>†</sup>	11,7	15,9	12,3	17,6	7,7	16,1	
Sexo	Masculino	n	7	7	5	3	24	
		%	63,6	50,0	50,0	50,0	13,3	42,9
Sexo	Feminino	n	4	7	5	2	13	31
		%	36,4	50,0	50,0	33,3	86,7	55,4
Sexo	Prefiro não informar	n	–	–	–	1	–	1
		%	–	–	–	16,7	–	1,8
Sexo	Sem escolaridade	n	–	–	–	–	–	–
		%	–	–	–	–	–	–
Sexo	Ensino fundamental	n	4	6	3	1	2	16
		%	36,4	42,9	30,0	16,7	13,3	28,6
Sexo	Ensino médio	n	3	7	5	2	8	25
		%	27,3	50,0	50,0	33,3	53,3	44,6
Sexo	Ensino superior	n	4	1	2	3	4	13
		%	36,4	7,1	20,0	33,3	26,7	23,2
Sexo	Prefiro não informar	n	–	–	–	1	1	2
		%	–	–	–	16,7	6,7	3,6

\*HU=Hospital Universitário; †Dp=Desvio padrão

## DISCUSSÃO

Em estudos multicêntricos e de grande porte, como o caso desta pesquisa, é imprescindível que a equipe de pesquisadores esteja alinhada aos objetivos do projeto e a coordenação acompanhe atentamente as dificuldades enfrentadas pelos entrevistadores. A capacitação dos entrevistadores e realização de reuniões periódicas foi essencial para a condução satisfatória das entrevistas. Habilidades relacionais como atenção, escuta ativa, autenticidade e flexibilidade frente a situações inesperadas são características que contribuem para a pesquisa via telefone<sup>22</sup>, e foram pontos trabalhados com os entrevistadores, buscando otimizar a oportunidade de obter dados de qualidade, no caso da coleta qualitativa, e garantir que o contato telefônico durasse até o final da entrevista quantitativa.

A realização de entrevistas remotas requer alguns cuidados por parte dos pesquisadores. Em pesquisas presenciais, deve-se atentar quanto ao espaço físico apropriado, certificação de funcionamento do dispositivo de gravação, e diminuição das chances de interrupções. De forma similar, em entrevistas remotas, os pesquisadores poderão lidar com problemas com a rede de telefone ou internet e inexperiência no uso dos dispositivos pelos participantes. Assim, os entrevistadores precisam desenvolver habilidades para reconhecer e minimizar os prejuízos dessas situações<sup>2,23</sup>. Estes aspectos foram destacados durante os treinamentos para coleta de dados.

Para a realização de coleta de dados remota, são sugeridas estratégias como testar o dispositivo anteriormente à chamada, informar previamente o entrevistado sobre os procedimentos que serão necessários durante a chamada, ter um plano secundário para realização da entrevista caso ocorram dificuldades no telefonema, comunicar o participante sobre o tempo estimado de duração da entrevista e solicitar que, se possível, permaneça em um ambiente reservado para evitar distrações e interrupções<sup>2,23-24</sup>.

O uso de entrevistas remotas na coleta de dados pode ser uma fragilidade considerando possíveis dificuldades relacionadas ao acesso de alguns participantes aos dispositivos eletrônicos, especialmente participantes idosos. Da mesma forma, pode haver maior dificuldade de contato com participantes em vulnerabilidade social<sup>23</sup>. Entretanto, estudo que buscou avaliar a viabilidade do uso de múltiplas tecnologias na realização de entrevistas com uma população de jovens sobre saúde e comportamento sexual verificou que o uso de tecnologias remotas na coleta de dados tem o potencial de expandir a inclusão de participantes nesta população<sup>3</sup>. Outros benefícios mencionados pela literatura são a economia de tempo e recursos, especialmente quando há maior distribuição dos participantes, como no caso de pesquisas multicêntricas, representando uma alternativa econômica e conveniente<sup>3,22-23</sup>.

Destaca-se a preocupação em manter a conexão com o entrevistado durante o contato telefônico, em uma postura empática e pessoal. Como estratégias, comentários adicionais dos entrevistados durante a entrevista devem ser acolhidos atentamente, ainda que não digam respeito diretamente ao tema investigado. A retomada das questões da entrevista deve ser conduzida de forma gradual e sutil pelo entrevistador<sup>22</sup>.

No que se refere à forma de coleta de dados, ao contrário do CTM-15, que prevê a realização da coleta exclusivamente via telefone<sup>16</sup>, entrevistas qualitativas e a coleta por meio do PMOS são realizadas a priori de modo presencial. É importante considerar que, apesar da entrevista presencial ser a forma mais tradicional de condução de coleta de dados, há argumentos de que entrevistas conduzidas remotamente, via chamada telefônica ou videoconferência, tenham o potencial de contribuição à pesquisa equivalentes, com vantagens e desvantagens específicas, que devem ser avaliadas em cada situação<sup>10</sup>. Nesta ponderação, os custos financeiros e distribuição geográfica dos entrevistados, além da segurança do pesquisador e participante no contexto pandêmico, são fatores fundamentais a serem considerados ao avaliar a forma de coleta de dados mais indicada<sup>5,24</sup>, o que justifica a realização das entrevistas por telefone neste estudo multicêntrico nacional.

Apesar da indiscutível otimização de recursos na realização de entrevistas por telefone, quando em comparação às entrevistas presenciais, é importante ressaltar que pesquisas que envolvam

entrevistas remotas também devem prever orçamento destinado para este fim. Apesar de não incluir deslocamentos ou locação de espaços físicos, devem ser previstos especialmente os custos com as chamadas telefônicas, por meio de contratação de plano de telefonia ou reembolso aos pesquisadores.

Dentre os principais motivos de perdas, destacaram-se pacientes que não responderam ao contato telefônico. Isso pode ter sido potencializado pela impossibilidade de um contato pessoal prévio, oportunizando que os pesquisadores explicassem sobre a previsão de um contato telefônico posterior, e a importância da participação na pesquisa, aumentando a segurança dos participantes em atender as ligações<sup>22</sup>.

Em pesquisas com coleta de dados via chamada telefônica, uma possibilidade é buscar a realização do recrutamento dos participantes presencialmente, aumentando a pessoalidade e vinculando previamente o participante ao pesquisador. Contudo, como no caso desta pesquisa, por vezes isto não é possível. Nestas situações, destaca-se a importância de outros modos de comunicação antecipada sobre o contato telefônico a fim de esclarecer sobre a finalidade do estudo e a importância da contribuição do participante ao realizar a entrevista, facilitando a coleta de dados<sup>22</sup>, a exemplo da estratégia de mensagem de texto via aplicativo de mensagem enviada aos participantes deste estudo.

Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, a amostra do CTM-15 foi de 643, enquanto do PMOS foi de 541. Essa diferença se deu principalmente devido à possibilidade do CTM-15 ser aplicado também ao cuidador. Isso porque a experiência do paciente pode ser avaliada apenas a partir da sua própria percepção, não podendo ser mensurada por outro indivíduo, enquanto a transição do cuidado envolve as orientações sobre o cuidado do indivíduo no domicílio, e mesmo em casos em que o paciente não seja capaz de gerenciar a sua condição de saúde, estas orientações devem ser direcionadas ao cuidador principal, justificando a possibilidade de aplicação do CTM-15 tanto a pacientes quanto cuidadores<sup>14,16</sup>. Também é importante destacar que estudo realizado no Brasil evidenciou que não houve diferença entre a qualidade da transição do cuidado a partir da aplicação do instrumento entre pacientes e cuidadores<sup>25</sup>.

Destaca-se que a estratégia de coleta de dados foi delineada com a sequência CTM-15, PMOS e questionário de caracterização, o que também influenciou na diferença das respostas. Isso se deu pensando no fator tempo, iniciando pelo instrumento que demandava menos tempo do participante. A desistência do participante em responder um dos instrumentos pode ser explicada tanto pelo tempo do participante em responder ambos os questionários quanto pela habilidade do entrevistador em continuar com o participante por mais tempo na linha. Salienta-se que essa e outras habilidades foram desenvolvidas ao decorrer do período de coleta de dados, as quais foram relatadas pelos pesquisadores nas reuniões fixas semanais.

A exemplo de iniciativas de sucesso no país<sup>13</sup>, a replicabilidade dos procedimentos metodológicos detalhados neste estudo pode contribuir com a realização de novos trabalhos na área da enfermagem e saúde que demandem a integração de uma equipe de pesquisa robusta e heterogênea, o que exige ações de liderança por parte dos coordenadores.

## CONCLUSÃO

Este estudo buscou documentar detalhadamente os aspectos operacionais adotados durante a coleta de dados via chamada telefônica em uma pesquisa multicêntrica nacional sobre a avaliação do cuidado de enfermagem no contexto da COVID-19. O estudo demonstrou a importância do planejamento minucioso da coleta de dados anteriormente ao seu início, bem como a necessidade de supervisão e acompanhamento da equipe de pesquisa para manter os pesquisadores engajados às metas do projeto de pesquisa. As estratégias adotadas pelos coordenadores na condução da coleta de dados demonstraram-se exitosas, uma vez que a amostra mínima foi atingida naqueles locais em que a lista de contatos disponibilizada era suficiente.

As principais estratégias adotadas pelos pesquisadores coordenadores foram a construção e validação de manuais de orientação para coleta de dados via telefone, e a realização de treinamentos e de reuniões e acompanhamento direto com os pesquisadores entrevistadores. Apesar dos esforços, o alcance da amostra mínima estimada foi atingido em cinco, dos dez hospitais participantes do estudo, o que se deu especialmente em função da limitada relação de pacientes disponibilizada pelas instituições. Dentre os principais motivos de perdas, teve destaque a não resposta ao telefonema.

Apesar disso, por se tratar de um projeto multicêntrico, cuja rede de pesquisadores integram diferentes núcleos de pesquisa e áreas de expertise, as estratégias apresentadas neste estudo podem redirecionar e aprimorar a coleta de dados por telefone, especialmente quando houver o envolvimento de pesquisadores de diferentes instituições. Assim, a replicabilidade da experiência relatada tem potencial de contribuir no campo da ciência da enfermagem e saúde, como subsídio na realização de pesquisas semelhantes.

## REFERÊNCIAS

1. Belarmino AC, Rodrigues MENG, Anjos SJSB, Ferreira AR Jr. Collaborative Practices from Health Care Teams to Face the Covid-19 Pandemic. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 25];73(Supl 6):e20200470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470>
2. Lobe B, Morgan D, Hoffman KA. Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *Int J Qual Meth* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 25];19:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>
3. Upadhyay UD, Lipkovich H. Using Online Technologies to Improve Diversity and Inclusion in Cognitive Interviews with Young People. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 25];20:159-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01024-9>
4. Nambiar D, Benny G, Usaidali. Telephony and Trade-Offs in Fieldwork with the 'Unreached': On the Conduct of Telephonic Interviews with Indigenous Study Participants in Southern India. *BMJ Global Health* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25];6:e006261. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006261>
5. Self B. Conducting Interviews During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Forum Qual Soc Res* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25];22(3):15. Disponível em: <https://doi.org/10.17169/fqs-22.3.3741>
6. Diaz-Asper C, Chandler C, Turner RS, Reynolds B, Elvegag B. Acceptability of Collecting Speech Samples from the Elderly Via the Telephone. *Digital Health* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25];7:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20552076211002103>
7. Archibald MM, Ambagtsheer RC, Casey MG, Lawless M. Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *Int J Qual Meth* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];18:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
8. Dahlin E. Email Interviews: A Guide to Research Design and Implementation. *Int J Qual Met* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25];20:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/16094069211025453>
9. Santos JLG, De-Pin SB, Menegon FH, Sebold LF, Nascimento KC, Gelbcke FL. Satisfaction of Patients About the Nursing Care in Surgical Units: Mixed Method Research. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];23:e-1229. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190077>
10. Johnson DR, Scheitle CP, Ecklund EH. Beyond the In-Person Interview? How Interview Quality Varies Across In-Person, Telephone, and Skype Interviews. *Soc Sci Comput Rev* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];39(6):1142-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894439319893612>
11. Barbosa IA, Silva MJP. Nursing Care by Telehealth: What is the Influence of Distance on Communication? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2024 Mar 25];70(5):928-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>

12. Cruz MM, Oliveira SRA, Campos RO. Research Groups of Health Evaluation in Brazil: An Overview of Collaborative Networks. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];43(122):657-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912201>
13. Clínio A. Open Science in Latin America: Two Perspectives in Dispute. *Transinformação* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];31:e190028. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/238180889201931e190028>
14. Mello JF, Barbosa SFF. Translation and Transcultural Adaptation of the Patient Measure of Safety (PMOS) Questionnaire to Brazilian Portuguese. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25];30:e20180322. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0322>
15. Costa DG, Moura GMSS, Moraes MG, Santos JLG, Magalhães AMM. Satisfaction Attributes Related to Safety and Quality Perceived in the Experience of Hospitalized Patients. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 25];41(Esp):e20190152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152>
16. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian Version of the Care Transitions Measure: Translation and Validation. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2016 [acesso 2024 Mar 25];64(3):379–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
17. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of Care Transition and its Association with Hospital Readmission. *Aquichan* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];19(4):e1945. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
18. Taylor N, Clay-Williams R, Ting HP, Winata T, Arnolda G, Hogden E, et al. Validation of the Patient Measure of Safety (PMOS) Questionnaire in Australian Public Hospitals. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 25];32(Suppl 1):67-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz097>
19. Costa MFBNAD, Erdmann AL, Lorenzini E, Peiter CC, Cunha CLF. Manual de coleta de dados para aplicação do Care Transitions Measure (CTM-15) [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/238306>
20. Mello ALSFD, Costa DGD, Peiter CC, Bohomol E, Paes GO, Santos VEP, et al. Manual de coleta de dados para aplicação do *Patient Measure of Safety* (PMOS) [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/238311>
21. Mello, ALSFD, Costa DGD, Peiter CC, Bohomo E, Paes GO, Santos VEP, et al. Manual para abordagem na entrevista de pacientes por meio da técnica de incidente crítico [Internet]. Florianópolis: UFSC; 2022 [acesso 2024 Mar 25]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/238312>
22. Drabble L, Trocki KF, Salcedo B, Walker PC, Korcha RA. Conducting Qualitative Interviews by Telephone: Lessons Learned from a Study of Alcohol Use Among Sexual Minority and Heterosexual Women. *Qual Soc Work* [Internet]. 2016 [acesso 2024 Mar 25];15(1):118–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1473325015585613>
23. Gray LM, Wong-Wylie G, Rempel GR, Cook K. Expanding Qualitative Research Interviewing Strategies: Zoom Video Communications. *Qualitative Rep* [Internet]. 2020 [acesso 2024 Mar 25];25(5):1292-301. Disponível em: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
24. Saarijärvi M, Bratt EL. When Face-To-Face Interviews Are Not Possible: Tips and Tricks for Video, Telephone, Online Chat, and Email Interviews in Qualitative Research. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2021 [acesso 2024 Mar 25];20(4):392–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab038>
25. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care Transition of Patients with Chronic Diseases from the Discharge of the Emergency Service to their Homes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2024 Mar 25];41(Esp):e20190155. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Este artigo é parte da pesquisa multicêntrica “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, que envolveu a participação da Universidade Federal de Santa Catarina (proponente), Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, desenvolvida em 2020.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Cechinel-Peiter C, Mello ALSF.

Coleta de dados: Cechinel-Peiter C, Engel FD.

Análise e interpretação dos dados: Cechinel-Peiter C, Engel FD, Mello ALSF, DG Costa, Costa MFBNA, Lanzoni GMM, Santos JLG.

Discussão dos resultados: Cechinel-Peiter C, Engel FD, Mello ALSF, DG Costa, Costa MFBNA, Lanzoni GMM, Santos VEP, Bohomol E, Santos JLG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Cechinel-Peiter C, Engel FD, Mello ALSF, DG Costa, Costa MFBNA, Lanzoni GMM, Santos VEP, Bohomol E, Zanchetta MS, Santos JLG, Erdmann AL.

Revisão e aprovação final da versão final: Cechinel-Peiter C, Engel FD, Mello ALSF, DG Costa, Costa MFBNA, Lanzoni GMM, Santos VEP, Bohomol E, Zanchetta MS, Santos JLG, Erdmann AL.

### FINANCIAMENTO

O projeto contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em parceria com o Ministério da Saúde e Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, por meio da chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves, e no edital de chamada pública no 005/2020 – adesão da FAPESC à chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit No 07/2020.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 4.347.463/2020, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 38912820.3.1001.0121.

### CONFLITO DE INTERESSES

O autor José Luís Guedes dos Santos é editor associado da Texto & Contexto Enfermagem, mas não participou de nenhuma das etapas de avaliação e aprovação do artigo.

### EDITORES

Editores Associados: Elisiane Lorenzini, Maria Lúgia Bellaguarda.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 27 outubro de 2022.

Aprovado: 13 de março de 2023.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Caroline Cechinel Peiter.

carolcechinel@gmail.com

