

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

RENATO FOGAÇA

GESTÃO DE RECURSOS E LOGÍSTICA EM *HOME CARE*: A
OPERACIONALIZAÇÃO DOS INSUMOS SOB A ÓTICA DE GESTORES
DE EMPRESAS PRIVADAS DO RAMO

São Paulo

2021

UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE

RENATO FOGAÇA

GESTÃO DE RECURSOS E LOGÍSTICA EM *HOME CARE*: A
OPERACIONALIZAÇÃO DOS INSUMOS SOB A ÓTICA DE GESTORES
DE EMPRESAS PRIVADAS DO RAMO

São Paulo

2021

Renato Fogaça

**GESTÃO DE RECURSOS E LOGÍSTICA EM *HOME CARE*: A
OPERACIONALIZAÇÃO DOS INSUMOS SOB A ÓTICA DE GESTORES
DE EMPRESAS PRIVADAS DO RAMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**

Orientador: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina Zago Novaretti

São Paulo
2021

Fogaça, Renato.

Gestão de recursos e logística em home care: a operacionalização dos insumos sob a ótica de gestores de empresas privadas do ramo. / Renato Fogaça. 2021

93 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2021.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Marcia Cristina Zago Novaretti.

1. Gestão em saúde. 2. Gestão de recursos. 3. Logística reversa.
4. Atendimento domiciliar. 5. Recursos materiais em saúde.

I. Novaretti, Marcia Cristina Zago. II. Título.

CDU 658:616


FOLHA DE APROVAÇÃO



RENATO FOGAÇA

**GESTÃO DE RECURSOS E LOGÍSTICA EM HOME CARE: A
OPERACIONALIZAÇÃO DOS INSUMOS SOB A ÓTICA DE GESTORES DE
EMPRESAS PRIVADAS DO RAMO**


Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Administração - Gestão
em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de
Julho – UNINOVE, como requisito parcial para
obtenção do grau de **Mestre em Administração**
– **Gestão em Sistemas de Saúde**.



Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti - Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Profa. Dra. Chenyfer Dobbins Abi Rached – Universidade de São Paulo – USP



Profa. Dra. Lara Jansiski Motta Godinho – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Teresinha Covas Lisboa - Florida Christian University - FCU (Suplente)

Profa. Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE
(Suplente)

São Paulo, 02 de fevereiro de 2021

RENATO FOGAÇA

**GESTÃO DE RECURSOS E LOGÍSTICA EM *HOME CARE*: A
OPERACIONALIZAÇÃO DOS INSUMOS SOB A ÓTICA DE GESTORES
DE EMPRESAS PRIVADAS DO RAMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina Zago Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Chennyfer Dobbins Abi Rached – Universidade de São Paulo – USP

Prof.^a Dr.^a Lara Jansiski Mota Godinho – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof.^a Dr.^a Teresinha Covas Lisboa – *Florida Christian University* (Suplente)

Prof.^a Dr.^a Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

Ms. Donizetti da Silva Lopes – Profissional de Mercado – UNINOVE

São Paulo, 2 de fevereiro de 2021

Dedico essa nova conquista aos meus pais Constantino e Aparecida, e especialmente ao meu amigo Leonardo Paroche de Matos que num exercício pleno de cooperação e disponibilidade, com suas críticas, sugestões e apoio, me ajudou a transformar ideias em palavras. Meu eterno carinho e gratidão.

AGRADECIMENTO

Deus esteve comigo desde o primeiro dia e é a ele que agradeço pela concretização desse meu trabalho.

À UNINOVE por ter concedido a oportunidade ímpar de cursar o mestrado, pela oferta da bolsa de estudos e por todo o conhecimento e experiências adquiridas no decorrer desses dois anos.

À Queli, por toda a sua paciência, gentileza, educação, prestatividade e apoio.

Aos gestores entrevistados, que contribuíram com a dimensão e a forma do objeto de estudo. Agradeço a todos e a cada um em particular.

A todos os mestres que contribuíram com a minha formação acadêmica e profissional durante a minha vida.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O *home care* é uma empresa tal qual um hospital. Ao se falar de recursos materiais e insumos, deve-se esclarecer que o controle logístico é imperativo para a ordenação do fluxo e funcionamento da empresa. **OBJETIVO:** Analisar e compreender a organização da gestão de recursos e logística reversa em empresas privadas de *home care* sob a ótica de gestores do ramo. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório, descritivo, transversal com abordagem qualitativa, realizado com 17 gestores de empresas privadas de *home care* no município de São Paulo visando a analisar a percepção a respeito da gestão de insumos e logística reversa na assistência domiciliar. **RESULTADOS:** 47% dos entrevistados concordaram parcialmente que o enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos; 41% concordaram parcialmente que a falta de insumos na residência é decorrente de falhas do almoxarifado; 88% concordaram plenamente que a falta de descrição e quantidade de material interfere na saída do estoque; 59% concordaram plenamente com a estratégia *just in time* para otimização dos processos logísticos; 59% discordou plenamente que o controle financeiro rigoroso não interfere na assistência direta; 71% concordou parcialmente que a falta de material na residência só é notada pelo profissional assistencial no local; 47% concordou parcialmente sobre a realização periódica da logística reversa nas residências; 41% concordou plenamente com a concentração de clientes de uma mesma operadora favorece a padronização dos insumos; 41% concordou plenamente com as mudanças nos processos de trabalho perante a avaliação dos clientes; 65% concordou plenamente com a mudança nos processos logísticos sob a avaliação das operadoras; 35% concordou plenamente e 35% discordou plenamente que a empresa realiza discussões periódicas acerca do gerenciamento dos resíduos; 59% concordou plenamente que faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores; 59% concordou plenamente que ocorrem discussões gerenciais sistemáticas sobre a logística em tempos de pandemia do SARS-CoV-2; 41% dos participantes possuem menos de cinco anos de experiência na gestão em *home care* e 64,7% dos gestores responderam não possuir especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins. **CONCLUSÃO:** Foi possível observar que os gestores adotam padrões semelhantes nos processos logísticos dos insumos e materiais, independentemente, inclusive, do tempo de experiência ou formação especializada na área de gestão de suprimentos, logística ou afins.

Palavras-chave: gestão em saúde; gestão de recursos; logística reversa; atendimento domiciliar; recursos materiais em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Home care is a company like a hospital. When talking about material resources and inputs, it should be clarified that logistical control is imperative for ordering the flow and functioning of the company. **OBJECTIVE:** To analyze and understand the organization of resource management and reverse logistics in private home care companies from the perspective of industry managers. **METHODOLOGY:** Exploratory, descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach, conducted with 17 managers of private home care companies in the city of Sao Paulo aiming to analyze the perception regarding the management of inputs and reverse logistics in home care. **RESULTS:** 47% of the interviewees partially agreed that the nurse is responsible for managing the inputs; 41% partially agreed that the lack of inputs at the residence is due to failures in the warehouse; 88% fully agreed that the lack of description and quantity of material interferes with the exit of the stock; 59% fully agreed with the just in time strategy to optimize logistics processes; 59% strongly disagreed that strict financial control does not interfere with direct assistance; 71% partially agreed that the lack of material in the residence is only noticed by the assistance professional at the place; 47% partially agreed on the periodic performance of reverse logistics in homes; 41% fully agreed with the concentration of customers from the same operator, favoring the standardization of inputs; 41% fully agreed with the changes in the work processes before the evaluation of the clients; 65% fully agreed with the change in logistics processes under the operators' assessment; 35% fully agreed and 35% strongly disagreed that the company has periodic discussions about waste management; 59% fully agreed that it is part of the managers' routine to identify deficiencies in the employees' continuing education; 59% fully agreed that systematic managerial discussions on logistics occur in times of SARS-CoV-2 pandemic; 41% of the participants have less than five years of experience in home care management and 64.7% of the managers answered that they do not have specialization in the area of supply management, logistics or similar areas. **CONCLUSION:** It was possible to observe that managers adopt similar patterns in the logistical processes of inputs and materials, regardless, even, of the time of experience or specialized training in the area of supply management, logistics or the like.

Keywords: health management; resource management; reverse logistics; home care; material resources in health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	Assistência Domiciliar à Saúde
AD	Assistência Domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
ID	Internação Domiciliar
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira Reguladora
NR	Norma Reguladora
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus 2</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Matriz conceitual do instrumento de coleta dos dados.....	48
Tabela 1 – Descrição das frequências de distribuição das respostas do questionário segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	53
Tabela 2 – Média, desvio padrão, Valor-p, erro padrão e intervalo de confiança (95%) (geral) das respostas obtidas durante a pesquisa.....	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Praticabilidade do processo na assistência domiciliar.....	23
Figura 2 – Fluxograma do processo de desospitalização.....	29
Figura 3 – Estrutura da assistência domiciliar.....	30
Figura 4 – Funções da administração de materiais.....	36
Figura 5 – Ciclo da assistência farmacêutica.....	38
Figura 6 – Etapas da logística de insumos e materiais em <i>home care</i>	40
Figura 7 – Fluxo de materiais na logística reversa.....	43
Figura 8 – Classificação dos resíduos dos serviços de saúde.....	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 1: “O enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos clientes” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	55
Gráfico 2 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 2: “A falta de materiais e insumos na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos/almojarifado” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	56
Gráfico 3 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 3: “A falta de padrão na descrição do material e da quantidade necessária a ser utilizada interfere na saída do item do estoque” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	57
Gráfico 4 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 4: “Estabelecer uma estratégia <i>just in time</i> para o controle de estoque de insumos otimiza os processos logísticos da empresa” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	58
Gráfico 5 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 5: “A empresa estabelecer controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos não impacta nos cuidados diretos ao cliente segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	59
Gráfico 6 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 6: “A falta de algum insumo para a realização de procedimentos só é notado na residência do cliente pelo profissional assistencial” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	59
Gráfico 7 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 7: “É realizada regularmente a logística reversa de todos os insumos excedentes das residências dos clientes (ou também nos casos de óbito, hospitalização e alta)” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	60
Gráfico 8 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 8: “Utilizar como estratégia operacional a concentração de clientes em uma mesma operadora favorece a padronização dos insumos” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	61

Gráfico 9 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 9: “A avaliação dos serviços é realizada também sob a ótica dos pacientes e familiares” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	61
Gráfico 10 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 10: “Após a avaliação da satisfação dos serviços pela ótica das operadoras de planos de saúde ocorrem mudanças na estratégia logística (caso seja necessário)” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	62
Gráfico 11 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 11: “Na empresa há discussões gerenciais periódicas a respeito do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	63
Gráfico 12 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 12: “Faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores como ferramenta de qualidade” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	64
Gráfico 13 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 13: “Há discussões gerenciais sistemáticas a respeito do padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19)” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	65
Gráfico 14 – Distribuição percentual global de respostas do instrumento de coleta de dados segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020.....	66
Gráfico 15 – Descrição da frequência de distribuição das respostas sobre o tempo de experiência na gestão em <i>home care</i> , São Paulo, 2020.....	67
Gráfico 16 – Descrição da frequência de distribuição das respostas da questão “Possui especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins?”, São Paulo, 2020.....	68

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.1.1	Questão de pesquisa.....	18
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Geral.....	19
1.2.2	Específicos	19
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	20
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	CONCEITUANDO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	22
2.1.1	A evolução do modelo assistencial <i>home care</i>	25
2.1.2	Estrutura e funcionamento do <i>home care</i>	28
2.1.3	O familiar e o cuidador na gestão do cuidado em <i>home care</i>	33
2.2	GERENCIAMENTO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM EMPRESAS DE <i>HOME CARE</i>	35
2.3	LOGÍSTICA E CONTROLE DE MATERIAIS E INSUMOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	39
2.3.1	Logística nos serviços de saúde	39
2.3.2	Logística reversa nos serviços de saúde	41
2.4	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	43
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	47
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	47
3.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	47

3.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	51
3.4	LIMITAÇÕES DO MÉTODO	52
4	RESULTADOS DA PESQUISA.....	53
4.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	76
5.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE A. Questionário aplicado aos gestores de <i>home care</i>.	89

1 INTRODUÇÃO

O movimento de *home care* (assistência domiciliar à saúde – ADS) surge com as primeiras iniciativas de cuidados em saúde já descritas no Egito Antigo e na Grécia. Antes do surgimento dos ambulatórios e hospitais, já acontecia a atenção domiciliar como modalidade de cuidado (Brasil, 2012).

Existem estudos relatando que um médico chamado Imhotep, que era responsável pelo atendimento do faraó na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.), também fazia atendimentos no domicílio e em seu consultório. Outro médico, por nome Asklépios, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde tinham medicamentos e materiais especiais para a cura. Em alguns casos, a estrutura primitiva em que atendiam poderia ser chamada atualmente de hospital (Amaral et al., 2001).

Considera-se a atenção domiciliar como uma alternativa ao cuidado hospitalar, possibilitando ao domicílio a retomada de um espaço que era de produção de cuidado e aproveitando para desinstitucionalizar o cuidado de maneira a proporcionar maiores arranjos tecnológicos e inovando no serviço de atendimento à saúde (Brasil, 2012).

Foi em 1947 que a atenção domiciliar surgiu como extensão do hospital, estendendo-se para a Europa e América do Norte. No Brasil, o início foi com os médicos de família, que na época atendiam clientes de classe social alta de maneira que tivessem uma assistência humanizada e de qualidade (Brasil, 2012).

Andrade et al., (2017) dissertam sobre a assistência domiciliar (AD), relatando que ela é uma alternativa à internação em hospital e que traz a redução da demanda, como também de custos e riscos de complicações de saúde causadas pelo ambiente hospitalar. Além disso, consideram que a AD tem potencial inovador e singular, e que proporciona um cuidado centrado na necessidade que o paciente tem naquele momento.

Diversos países apresentam diferenças na AD, mas as maiores demandas são nos países ocidentais, onde é possível observar mudanças em aspectos demográficos, epidemiológicos, socioculturais e políticos considerados importantes para essas sociedades (Brasil, 2014).

A América Central e o México perceberam a existência de programas de atenção domiciliar com diferentes modos operantes ao sistema de saúde e com diversas experiências mais

ou menos consolidadas que podem ser consideradas como boas práticas, porém, com poucas políticas específicas para a atenção domiciliar no âmbito federal. O México, por exemplo, apresenta programas escassos, normalmente vinculados a instituições hospitalares (Brasil, 2014).

No entanto, na Europa e Canadá existe majoritariamente uma distinção entre serviços de atenção domiciliar à saúde, que consistem em internação domiciliar, cuidados paliativos, cuidados de enfermagem em domicílio (*home care, hospital and hospice at home schemes, home nursing*), e os serviços de assistência social prestados ao usuário no seu domicílio – *home help*, mas esta última categoria nem sempre está presente (Brasil, 2014).

A assistência domiciliar permite a redução de custos, pois não trabalha com o modelo de hospital centrado onde os custos de alta tecnologia e internação não dão vez à assistência. A manutenção da assistência centrada no hospital gera superlotação de leitos, principalmente por pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas, elevação dos custos da assistência à saúde e exposição do paciente a riscos, comprometendo a qualidade de vida e de saúde (Brasil, 2014).

No Brasil, a assistência domiciliar tem duas categorizações: a primeira se define pelo atendimento de enfermagem e fisioterapia e a segunda pelo atendimento multiprofissional, cujo cuidado ao paciente é visto de maneira integral, e ambos os grupos podem ser públicos ou privados (Fernandes & Duarte, 2016).

O crescimento do serviço de *home care* é iminente, uma vez que as empresas trazem uma ferramenta de gestão para a otimização de uso dos equipamentos hospitalares e de redução de custos para assistência (Schutz et al., 2007). Essas empresas oferecem equipamentos, aparelhos e medicamentos com intuito de melhorar as condições clínicas, bem-estar e saúde dos pacientes que não necessitam mais de internação hospitalar (Amaral et al., 2001).

O atendimento domiciliar tem como objetivo acelerar a recuperação do paciente e promover redução dos custos, e dessa forma ser uma saída mais humana e econômica para pacientes portadores de doenças crônicas ou de longa duração. Além disso, o paciente ficará afastado do risco de infecções hospitalares e do estresse da internação, sendo ainda beneficiado com a atenção de seu médico de confiança e de todos os recursos necessários, incluindo uma equipe multiprofissional.

É possível definir a assistência domiciliar à saúde como uma sequência de serviços a serem oferecidos depois que o indivíduo já recebeu atendimento primário e prévio, ou seja, aquele que já recebeu atendimento primário com consequente diagnóstico e tratamento, mas que

necessita manter-se em um período maior de intervenção por apresentar um quadro crônico debilitante. É muito possível que haja mudanças desses conceitos devido ao contexto sociocultural do paciente e às diferenças de interpretação entre empresas e serviços.

O *home care* é hoje internacionalmente uma importante alternativa no tratamento de pacientes pela significativa relação de aperfeiçoar o binômio custo-benefício. Além disso, por vezes é complexo e necessita de uma coordenação com variáveis frequentes, requerendo uma equipe multidisciplinar especializada para que trabalhe de modo integrado, em perfeita coordenação (Tavolari et al., 2000).

Faz-se necessária uma expertise do profissional enfermeiro na administração de recursos no processo logístico no *home care*, devido ao aumento da diversidade de demanda por serviços e diferentes tipos de atividades médicas. Isso porque essa demanda de serviços está relacionada a outra atividade de *home care* (Andrade et al., 2017).

No meio da reestruturação global devido à pandemia do *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* – SARS-CoV-2 (COVID-19) que influenciou profundamente no processo logístico de insumos de *home care*, as empresas estão medindo esforços para se adaptar o mais rápido possível a um ambiente para o qual não foram originalmente concebidas. Nesse ambiente existem diferentes pontos de vista tecnológicos e estratégicos que pedem a reorganização de alguns processos.

As necessidades dos pacientes, profissionais e mercados fazem com que as empresas de *home care* definam a estratégia dos recursos de insumos e logística com rapidez, e isso implica que a demanda por serviços deve ser indexada pelo tipo de atividade e complexidade, e deve medir os tempos de serviço para cada tipo de paciente e patologia (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A necessidade de indicadores específicos de avaliação de recursos, falhas nos processos de solicitação e devolução dos materiais são algumas das dificuldades observadas na implementação do sistema de *home care*, fazendo com que haja prejuízo financeiro para a empresa e excesso de pedidos.

Atualmente, para a gestão eficiente de recursos e materiais no serviço de *home care*, no intuito de atender a demanda de pacientes, é necessário manter um estoque de produtos, evitando a descontinuidade do produto ofertado e a satisfação do cliente ao receber.

Entretanto, os estoques excessivos imobilizam todo o capital destinado ao setor e comprometem o resultado financeiro da instituição. O *home care* depende da liberação por parte dos convênios e seguradoras de saúde, o que ajuda a evitar esse estoque desnecessário.

Muitas dificuldades são encontradas no eixo da logística de materiais e medicamentos em paralelo com os recursos humanos e administração financeira da instituição. São fatores importantes e críticos para o desenvolvimento das atividades operacionais de atenção à saúde, comprometendo a qualidade institucional diante da assistência domiciliar – visto que, mesmo que ocorra a liberação junto aos planos de saúde, ainda necessita-se cuidar da capacitação dos recursos humanos para a correta utilização desse insumo.

A avaliação dos serviços oferecidos pelas entidades de *home care* baseia-se na oferta dos recursos, sejam eles humanos, sejam materiais, o que justamente representa importantes desafios para as prestadoras dos cuidados à saúde no âmbito domiciliar: recursos limitados.

Dessa forma, diariamente tenta-se criar uma forma mais eficiente e eficaz de operar os sistemas ligados à prestação de cuidados de saúde. Ao ofertar a possibilidade do cuidado do paciente em casa em vez do hospital, gera-se um custo menor para o serviço de saúde, e acredita-se que conseqüentemente haverá redução do período de recuperação.

1.1.1 Questão de pesquisa

- ✓ Qual a percepção dos gestores em relação à logística dos suprimentos em *home care*?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- ✓ Analisar e compreender a organização da gestão de recursos e logística em empresas privadas de *home care* sob a ótica de gestores do ramo.

1.2.2 Específicos

- ✓ Comparar a dinâmica da gestão de insumos em empresas do mesmo ramo, por meio da expertise e tempo de experiência profissional de gestores de *home care*.
- ✓ Observar se os gestores em *home care* possuem especialização na área da gestão em saúde, suprimentos ou logística.
- ✓ Oferecer dados qualitativos que expressem o olhar crítico de gestores privados de *home care* e que possivelmente subsidiarão futuras discussões gerenciais a respeito de prováveis *gaps* na operacionalização dos insumos.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Tendo em vista que o *home care* é uma empresa tal como um hospital, ao se falar de insumos, deve-se esclarecer que o controle de qualidade das operações é essencial para a ordenação do fluxo e funcionamento da empresa. Pensando como uma empresa atual e posicionada no mercado, pode-se investir inclusive em tecnologia para garantir a legitimidade dos registros e acompanhamento do processo logístico.

Os profissionais da equipe multidisciplinar podem gerenciar o serviço de assistência domiciliar, no entanto, o conhecimento financeiro não é uma competência de todos, o que muitas das vezes dificulta o processo de tomada de decisão que os auxilia na utilização do recurso necessário para a ocasião.

Dessa forma, abre-se a possibilidade de tomada de decisões pelo enfermeiro quanto à sistematização dos processos de trabalho inerentes ao gerenciamento de materiais e da produção de serviços em saúde, considerando os aspectos organizativos e assistenciais em prol do alcance de objetivos, com pactuação de fluxos e definição de estratégias para a sua operacionalização.

Torna-se, então, necessária a elaboração pelo enfermeiro de um plano de cuidados individualizados e que oriente a equipe de enfermagem no atendimento às necessidades de saúde do usuário em sua residência, visando à sua recuperação e/ou estabilização da situação de saúde, aí incluída a disponibilização dos insumos para dispensação no domicílio, conciliando dispensação de materiais e produção de serviços em saúde domiciliar.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi estruturado de modo a atender as exigências preconizadas em:

- **Capítulo 1:** a introdução do tema, abordando alguns breves conceitos relacionados à pesquisa, bem como o problema de pesquisa, a questão de pesquisa, os objetivos (geral e específicos) e a justificativa para o estudo do tema.
- **Capítulo 2:** referencial teórico que foi dividido em seis polos: 2.1 – conceituando

atendimento domiciliar; 2.1.1 – a evolução do modelo assistencial *home care*; 2.1.2 – estrutura e funcionamento do *home care*; 2.1.3 – o familiar e o cuidador na gestão do cuidado em *home care*; 2.2 – gerenciamento da cadeia de suprimentos em empresas de *home care*; 2.3 – logística e controle de materiais e insumos nos serviços de saúde; 2.3.1 – logística nos serviços de saúde; 2.3.2 – logística reversa nos serviços de saúde; e 2.4 – gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde.

- **Capítulo 3:** procedimentos metodológicos que foram utilizados para o desenvolvimento da pesquisa: 3.1 – delineamento da pesquisa; 3.2 – procedimento de coleta; 3.3 – análise dos dados; e 3.4 – limitações do método utilizado.
- **Capítulo 4:** resultados da pesquisa e 4.1 – discussão destes resultados.
- **Capítulo 5:** considerações finais e 5.1 – implicações para a prática e as limitações e sugestões de futuras pesquisas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITUANDO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a assistência domiciliar (AD) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas no domicílio e que, quando aplicadas, atuam na prevenção de um agravo à saúde, na sua manutenção por meio de ações que fortaleçam os fatores benéficos ao indivíduo e na recuperação do indivíduo já acometido por uma doença ou seqüela (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

O cuidado ao paciente internado em critério de atenção domiciliar, de acordo com Feuerwerker e Merhy (2008), é como uma unidade de organização social. O trabalho realizado com os pacientes e familiares é uma prática que remonta à própria existência de todos os participantes da cadeia do cuidado. Diversas situações crônicas não fazem parte do sistema de saúde no aspecto de atendimento domiciliar. Parte das práticas do atendimento domiciliar diz respeito à convivência entre a equipe multidisciplinar, familiares e cuidadores ativos.

Os atendimentos ofertados no âmbito domiciliar possuem a necessidade de indicação médica e clínica, para que possam ser ofertados de maneira prudente e técnica, frente às necessidades do cliente. A desospitalização e a internação em regime domiciliar são de responsabilidade das operadoras de saúde, mesmo que os atendimentos não estejam no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde), devendo ser mencionadas e fundamentadas as necessidades clínicas, frequência de visitas médicas, medicamentos, materiais, entre outros, em prescrição médica (Gurfinkel, 2019).

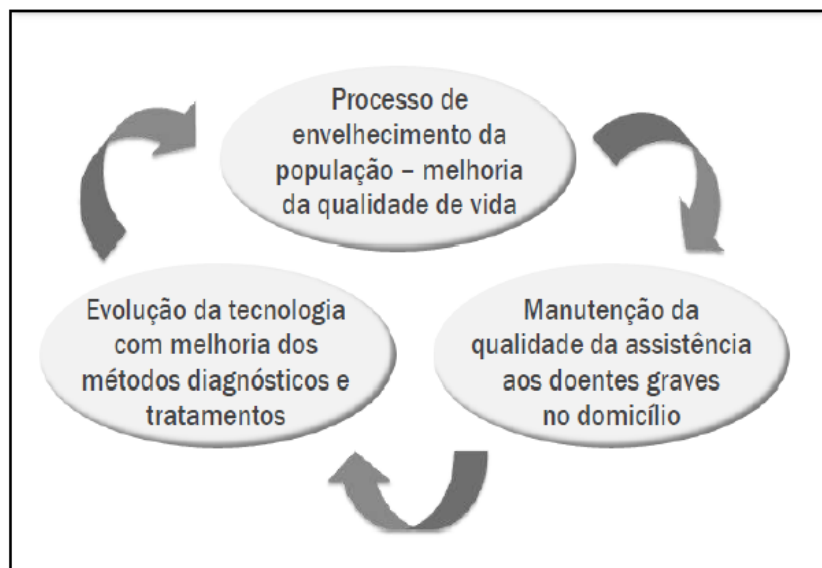
Para pacientes atendidos por qualquer doença coberta pelo plano de saúde, mesmo em ambiente hospitalar, será de responsabilidade do plano de saúde cumprir de maneira segura e ética a demanda solicitada em regime *home care*, desde que tenha justificativa técnica elaborada pelo médico, com objetivo de manter a integridade e saúde do beneficiário (Gurfinkel, 2019).

Nesse estudo, a expressão *home care* também será definida como assistência domiciliar à saúde. Importante definir que aqui no Brasil não existe uma definição específica para a assistência domiciliar em saúde e muitos termos podem ser utilizados para esse serviço. São descritos por Tavolari et al., (2000) como:

- **Assistência domiciliar:** termo genérico usado para qualquer ação em saúde que se processe em domicílio, sem levar em conta a complexidade ou objetivo do atendimento, indo de uma orientação simples até suporte ventilatório invasivo domiciliar.
- **Internação domiciliar (ID):** relacionada com o cuidar intensivo e multiprofissional no domicílio, caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um hospital em casa.
- **Atendimento domiciliar:** abrangendo os cuidados de saúde, multiprofissionais ou não, semelhantes a um consultório em casa.

Normalmente, o paciente é idoso e o foco desse tipo de assistência domiciliar dá-se em virtude da necessidade de intervenção contínua dos serviços de saúde. Nesse caso, a família assume a responsabilidade do cuidado físico, financeiro e emocional no domicílio, criando assim uma lógica de poder que afeta o cuidado à saúde em relação aos profissionais de saúde (Floriani & Schramm, 2004).

Figura 1. Praticabilidade do processo na assistência domiciliar



Fonte: Lopes (2019).

O cuidado no *home care* trata-se de uma relação entre família, paciente e profissionais de saúde dentro de uma residência. As relações sociais desenvolvidas pelas dificuldades decorrentes desse cuidado, somadas às necessidades de aprimoramento assistencial do cuidador frente a uma nova realidade, determinam uma conexão e, nesse caso, nesse vínculo social, emergem diferentes relações de poder.

A hospitalização dos pacientes é um forte fator que ajuda na implantação do atendimento em ambiente domiciliar, que oferece a privacidade e o conforto do atendimento ao indivíduo

(Giacomozzi & Lacerda, 2006).

De acordo com os mesmos autores, assumindo a complexidade que envolve a definição e os cuidados com o estado de saúde em tempos pós-modernidade, a atenção dada ao ambiente e à teia de cuidados especiais tem na visita domiciliar um instrumento para a compreensão de que o “estar doente” é suscitado em um espaço definido (Cunha & Sá, 2013).

Como prática rotineira na Estratégia de Saúde da Família (ESF), as visitas domiciliares são uma das principais diretrizes da estratégia, seja pelas possibilidades de entrar no ambiente familiar e conhecer melhor essa realidade, seja porque uma série de pacientes antes “esquecidos” pelo sistema de saúde devido às suas impossibilidades de locomoção, usuários com transtornos mentais que se recusam a deixar o domicílio, dentre outros casos, hoje podem ter contemplado seu direito ao cuidado e ao atendimento (Cunha & Sá, 2013).

O Ministério da Saúde apresenta a atenção domiciliar (AD) como uma ferramenta à assistência em saúde, ofertada na moradia do usuário, a partir de um conjunto de ações voltadas à promoção da saúde, bem como à prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, garantindo a continuidade do cuidado, articulada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Franco & Merhy, 2008).

Esse modelo de cuidado é traçado para atender a necessidade e particularidades individuais do paciente. Para pacientes estáveis e com necessidade menor de número de visitas, a assistência pode ser realizada por equipes de saúde da família/atenção básica de sua referência. Aqueles que demandam maior complexidade no cuidado são assistidos pelas equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multiprofissional de apoio (EMAP), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (Franco & Merhy, 2008).

Tavolari et al., (2000) apontam a atenção domiciliar subdividida em assistência domiciliar, internação domiciliar e atendimento domiciliar, cada uma com sua particularidade. A assistência domiciliar refere-se a qualquer ação em saúde que se processe em domicílio do paciente assistido, sem levar em conta a sua complexidade ou o objetivo do atendimento, podendo representar uma simples orientação ou até mesmo uma medida de suporte ventilatório invasivo domiciliar.

Assistência e internação domiciliares referem-se aos procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros, necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio, como disposto na lei n.º 10.424

(Tavolari et al., 2000).

O Ministério da Saúde (2012) informa em seu portal que a atenção domiciliar fornece ao paciente um cuidado flexibilizado, levando em consideração os aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para essa modalidade de assistência, de modo a impedir hospitalizações desnecessárias e diminuir o risco de infecções desses indivíduos. Contribui ainda com a otimização da gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, assim como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

2.1.1 A evolução do modelo assistencial *home care*

O *home care* (assistência domiciliar) surgiu nos Estados Unidos da América devido ao alto custo das internações hospitalares, com a intenção de liberar leitos de alta tecnologia que eram ocupados por pacientes que exigiam acompanhamentos simples e que poderiam ser realizados fora do ambiente hospitalar (Sampaio & Imai, [s.d.]).

O primeiro modelo de atendimento domiciliar no Brasil, segundo Tavolari et al., (2000), foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo no ano de 1967, cuja principal meta era reduzir o número de leitos ocupados a partir da implantação de um tipo restrito de atendimento domiciliar voltado à assistência de baixa complexidade.

É uma forma de assistência à saúde realizada na residência do paciente ou em estabelecimento de saúde estruturado para essa atividade, por equipes multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psiquiatras, assistentes sociais e outros profissionais que forem necessários (Cunha & Moraes, 2007).

O atendimento domiciliar é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, que são programadas por meio de ações preventivas e assistenciais com participação de equipe multidisciplinar (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

A atenção domiciliar possibilita a diminuição de custos assistenciais, quando gerenciada através de critérios de elegibilidades específicas relacionadas à saúde do beneficiário, trazendo

impacto positivo à saúde suplementar, atendendo as necessidades dos beneficiários, como fonte de qualidade e humanização, garantindo a funcionalidade dos atendimentos, bem como a transparência e a responsabilidade na prestação de contas referente ao exercício do trabalho oferecido (Silva et al., 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu as primeiras regras para esse setor por meio da resolução da diretoria colegiada (RDC) n.º 11, em 26 de janeiro de 2006. Essa RDC determina as normas de funcionamento de serviços de atenção domiciliar, isto é, como será a forma de trabalho e o processo no atendimento domiciliar. O controle do setor é realizado por meio de fiscalização das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais e do Distrito Federal (ANVISA, 2006).

O *home care* iniciou no Brasil para reduzir os custos hospitalares e para liberar leitos (Floriani & Schramm, 2004). Depois disso, houve diversos outros tipos de tratamentos, cabendo especial destaque para o atendimento a pacientes crônicos, dependentes químicos, doentes mentais e pacientes com sequelas, pelos seguintes motivos:

- Aumento da expectativa de vida;
- Avanços tecnológicos e científicos que acarretam aumento dos custos da assistência hospitalar;
- Aumento dos casos de sequelas resultantes de acidentes com veículos e de outras naturezas;
- Novas coberturas estabelecidas pela lei n.º 9.656/98 que regulamentou as atividades das operadoras de planos e seguros de saúde; e
- Exigência de períodos mais curtos de internação hospitalar pelas operadoras de planos e seguros de saúde (Floriani & Schramm, 2004).

O *home care* é constituído por unidades que oferecem diferentes níveis de cuidado (Erdmann et al., 2004), como uma modalidade que consiste em encaminhar para o tratamento domiciliar o paciente clinicamente estável (Giacomozzi & Lacerda, 2006) e com necessidades de cuidado (Genet et al., 2011), assistindo ao indivíduo e à família de forma integral e contextualizada (Kerber et al., 2008).

Esse modelo tem se destacado devido a fatores de ordem técnica, econômica, social e cultural.

Ressalta-se a mudança demográfica na pirâmide populacional, a mudança de paradigma do sistema de saúde mundial (ênfase nos pacientes crônicos), a busca por redução de custos e de riscos de infecção, a tentativa de liberação de leitos hospitalares, a expectativa de maior envolvimento do paciente com a família e de atendimento mais humanizado (Pereira et al., 2005).

Possibilita, dessa forma, a redução das internações hospitalares, possibilitando que essa infraestrutura seja reestabelecida no ambiente com que o paciente está habituado (Floriani & Schramm, 2004). O *home care* possibilita que o paciente com doença crônica e que necessita de reinternações frequentes permaneça em casa sob cuidados específicos e que seja monitorado (Osimo & Castellanos, 2007).

Tendo em vista a crescente necessidade do cuidado domiciliar, esse tipo de atendimento é realizado atualmente em diversas camadas sociais (Floriani & Schramm, 2004).

Diminuir o tempo de internação hospitalar é um dos grandes desafios do atual sistema de saúde, pois os custos são altos. O *home care* é a melhor alternativa para esse objetivo ser alcançado, já que diminui os custos da internação, desocupa leitos hospitalares, aperfeiçoa os meios e os recursos e, ao mesmo tempo, evita a infecção hospitalar (Pereira et al., 2005).

A saúde é uma das principais incumbências econômicas no Brasil e no mundo, sendo a gestão pela governança uma aliada dos gestores e executivos, tendo em vista a sustentabilidade, a perspectiva de melhorias, a transparência, a responsabilidade corporativa e a tomada de decisões econômicas (Monken et al., 2015).

Quando o paciente está hospitalizado existe um rompimento com seu ambiente habitual e, assim, muda seus costumes, hábitos e capacidade de autorrealização e autocuidado, o que naturalmente causa uma insegurança. É possível reestabelecer esse vínculo com a assistência domiciliar, pois ela permite que o paciente retorne ao convívio familiar.

A recuperação desse paciente acaba sendo muito mais rápida, sem retornos frequentes ao hospital, por causa do apoio afetivo de familiares e amigos, uma alimentação melhor preparada, e um risco de infecção hospitalar diminuído comprovadamente (Pereira et al., 2005).

Além de outros objetivos, o *home care* tem como meta melhorar a saúde e a qualidade do paciente mediante cuidados médicos e outros serviços de saúde realizados em domicílio, e assim reduzir as visitas aos serviços de emergência.

O planejamento assistencial necessita de estratégias e compreensão no que diz respeito ao tratamento único, sincronizado e personalizado do indivíduo, reescrevendo novos limites, fiscalizando os atendimentos ofertados, pulverizando os núcleos de judicialização, sendo necessária a intervenção da esfera jurídica no âmbito processual, construindo um abismo entre a saúde e a responsabilidade constitucional (Mattos et al., 2019).

A vasta carga de subjetividade dificulta a análise do processo e a logística fiel dos

serviços prestados. A tecnologia ofertada deverá ser analisada corretamente, para que tenha efetividade e coerência na formulação do Poder Judiciário sob a ótica clínica (Mattos et al., 2019).

O ambiente corporativo é um ambiente que precisa de inovações para manter as necessidades dos consumidores. Com isso, o *design thinking*, no âmbito de auxiliar o desempenho em novos projetos operacionais, propõe o mapeamento das necessidades não atendidas, empatia, foco, construção e entrega (Kepler, 2019).

É necessário entender as pessoas em primeiro lugar, entender os sentimentos e seu comportamento, visando à criação de novas estratégias de repercussão e mantendo uma rede social com seus fornecedores, colaboradores e fornecedores. A tecnologia aliada ao *design thinking* transforma a ideia em um projeto concreto (Kepler, 2019).

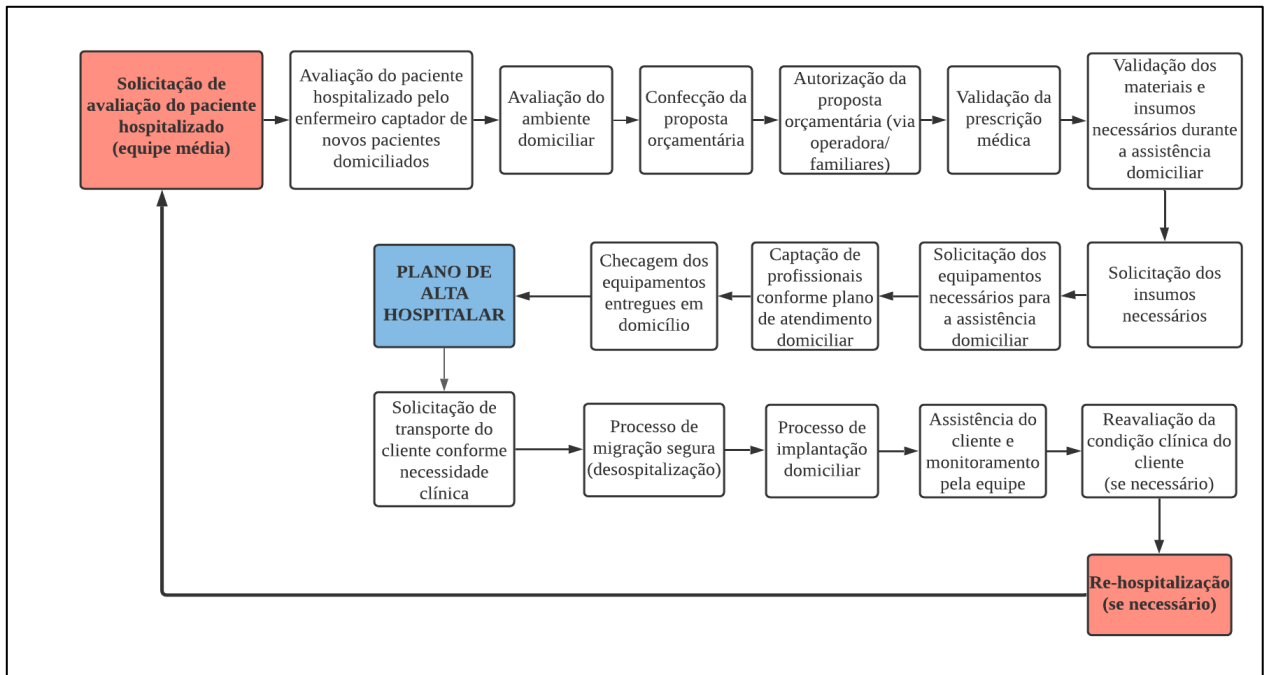
2.1.2 Estrutura e funcionamento do *home care*

O processo de desospitalização é um campo que impede a possibilidade de errar, visto que a logística do aporte necessário para sua sobrevivência, agora em ambiente domiciliar, torna-se necessária para sua segurança e eficácia do processo.

Deve-se ter em vista a contínua mudança nos fatores relevantes no processo de desospitalização, que constrói a singularidade do indivíduo, a cronicidade e as práticas realizadas pelos membros familiares, bem como a gestão de todo o suporte necessário à vida do paciente, desde o transporte, previamente prescrito por médicos, até o processo de internação domiciliar (Reis, 2018).

O fluxograma abaixo (Figura 2), elaborado pelo autor, esquematiza um processo de desospitalização do paciente que possui critérios de elegibilidade para a assistência domiciliar:

Figura 2. Fluxograma do processo de desospitalização



Fonte: Elaborado pelo autor.

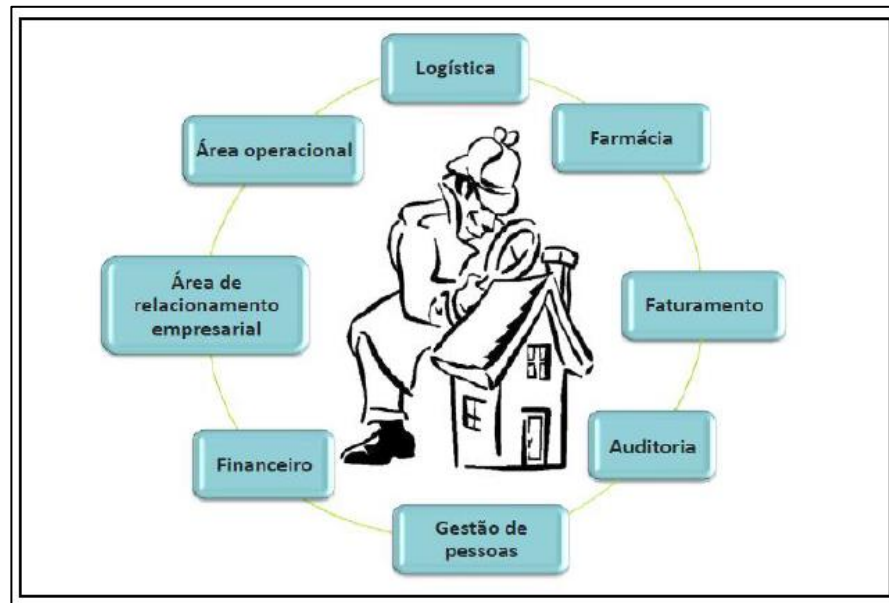
Os desafios encontrados na gestão dos sistemas em saúde, segundo Shinohara e Assis, (2017) são diagnosticar a capacidade produtiva dos serviços prestados, mensurar os problemas citados pelos clientes atendidos, mapear os riscos, planejar e elaborar ferramentas de trabalho, a complexidade dos processos durante o atendimento, a implantação de ações educativas e os custos ofertados na operação dos impactos logísticos.

Analisar as estratégias de custos e a margem de lucratividade durante as negociações com as operadoras em saúde determina a competitividade de uma empresa no setor econômico (Martins et al., 2013).

De acordo com Tavorari et al., (2000), a ideal estrutura para o funcionamento dos serviços de *home care* envolve o funcionamento da empresa 24 horas por dia, um sistema de atendimento às emergências bem dimensionado, sistemas de informação em tempo real, prontuários de saúde do doente, fornecimento de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalares, bem como de gases medicinais 24 horas por dia, gestão eficiente de pessoas e de processos, buscando qualidade continuamente, atendimento eficaz e humano, e treinamento e educação continuados.

A Figura 3 representa o processo básico da estrutura operacional a ser considerada pela gestão do *home care* brasileiro:

Figura 3 – Estrutura da assistência domiciliar



Fonte: Lopes (2019).

Como um breve panorama acerca do funcionamento dos serviços de *home care* em outros países, podemos citar como exemplo as organizações europeia, americana e canadense, conforme pode ser observado sucintamente a seguir:

Europa: segundo a Organização Mundial da Saúde, o sistema de atendimento domiciliar na Europa é elaborado de maneira personalizada e avaliada em diversos aspectos territoriais, de acordo com a necessidade do indivíduo, com foco na qualidade, equidade e capacidade de resposta, promovendo medidas específicas durante o atendimento (WHO, 2008).

Estados Unidos da América: com a finalidade de diminuir o tempo de internação hospitalar ou até mesmo a alta precoce dos pacientes em seu tratamento clínico, os Estados Unidos possuem um sistema de saúde uniforme, híbrido com um sistema nacional de seguro saúde, sendo o pagamento do seguro ofertado feito de maneira universal. Mesmo sendo financiado pelo setor público, o serviço é entregue de forma privada, o que proporciona a inserção de novas tecnologias e a participação da indústria farmacêutica, possibilitando a acessibilidade dos americanos (Welch et al., 1996).

Canadá e Estados Unidos: no Canadá e nos Estados Unidos, a visão da administração na saúde é notada como forma peculiar diante da população beneficiária, gerenciando as condições clínicas dos pacientes, os insumos e seus custos mediante o tratamento. Com base na

fragmentação dos atendimentos, as seguradoras em saúde possuem um modo operante intrínseco mais caro para a aprovação dos beneficiários, negligenciando os cuidados primários e preventivos, visando à eficiência no serviço prestado (Woolhandler et al., 2003).

No Canadá, a assistência domiciliar encontra-se bem estabelecida em seu sistema de saúde pública. Contudo, mesmo com toda a organização disponível, ainda faz-se necessário a intervenção/contratação de profissionais da rede privada de saúde para acolher a demanda requerida de cuidados, geralmente contratando familiares ou prestadores de cuidados domiciliares (Braga et al., 2016).

A eficiência operacional, bem como as fronteiras de produtividade, está em persistente e constante mudança em prol da lucratividade e da qualidade dos serviços oferecidos. Os indicadores possibilitam uma visão macro das expectativas dos consumidores, possibilitando filtrar as preferências e encorajar o marketing empresarial, aumentando a pesquisa e ampliando o escopo de atendimento ofertado (Christensen, 2018).

Os profissionais que prestarão os serviços serão contratados pela empresa ou por terceirizadas e serão inseridos no ambiente familiar de maneira cuidadosa para se relacionarem com os familiares e entenderem a rotina do paciente (Franco & Merhy, 2008).

Faz-se necessário o planejamento e o gerenciamento de cada caso e dos processos de atendimento como um todo, pois a assistência domiciliar mal conduzida é dispendiosa e não alcança seus objetivos (Tavolari et al., 2000).

Um dos fatores mais importantes dentro do processo de assistência é que ele tenha começo, meio e fim. Instituições que não se preocupam em finalizar a assistência no momento correto têm longos períodos de permanência, que aumentam os custos em saúde com ações desnecessárias (Tavolari et al., 2000).

A inclusão dos atendimentos prestados a pacientes em regime de internação domiciliar deve ser feita somente por indicação médica e com a elegibilidade do domicílio, para o qual será designada toda logística de insumos, certificando a qualidade e infraestrutura necessária para seu acolhimento, bem como a captação de profissionais multidisciplinares para o seu tratamento. A falta de condições estruturais, bem como a ausência de um cuidador disponível durante os atendimentos, acarretará na contra-indicação dos atendimentos (Silva et al., 2012).

Em casos de paciente terminal e para o qual exista um plano específico de transição para morte ou programa de cuidados paliativos, ele não será qualificado caso seja julgado mentalmente hábil e apresente recusa aos serviços de assistência domiciliar (Costa, 1978).

Para concretização da inclusão do paciente, alguns itens além dos relatados acima devem ser contemplados, como: o acesso imediato a um telefone para que se possa manter comunicação entre ele e a coordenação clínica de equipe multidisciplinar; o local deverá possuir condições básicas de saneamento que possam garantir um nível seguro de procedimentos em saúde; a infraestrutura da residência deverá favorecer o atendimento, contando com áreas adequadas no que se refere à segurança, recepção, armazenamento e utilização de materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o tratamento do paciente (Costa, 1978).

Nos casos de internação, o ambiente também deve ser de fácil acesso geográfico para carros e ambulâncias; possuir instalações elétricas com aterramento, quando houver uso de equipamento que assim o exija, e sistema alternativo de energia elétrica diretamente ligado ao equipamento com acionamento automático em no máximo 0,5 segundo e quando houver uso de ventilação mecânica invasiva, além de um ambiente específico para a utilização de um leito (Franco et al., 2007).

Qual a capacidade de produção da empresa, diante da sua totalidade de atendimentos aos pacientes em regime domiciliar, ou seja, atendendo ao mesmo tempo e sem comprometer em nenhum momento a qualidade do atendimento ao paciente.

O processo produtivo de produtos contribui para uma redução de trabalho em processos. Algumas questões, se bem analisadas e estabelecidas, podem contribuir para aprimorar o desempenho da organização de *home care*. São elas:

- A falha durante o processo, tardiamente identificada, compromete a qualidade da assistência, quando ocorre a falta de um determinado item e identificada somente na residência do paciente, é um indicador que a empresa está operando de modo desconexo frente à sua capacidade de produção e entrega de serviços.
- Aplicar a logística reversa em todas as demandas durante o atendimento por: alteração clínica, alta domiciliar, óbito, alteração na prescrição médica, re-hospitalização, falha na solicitação interna, entre outros.
- Possui o indicador periódico referente ao nível de satisfação dos pacientes em atendimento domiciliar para com o serviço disponibilizado pela operadora, sejam os familiares, cuidadores e pacientes (Franco et al., 2007).

É importante que a empresa prestadora de serviços de *home care* tenha os custos dos atendimentos devidamente estabelecidos e controlados, para que seja possível estabelecer tabelas de preços com as diferentes opções de atendimento e oferecer diferenciais competitivos (Franco et al., 2007).

Há uma parcela significativa de pacientes particulares que tem capacidade econômica para contratar serviços de assistência domiciliar e que não o faz por não ter informações adequadas sobre os serviços disponíveis e respectivos custos. Mais de 150 empresas atuam nesse mercado, porém poucas possuem uma estrutura organizacional e de custos eficiente (Franco et al., 2007).

As empresas que pretendem atuar nesse mercado de prestação de serviços deverão elaborar um plano de negócios (*business plan*) detalhado, suportado por estudos mercadológicos, econômicos e financeiros.

Uma empresa de *home care* necessita que cada membro interaja com os outros, para que a assistência à saúde seja dada de maneira humanizada, e para que como resultado haja o retorno do investimento aplicado. Com todos trabalhando em torno de um objetivo em comum, há a possibilidade de o gestor avaliar os recursos da organização de maneira mais eficiente e eficaz (Franco et al., 2007).

A prestação de serviço necessita das avaliações periódicas dos clientes, para que sejam elaborados processos operacionais, visando a garantir a satisfação dos beneficiários. O marketing possui um papel fundamental no que tange à elaboração, comunicação, mecanismos de aprimoramentos, plano tático, mercado-alvo, orçamento das implantações no segmento qualidade, propostas orçamentárias, bem como a continuidade no desenvolvimento tecnológico, por meio de informações e experiências vivenciadas na cadeia de gestão em serviços (Casas, 2007).

2.1.3 O familiar e o cuidador na gestão do cuidado em *home care*

A área de conhecimento da enfermagem é auxiliar às pessoas em suas transições, considerando as mudanças ocorridas associadas aos processos saúde-doença e de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.

Durante o período de assistência domiciliar, a equipe de enfermagem deve centrar-se na tríade indivíduo-família-comunidade, integrando esses sujeitos na decisão clínica e, assim, potencializando a capacitação do indivíduo e da família para uma adaptação eficaz à transição vivenciada (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

O familiar/cuidador como parte integrante na cadeia do cuidado possui fragilidades diante da impossibilidade de manter o paciente sozinho. Sendo assim, necessita de apoio na distribuição das responsabilidades, considerando as atividades relacionadas ao cuidado do paciente. O ônus de ser cuidador agrega preocupações diárias, privando-se, muitas vezes, da sua participação como integrante da sociedade em que vive (Marzari & Girardon-Perlini, 2005).

O cuidador é integrante de toda a identidade a ser desenvolvida no âmbito domiciliar, para o processo de inserção do paciente em suas atividades agora desenvolvidas e posteriormente migradas para o atendimento em seu domicílio. Preservar a saúde do cuidador e descentralizar os cuidados do beneficiário possui influência na qualidade de vida do indivíduo, durante o serviço prestado, possibilitando o autocuidado e evitando a carga excessiva de estresse e cansaço (Brasil et al., 2008).

Durante a internação domiciliar, o cuidador, como integrante das rotinas diárias do paciente e sua família, relaciona-se por meio de valores, normas e disposições que o identificam como parte do meio. Ao conhecer as crenças e os hábitos, torna-se possível utilizar o diálogo como elo entre os usuários e o profissional cuidador. Tal conduta eleger credibilidade para o processo e gestão do cuidado.

Tanto para o cuidador quanto para a equipe multidisciplinar, é imprescindível observar que ocorre nesse processo uma mudança estrutural no ambiente em que o indivíduo e a família estão e que, durante essa mudança, é importante que o profissional não atue com a rigorosidade da prática hospitalar e que, atuando no ambiente residencial, conhecendo os hábitos e costumes, é possível interagir e, assim, obter as melhorias na assistência (Brondani, 2008).

Na dinâmica vinculada aos cuidados, amor, carinho e zelo são essenciais e mantêm-se como características importantes no tratamento. Além do mais, alguns usuários necessitam de cuidados tecnológicos para sobreviver, como nos casos de pacientes dependentes de oxigenoterapia contínua, ou uso de ventiladores mecânicos. Para que o paciente seja assistido de maneira segura, é necessária a presença do cuidador em tempo integral e ininterrompida durante a internação em ambiente domiciliar, em casos de incorporação dos atendimentos (Silva & Silva, 2020).

A proximidade do cuidador durante o planejamento e a execução das atividades voltadas ao paciente durante a desospitalização têm suma importância na interpretação de suas necessidades de vida diária, que serão desenvolvidas para atendê-lo em regime de internação

domiciliar, construindo vínculos e transcendendo os cuidados até então realizados em ambiente hospitalar (Salimena et al., 2019).

Angelo e Bousso (2001) desenvolveram um modelo de avaliação e intervenção que aproxima o profissional com a família e que auxilia no cuidado de enfermagem juntamente com a equipe multidisciplinar. Essa avaliação é dividida em três momentos: avaliação estrutural que explora a definição que a família tem de família; avaliação de desenvolvimento relativa aos processos de mudanças estruturais e transformações na história da família; e, por fim, avaliações funcionais que revelam os detalhes de como os indivíduos se comportam uns com os outros (Brondani, 2008).

Os profissionais disponíveis no mercado, em sua maioria, já realizaram de forma afetiva cuidados direcionados a algum membro de sua família, porém, sua experiência anterior não garante a competência técnica como parte integrante do cuidado (Kawasaki & Diogo, 2001).

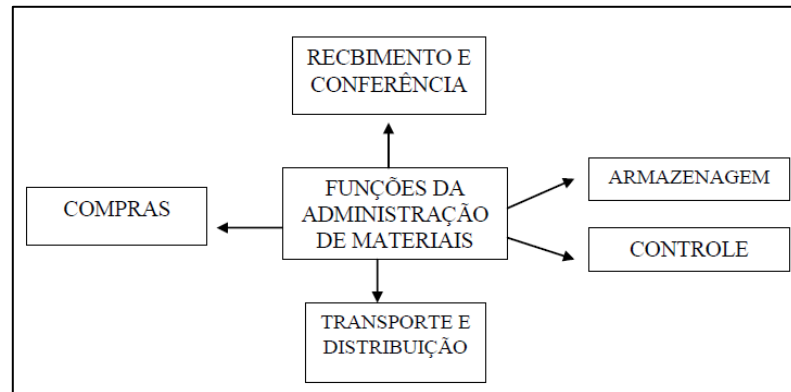
A qualidade de vida do cuidador, bem como a sua saúde mental, psicológica, financeira, emocional e social, deve ser analisada de imediato, visando a minimizar o caráter progressivo de seu sofrimento, com as dificuldades encontradas no segmento de atendimento domiciliar. A necessidade de cuidados em tempo integral é uma dimensão importante a ser flexibilizada, minimizando a tensão gerada para com o funcionário cuidador (Gomes et al., 2018).

2.2 GERENCIAMENTO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS EM EMPRESAS DE *HOME CARE*

Para administrar os materiais na cadeia de suprimentos de uma instituição, é necessária a elaboração de processo produtivo, visando à qualidade, quantidade, menor custo na aquisição, gestão dos estoques, padronização dos materiais e medicamentos, comunicação e prazos para aquisição de novos materiais.

A Figura 4 esquematiza a sequência de administração de materiais, desde a sua aquisição (compra) até a dispensação/distribuição ao cliente final.

Figura 4 – Funções da administração de materiais



Fonte: Bahia, ([s.d.]).

Para manter a conformidade das solicitações durante as entregas, a informatização dos produtos e pedidos é um facilitador na qualidade dos processos. Buscando soluções tecnológicas, o setor de saúde vem apostando na formação de profissionais para que tenha eficiência, eficácia e efetividade nas estratégias operacionais e multiprofissionais (Neto & Malik, 2018).

A gestão de tecnologias em saúde, bem como processos gerenciais, proporciona viabilidade técnica e financeira para o atendimento de pacientes em *home care*. A aplicabilidade dos processos tem como finalidade o desenvolvimento de planos de negócios, qualidade e excelência nos padrões de serviços prestados, gerenciamento dos custos e adequação nos planos terapêuticos, possibilitando uma visão das dificuldades e possibilidades de melhoria (Avelar, 2007).

A implantação de novos processos tecnológicos em gestão de recursos materiais tem como finalidade integrar os sistemas já existentes e proporcionar qualidade e melhoria dos atendimentos prestados, através do desenvolvimento de novos softwares, visando a integrar e interagir com os dados existentes em plataformas inovadoras, potencializando os resultados financeiros e auxiliando nas tomadas de decisões, e minimizando as altas taxas nos custos e no controle da produção (Nunes et al., 2016).

Os recursos materiais estão diretamente relacionados aos medicamentos, equipamentos e materiais que estruturam o *home care* e que baseiam a estruturação e a implantação da assistência domiciliar. A qualificação desses recursos é necessária para administrar e acompanhar a realização de procedimentos no atendimento domiciliar (Lourenço & Castilho, 2006).

Ter o controle semanal e/ou mensal dos materiais utilizados por paciente é necessário para

saber qual é a necessidade de cada um deles. O controle de materiais é necessário para efetuar o planejamento necessário de recursos por paciente e do serviço, sendo possível a melhoria do serviço de assistência e, como consequência, a melhoria no planejamento da assistência (Lourenço & Castilho, 2006).

Sendo assim, a previsão dos materiais, que é como chamamos esse controle, é realizada pela média de utilização de cada material no serviço, ou seja, é feito um cálculo da média de utilização de cada tipo de material e para cada tipo de cliente por um período predeterminado, e por meio disso é possível obter a média de utilização desse material naquele período (Lourenço & Castilho, 2006).

O que determina a quantidade de materiais são os procedimentos realizados nos pacientes e não o número de pacientes que estão em atendimento. É importante ressaltar que o estoque de materiais no *home care* não é viável financeiramente, já que materiais não utilizados geram custo para a empresa (Lourenço & Castilho, 2006).

As dificuldades na intersectorialidade das informações e atendimentos aos beneficiários em *home care* têm como fator relevante a falta de participação dos beneficiários e seus familiares na gestão dos recursos disponibilizados para o seu tratamento, sendo um fator importante a sua participação no processo de redução de custos e estoques desnecessários em seu domicílio (Martins et al., 2013).

O controle de saída de materiais no *home care* é bem controlado, primeiramente porque o estoque é realizado na própria empresa, e em alguns casos existe uma maleta que acompanha o profissional de enfermagem até a casa do paciente, para os devidos procedimentos.

Na empresa de *home care* existe um rigoroso controle de qualidade que inclui a verificação de validade e gestão de estoques, que possibilita o melhor planejamento de insumos.

A revisão dos processos elaborados para o gerenciamento de insumos possibilita um desempenho de qualidade. Com a elaboração do plano terapêutico personalizado, o gerenciamento da produção de serviço e insumos estipula e gerencia as solicitações, para que não ocorram estoques periféricos, solicitações de emergências e desabastecimento (Freitas et al., 2020).

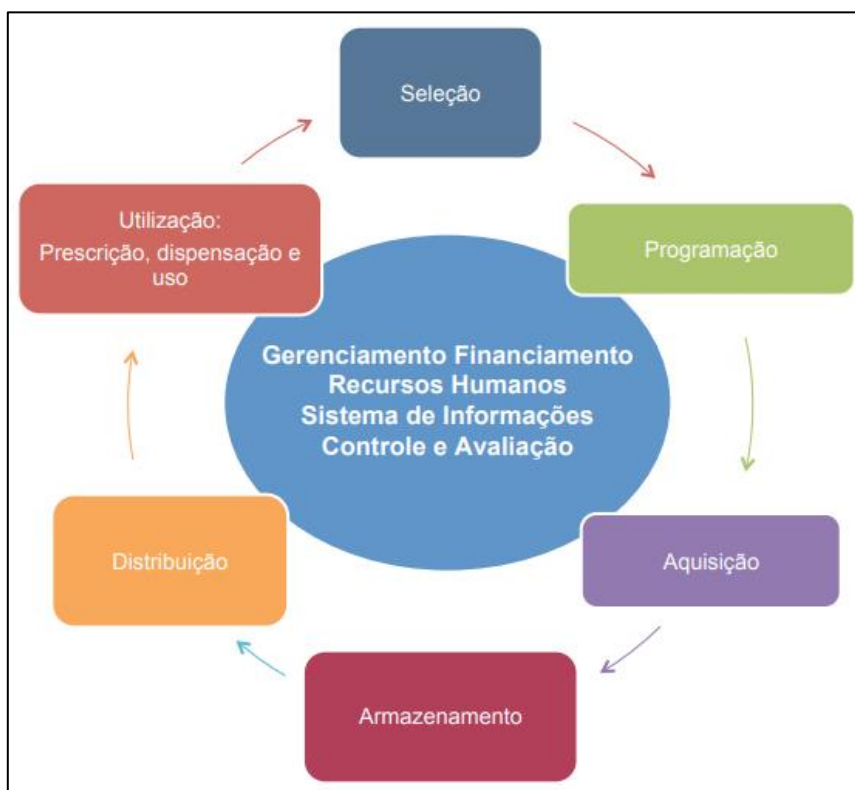
Em relação à assistência farmacêutica em *home care*, o farmacêutico possui um papel fundamental na logística e em toda a natureza técnica no armazenamento e dispensação dos insumos, com a finalidade de exercer apoio científico a respeito da utilização segura e racional

dos medicamentos e suas reações farmacoterapêuticas, responsabilidades particulares dos pacientes em atendimento e medidas terapêuticas desnecessárias em seu tratamento.

Sendo assim, geridas em processos desenvolvidos, como forma de melhorias no gerenciamento dos insumos disponibilizados à carteira de pacientes, garantindo a qualidade do atendimento no ciclo dos atendimentos desenvolvidos e executados pelo farmacêutico (Pinto, 2016).

A Figura 5 descreve a estrutura logística de abastecimento e da assistência farmacêutica:

Figura 5 – Ciclo da assistência farmacêutica



Fonte: Pinto, (2016)

Para que seja possível a realização de auditorias com foco na qualidade e no fornecimento correto de insumos a pacientes em atendimento domiciliar, é necessário nortear as evidências, identificando e correlacionando as atividades disponibilizadas para manter o desempenho positivo e uma performance satisfatória (Fernandes & Duarte, 2016).

2.3 LOGÍSTICA E CONTROLE DE MATERIAIS E INSUMOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.3.1 Logística nos serviços de saúde

Atualmente, a logística é responsabilizada pelo sucesso ou falta de sucesso de uma empresa, mas pouco se sabe sobre o processo logístico dentro de uma instituição.

Conforme Neto e Filho (1998), a logística trata de aspectos como planejamento, organização, controle e realização de várias outras demandas associadas a transporte, distribuição e armazenagem de bens e serviços prestados.

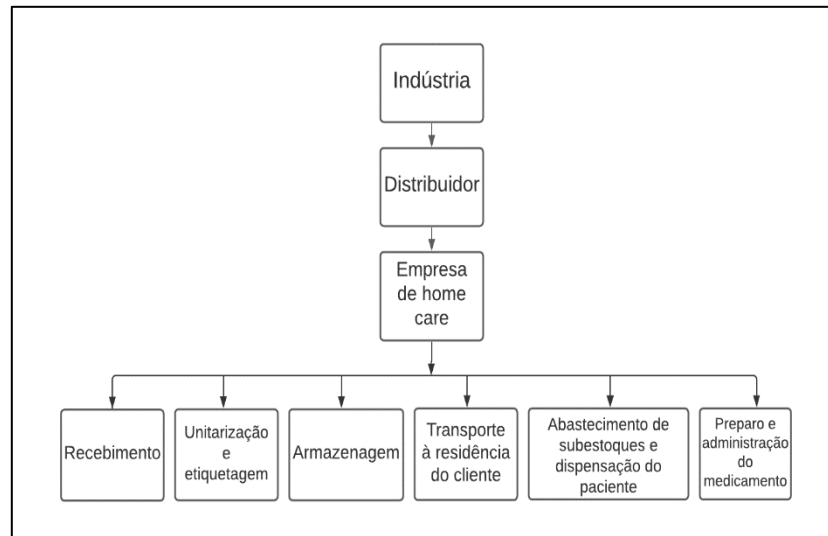
Para que essas atividades funcionem de maneira orquestrada, é imperativo que as atividades de materiais ou de processos, bem como o planejamento logístico, necessariamente estejam relacionadas com outras funções imprescindíveis, que são: marketing e manufatura.

Para o fornecimento e a gestão de insumos, o setor de suprimentos tem como responsabilidade o recebimento do item previamente cadastrado, bem como o preparo e a administração dos insumos.

Sendo assim, uma estrutura organizacional bem definida contempla em seu planejamento operacional as diretrizes para a elaboração de uma proposta orçamentária condizente com os padrões de desempenho ofertados e incorporados pela instituição, bem como um canal tecnológico entre os setores operacionais. A composição das estratégias tecnológicas e segmentadas no modelo operante tem como finalidade assegurar a continuidade da assistência (Neto & Malik, 2018).

A Figura 6 representa as etapas logísticas de controle e distribuição dos insumos e materiais nos serviços de assistência domiciliar.

Figura 6 – Etapas da logística de insumos e materiais em *home care*



Fonte: Adaptado de Neto e Malik (2018, p. 403).

Logística é utilizada para gerenciar o alto custo de operação das cadeias de abastecimento. Pode-se perceber que a tendência das organizações é a horizontalização, atividade em que muitos produtos então produzidos por uma determinada empresa do fim da cadeia passam a ser produzidos por outras empresas, ampliando o número de fontes de suprimento e dificultando a administração desse exército de fornecedores (Guércio, 2017).

Os indicadores inerentes ao tratamento e à logística dos insumos a pacientes em atendimento domiciliar proporcionam atualizações no gerenciamento dos processos, bem como a confiabilidade durante a solicitação dos insumos para o tratamento do beneficiário em seu domicílio, sendo necessária cautela para mensurar a previsibilidade dos insumos durante as solicitações (Reis, 2018).

Segundo Silva et al., (2016), os sistemas de informações hospitalares foram desenvolvidos para empresas de *home care* a fim de atender inicialmente objetivos administrativos: investimentos, contabilidade, folha de pagamento. Em seguida, foi priorizada a automação dos sistemas médico-técnicos: patologia, radiologia, farmácia, etc., que integram o ecossistema de informação hospitalar.

Nesse gerenciamento de fluxo, pode-se observar a necessidade de melhoria na gestão de medicamentos, que envolve uma grande variedade de produtos diferentes que se encontram à disposição dos profissionais médicos. A ocorrência de *stock out* (fora de estoque) pode significar a morte de pacientes e perdas irreparáveis para a organização (Silva et al., 2016).

O consumo de recursos em qualquer aspecto, seja por meio da logística de entrega dos medicamentos, seja por fornecimento e autorização prévia da operadora em saúde, torna o aperfeiçoamento, antes de tudo, um grande imperativo ético (Lagioia et al., 2008).

Ballou (2006) apud Marinho et al., 2016) descreve que “a armazenagem engloba a gama completa de decisões de estocagem e manuseio presentes em vários sistemas logísticos”. A negligência no processo de logística nos serviços, segundo o autor, “pode resultar em ineficiências bem maiores do que os ganhos resultantes do adequado gerenciamento de atividades fundamentais como transporte, manutenção de estoques e fluxo de informações”.

O transporte de pacientes possui um custo elevado no que diz respeito ao trajeto de seu tratamento até seu destino de origem, sendo vantajosa a elaboração de processos gerenciais e a permanência de frotas não terceirizadas para atender a demanda de pacientes em atendimento ambulatorial, minimizando os custos, aumentando a eficácia e a clareza dos procedimentos, e evitando desperdícios no modelo de otimização (Coradassi, 2018).

O gerenciamento do fluxo de produtos e informações passa a confiabilidade necessária para a integração dos setores: o operacional, relativo aos processos internos, o setor de compras e, concomitantemente, os fornecedores, resultando assim em efetividade e melhoria no atendimento interno e para os pacientes em regime de internação domiciliar (Borges et al., 2016).

2.3.2 Logística reversa nos serviços de saúde

Usualmente, pensamos em logística como o gerenciamento do fluxo de materiais do seu ponto de aquisição até o seu ponto de consumo. Mas existe também um fluxo logístico reverso, do ponto de consumo até o ponto de origem, que precisa ser gerenciado.

De acordo com Cruz e Ballista (2006), a logística reversa é a área da logística empresarial que se ocupa dos aspectos logísticos do retorno ao ciclo de negócios ou produtivo de embalagens, bens de pós-venda e de pós-consumo, agregando-lhes valores de diversas naturezas: ecológico, legalmente correto, toda a parte de logística, imagem diante da parte corporativa, econômico.

Para Guércio (2017), a logística reversa é um instrumento econômico e social que torna viável o processo de reaproveitamento de resíduos, seja em seu próprio ciclo de vida, seja em ciclos diferentes, tudo isso a partir da coleta e retorno desses resíduos às empresas.

Observa-se que o termo logística reversa se origina da expressão “canais de distribuição reversos”, caracterizados pelo “fluxo reverso” de parte de bens e produtos que surgem do descarte após utilização e que retornam ao seu ciclo de vida, como matéria-prima secundária para a produção de novos produtos ou como remanufatura ou retorno do produto usado para o comércio (Guércio, 2017).

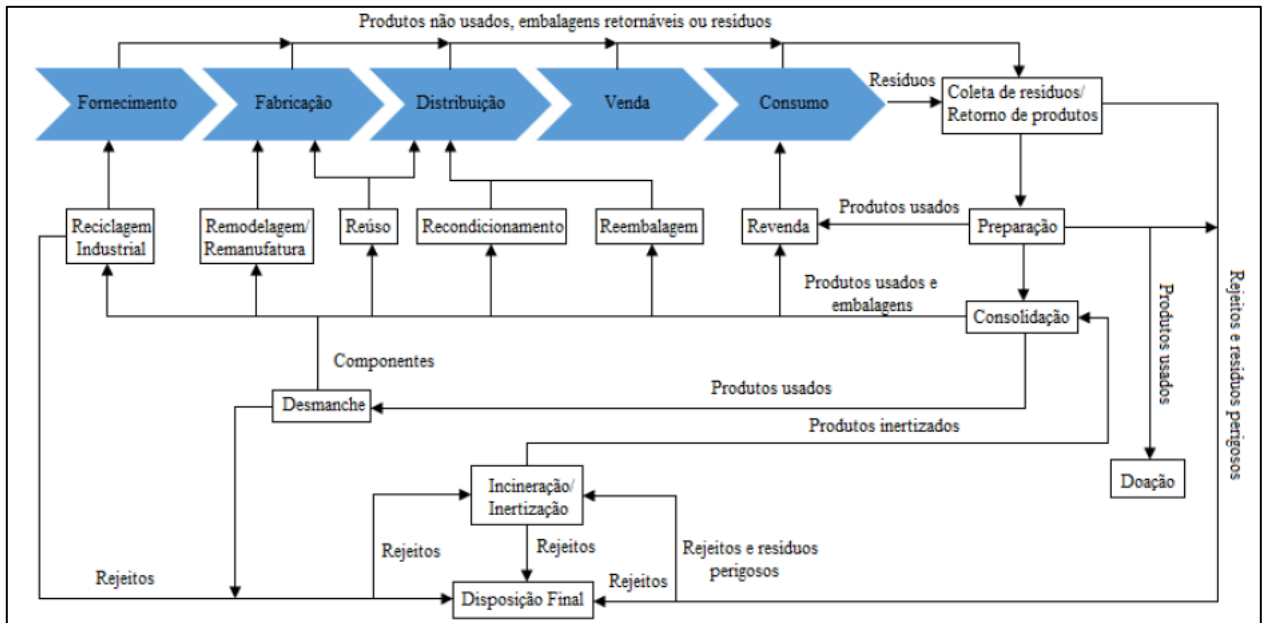
O processo de planejamento estratégico dos insumos necessita de acompanhamento processual de logística reversa, com a finalidade de manter a qualidade na recuperação, destinação ou descarte apropriado da matéria-prima destinada aos consumidores, de maneira apropriada e singular ao processo final do produto, sendo ele um aliado fundamental para a implementação de novas tecnologias que integrem o fluxo operacional existente na instituição, para que possa medir o impacto financeiro diante da logística reversa apropriada dos fluxos operantes já existentes na cadeia produtiva, prevalecendo melhores condições em sua competitividade (Daher et al., 2006).

Os canais de distribuição reversos não são valorizados economicamente e os produtos deles originados possuem três desvantagens: são comercializados parcialmente, possuem baixo valor e não é certo seu retorno após o uso.

Isso faz com que a demanda por melhorias na qualidade em saúde na atenção domiciliar tenha que fortalecer estratégias e práticas inovadoras, requerendo do gestor a compreensão de normas assistenciais e institucionais dos processos de trabalho que lhe são legalmente direcionados (Guércio, 2017).

Como exemplo de um fluxo de logística reversa em uma instituição, a Figura 7 esquematiza um processo operacional reverso que também pode ser aplicado nos serviços de saúde, incluindo os serviços de *home care*:

Figura 7 – Fluxo de materiais na logística reversa



Fonte: Marinho et al., (2016).

2.4 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sobre os resíduos de serviços de saúde, usualmente são conceituados apenas os procedentes de hospitais, clínicas médicas e grandes geradores. São mencionados muitas vezes como “lixo hospitalar”.

Todavia, basta salientar que todos os serviços que prestem atendimento à saúde humana e animal incluem atendimento domiciliar, serviços ambulatoriais, atendimento odontológico, hemocentros, indústrias e serviços de pesquisas na área da saúde, drogarias, farmácias de manipulação, medicina nuclear, centros e unidades de zoonoses, unidades móveis de atendimento na área da saúde, indústrias, instituições de longa permanência para idosos, entre outros.

Em 2001, a resolução apresentada pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) foi atualizada, determinando que o estabelecimento gerador de seus resíduos será responsável pelo gerenciamento de toda a cadeia do resíduo, incluindo o descarte final (Garcia & Zanetti-Ramos, 2004).

A probabilidade de oferecer riscos à vida e ao meio ambiente, através do manuseio incorreto dos resíduos de serviços de saúde (RSS) produzidos diariamente em diversos estabelecimentos, justifica a necessidade de estabelecer uma legislação pertinente ao plano de gerenciamento de resíduos sólidos, para qualquer local onde são prestados serviços em saúde. Citam-se as regulamentações mais recentes e de cunho importante:

(...)

II) a Resolução Conama n.º 358 de 29/04/2005 que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos RSS e, portanto, aplica-se a todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal (BRASIL, 2005);

III) a Norma Brasileira Reguladora NBR 10004/2004 (ABNT, 2004) que atribui a responsabilidade do gerenciamento de RSS ao estabelecimento de saúde, desde a geração até a disposição final (art. 1º), bem como a necessidade de se elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS (art. 4º);

IV) a Norma Reguladora (NR) 32/2005, do Ministério do Trabalho, que aborda alguns aspectos de biossegurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, destacando as condições mínimas para evitar os riscos biológicos e químicos;

V) a NR 9/1995 que aborda o Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais (PPRA) e visa à preservação dos recursos naturais, bem como a proteção da saúde do trabalhador em qualquer situação em que o funcionário/colaborador tiver a possibilidade de sofrer riscos ambientais.

Os gestores no âmbito de melhorar a alocação de seus recursos financeiros, através das regulamentações existentes, conseguem proporcionar processos estratégicos de maneira sustentável ao fomentar o desenvolvimento socioambiental.

Entretanto, o custo para a segregação e descarte final dos resíduos está cada vez mais elevado, implicando grandes despesas. Confrontar a quantidade de resíduos gerados na fonte seria uma boa opção, como medida de proteção aos trabalhadores da saúde e do meio ambiente, minimizando possíveis contaminações (Ventura et al., 2010).

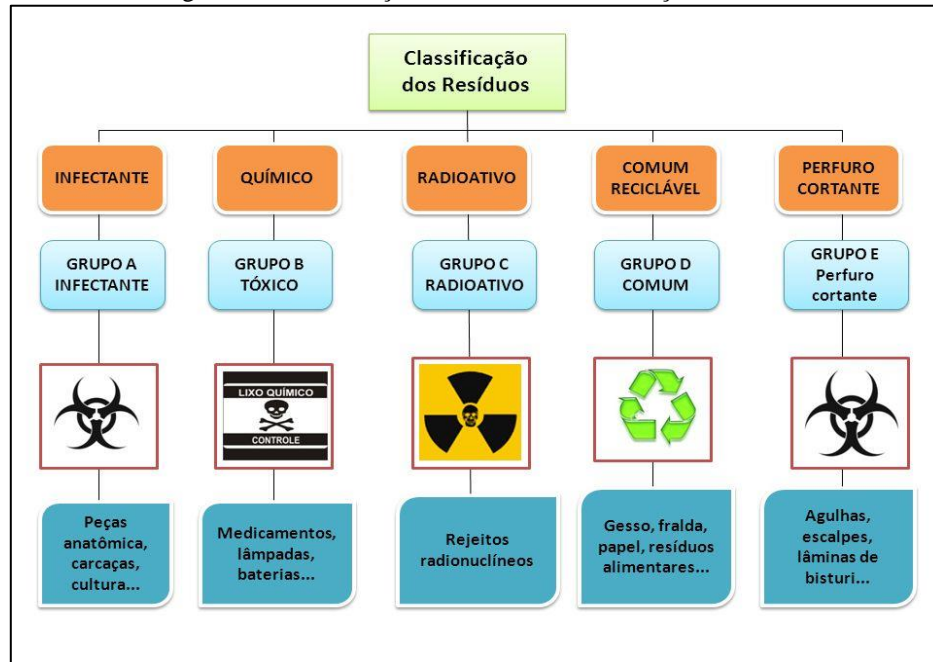
A classificação dos resíduos dos serviços de saúde (RSSs) vem distinguir as propriedades e suas características físicas, químicas, biológicas, de origem e de estado da matéria, para ter o manejo correto. O Conama, os governos municipais e estaduais e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) participaram através de diferentes propostas de classificação. A resolução publicada em 1993 pelo Conama classificou todos os resíduos de sistemas de saúde em grupos, sendo eles: A, B, C e D.

Grupo A são os resíduos resultantes da atenção à saúde de humanos ou animais com suspeita ou confirmação de contaminação biológica na classe de risco 4, microrganismos com alta relevância epidemiológica e qualquer risco de disseminação de doença emergente, podendo

se tornar epidemiologicamente importante. Grupo B são resíduos químicos; grupo C são produtos radioativos; grupo D são resíduos comuns (Garcia & Zanetti-Ramos, 2004).

A Figura 8 ilustra didaticamente a classificação dos resíduos dos serviços de saúde (RSS):

Figura 8 – Classificação dos resíduos dos serviços de saúde



Fonte: Paiva ([s.d.]).

A partir da RDC ANVISA n.º 306/04, tornou-se necessário que todos os estabelecimentos de saúde possuam, conforme a necessidade técnica apresentada em paralelo com as atribuições de manejo, identificação, classificação, transporte, coleta e disposição final do resíduo gerado, e um Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) que atenda as conformidades existentes no estabelecimento. Sendo assim, de acordo com a RDC ANVISA n.º 306/04 e a resolução CONAMA n.º 358/05, os RSS são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E (Pereira et al., 2018).

A ausência do procedimento previamente desenvolvido para o monitoramento do descarte e manuseio dos resíduos pode resultar em multas, suspensão das atividades ofertadas e penas restritivas de direitos previstos no art. 72 da lei n.º 9.605/98 (Pereira et al., 2018).

Os trabalhadores da saúde devem sempre manter-se atualizados em relação ao gerenciamento dos resíduos e biossegurança, levando em consideração as práticas e rotinas do serviço (Nunes et al., 2012).

Em sua pesquisa, Naime et al., (2004) citam que “as estratégias de sustentabilidade ambiental buscam compatibilizar as intervenções antrópicas com as características dos meios físico, biológico e socioeconômico, minimizando os impactos ambientais através da menor geração de resíduos sólidos e pelo adequado manejo dos resíduos produzidos”.

São necessárias mudanças nos padrões de consumo dos materiais em saúde, visto que segregar os resíduos descartáveis dos infectantes nos serviços de saúde gera aumento do volume de lixo gerado (sendo importante a redução consciente do uso dos materiais), reduz custos e também pode estar relacionado com processos infecciosos (humanos e ambientais), pois a separação inadequada muitas vezes acontece de maneira errônea por desconhecimento ou imperícia, pois a diversa gama de materiais utilizados na assistência e todas as suas complexidades de uso, indicações e classificações de resíduos tornam o processo de segregação complexo por parte do colaborador que manipula diretamente o resíduo (Nunes et al., 2012).

O uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI), a lavagem das mãos e o uso de luvas são de vital importância durante todos os atendimentos e a manipulação dos resíduos (Naime et al., 2004), e o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possui papel gerencial crucial para a prevenção de agravos, e como orientador dos processos de trabalho, auxiliando inclusive no gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, aliado à educação continuada e permanente em saúde (Nunes et al., 2012).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Pesquisa exploratória do tipo *experience survey*, transversal e qualitativa realizada com gestores de empresas privadas de *home care* do município de São Paulo/SP, visando a analisar a percepção a respeito da gestão de insumos e logística na assistência domiciliar.

De acordo com o levantamento 2019/2020 realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas– FIPE, a região sudeste do país concentra 41,5% das empresas privadas de assistência domiciliar (o país conta com aproximadamente 865 estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES). A receita estimada anualmente pelo setor gira em torno de R\$ 10,6 bilhões (2019).

O estado de São Paulo concentra o maior número de empresas privadas de *home care* na região sudeste (aproximadamente 210 estabelecimentos no estado, representando 58,5% da região), com cerca de 81 empresas cadastradas na cidade de São Paulo (22,6% da região sudeste e 38,6% do estado), de acordo com consulta realizada no site do CNES (Fipe, 2020)

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Características da amostra: 17 gestores de empresas privadas do ramo de *home care* que foram selecionados por conveniência, tomando como critério de seleção a atuação na gestão em empresas privadas de *home care* do município de São Paulo; o município de São Paulo foi escolhido para delimitar os participantes por apresentarem realidades semelhantes (em termos de perfil do público-alvo e acesso); os 17 gestores participantes foram convidados a contribuir com a pesquisa por meio de contato telefônico e mensagens telefônicas realizadas em um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz, bem como contato virtual por meio da rede social de negócios/ plataforma de *networking LinkedIn*[®] mediante envio do link do formulário/ questionário.

Instrumento de coleta de dados: os dados da pesquisa foram obtidos mediante pesquisa de opinião pública por meio da aplicação de um questionário fechado, anônimo e eletrônico

(Apêndice A) elaborado pelo autor, tomando por base conceitual o referencial teórico descrito nesta pesquisa, contendo 13 questões no formato da escala de atitude comportamental Likert que abordam tópicos sobre gestão operacional dos insumos, controle e distribuição de estoque, logística, avaliação dos serviços sob a ótica de clientes e operadoras de saúde suplementar, gerenciamento de resíduos, educação continuada e logística de insumos durante a pandemia do *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2: COVID-19), além de duas questões adicionais sobre o tempo de experiência profissional e especialização na área da gestão de suprimentos ou logística do gestor na área de *home care*.

O questionário foi disponibilizado na ferramenta eletrônica *Google Forms*[®] com tempo médio de preenchimento de aproximadamente sete minutos. O *Google Forms*[®] é um serviço eletrônico gratuito lançado em 2018 e é muito utilizado para a criação de questionários em diversos formatos para o gerenciamento de pesquisas de modo totalmente on-line.

A formulação das afirmações utilizadas no questionário foi fundamentada no referencial teórico encontrado no decorrer da pesquisa e na lógica indutiva vivenciada pelo pesquisador em sua trajetória profissional que considerou, após sistemáticas observações, como pontos frágeis na gestão dos suprimentos as afirmações realizadas no instrumento da coleta de dados, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 – Matriz conceitual do instrumento de coleta dos dados

AFIRMAÇÃO		PRESSUPOSTO TEÓRICO	REFERENCIAL
A.1	O enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos clientes	Papel fundamental do enfermeiro na gestão dos insumos em atendimento domiciliar	Andrade et al., (2017)
A.2	A falta de materiais e insumos na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos/almojarifado	Relevância do conhecimento logístico e adoção de protocolos de padronização como fatores de alcance da alta performance no fornecimento e dispensação de insumos	Rocha e Giotto (2020)
A.3	A falta de padrão na descrição do material e da quantidade necessária a ser utilizada interfere na saída do item do estoque	Padronização do rol de materiais e insumos com o objetivo de viabilizar o processo logístico e manter a segurança do paciente contra possíveis danos à saúde durante o processo logístico	Brasil (2013)
A.4	Estabelecer uma estratégia <i>just in time</i> para o controle de estoque de insumos otimiza os processos logísticos da empresa	Sistema eficaz no controle de abastecimento e diminuição dos custos assistenciais	Barros e Barros ([s.d.]); Ohno (1997)

Continua na página seguinte

Continuação do quadro 1

	AFIRMAÇÃO	PRESSUPOSTO TEÓRICO	REFERENCIAL
A.5	A empresa estabelecer controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos não impacta nos cuidados diretos ao cliente	Controle racional de custos mediante respaldo realizado pela prescrição médica e não apenas por interesses financeiros, para garantia do respeito ao direito fundamental à saúde do beneficiário, sendo prestado pelo mercado de saúde suplementar	Gomes (2016)
		Auditoria como método de análise dos processos desenvolvidos para manter a rastreabilidade dos insumos, diminuição de glosas, controle de solicitações de materiais para redução de custos e melhoria na qualidade da assistência	Santos (2018)
A.6	A falta de algum insumo para a realização de procedimentos só é notada na residência do cliente pelo profissional assistencial	Descrevem falhas organizacionais relacionadas ao planejamento da demanda, indefinições na metodologia de trabalho ou falta de conhecimento técnico	PUC-Rio ([s.d.])
A.7	É realizada regularmente a logística reversa de todos os insumos excedentes das residências dos clientes (ou também nos casos de óbito, hospitalização e alta)	Desafios na implantação do sistema de logística reversa nos serviços, bem como no fornecimento de recursos humanos adequados, ferramentas para melhoria da qualidade do processo e investimentos na área	Couto e Lange (2017)
A.8	Utilizar como estratégia operacional a concentração de clientes em uma mesma operadora favorece a padronização dos insumos	Desempenho dos atendimentos previamente avaliados e implantados de seus beneficiários, cuja demanda de produção esteja vinculada ao fornecimento dos insumos necessários para a assistência de qualidade	Feuerwerker e Merhy (2008)
A.9	A avaliação dos serviços é realizada também sob a ótica dos pacientes e familiares; com o resultado dessa avaliação, ocorrem discussões gerenciais e possíveis mudanças nos fluxos e processos de trabalho	Considerações acerca da percepção do familiar e cliente em relação à qualidade dos serviços prestados pelos serviços de saúde	Pagliuca et al., (2008)
A.10	Após a avaliação da satisfação dos serviços pela ótica das operadoras de planos de saúde, ocorrem mudanças na estratégia logística (caso seja necessário)	Necessária viabilização de espaços de discussões gerenciais com o intuito de compreender e suprir as necessidades dos beneficiários e operadoras	Martins (2006)
A.11	Na empresa há discussões gerenciais periódicas a respeito do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde	As prestadoras de saúde devem construir com base científica e em conjunto com protocolos previamente definidos conjuntos de procedimentos gerenciais visando a atender de forma segura e sustentável seus beneficiários, a saúde pública e o meio ambiente, criando fluxos de acordo com os resíduos gerados em seus serviços	HC/UTFM ([s.d.])

Continua na página seguinte

Continuação do quadro 1

	AFIRMAÇÃO	PRESSUPOSTO TEÓRICO	REFERENCIAL
A.12	Faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores como ferramenta de qualidade	As atividades de educação permanente auxiliam os gestores em saúde domiciliar durante os processos de desenvolvimento de estratégias operacionais para garantir o envolvimento metodológico e a prática assistencial como ferramenta de melhoria dos processos de trabalho, identificando ações necessárias para a melhoria do desempenho nas atividades oferecidas aos beneficiários	Cunha et al., (2014)
A.13	Há discussões gerenciais sistemáticas a respeito do padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19)	Impacto da pandemia do SARS-CoV-2 nos serviços de saúde e necessidade de suporte operacional e reforços nos arranjos logísticos preconizados pela Organização Mundial da Saúde; mapeamento de recursos e insumos, sistema de controle e gerenciamento da cadeia de suprimentos e processos de compras redirecionados à demanda atual	Albuquerque (2020)

Fonte: Elaborado pelo autor.

A coleta de dados foi realizada por um período de quinze dias, no mês de dezembro de 2020, utilizando o questionário eletrônico.

Preenchimento do instrumento de coleta de dados: O preenchimento do questionário baseou-se no critério pessoal, bem como na experiência profissional dos gestores participantes, que optaram por uma das opções que mais se assemelha ao seu nível de concordância em uma escala Likert, como segue: concordo plenamente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo plenamente. O intuito foi mensurar a percepção dos gestores acerca das afirmações disponibilizadas.

As questões que exploram o tempo de experiência profissional na gestão em *home care* e a presença de especialização(ões) na área da gestão de suprimentos ou logística deu-se mediante a construção de um questionário de conhecimento de múltipla escolha de alternativas.

O método exploratório foi escolhido nesta pesquisa porque a necessidade de observar padrões entre gestores de *home care* acerca da operacionalização dos processos de gestão de suprimentos e logística foi predominante, tentando-se assim preencher lacunas existentes na realidade profissional do pesquisador.

Os estudos exploratórios visam a captar informações a respeito de algum problema específico com o intuito de tentar compreender a natureza da questão investigada, geralmente com base em informações qualitativas com participantes intencionalmente selecionados por

vivenciarem situações pertinentes ao objetivo do estudo, explorando espaços de conhecimentos sem a pretensão de originar dados conclusivos sobre o assunto, possibilitando assim o desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas (Tonetto et al., 2014).

De acordo com Antonialli et al., (2017), as escalas Likert baseiam-se em mensurar atitudes, comportamentos e percepções por meio de afirmações construídas com o auxílio dessas definições de construtos, e são muito utilizadas em pesquisas de opinião pública, pois os participantes se apresentam com uma medida de concordância atribuída à afirmação e por meio dessa afirmação é possível inferir a medida do construto.

Aspectos éticos: Esta pesquisa está em conformidade com a resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e não necessitou de análise ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois de acordo com a resolução n.º 510/2016 do CNS (parágrafo único, item I), as pesquisas de opinião pública com participantes não identificados não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, justificando-se assim a sua dispensa.

A privacidade e a confidencialidade dos participantes foram asseguradas em todas as etapas da pesquisa. Todos os participantes foram voluntários e anônimos na pesquisa e participaram após a autorização mediante aceite eletrônico.

3.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados de modo agrupado em tabelas e foi utilizada estatística descritiva básica para a demonstração dos resultados em tabelas contendo números absolutos, distribuições percentuais (%), média, desvio padrão e Valor-p. Para os cálculos dos testes estatísticos, o software *Minitab*[®] foi utilizado.

Foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach para verificar a confiabilidade do instrumento de coleta de dados (questionário) com base nas respostas dadas pelos participantes. Esse coeficiente oferece dados sobre a consistência interna das questões, avaliando a correlação média entre as questões do instrumento respondidas pelos sujeitos da pesquisa, e varia entre zero

e um, com o valor zero representando ausência total de consistência interna entre os itens e um indicando consistência total (Souza et al., 2017). Nesta pesquisa, será considerado aceitável o coeficiente acima de 0,7. Nesta pesquisa, o valor obtido foi de **0,83**.

3.4 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Os estudos exploratórios apresentam algumas limitações, tais como possuir sua aplicação limitada às *surveys*, com pouco uso nos estudos experimentais; frequentemente não apresenta indicação precisa, pois uma pesquisa realizada dentro de um contexto exclusivamente profissional torna-se desnecessário o uso do contexto popular; o pesquisador precisa dispor de tempo para a realização da pesquisa e deve haver compensação para o tempo investido e maior custo da pesquisa, devendo ser compensada pelo aumento da eficácia da pesquisa (Piovesan & Temporini, 1995).

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados da Tabela 1 representam as respostas informadas pelos participantes da pesquisa. Com uma média de 7,23, a maioria das respostas às afirmativas propostas concentrou-se na opção “concordo plenamente”, seguida de 5,54 de média de respostas “concordo parcialmente” com as afirmações. Em relação às discordâncias, a alternativa “discordo parcialmente” apresentou média 2,81 seguida da média 1,62 de respostas “discordo plenamente”. A alternativa neutra “nem discordo nem concordo” apresentou média de 0,62. Os demais dados serão descritos nos gráficos abaixo.

Tabela 1 – Descrição das frequências de distribuição das respostas do questionário segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

AFIRMAÇÃO		Concordo plenamente	%	Concordo parcialmente	%	Nem discordo nem concordo	%	Discordo parcialmente	%	Discordo plenamente	%	TOTAL
Af. 1	O enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos clientes	6	35,3%	8	47,1%	0	0%	3	17,6%	0	0%	17
Af. 2	A falta de materiais e insumos na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos/almoxarifado	1	5,9%	7	41,2%	0	0%	6	35,3%	3	17,6%	17
Af. 3	A falta de padrão na descrição do material e da quantidade necessária a ser utilizada interfere na saída do item do estoque	15	88,2%	2	11,8%	0	0%	0	0%	0	0%	17
Af. 4	Estabelecer uma estratégia just in time para o controle de estoque de insumos otimiza os processos logísticos da empresa	10	58,8%	4	23,5%	2	11,8%	1	5,9%	0	0%	17

Continuação na página seguinte

Continuação da Tabela 1

AFIRMAÇÃO		Concordo plenamente	%	Concordo parcialmente	%	Nem discordo nem concordo	%	Discordo parcialmente	%	Discordo plenamente	%	TOTAL
Afirmção 5	A empresa estabelecer controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos não impacta nos cuidados diretos ao cliente	5	29,4%	1	5,9%	1	5,9%	0	0%	10	58,8%	17
Afirmção 6	A falta de algum insumo para a realização de procedimentos só é notado na residência do cliente pelo profissional assistencial	3	17,6%	12	70,6%	0	0,0%	1	5,9%	1	5,9%	17
Afirmção 7	É realizada regularmente a logística reversa de todos os insumos excedentes das residências dos clientes (ou também nos casos de óbito, hospitalização e alta)	4	23,5%	8	47,1%	1	5,9%	1	5,9%	3	17,6%	17
Afirmção 8	Utilizar como estratégia operacional a concentração de clientes em uma mesma operadora favorece a padronização dos insumos	6	35,3%	7	41,2%	2	11,8%	2	11,8%	0	0%	17
Afirmção 9	A avaliação dos serviços é realizada também sob a ótica dos pacientes e familiares. Com o resultado dessa avaliação, ocorrem discussões gerenciais e possíveis mudanças nos fluxos e processos de trabalho	7	41,2%	6	35,3%	0	0%	3	17,6%	1	5,9%	17
Afirmção 10	Após a avaliação da satisfação dos serviços pela ótica das operadoras de planos de saúde ocorrem mudanças na estratégia logística (caso seja necessário)	11	64,7%	5	29,4%	0	0%	1	5,9%	0	0%	17

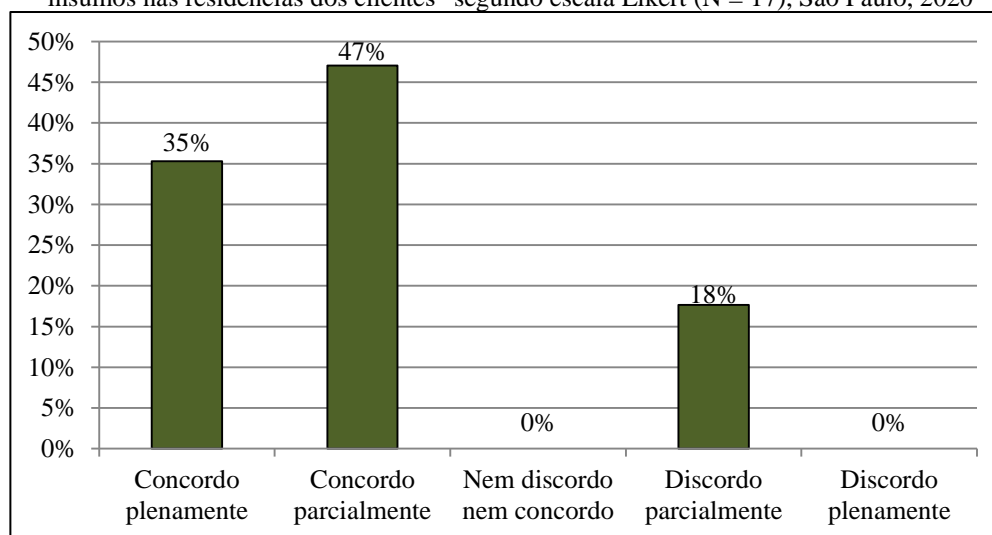
Continua na página seguinte

Continuação da Tabela 1

AFIRMAÇÃO		Concordo plenamente	%	Concordo parcialmente	%	Nem discordo nem concordo	%	Discordo parcialmente	%	Discordo plenamente	%	TOTAL
Afirmiação 11	Na empresa há discussões gerenciais periódicas a respeito do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde	6	35,3%	2	11,8%	0	0%	6	35,3%	3	17,6%	17
Afirmiação 12	Faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores como ferramenta de qualidade	10	58,8%	4	23,5%	0	0%	3	17,6%	0	0%	17
Afirmiação 13	Há discussões gerenciais sistemáticas a respeito do padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19)	10	58,8%	6	35,3%	1	5,9%	0	0%	0	0%	17

Fonte: elaborado pelo autor

Gráfico 1 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmiação 1: “O enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos clientes” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

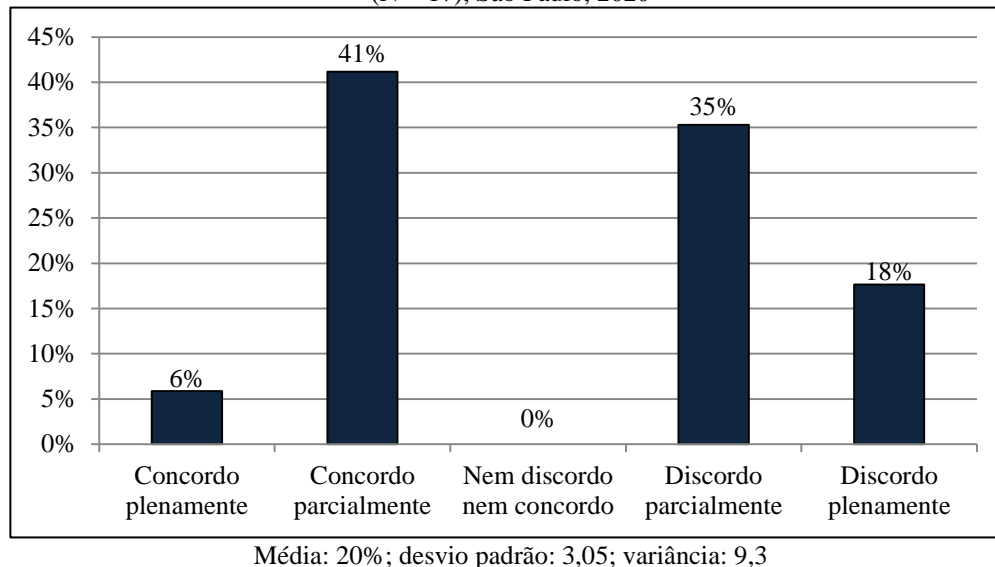


Média: 20%; desvio padrão: 3,58; variância: 12,8

A Afirmiação 1 (o enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos

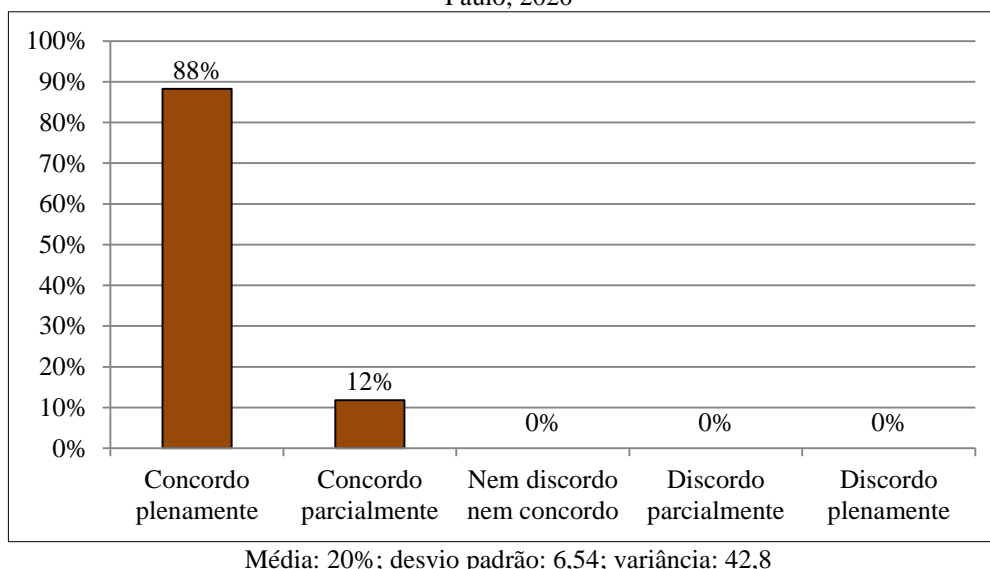
clientes) apresentou 47% de respostas concordando parcialmente, conforme é possível observar no Gráfico 1, seguidas de 35% de gestores concordando plenamente e 18% discordando parcialmente, e 0% dos gestores manteve-se nem discordando nem concordando ou discordando plenamente, com desvio padrão de 3,58 (com os dados amostrais variando distantes da média encontrada) e variância de 12,8, reforçando o distanciamento geral dos dados em relação à média.

Gráfico 2 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 2: “A falta de materiais e insumos na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos/almojarifado” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



A Afirmação 2 (a falta de materiais e insumos na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos/almojarifado) seguiu um padrão semelhante ao encontrado no Gráfico 1, com distribuição variada das respostas obtidas. Dos participantes, 41% concordaram parcialmente com a afirmação, 35% dos gestores responderam o oposto (discordaram parcialmente), 18% discordaram plenamente, 6% concordaram plenamente e nenhum gestor optou pela resposta neutra (nem discordo nem concordo). O desvio padrão (3,05) e a variância (9,3) demonstram a distribuição variada dos valores em relação à média, conforme consta no Gráfico 2.

Gráfico 3 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 3: “A falta de padrão na descrição do material e da quantidade necessária a ser utilizada interfere na saída do item do estoque” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

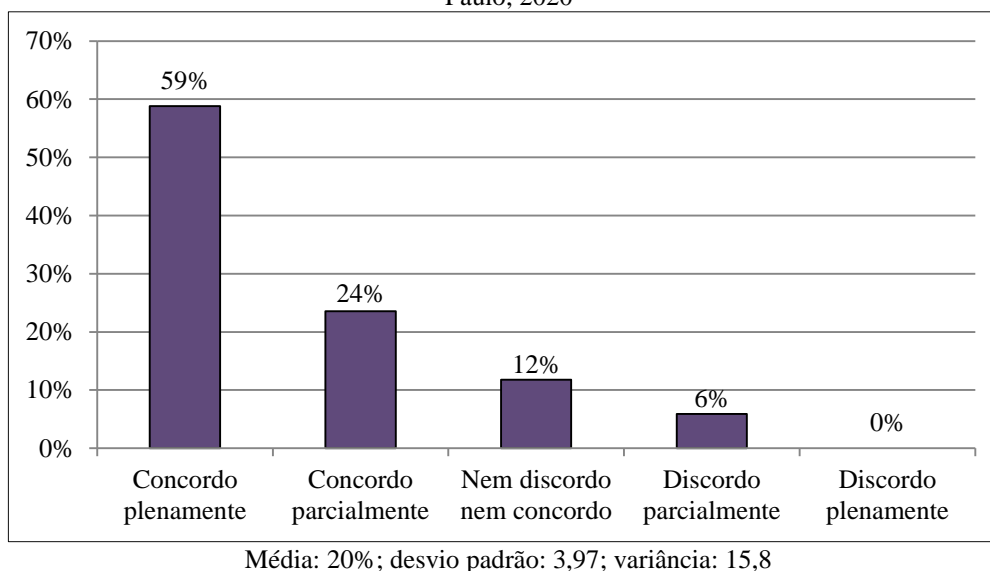


Por meio do Gráfico 3, é possível observar que a Afirmação 3 (a falta de padrão na descrição do material e da quantidade necessária a ser utilizada interfere na saída do item do estoque) apresentou uma importante frequência de respostas “concordo plenamente” (88%) e 12% de respostas “concordo parcialmente”, com 100% dos participantes concordando com a afirmação proposta.

A afirmativa neutra (nem discordo nem concordo) e as afirmativas discordantes (discordo parcialmente e discordo plenamente) não apresentaram nenhum registro de resposta (0% em todas as categorias).

Essa afirmativa representou o maior desvio padrão entre todas as afirmações da pesquisa (6,54), bem como a maior variância da pesquisa (42,8), sugerindo que os valores obtidos encontram-se distantes da média (20%).

Gráfico 4 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 4: “Estabelecer uma estratégia *just in time* para o controle de estoque de insumos otimiza os processos logísticos da empresa” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

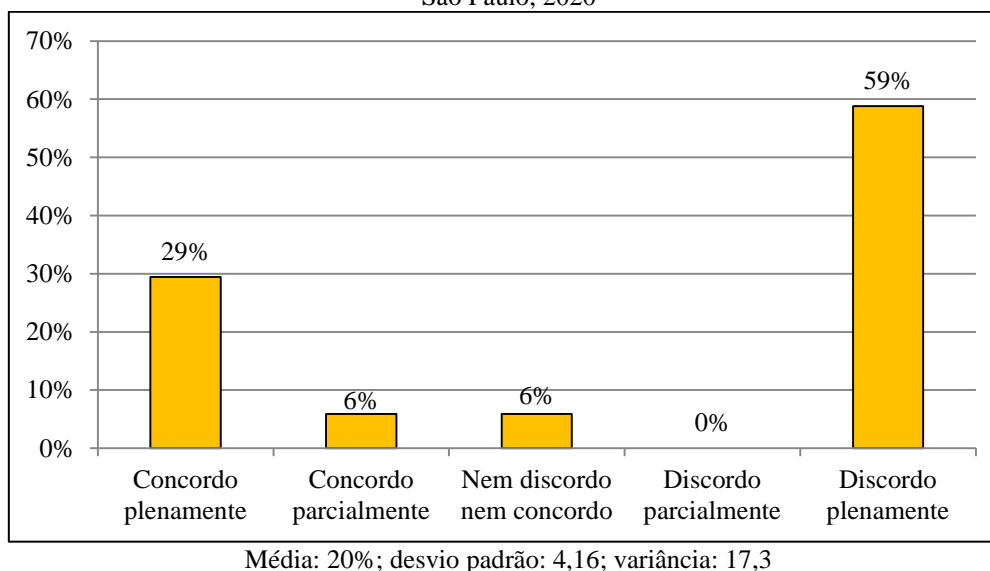


Com padrão variado de respostas, o Gráfico 4 representa as respostas referentes à Afirmação 4: “Estabelecer uma estratégia *just in time* para o controle de estoque de insumos otimiza os processos logísticos da empresa”.

Dos participantes, 59% concordaram plenamente com a afirmação, seguidos de 24% de participantes concordando parcialmente, 12% não discordando nem concordando e 6% discordando parcialmente, e nenhum respondente discordou plenamente da afirmação proposta.

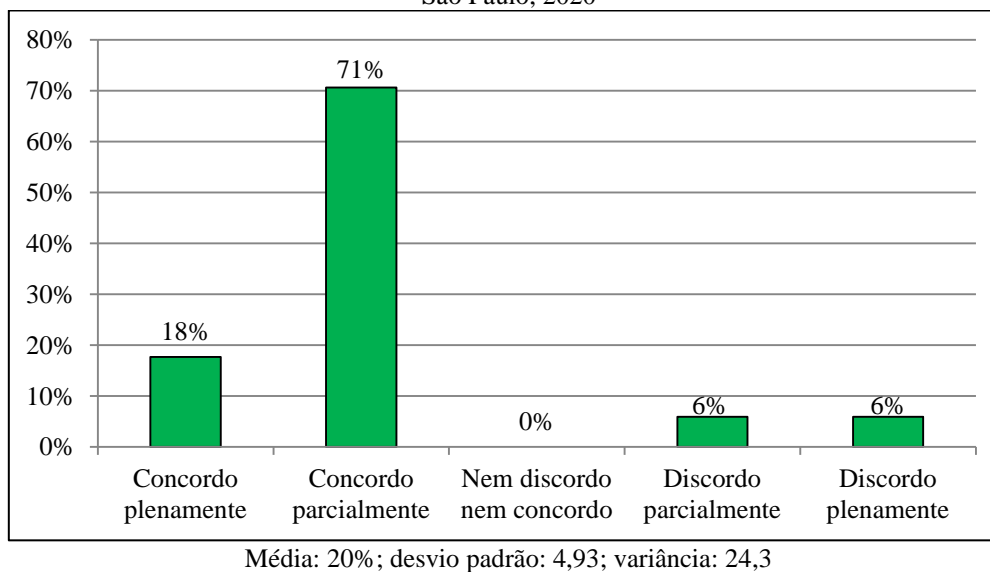
O desvio padrão (3,97) e a variância (15,8) demonstram que os dados distribuem-se de modo desigual em relação à média calculada.

Gráfico 5 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 5: “A empresa estabelecer controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos não impacta nos cuidados diretos ao cliente” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



O Gráfico 5 demonstra uma distribuição predominante e antagônica das respostas com 59% dos participantes discordando plenamente da Afirmação 5 – “A empresa estabelecer controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos não impacta nos cuidados diretos ao cliente”, seguidos de 29% concordando plenamente e 6% concordando parcialmente e “não discordo nem concordo”, reforçado também pelos valores obtidos de desvio padrão (4,16) e variância (17,3).

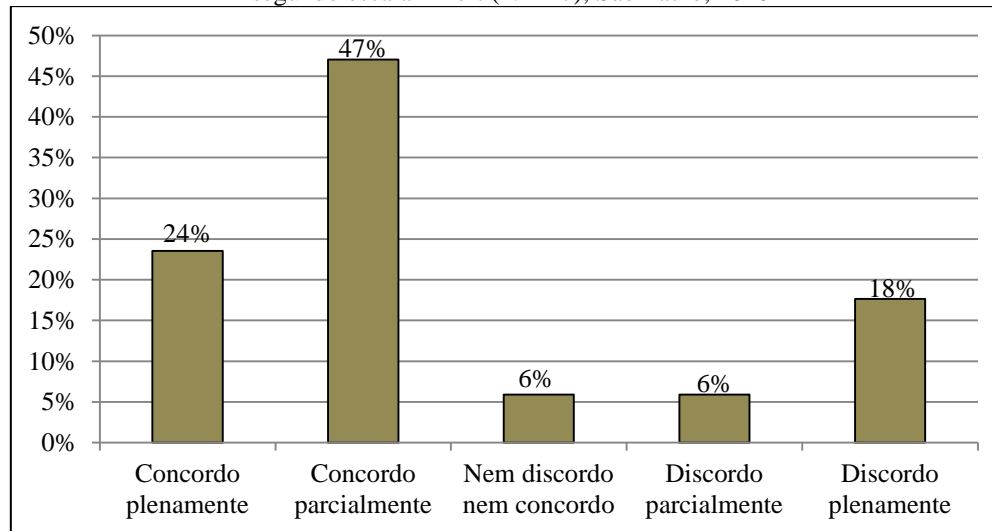
Gráfico 6 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 6: “A falta de algum insumo para a realização de procedimentos só é notada na residência do cliente pelo profissional assistencial” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



O Gráfico 6 traz os valores obtidos por meio da afirmação “A falta de algum insumo para a realização de procedimentos só é notada na residência do cliente pelo profissional assistencial”, e de acordo com as respostas registradas pelos participantes, é possível observar que 89% dos gestores concordaram com a afirmação, tendo 71% concordado parcialmente e 18% concordado plenamente, seguidos de 12% de gestores que discordaram da afirmação (6% discordando parcialmente e 6% discordando plenamente).

Novamente, os valores obtidos no desvio padrão (4,93) e na variância (24,3) expressam o distanciamento das respostas em relação à média de respostas obtidas (20%).

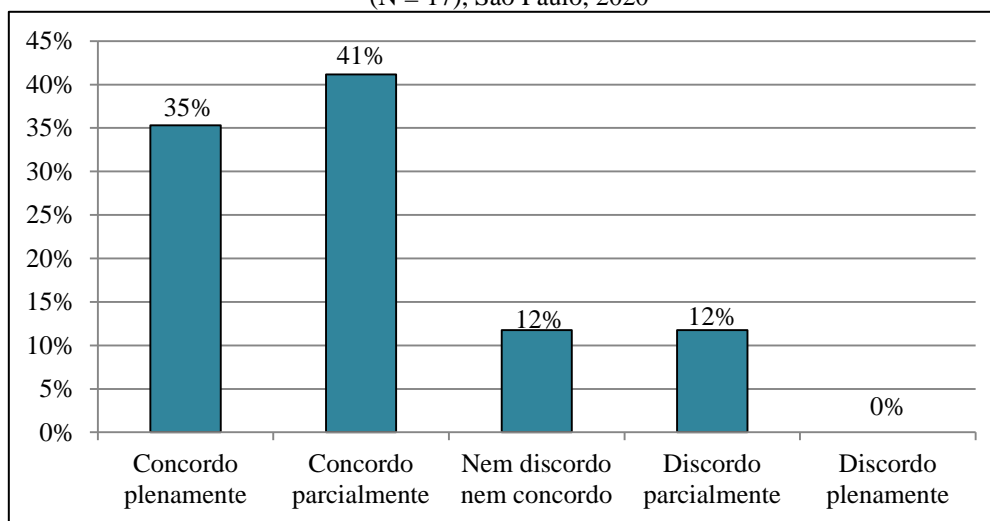
Gráfico 7 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 7: “É realizada regularmente a logística reversa de todos os insumos excedentes das residências dos clientes (ou também nos casos de óbito, hospitalização e alta)” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



Média: 20%; desvio padrão: 2,88; variância: 8,3

A Afirmação 7 – “É realizada regularmente a logística reversa de todos os insumos excedentes das residências dos clientes (ou também nos casos de óbito, hospitalização e alta)” – mantém o padrão de concordância por parte dos gestores, e por meio do Gráfico 7 é possível notar que 47% dos gestores participantes concordaram parcialmente com a realização da logística reversa dos insumos excedentes das residências, seguidos de 24% concordando plenamente, 18% discordando plenamente, 6% nem discordando nem concordando e 6% discordando parcialmente.

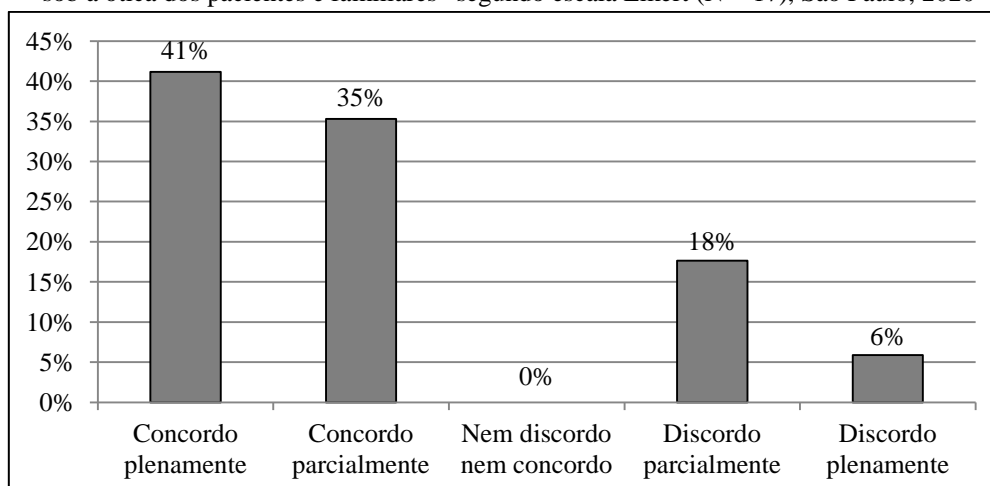
Gráfico 8 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 8: “utilizar como estratégia operacional a concentração de clientes em uma mesma operadora favorece a padronização dos insumos” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



Média: 20%; desvio padrão: 2,97; variância: 8,8

Dos gestores de *home care*, 41% concordaram parcialmente com a afirmação “concentrar clientes/pacientes em uma mesma operadora de saúde favorece a padronização dos insumos”, seguida de 35% concordando plenamente; 12% dos participantes mantiveram-se neutros (nem discordo nem concordo), 12% discordaram parcialmente e nenhum participante (0%) discordou plenamente da Afirmação 8, conforme demonstrado no Gráfico 8. Com média de 20%, o desvio padrão apresentou o padrão variável das respostas em relação à média, assim como o valor obtido no cálculo da variância (8,8).

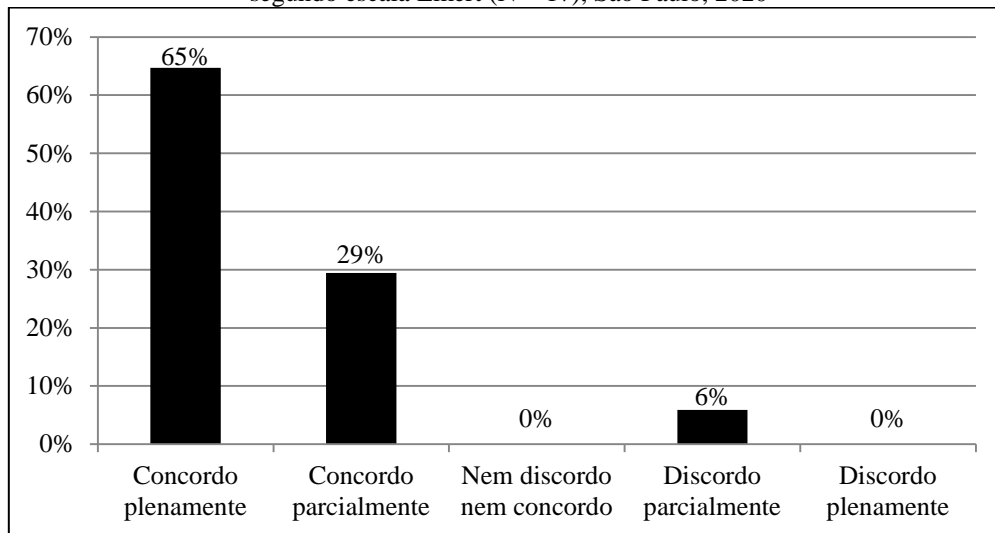
Gráfico 9 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 9: “a avaliação dos serviços é realizada também sob a ótica dos pacientes e familiares” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



Média: 20%; desvio padrão: 3,05; variância: 9,3

O Gráfico 9 representa os dados da Afirmação 9: “A avaliação dos serviços é realizada também sob a ótica dos pacientes e familiares; com o resultado dessa avaliação, ocorrem discussões gerenciais e possíveis mudanças nos fluxos e processos de trabalho”, e mais uma vez a maior parte dos gestores participantes na pesquisa respondeu na seguinte ordem: “concordo plenamente” (41%), “concordo parcialmente” (35%), “discordo parcialmente” (18%) e “discordo plenamente” (6%), e nenhum participante (0%) optou pela alternativa “nem discordo nem concordo” com o quesito sobre mudanças organizacionais ou de processos de trabalho sob a devolutiva de clientes/pacientes.

Gráfico 10 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 10: “Após a avaliação da satisfação dos serviços pela ótica das operadoras de planos de saúde, ocorrem mudanças na estratégia logística (caso seja necessário)” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

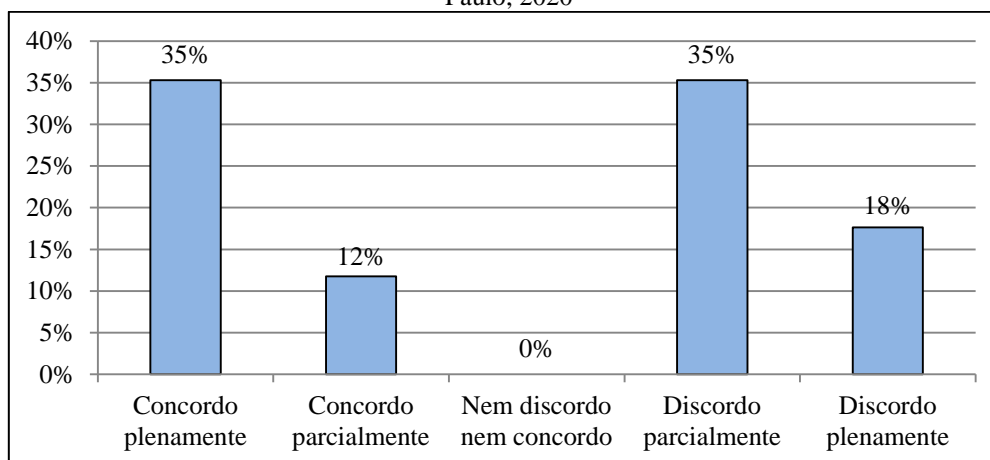


Média: 20%; desvio padrão: 4,72; variância: 22,3

O Gráfico 10 traz informações referentes à Afirmação 10: “Após a avaliação da satisfação dos serviços pela ótica das operadoras de planos de saúde, ocorrem mudanças na estratégia logística (caso seja necessário)”, em que é possível observar que 65% dos gestores participantes da pesquisa concordaram plenamente com a afirmação supracitada, seguidos de 29% que concordaram parcialmente e 6% que discordaram parcialmente, e nenhum participante optou pela opção neutra “nem discordo nem concordo” ou por discordar plenamente.

O desvio padrão (4,72) também demonstrou a discrepância de respostas entre as categorias disponíveis, com valores distantes da média calculada (20%), seguindo pelo mesmo padrão a variância (22,3).

Gráfico 11 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 11: “Na empresa há discussões gerenciais periódicas a respeito do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

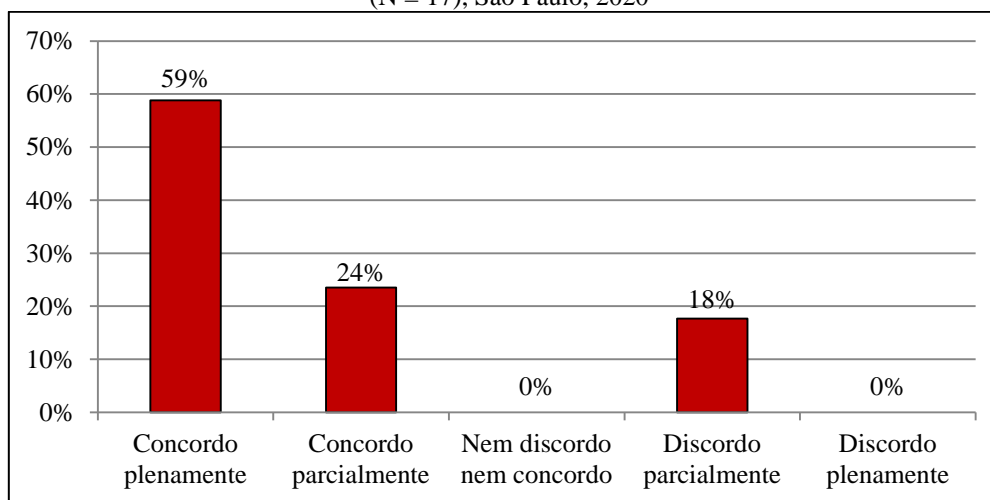


Média: 20%; desvio padrão: 2,61; variância: 6,8

A questão sobre discussões acerca do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, assunto abordado na Afirmação 11 da pesquisa, torna-se bem discrepante entre os participantes, com a polarização das respostas: 35% dos gestores concordaram plenamente e outros 35% discordaram parcialmente sobre a realização de discussões gerenciais periódicas a respeito do gerenciamento dos resíduos de saúde, seguidos de 18% dos respondentes afirmando discordar plenamente e 12% afirmando concordar parcialmente com a afirmativa. Nenhum participante optou pela opção “nem discordo nem concordo”.

Com o desvio padrão (2,61) e a variância (6,8), fica evidente a discreta aproximação dos valores em relação à média.

Gráfico 12 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 12: “Faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores como ferramenta de qualidade” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



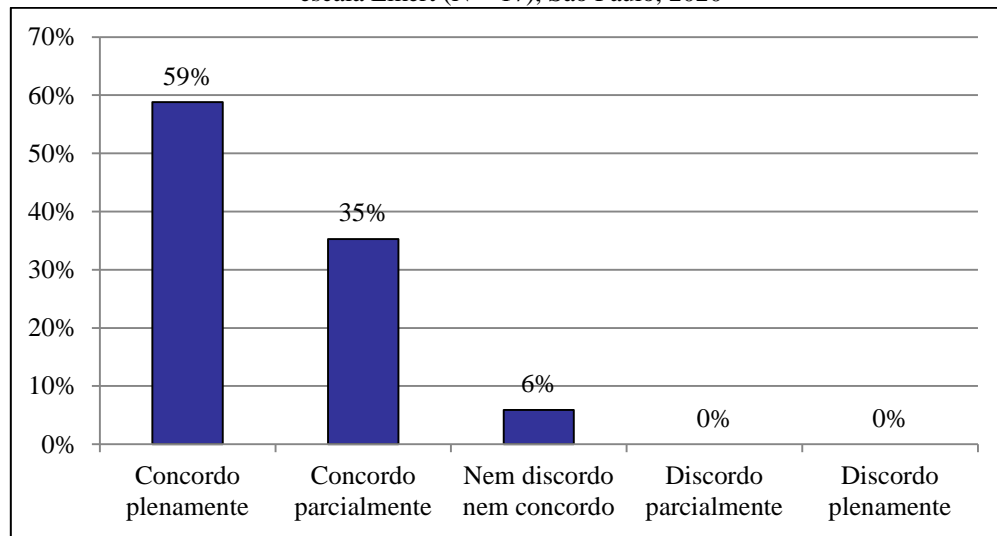
Média: 20%; desvio padrão: 4,10; variância: 16,8

O assunto “educação permanente” foi abordado na Afirmação 12: “Faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores como ferramenta de qualidade”, e é possível observar por meio das informações contidas no Gráfico 12 que 59% dos gestores participantes da pesquisa concordaram plenamente com a afirmação, seguidos por 24% que concordaram parcialmente.

Dos participantes, 18% discordaram parcialmente da afirmação sobre fazer parte da rotina do gestor identificar lacunas na educação permanente dos colaboradores e nenhum participante optou pela neutralidade “nem discordo nem concordo” ou pela opção “discordo plenamente”, o que sugere uma preocupação da gestão acerca do assunto nas práticas de trabalho.

Com desvio padrão (4,10) e variância (16,8) altos, os valores obtidos mediante participação na pesquisa variam de modo desigual em relação à média (20%), demonstrando uma miscelânea de respostas, tendendo mais para concordar com a afirmação proposta.

Gráfico 13 – Distribuições percentuais das respostas da Afirmação 13: “Há discussões gerenciais sistemáticas a respeito do padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19)” segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020



Média: 20%; desvio padrão: 4,45; variância: 19,8

A última afirmação da pesquisa, que trata sobre a logística em períodos de pandemia de SARS-CoV-2 – “Há discussões gerenciais sistemáticas a respeito do padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19)” – apresenta 59% dos participantes concordando plenamente com a afirmação, seguidos de 35% concordando parcialmente e 6% nem discordando nem concordando, e nenhum participante discordou parcial ou plenamente. O desvio padrão (4,45) e a variância (19,8) demonstram o distanciamento dos valores obtidos em relação à média (20%).

Tabela 2 – Média, desvio padrão, valor-p, erro padrão e intervalo de confiança (95%) (geral) das respostas obtidas durante a pesquisa

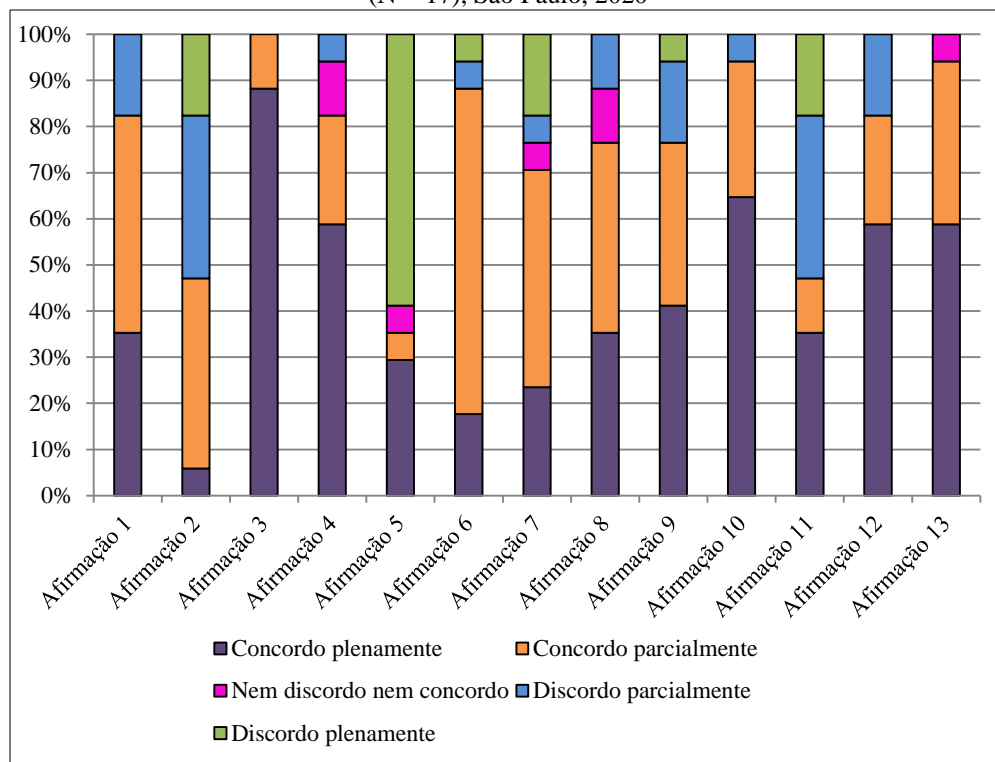
Alternativas	N	Média	Desvio padrão	Valor-p*	Erro padrão	IC (95%)
Concordo plenamente	94	0,425	0,224	0,478	0,393	(-0,268; 1,119)
Concordo parcialmente	72	0,326	0,177	0,151	0,356	(-0,223; 0,875)
Nem discordo nem concordo	7	0,036	0,045	0,044	0,272	(-0,104; 0,176)
Discordo parcialmente	27	0,118	0,125	0,478	0,146	(-0,268; 0,504)
Discordo plenamente	21	0,095	0,166	0,089	0,613	(-0,417; 0,607)

* p < 0,05

Fonte: Elaborado pelo autor, com resultados obtidos por meio do software Minitab®.

As informações descritas na Tabela 2 demonstram, de maneira global, as médias encontradas entre as afirmativas propostas na pesquisa, bem como o desvio padrão, o valor-p, o erro padrão e o intervalo de confiança das alternativas. O desvio padrão, quando todas as afirmativas são agrupadas, apresenta valores amostrais próximos à média. O valor da significância estatística *p-value* (considerado neste estudo como $p > 0,05$) demonstra a influência da expertise dos gestores em *home care* em relação ao impacto na logística dos insumos e materiais na rotina das empresas, corroborando a questão de pesquisa adotada.

Gráfico 14 – Distribuição percentual global de respostas do instrumento de coleta de dados segundo escala Likert (N = 17), São Paulo, 2020

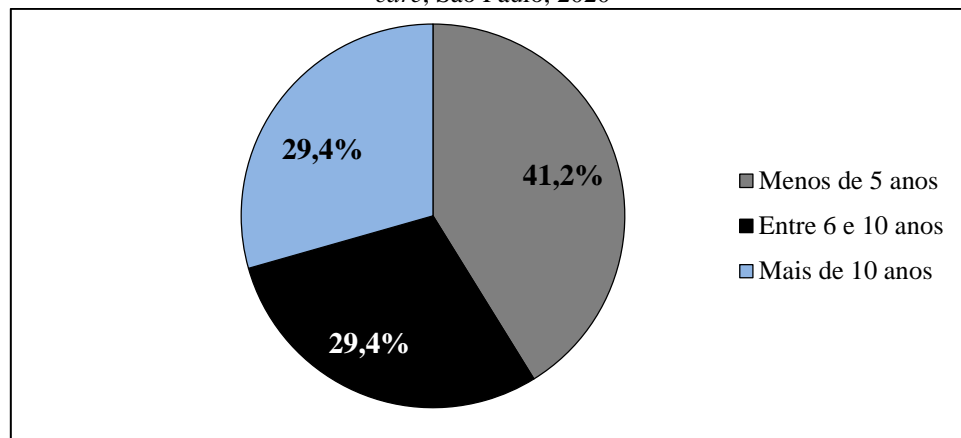


Por meio do Gráfico 14, é possível visualizar de maneira global que os maiores percentuais de respostas informadas pelos participantes concentraram-se nas opções “concordo plenamente”: Afirmativas 3 (falta de padrão na descrição do material afeta a saída do estoque), 4 (otimização do processo logístico mediante estratégia *just in time*), 9 (mudanças logísticas após avaliação dos clientes e familiares), 10 (mudanças logísticas após avaliação das operadoras de saúde), 11 (discussões gerenciais periódicas acerca do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde), 12 (identificação de lacunas na educação continuada) e 13 (discussões gerenciais sistemáticas acerca da logística na pandemia SARS-CoV-2).

As respostas foram seguidas de “concordo parcialmente” – Afirmativas 1 (gestão realizada pelo enfermeiro), 2 (falhas do almoxarifado pela distribuição de insumos), 6 (apenas o profissional assistencial nota a ausência do material), 7 (regularidade da logística reversa) e 8 (concentração de clientes em uma mesma operadora para padronização dos insumos) – e “discordo plenamente” – afirmativa 5 (impacto direto na assistência ao cliente após estabelecimento de controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos).

As opções “nem discordo nem concordo” e “discordo parcialmente” não representaram maioria em nenhuma das afirmativas propostas.

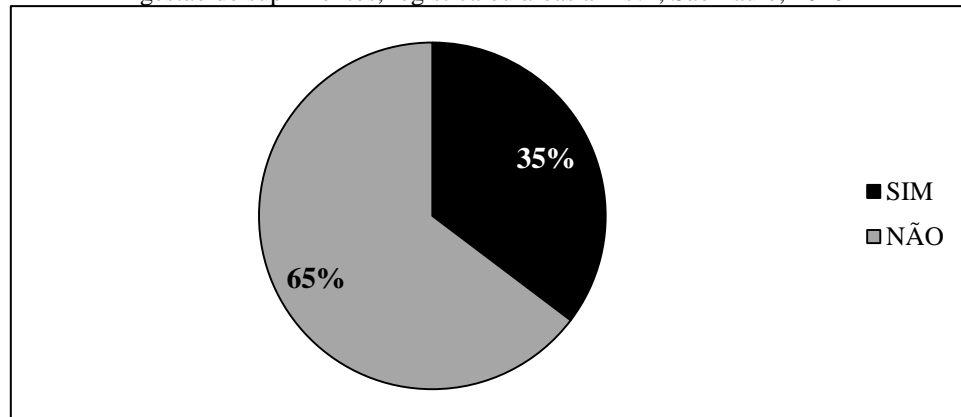
Gráfico 15. Descrição da frequência de distribuição das respostas sobre o tempo de experiência na gestão em *home care*, São Paulo, 2020



Média: 33%; desvio padrão: 3,02; variância: 1,33

De acordo com os dados do Gráfico 15, as respostas informadas na Questão Adicional 1 (“Qual o seu tempo de experiência profissional no ramo da gestão de *home care*?”) demonstraram que 41,2% dos participantes da pesquisa possuem menos de cinco anos no ramo da gestão de *home care*, seguidos por 29,4% em ambas as demais categorias (entre 6 e 10 anos e mais de 10 anos), com uma média geral de 33% e desvio padrão de 3,02, representando a variação das proporções encontradas em torno da média (33%), com a variância (1,33) reforçando o valor encontrado no desvio padrão, corroborando a aproximação dos valores obtidos em relação à média.

Gráfico 16 – Descrição da frequência de distribuição das respostas da questão “Possui especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins?”, São Paulo, 2020



Média: 50%; desvio padrão: 5,33; variância: 12,5

Segundo os valores obtidos por meio da Questão Adicional 2 (“Possui especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins?”) demonstrados no Gráfico 16, 65% dos participantes não possuem especialização na área de suprimentos, logística ou áreas afins, seguidos por 35% de gestores que responderam possuir especialização na área. O desvio padrão (5,33) e a variância (12,5) permitem inferir que as respostas informadas distanciam-se da média encontrada (50%).

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta dissertação fazem parte dos dados coletados por meio de pesquisa baseada em situações simuladas que são vivenciadas por pelo menos uma boa fração dos gestores operacionais do ramo de *home care* em suas rotinas de trabalho, valendo a pena frisar que a amostra da pesquisa não representa todo o universo do ramo.

O estudo abordou tópicos variados sobre gestão operacional dos insumos, controle e distribuição de estoque, logística e logística reversa, avaliação dos serviços sob a ótica de clientes e operadoras de saúde suplementar, gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, educação continuada e logística de insumos durante a pandemia do *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

O tempo de experiência profissional e a especialização na área da gestão de suprimentos

ou logística do gestor na área de *home care* também foram abordados na pesquisa com o objetivo de compreender se essas variáveis influenciam diretamente nas atitudes descritas. O foco da pesquisa não foi, então, avaliar qualidade de cursos de pós-graduação ou a sua obrigatoriedade, limitando-se apenas a relacionar as variáveis e observar se houve alguma inter-relação entre a atuação profissional dos gestores.

O processo de gerenciamento de *home care* necessita de procedimentos para suporte técnico e logístico onde exista o controle de materiais, medicamentos e equipamentos, pois não são permitidas improvisações e informalidades. Nessas situações, a qualidade na assistência é o foco principal, e o gestor deve planejar e apoiar a equipe multiprofissional, para que suas habilidades sejam bem desenvolvidas no domicílio do paciente.

Sobre o processo logístico em *home care*, muitos gestores utilizam sistema de controle de materiais e fluxos, mas devido à grande rotatividade em suas empresas, consideram maior dificuldade na execução completa dos fluxos e processos, que para dar certo necessitam da prática ideal desde o almoxarifado até o domicílio do paciente, além da inversão do fluxo.

Na pesquisa de Alves et al., (2007), o enfermeiro foi identificado como principal profissional envolvido no processo logístico de operacionalização dos materiais e insumos nos diversos serviços de saúde. A afirmação 1 disponibilizada neste estudo trata do assunto, declarando que o enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos clientes, obteve 82% de respostas variando entre “concordo plenamente” e “concordo parcialmente”.

Freitas et al., (2020) citam em sua pesquisa que a enfermagem acompanhada de sua equipe desempenha um papel fundamental com base em antever a necessidade de insumos específicos para as suas unidades de trabalho, considerando a frequência dos procedimentos e o uso dos materiais.

Também é dito que a responsabilidade e a competência pela administração dos insumos cabem ao enfermeiro, tanto no aspecto quantitativo quanto no aspecto qualitativo, participando de todo o processo logístico de compra, avaliação e assessoramento às áreas técnicas, contribuindo com a organização, o planejamento e a sistematização do processo para garantia de confiabilidade ao trabalho realizado (Bahia, [s.d.]).

Os tópicos abordados nas Afirmações 2 e 3 revelam *gaps* na logística de materiais em *home care* – as falhas decorrentes dos processos desde a solicitação até a distribuição final. Na

Afirmção 2 (falhas relacionadas ao setor de suprimentos/almojarifado), os participantes mostraram-se divididos em relação às suas percepções, com 53% dos gestores discordando parcial ou plenamente e 47% concordando parcial ou plenamente.

A Afirmção 3 segue como um complemento da afirmação supracitada, citando que as falhas ocorrem por erros na descrição dos materiais (em termos de padrão requerido e quantidade necessária), Contudo, nessa afirmativa, 100% dos gestores concordam plenamente ou parcialmente, o que permite inferir que a maioria dos erros logísticos ocorre em decorrência da má descrição dos insumos necessários, que é realizada pelos profissionais operacionais.

A prescrição médica durante o processo de avaliação do paciente em ambiente hospitalar possui fundamental importância na gestão dos insumos que serão disponibilizados durante os atendimentos em regime de internação domiciliar. Entretanto, como consequência da má gestão das solicitações de compras, assim como da não atualização periódica das prescrições médicas – que funcionam como a base de solicitação para novos insumos – ocorrem erros nesses processos, acarretando falhas operacionais, por imperícias durante o processo de gerenciamento dos pacientes em regime de internação domiciliar.

Pereira (2019) relata que a busca por melhorias no fornecimento de insumos, e consequentemente no planejamento logístico de compras e destino final dos produtos ofertados para o paciente em regime de atendimento domiciliar, necessita de planejamento estratégico, uso racional dos insumos disponibilizados, auditorias regulares em prontuário médico e inserção de novas tecnologias em prol da melhoria em qualidade, visando a atender a demanda e suprir as necessidades básicas dos clientes.

O sistema de armazenagem e de dispensação dos insumos ofertados necessita de comunicação assertiva no desenvolvimento de novas tecnologias estruturadas de acordo com a necessidade da instituição, bem como o gerenciamento e o plano de compra de maneira eficiente e eficaz para o reabastecimento do setor de suprimentos. É de grande valia seguir com novas implantações em sistemas procedentes de comunicação e monitoramento, com a finalidade de manter o abastecimento fidedigno diante das necessidades encontradas no âmbito assistencial e econômico de uma instituição (Raimundo et al., 2014).

Com a finalidade de promover a continuidade no processo de atendimento dos clientes, é importante conhecer e estabelecer processos administrativos, como o uso racional dos insumos, rastreabilidade, armazenamento, distribuição, orientações e características dos usuários, para

garantir a diminuição de erros de administração e de falhas na dispensação, e para a diminuição dos custos logísticos e de segurança do paciente.

Sendo assim, o controle rígido dos estoques por meio de inventários, seguido das orientações dos distribuidores frente ao uso racional dos processos logísticos e à movimentação do estoque, contempla uma logística factível suprindo as necessidades de identificação e gerenciamento dos insumos (Pinto, 2016).

Dos gestores participantes da pesquisa, 83% concordaram plenamente ou parcialmente com a Afirmação 4, que abordou a otimização dos processos logísticos de controle de estoque da empresa utilizando a estratégia *just in time*, o que pode ser justificado pela melhoria do controle de saída e utilização de materiais, aumentando a segurança do paciente, reduzindo custos e organizando os processos de trabalho e as operações envolvidas.

Just in time, ou “momento certo”, segundo Shankya (2020), “é um sistema com objetivo de produzir a quantidade exata de um produto, de acordo com a demanda, de forma rápida e sem a necessidade da formação de estoques, fazendo com que o produto chegue a seu destino no tempo certo”.

Ohno (1997) e Barros e Barros ([s.d.]) conceituam o sistema *just in time* e afirmam a confiabilidade da técnica no controle do abastecimento da produção em diversos setores, auxiliando na redução dos custos e organizando os processos, informações que corroboram os dados supracitados obtidos nesta pesquisa em relação ao seu uso inclusive no ramo do *home care*.

A possibilidade de o controle financeiro dos custos não impactar na assistência direta ao cliente foi simulada na Afirmação 5, na qual 59% dos gestores participantes discordaram plenamente da afirmativa proposta, seguidos de 35% concordando parcial ou plenamente, sugerindo uma diferenciação entre as empresas gerenciadas pelos participantes, o que pode ser explicado, talvez, pelos diferentes perfis de serviços e categorias em termos de capital, complexidade, diferenciação de público-alvo, entre outras possíveis razões não especificadas no escopo da pesquisa.

Santos et al., (2011) descrevem em seu estudo que os custos gerados no atendimento domiciliar (o que abrange internação domiciliar) não podem ser ditas como “baratas”. Comparados à diária hospitalar, os atendimentos realizados em domicílio podem custar 1/3 do valor definido para a internação hospitalar. Sendo assim, as instituições que prestam serviços em saúde visam a garantir qualidade na assistência, diminuição de internações e reinternações e

gerenciar os recursos escassos, garantindo a prestação dos atendimentos e o fornecimento de insumos, recomendados durante o processo de transição de cuidado.

Em relação à atuação multiprofissional, a Afirmação 6 traz à tona uma problemática vivenciada pelas equipes: a falta de materiais na residência do cliente, que é percebida apenas pelo profissional presente para realizar a assistência. De acordo com a pesquisa, 89% dos participantes informaram que essa falha só é notada pelo profissional. No documento da PUC-Rio (PUC-Rio, [s.d.]), é dito que a falta de conhecimento técnico gera solicitações de urgência, o que encarece o produto final entregue aos beneficiários, por meio de gestão dos insumos de forma prioritária e em caráter de urgência. Sendo assim, o plano de gestão dos insumos nos almoxarifados possui papel fundamental na negociação e no poder de compra da instituição.

A Afirmação 7, que trata da realização regular da logística entre os clientes domiciliares, obteve 71% concordando parcial ou plenamente com a situação, seguido de 24% de gestores que discordaram parcial ou plenamente da afirmação. Shibao et al., (2010) citam em sua pesquisa que toda a cadeia de suprimentos, gerenciada de forma economicamente correta, possui vantagens imprescindíveis no processo de logística reversa do produto ofertado, visando a adquirir melhorias nos processos desenvolvidos e viabilizados para atender a demanda reversa, através de protocolos, sustentabilidade e exigências legais.

Entretanto, devido à ausência de indicadores específicos que quantifiquem e direcionem o custo da logística reversa para o plano de gerenciamento dos suprimentos, executivos e gestores dos segmentos, existe a dificuldade em traçar perspectivas evidenciadas, para melhoria dos serviços prestados, satisfação do cliente, competitividade no mercado, entre outros benefícios lucrativos, na transformação de novos arranjos economicamente vantajosos para o estabelecimento, por meio da gestão correta da logística reversa (Shibao et al., 2010).

Feuerwerker e Merhy (2008) citam em seu estudo que as equipes multidisciplinares apresentam um papel importante no que tange ao desempenho dos atendimentos previamente avaliados e implantados de seus beneficiários, cuja demanda de produção esteja vinculada ao fornecimento dos insumos necessários para a assistência de qualidade.

Tal informação também pode estar relacionada com a Afirmação 8, que trata da uniformização da cartela de clientes em operadoras semelhantes para favorecimento da padronização dos insumos, com 76% dos participantes concordando plenamente ou parcialmente com a afirmação proposta.

As afirmações 9 e 10 tratam, respectivamente, da avaliação dos serviços sob a ótica de clientes e operadoras de saúde, temas extremamente relevantes para o gestor no ramo de *home care*. Dos gestores participantes, 76% declararam concordar plenamente ou parcialmente com a afirmativa proposta quando se trata de mudanças de fluxos nos processos de trabalho sob a ótica dos clientes/beneficiários.

Um percentual de 94% dos gestores que responderam ao questionário concordou plena ou parcialmente com a afirmativa que trata de mudanças nos processos logísticos sob a ótica avaliativa das operadoras de saúde, demonstrando uma preocupação considerável com a qualidade e a manutenção dos serviços.

Em relação ao gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, a Afirmação 11 trata sobre discussões gerenciais periódicas sobre o assunto, e 53% dos gestores afirmaram discordar parcial ou plenamente sobre a periodicidade das discussões gerenciais sobre o assunto, seguidos de 47% de gestores que concordaram com a ocorrência periódica das discussões envolvendo o tópico.

Gessner et al., (2013) descrevem em seu estudo que ainda há um desconhecimento sobre o gerenciamento dos resíduos entre os profissionais da saúde, incluindo a destinação do lixo gerado após o seu uso, reforçando o caráter fragmentador do trabalho em saúde. O manejo dos resíduos deve ser compreendido para o amparo na redução dos acidentes de trabalho e a proteção ambiental.

Ventura et al., (2010) publicaram instrumentos de avaliação (indicadores) em relação ao gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde em uma instituição na cidade de São Carlos/SP, e chegaram à conclusão de que os mais bem avaliados foram: procedimentos realizados para segregar internamente os RSS, conhecimento das informações contidas no Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), e estratégias de treinamento desenvolvidas com os funcionários.

Silva et al., (2014) descrevem em seu estudo o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (Brasil) e chegam à conclusão de que há falhas nos processos de coleta, uso de EPIs, acondicionamento, transporte e armazenamento dos resíduos de uma maneira global, fato este que pode ser observado em diversas outras regiões brasileiras.

A afirmação 12 aborda a identificação das deficiências na educação continuada como

rotina dos gestores em *home care*, apresentando 83% dos participantes concordando plenamente ou parcialmente com a afirmação sobre a prática simulada, frente a 18% de gestores que discordaram parcialmente da afirmativa. Nenhum participante discordou plenamente da informação proposta.

Segundo Silva et al., (2020), a educação continuada ou permanente visa a superar os desafios encontrados pelas equipes e organizações, com a finalidade de promover conhecimentos específicos de determinados procedimentos, mantendo e aprimorando a qualidade no serviço ofertado. Para a criação de processos educacionais, é necessário enfrentar os desafios, romper as barreiras da burocratização e evidenciar os fatos, para a organização dos protocolos a serem seguidos, através da capacitação profissional.

Como aliado ao mecanismo de aprendizagem, há o desenvolvimento de novas tecnologias como ferramenta educativa, como o infográfico animado, o qual proporciona comunicação assertiva, norteada através da apuração de suas necessidades estratégicas, melhorando a interlocução dos serviços prestados e anseios adquiridos (Dorneles et al., 2020).

A segurança e a qualidade nos serviços prestados são pilares importantes e tangíveis por meio de indicadores, que são confrontados com a experiência dos profissionais visando ao aprimoramento de novas gestões educativas permanentes, desenvolvendo conhecimentos fragmentados, técnicos, focados na melhoria dos atendimentos, integrando os conhecimentos adquiridos em diversas situações inerentes ao processo de aprendizado. Sendo assim, a educação continuada possui um papel fundamental para a implementação de práticas assistenciais com qualidade (Koerich et al., 2020).

Dos gestores participantes, 94% concordaram plenamente ou parcialmente com a Afirmação 13 que trata da realização de discussões gerenciais sistemáticas envolvendo o padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2, fato que demonstrou extrema importância devido à gravidade e à demanda inesperada pelos serviços públicos e privados.

Albuquerque (2020) relata em seu documento o impacto da pandemia do SARS-CoV-2 nos serviços de saúde e a necessidade de suporte operacional e reforços nos arranjos logísticos preconizados pela Organização Mundial da Saúde, bem como mapeamento de recursos e insumos, sistema de controle e gerenciamento da cadeia de suprimentos e processos de compras redirecionados à demanda atual.

A experiência profissional em determinadas modalidades de atendimento assistencial proporciona uma variedade de conhecimentos peculiares na gestão operacional dos atendimentos e fornecimentos de insumos na modalidade *home care*, a qual se diferencia pela vasta gama de contratos e formas particulares de atendimento personalizado, proporcionando uma gestão equilibrada, baseada na expertise na modalidade *home care*. Nesta pesquisa, o perfil de gestores indica que 41,2% possui menos cinco anos de experiência em gestão de *home care*, o que pode ter influenciado em alguns aspectos práticos simulados nas afirmações.

A qualificação profissional possibilita a navegação entre o conhecimento adquirido e o conhecimento ofertado. Sendo assim, a especialização é um diferencial que poderá auxiliar nas tomadas de decisões e nos processos de trabalho. No estudo, 65% dos gestores participantes relataram não possuir especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins.

Por todos esses aspectos apresentados, consideram-se necessárias melhorias na qualidade em saúde no *home care* com estratégias e práticas inovadoras que requerem do gestor conhecimento amplo sobre o processo de trabalho não somente de sua empresa, mas de outras empresas do ramo também.

O resultado será o melhor gerenciamento do fluxo de produtos, materiais e informações que servirão para a integração dos setores operacionais, de compras e de recursos humanos, juntamente com os fornecedores, resultando, assim, na efetividade e na melhoria no serviço de *home care*.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Após a descrição dos dados e análise das respostas dadas pelos 17 gestores participantes da pesquisa, notou-se que a maior proporção das afirmações concentrou-se em concordar plenamente ou parcialmente com o que lhes fora proposto no instrumento de coleta de dados.

Assim sendo, a maioria dos participantes concordou com as situações expostas nas afirmações que tratavam de assuntos como: o profissional enfermeiro e a gestão dos insumos; processos de trabalho na solicitação e dispensação de materiais; padronização na descrição dos itens; utilização da estratégia *just in time* para otimização dos processos logísticos; percepção da ausência de materiais/insumos no momento da sua utilização na residência do cliente; realização regular dos processos de logística reversa nas residências dos clientes; concentração de clientes da mesma operadora para padronização dos insumos; ocorrência de mudanças organizacionais mediante avaliação de clientes, familiares e operadoras de saúde suplementar; identificação adequada das deficiências na educação continuada dos colaboradores e concordância acerca das mudanças logísticas frente à pandemia do SARS-CoV-2.

Nas situações indicando que a ausência de materiais na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos e sobre a empresa realizar discussões periódicas a respeito do gerenciamento dos resíduos, houve uma polarização entre os gestores, evidenciando uma diferenciação dos padrões encontrados, que variou entre “concordo” (plenamente e parcialmente) e “discordo parcialmente”, o que deve ser melhor explorado em estudos/levantamentos específicos.

Sob o ponto de vista geral, é possível inferir que os gestores possuem percepções e possíveis características pessoais e interpessoais semelhantes frente às situações propostas, demonstrando, nesse caso, que 41,2% dos gestores possuem menos de cinco anos de experiência na gestão em *home care* e que 64,7% declararam não possuir especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins, reforçando o padrão quase uniforme em relação às atitudes simuladas no questionário levando em consideração as variáveis/expertise relacionadas ao gestor (experiência profissional e especialização).

Vale a pena novamente ressaltar que este estudo é uma amostra representativa de conveniência, não representando todo o universo que envolve as empresas de *home care* de São

Paulo/SP. Contudo, os resultados mostraram-se significativos, permitindo obter um panorama relevante em relação à autopercepção dos gestores, visto que os participantes pertencem a diversas empresas sem relação direta entre si.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE FUTURAS PESQUISAS

Uma das limitações iniciais que ocorreram estava relacionada ao referencial teórico, uma vez que existia uma grande quantidade de materiais sobre o tema. Entretanto, observou-se que eram poucos os artigos que diferenciavam claramente a assistência domiciliar privada da assistência domiciliar pública. Muitas vezes percebeu-se que alguns artigos começavam a desenvolver uma pesquisa baseada nessa informação, mas se perdia algumas vezes o conceito na legislação. Portanto, a leitura e busca de resultados foi extensiva.

No desenvolvimento desta pesquisa, foi difícil delinear uma empresa de *home care* que estivesse em condições de demonstrar o seu processo de trabalho habitual. Considerando o momento em que foi escolhido fazer essa pesquisa em campo, o contexto de saúde e econômico na ocasião estava focado na crise da *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2 (COVID-19), os processos das cadeias de suprimentos estavam desestruturados e havia a necessidade iminente de reconstruí-los baseados no que era ofertado naquele momento.

Outro fator muito importante é que existem muitos conteúdos que explicam muito sobre a assistência domiciliar e atendimento domiciliar, e que muitos autores têm definições similares às dos outros. No entanto, o *home care* é uma complementação privada, estratégica e bem estruturada dentro do sistema de saúde, e muitos autores ainda necessitam conhecer suas particularidades.

Outra limitação encontrada foi o fato de não se considerar no contexto de saúde e econômico a crise da SARS-CoV-2. Por tratar-se de uma crise mundial, os impactos na bolsa de valores e nas cadeias de suprimentos já estavam anunciados. Entretanto, a situação foi pior do que o esperado, e a reclusão social e o aumento dos casos de contaminação dificultaram o sistema logístico e o controle de insumos.

Esse fato influenciou no desenvolvimento da pesquisa, uma vez que foi considerada importante uma reunião prévia junto aos gestores para ser possível identificar os “gargalos” na gestão de suprimentos em *home care*, o que contribuiria para a construção de um questionário direcionado e objetivado para esta pesquisa, o que de fato também não foi possível ser realizado.

Para reforçar e corroborar os achados obtidos nesta pesquisa, como sugestão de futuras pesquisas seria necessária a realização de estudos de maior magnitude, com o intuito de comparar a dinâmica dos processos de trabalho entre as instituições do mesmo ramo de atuação profissional.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, N. L. S. de. (2020). Planejamento operacional durante a pandemia de COVID-19: Comparação entre recomendações da Organização Mundial da Saúde e o plano de contingência nacional. *Cogitare Enfermagem*, [internet].
<https://doi.org/dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72659>
- Alves, M., Araújo, M. T., Santana, D. M., & Vieira, D. L. (2007). Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, Brasil. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2), 96–106.
- Amaral, N. N. do, Cunha, M. C. B., Labronici, R. H. D. D., Oliveira, A. S. B., & Gabbai, A. A. (2001). Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): Sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Rev. Neurociências*, 9(3), 111–117.
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: Uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, 70(1), 210–219. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
- Angelo, M., & Bousso, R. S. (2001). *Manual de enfermagem*. Ministério da Saúde.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2866.pdf>
- Antoniali, F., Antoniali, L. M., & Antoniali, R. (2017). Usos e abusos da escala Likert: Estudo bibliométrico nos anais do ENANPAD de 2010 a 2015. *REUNA*, 22(4), 1–19.
- ANVISA. (2006). *Reunião da diretoria colegiada nº 11*.
https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-11-de-26-de-janeiro-de-2006?category_id=198
- Avelar, P. S. de. (2007). *Modelo de plataforma e-saúde como estratégia de gestão de tecnologia médico-hospitalar no home care: A engenharia clínica incorporada ao sistema de home care* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/89763/247084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bahia, M. T. R. ([s.d.]). *Gerenciamento de recursos materiais em enfermagem*. Universidade

- Federal de Juiz de Fora. <https://www.ufjf.br/admenf/files/2019/02/Aula-14-Gerenciamento-de-Recursos-Materiais.pdf>
- Barros, W. de S., & Barros, A. ([s.d.]). *Sistemas de abastecimento da produção: Kanban e Just in Time*.
- Borges, M. V., Silva, A. R. L. da, Souza, E. M. de, & Fantinel, L. D. (2016). Implicações simbólicas na organização de um home care: Interpretações entre a equipe de saúde e os cuidadores familiares. *REAd*, 1(83), 52–76.
- Braga, P. P., Sena, R. R. de, Seixas, C. T., Castro, E. A. B. de, Andrade, A. M., & Silva, Y. C. (2016). Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 903–912.
- Brasil, M. da saúde. (2012). *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da saúde.
- Brasil, M. da S. (2014). *Atenção domiciliar no SUS – resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7677/9788533422049_por.pdf?sequence=1&isallowed=y
- Brasil, M. da S., Secretaria de Atenção à Saúde, & Departamento de Atenção Básica. (2013). *Caderno de atenção domiciliar*. Ministério da Saúde.
- Brasil, M. da S., Secretaria de Atenção à Saúde, & Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2008). *Guia prático do cuidador*. Ministério da Saúde.
- Brondani, C. M. (2008). *Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação hospitalar* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Maria].
<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7312/CECILIAMARIABRONDANI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casas, A. L. L. (2007). *Marketing de serviços* (5ª edição). Atlas.
- Christensen, C. M. (2018). *Desafios da gestão: Uma introdução às mais influentes ideias da Harvard Business Review*. Editora Sextante.
- Coradassi, R. C. (2018). *logística healthcare: Mapeamento e otimização da frota de veículos para locomoção de pacientes na 3º região de saúde do estado do Paraná* [Trabalho de

- conclusão de curso (graduação em engenharia de produção)]. Universidade Tecnológica Federal do Paraná.
- Costa, M. J. C. (1978). Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 31, 321–339.
- Couto, M. C. L., & Lange, L. C. (2017). Análise dos sistemas de logística reversa no Brasil. *Eng Sanit Ambient*, 22(5), 889–898. <https://doi.org/10.1590/S1413-41522017149403>
- Cruz, M. M. da C., & Ballista, B. R. (2006). Logística Reversa dos Estabelecimentos de Saúde da Grande Vitória. *Anais do XIII SIMPEP*.
https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/1173.pdf
- Cunha, M. S. da, & Sá, M. de C. (2013). A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: Os desafios de se mover no território. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 61–73.
- Cunha, J. J., Santos, P. N. D. dos, Lepinski, A. G., Santos, M. M. S. dos, Hermann, A. P., & Lacerda, M. R. (2014). Gerenciando a assistência domiciliar. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(2), 186–195.
- Cunha, M. A. O., & Moraes, H. M. M. de. (2007). A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1651–1660.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600026>
- Daher, C. E., Silva, E. P. de L. S., & Fonseca, A. P. (2006). Logística Reversa: Oportunidade para Redução de Custos através do Gerenciamento da Cadeia Integrada de Valor. *Brazilian Business Review*, 3(1), 58–73.
- Dorneles, L. L., Martins, V. do P., Morelato, C. S., Goes, F. dos S. N. de, Fonseca, L. M. M., & Camargo, R. A. A. de. (2020). Desenvolvimento de infográfico animado sobre Educação Permanente em Saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 28(3311).
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3536.3311>
- Erdmann, A. L., Mello, A. L. S. F. de, Meirelles, B. H. S., & Marino, S. R. de A. (2004). As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. *Rev Bras Enferm*, 57(4), 467–471.

- Fernandes, S. N., & Duarte, F. (2016). Auditoria interna como ferramenta de melhoria da qualidade em um home care. *Revista ACRED*, 6(12), 39–53.
- Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: Desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24, 180–188.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892008000900004>
- FIPE. (2020). *Censo NEAD-FIPE de atenção domiciliar*.
- Floriani, C. A., & Schramm. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*, 20(4), 986–994.
- Franco, T. B., Martins, A. A., Alves, C. A., Arantes, C. F., & Arantes, R. F. (2007). *Implantação de Atenção Domiciliar no Âmbito da Saúde Suplementar – Modelagem a partir das Experiências Correntes*. Universidade Federal Fluminense.
http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/PesqCtroColab20062008_Implantacao_de_Atencao_Domiciliar_no_ambito_da_SS.pdf
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2008). Atenção domiciliar na saúde suplementar: Dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1511–1520.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500016>
- Freitas, P. de C., Galdino, D. M., Grillo, M. de F., Duro, C. L. M., Duarte, Ê. R. M., & Kaiser, D. E. (2020). Performance do enfermeiro/equipe de enfermagem na dispensação de materiais para assistência ao usuário no domicílio. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 41(Esp).
<https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190151>
- Garcia, L. P., & Zanetti-Ramos, B. G. (2004). Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: Uma questão de biossegurança. *Cad Saúde Pública*, 20(3), 744–752.
- Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, Melchiorre, M. G., Greco, C., & Devillé, W. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *Health Services Research*, 11(207), 1472–6963.
- Gessner, R., Piosiadlo, L. C. M., Fonseca, R. M. G. S. de, & Larocca, L. M. (2013). O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: Um problema a ser enfrentado. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 117–123. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i1.31316>

- Giacomozzi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 645–653.
- Gomes, J. A. (2016). Plano de saúde e internação em regime home care: Da obrigatoriedade de sua cobertura contratual. *Revista dos tribunais*, 968.
http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RTrib_n.968.08.PDF
- Gomes, M. L. P., Silva, J. C. B. da, & Batista, E. C. (2018). Escutando quem cuida: Quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(1), 3–17. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.530>
- Guércio, C. R. (2017). *Custos e benefícios de um sistema de logística reversa na gestão de resíduos sólidos: Um estudo de caso na administração pública*. Universidade de Brasília.
- Gurfinkel, V. (2019). *Home care e planos de saúde*.
<https://www.medicosperitos.com.br/artigos/47/Home-care-e-planos-de-saude>
- HC/ UTFM, S. hotelaria hospitalar. ([s.d.]). *Introdução ao gerenciamento de resíduos em serviços de saúde*.
- Kawasaki, K., & Diogo, M. J. D. (2001). Assistência domiciliária ao idoso: Perfil do cuidador formal – Parte I. *Rev Esc Enferm USP*, 35(3), 257–264.
- Kepler, J. (2019). *Os segredos da gestão ágil por trás das empresas valiosas*. Editora Gente.
- Kerber, N. P. da C., Kirchof, A. L. C., & Cezar-Vaz, M. R. (2008). Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 485–493. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300002>
- Koerich, C., Erdmann, A. L., & Lanzoni, G. M. de M. (2020). Interação profissional na gestão da tríade: Educação permanente em saúde, segurança do paciente e qualidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 28(3379). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379>
- Lagioia, U. C. T., Filho, J. F. R., Falk, J. A., & Libonati, J. J. (2008). A gestão por processos gera melhoria de qualidade e redução de custos: O caso da unidade de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da universidade federal de Pernambuco. *R. Cont. Fin. USP*, 19(48), 77–90.

- Lopes, D. da S. (2019). *Prestação de serviços de desospitalização para idosos na dimensão qualidade percebida em operadoras de saúde e seus impactos na satisfação do beneficiário* [Dissertação de mestrado]. Universidade Nove de Julho.
- Lourenço, K. G., & Castilho, V. (2006). Classificação ABC dos materiais: Uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 52–55.
- Marinho, L. R., Holanda, C. L. de S., & Fontana, M. E. (2016). Avaliação de desempenho de operações de armazenagem no fluxo reverso. *Anais do XXXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Contribuições da engenharia de produção para melhores práticas de gestão e modernização do Brasil*.
- Martins, A. V. F., Peter, M. da G. A., Machado, M. V. V., & Catrib, A. M. F. (2013). Estratégias para redução de custos em operadoras de planos de saúde. *RIC – Revista de Informação Contábil*, 7(1), 55–72.
- Martins, S. K. (2006). *Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: Contribuições da enfermeira* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná]. <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oSorianeMartins.pdf>
- Marzari, F., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2005). Cuidar no domicílio: Percepção de cuidadores familiares da área rural. *REME – Rev. Min. Enf.*, 9(4), 322–328.
- Mattos, D., Ramos, E., & Cruz, S. A. da. (2019). A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: O Poder Judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde. *Revista Direito e Praxis*, 10(3), 1745–1768. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/33610>
- Monken, S. F., Motta, L. J., Schawach, C., & Oliveira, C. M. (2015). Abordagem bibliométrica sobre a governança corporativa no setor da saúde. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 5(Número especial), 57–68.
- Naime, R., Sartor, I., & Garcia, A. C. (2004). Uma abordagem sobre a gestão de resíduos de serviços de saúde. *Revista espaço para a saúde*, 5(2), 17–27.
- Neto, G. V., & Filho, W. R. (1998). *Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- Neto, G. V., & Malik, A. M. (2018). *Gestão em saúde* (2ª edição). Guanabara Koogan.

- Nunes, E. dos S., Assis, S. F. M. de, & Lopes, E. L. (2016). Fatores críticos de sucesso nas implantações de software de gestão integrada em entidades de saúde. *International Journal of Health Management Review*, 2(2), 1–20.
- Nunes, T. da S. P., Gutemberg, A. C. B., Armando, C. B., Pinto, F. F., Lemos, M. C., & Passos, J. P. (2012). Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: Uma revisão de literatura. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental*, 4, 57–60.
- Ohno, T. (1997). *O Sistema Toyota de Produção Além da Produção Em Larga Escala*. Bookman Companhia Ed.
- Osmo, A., & Castellanos, P. L. (2007). *Os cuidados a domicilio: Da decisão política à gestão de programas*. . <http://www.ufrgs.br/pdgs/Cuidadomicilio.htm>
- Pagliuca, L. M. F., Dantas, R. A., & Batista, P. C. de S. (2008). Assistência domiciliar de enfermagem: Percepção da família. *Rev. RENE.*, 9(3), 19–27.
- Paiva, L. H. de. ([s.d.]). *Gerenciamento de resíduos*. Recuperado 5 de janeiro de 2021, de <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/TREINAMENTO+GERENCIAMENTO+DE+RES%C3%84DUOS.pdf/180c3ded-3637-4006-a454-a2bfa82e9759>
- Pereira, J. B. (2019). *Gestão de serviços de atenção e logística em saúde*. Editora SENAC.
- Pereira, M. J. B., Martins Mishima, S., Fortuna, C. M., & Matumoto, S. (2005). A assistência domiciliar—Conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=281421850013>
- Pereira, V. F., Soares, A. V., Fernandes, F. R., & Maciel, D. da S. A. (2018). Gerenciamento de resíduos nos procedimentos de saúde: Uma revisão da literatura. *Revista Saúde em Foco*, 10, 980–995.
- Pinto, V. B. (2016). Uso Racional de Medicamentos: Fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Armazenamento e distribuição: O medicamento também merece cuidados. *OPAS/OMS – Representação Brasil*, 1(12). https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1540-armazenamento-e-distribuicao-o-medicamento-tambem-merece-cuidados-0&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965

- Piovesan, A., & Temporini, E. R. (1995). Pesquisa exploratória: Procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública*, 29(4), 318–325.
- PUC Rio. ([s.d.]). *Levantamento e análise das causas de falhas no planejamento de demanda e suas consequências*.
- Raimundo, E. A., Dias, C. N., & Guerra, M. (2014). Logística de medicamentos e materiais em um hospital público do Distrito Federal. *RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 12(2). <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i2.2384>
- Reis, G. F. M. dos. (2018). *Atenção domiciliar: Análise do perfil dos pacientes na utilização de recursos e custos em uma cidade do sudeste do Brasil* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP].
http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/560/2/GilianeFab%C3%ADolaMartinsdosReis_Dissertation.pdf
- Reis, S. (2018). *Caminhos da desospitalização de crianças dependentes de ventilação mecânica: Uma cartografia do cuidado no Distrito Federal* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília].
https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34060/1/2018_S%c3%adlviaReis.pdf
- Rocha, A. S., & Giotto, A. C. (2020). A Importância da Assistência Farmacêutica em Home Care. *Rev Inic Cient Ext*, 3(1), 390–400.
- Salimena, A. M. de O., Nazareth, J. B., Paiva, A. P. C., & Amorim, T. V. (2019). Cuidador-e-familiar na vivência da internação domiciliar. *Revista Enfermagem Atual*, 87(25).
<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/180/82>
- Sampaio, A. V. C. de F., & Imai, C. ([s.d.]). *A atenção domiciliar à saúde (home health care), a arquitetura acessível e o desenho universal*.
https://www.usp.br/nutau/nutau_2012/2dia/20120628170403_artigo%20NUTAU%202012%20final%20com%20pag.pdf
- Santos, L. R., Leon, C. G. R. M. P. de, & Funghetto, S. S. (2011). Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl 1), 855–863.
- Santos, M. D. C. (2018). *A importância do registro de enfermagem para a auditoria em home*

- care* [Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem)]. Universidade Católica de Salvador.
- Schutz, V., Leite, J. L., & Figueiredo, N. M. A. de. (2007). Como administrar cuidados domiciliares: O custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem uma experiência. *Escola Anna Nery*, *11*(2), 358–364. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200027>
- Shankya, G. de negócios. (2020). *O que é Just in Time? Como ele ajuda a sua empresa?* <https://www.sankhya.com.br/blog/o-que-e-just-in-time/#:~:text=O%20Just%20in%20Time%2C%20que,nome%20de%20Just%20in%20Time>.
- Shibao, F. Y., Moori, R. G., & Santos, M. R. dos. (2010). *A logística reversa e a sustentabilidade empresarial*. Anais do XIII SEMEAD – Seminários em Administração.
- Shinohara, E. E. R. D., & Assis, S. F. M. de. (2017). Gestão da demanda para melhoria da capacidade produtiva na assistência aos idosos em uma unidade básica de saúde. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, *14*(37), 82–91.
- Silva, D. F., Sperling, E. V., & Barros, R. T. de V. (2014). Avaliação do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde em municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (Brasil). *Eng Sanit Ambient*, *19*(3), 251–262. <https://doi.org/10.1590/S1413-41522014019000000452>
- Silva, C. P. G. da, Aperibense, P. G. G. de S., Filho, A. J. de A., Santos, T. C. F., Nelson, S., & Peres, M. A. de A. (2020). Da educação em serviço à educação continuada em um hospital federal. *Esc Anna Nery*, *24*(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0380>
- Silva, K. L., Sena, R. R. de, Silva, P. M., Braga, P. P., & Souza, C. G. de. (2012). Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. *Acta Paulista de Enfermagem*, *25*(3), 408–414. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000300014>
- Silva, K. L., Sena, R. R., Feuerwerker, L. C. M., Souza, C. G. de, Silva, P. M., & Rodrigues, A. T. (2013). O direito à saúde: Desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. *Saúde e Sociedade*, *22*(3), 773–784. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300011>

- Silva, L. de Q., Fernandes, D. R., Cruz, J. do N. da, Lago, E. C., Lima, C. H. R., & Almeida, C. A. P. L. (2016). Aspectos sociodemográficos do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família atuante na educação em diabetes mellitus. *R. Interd.*, 9(1), 153–160.
- Silva, Y. C., & Silva, K. L. (2020). Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: Dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral. *Esc Anna Nery*, 24(4).
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n4/1414-8145-ean-24-4-e20190335.pdf>
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 26(3), 649–659.
- Tavolari, C. E. L., Fernandes, F., & Medina, P. (2000). O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. *Revista de administração em saúde*, 3(9).
- Tonetto, L. M., Brust-Renck, P. G., & Stein, L. M. (2014). Perspectivas metodológicas na pesquisa sobre o comportamento do consumidor. *Psicologia: ciência e profissão*, 34(1), 180–195.
- Ventura, K. S., Reis, L. F. R., & Takayanagui, A. M. M. (2010). Avaliação do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde por meio de indicadores de desempenho. *Eng Sanit Ambient*, 15(2), 167–176.
- Welch, H. G., Wennberg, D. E., & Welch, P. W. (1996). The use of medicare home health care services. *The New England Journal of Medicine*, 335(5), 324–329.
- WHO. (2008). *The solid facts – Home care in Europe*. World Health Organization.
- Woolhandler, S., Campbell, T., & Himmelstein, D. U. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *The New England Journal of Medicine*, 349(8), 768–775.

APÊNDICE

APÊNDICE A. Questionário aplicado aos gestores de *home care*.

Afirmação		Concordo plenamente (1)	Concordo parcialmente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo parcialmente (4)	Discordo plenamente (5)
A1	O enfermeiro é o responsável pela gestão dos insumos nas residências dos clientes					
A2	A falta de materiais e insumos na residência do cliente está relacionada com falhas na dispensação pelo setor de suprimentos/almojarifado					
A3	A falta de padrão na descrição do material e da quantidade necessária a ser utilizada interfere na saída do item do estoque					
A4	Estabelecer uma estratégia <i>just in time</i> para o controle de estoque de insumos otimiza os processos logísticos da empresa					
A5	A empresa estabelecer controle financeiro rigoroso de insumos e medicamentos não impacta nos cuidados diretos ao cliente					
A6	A falta de algum insumo para a realização de procedimentos só é notada na residência do cliente pelo profissional assistencial					
A7	É realizada a logística reversa de todos os insumos excedentes das residências dos clientes					
A8	Utilizar como estratégia operacional a concentração de clientes em uma mesma operadora favorece a padronização dos insumos					

Continua na página seguinte

Continuação do apêndice A

Afirmação		Concordo plenamente (1)	Concordo parcialmente (2)	Não concordo nem discordo (3)	Discordo parcialmente (4)	Discordo plenamente (5)
A9	A avaliação dos serviços é realizada também sob a ótica dos pacientes e familiares; com o resultado dessa avaliação, ocorrem discussões gerenciais e possíveis mudanças nos fluxos e processos de trabalho					
A10	Após a avaliação da satisfação dos serviços pela ótica das operadoras de planos de saúde, ocorrem mudanças na estratégia logística caso seja necessário					
A11	Na empresa há discussões gerenciais periódicas a respeito do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde					
A12	Faz parte da rotina dos gestores identificar as deficiências na educação continuada dos colaboradores como ferramenta de qualidade					
A13	Há discussões gerenciais sistemáticas a respeito do padrão contingencial dos processos logísticos durante a pandemia SARS-CoV-2 (COVID-19)					
Questão adicional 1: Qual o seu tempo de experiência profissional no ramo da GESTÃO de <i>home care</i> ?		(<input type="checkbox"/>) menos de 5 anos (<input type="checkbox"/>) entre 6 e 10 anos (<input type="checkbox"/>) mais de 10 anos				
Questão adicional 2: O(a) senhor(a) possui especialização na área da gestão de suprimentos, logística ou áreas afins?		(<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não				