

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

**OS DESAFIOS DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE *HOME CARE* FRENTE A CRISE
PANDÊMICA**

Maria Rita Ferreira

São Paulo

2021

Maria Rita Ferreira

**OS DESAFIOS DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE *HOME CARE* FRENTE A CRISE
PANDÊMICA**

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**.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa

São Paulo

2021

Ferreira, Maria Rita.

Os desafios da gestão dos serviços de home care frente a crise pandêmica. / Maria Rita Ferreira. 2021.

115 f.

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

Orientador (a): Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa.

1. Gestão em Saúde. 2. Gestão de Serviços. 3. SARS-CoV2. 4. COVID-19. 5. Coronavírus

I. Barbosa, Antonio Pires. II. Título.

CDU 658:616



MARIA RITA FERREIRA

OS DESAFIOS DA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE *HOME CARE* FRENTE A CRISE
PANDÊMICA

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.



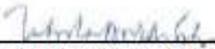
Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP



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



Ms. Natasha Dejgov Monteiro da Silva - Universidade Nove de Julho - Profissional de mercado

Prof. Dr. Alvaro Escrivão Junior - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas - FGV- EAESP (Suplente)

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

São Paulo, 10 de março de 2021

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente à Deus por me dar saúde e inspiração e à minha amada mãe Alaíde Ferreira de Lima, a orientadora da minha vida

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por me dar saúde, força para vencer obstáculos, inspiração e a oportunidade de chegar a este especial momento de conclusão de uma fase tão importante para a minha vida.

Agradeço aos meus amores, meus pilares na jornada da vida, minha mãe Alaíde Ferreira de Lima e minha irmã Maria José Ferreira de Lima Yoshino e ao querido cunhado Jerônimo Mitsulo Yoshino por todo apoio, dedicação, força e amor no dia-a-dia.

Agradeço ao meu querido amigo Donizetti da Silva Lopes por todo incentivo.

Agradeço imensamente aos colegas de turma, que mesmo em uma fase tão difícil e inesperada como está sendo a pandemia pelo COVID-19 estiveram mais presentes do que nunca, um estimulando ao outro, essa união foi essencial para o sucesso de todos. Em especial, agradeço a Vanderleia do Rosário Miranda e ao Paulo Augusto de Souza Rocha pela ajuda excepcional e de extrema importância.

Agradeço a todos os professores que passaram pelo nosso curso, pela nossa vida, cada um com seu jeito, personalidade e com sua forma de ensinar, mas, com uma contribuição ímpar para o nosso processo de aprendizado.

Agradeço à coordenação, que na pessoa da Professora Dra. Marcia Cristina Zago Novatti, também em momento tão desafiador como a pandemia, souberam inovar e nos ajudar a continuar o nosso curso.

Agradeço à Queli Sena Nascimento de Alcântara, por toda dedicação e carinho.

Agradeço às empresas de *home care*, que contribuíram para que esse trabalho fosse possível.

Em especial, agradeço à minha Orientadora, Professora Dra. Sonia Francisca de Paula Monken, pela imensa contribuição nesta dissertação, pela disponibilidade de sempre ouvir e orientar, por todo empenho, força e carinho dispensados.

Agradeço ao Professor Dr. Antônio Pires Barbosa, por aceitar o acompanhamento da minha defesa da Dissertação.

RESUMO

Introdução: O ano de 2020 foi marcado por uma pandemia mundial de COVID-19, causada pelo novo coronavírus (SARS-Cov2). Os serviços de saúde ultrapassaram suas capacidades instaladas, hospitais de campanha foram construídos rapidamente, e ventiladores mecânicos e equipamentos de proteção individual tornaram-se os itens mais procurados para enfrentar a pandemia. Com o isolamento social e a necessidade de que as pessoas ficassem em casa, as empresas de *home care* tiveram de enfrentar o desafio de se adaptar para atender a demanda em meio a essa Pandemia. Questiona-se: Sob a ótica dos gestores de *home care* quais os fatores relevantes na gestão dos serviços frente ao cenário pandêmico? **Objetivos:** Geral: Identificar os fatores que impactam a gestão dos serviços de *home care* no cenário da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 e Objetivos Específicos: analisar os processos gerenciais envolvidos no atendimento de pacientes no período de pandemia; conhecer as medidas contingenciais tomadas pelas empresas de *home care* na vigência da pandemia; contribuir para a gestão de *home care* com conhecimento de fatores que possibilitem o planejamento de ações eficazes e contingenciais diante de crises. **Procedimento Metodológico:** Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, que analisou os fatores de impacto na gestão de serviços de nove empresas de *home care*, sediadas no município de São Paulo – SP. Foi realizada pesquisa por questionário *on-line* com os gestores das empresas, convidadas por conveniência e que aceitaram participar do estudo. Coleta de dados por meio de questionário *on-line*, entrevistas e análise documental. Análise dos dados: Análise de conteúdo por meio de planilha Excel®, com análise crítica do conteúdo de cada resposta. **Riscos e Benefícios:** Não houve riscos para o participante, excetuando-se caso de impedimento de aplicação do questionário por conflito de interesses, o que por si só já foi excludente à pesquisa, o constrangimento pode ter sido outro risco, que teve como medida protetiva aplicação de questionário por meio digital. Não há benefício direto ao participante da pesquisa. **Considerações Gerais:** Este estudo fornece indícios que a dificuldade para as empresas de *home care* em período de pandemia está em desenvolver uma prescrição de elementos organizacionais para uma escolha simultânea de estratégias genéricas. A partir dos resultados desta pesquisa, espera-se poder contribuir com a gestão das empresas de atendimentos domiciliares, na gestão de crises, com desenvolvimento de novas estratégias que facilitem o trabalho e gerenciamento das equipes e atendimentos prestados. Na prática a pesquisa demonstra as dificuldades pelas empresas de *home care* mas, que poderão ser adaptadas para o manejo de crises em outras organizações de saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Gestão de Serviços; SARS-CoV2; COVID-19; Coronavírus; *Home Care*; Atendimento Domiciliar.

ABSTRACT

Introduction: The year 2020 was marked by a worldwide pandemic of COVID-19, caused by the new coronavirus (SARS-Cov2). Health services have exceeded their installed capacities, field hospitals have been built quickly, and mechanical ventilators and personal protective equipment have become the most sought-after items to face the pandemic. With social isolation and the need for people to stay at home, home care companies had to face the challenge of adapting to meet the demand during this Pandemic. The question is: From the perspective of home care managers, what are the relevant factors in the management of services in the face of the pandemic scenario? **Objectives:** General: To identify the factors that impact the management of home care services in the pandemic scenario caused by SARS-CoV-2 and Specific Objectives: to analyze the management processes involved in the care of patients during the pandemic period; know the contingency measures taken by home care companies during the pandemic; contribute to the management of home care with knowledge of factors that enable the planning of effective and contingent actions in the face of crises. **Methodological Procedure:** This is an exploratory study, with a qualitative approach, which analyzed the impact factors on the service management of nine home care companies, based in the city of São Paulo - SP. An online questionnaire survey was conducted with company managers, invited for convenience and who agreed to participate in the study. **Sample:** Data collection through online questionnaire, interviews, and document analysis. **Data analysis:** Content analysis using an Excel spreadsheet, with critical analysis of the content of each answer. **Risks and Benefits:** There were no risks for the participant, except in case of impediment to the application of the questionnaire due to conflict of interest, which was already exclusive to the research, the embarrassment may have been another risk, which had as a protective measure digital questionnaire application. There is no direct benefit to the research participant. **Conclusions:** This study provides evidence that the difficulty lies in developing a prescription for organizational elements for a simultaneous choice of generic strategies. Based on the results of this research, it is expected to be able to contribute to the management of home care companies, in crisis management, with the development of new strategies that facilitate the work and management of the teams and services provided. In practice, the research demonstrates the difficulties faced by home care companies, but which may be adapted for crisis management in other health organizations.

Keyword: Health Management; Service Management; SARS-Cov2; COVID-19; Coronavirus; Home Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pilares teóricos	24
Figura 2. Dimensões da Inovação.....	52
Figura 3. Critérios de Busca	76
Figura 4. Página inicial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).....	76
Figura 5. Módulo de identificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação de complexidade.....	34
Quadro 2. NEAD de classificação de complexidade.....	35
Quadro 3. Score de Katz para classificação de complexidade.	36
Quadro 4. Diretrizes para o tratamento COVID-19.....	45
Quadro 5. Paramentação e desparamentação	55
Quadro 6. Matriz Conceitual	73
Quadro 7. Perguntas da Pesquisa.....	79
Quadro 8. Perfil dos participantes	82
Quadro 9. Conteúdo dos questionários por empresa	83
Quadro 10. Análise das respostas (N:9)	90
Quadro 11. Maiores impactos nas empresas de <i>home care</i> durante a pandemia.....	92

LISTA DE SIGLAS

ABEMID	Associação Brasileira de Medicina Domiciliar
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades de Vida Diária
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EPI	Equipamento Individual de Proteção
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRM	Gerenciamento de Recursos Materiais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NEAD	Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAD	Plano de Atenção Domiciliar
PIB	Produto Interno Bruto
PSF	Programa de Saúde da Família
SAD	Serviços de Assistência Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SINESAP	Sindicato Nacional das Empresas Prestadoras de Serviços de Atenção Domiciliar à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problema de Pesquisa	17
1.2 Questão de Pesquisa.....	20
1.3 Objetivos.....	20
1.3.1 Geral.....	20
1.3.2 Específicos	20
1.4 Justificativa para o Estudo do Tema	20
1.5 Estrutura do Trabalho	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Panorama do setor de <i>Home Care</i>	24
2.1.1 Regulamentação da Assistência Domiciliar	28
2.1.2 Desospitalização	29
2.1.3 Critérios de elegibilidade do paciente para atendimento em <i>home care</i>	31
2.2 A Pandemia pelo SARS-CoV-2.....	37
2.2.1 Medidas de segurança contra a COVID-19	39
2.2.2 Equipamentos de Proteção Individual	41
2.2.3 Insumos Necessários.....	42
2.3 Gestão de Serviços de Saúde	46
2.3.1 Impactos da pandemia	49
2.3.2 Medidas contingenciais.....	50
2.3.3 Gerenciamento logístico	56
2.3.4 Recrutamento e Seleção.....	65
2.4 Matriz Conceitual	72

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	74
3.1 Delineamento da Pesquisa	74
3.2 Procedimento de Coleta de Dados	75
3.2.1 Instrumento de coleta de dados.....	78
3.2.2 Pressupostos do questionário	79
3.3 Resultados e Procedimentos de Análise de Dados	80
3.4 Limitações do Método	80
4 RESULTADOS DA PESQUISA	82
4.1 Discussão dos Resultados	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
5.1 Implicações Práticas	99
5.2 Limitações da Pesquisa.....	100
5.3 Sugestões para Pesquisas Futuras	100
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO <i>ON LINE</i>	115

1 INTRODUÇÃO

Em âmbito nacional, a primeira experiência de *home care* de que se tem notícia, data de 1949, realizada pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967. A partir de então, observou-se a expansão dos Serviços de Assistência Domiciliar (SAD) no Brasil, especialmente após a década de 1990. Essa expansão esteve associada, principalmente, ao aumento da demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônicas degenerativas, tratamentos terminais paliativos estando concentrada na iniciativa privada e nos grandes centros urbanos (Silva, 2020).

Trata-se de uma modalidade da área de saúde ainda pouco difundida (Rocha & Giotto, 2020). A tradução mais adequada para o termo é assistência domiciliar, na qual pacientes podem ser tratados em casa, por uma equipe multidisciplinar evitando assim as possíveis infecções hospitalares decorrentes de longos períodos de internação (Prasetyo, 2017).

As empresas de *home care* possuem na gestão de serviços, estratégia para a prestação dos atendimentos domiciliares, que contemplam a contratação da equipe multiprofissional, logística de pessoal, insumos, medicamentos, mobiliários e toda a estrutura necessária para que o atendimento ocorra com segurança (Alves Resende et al., 2018). O *home care* é composto por uma equipe multidisciplinar, das quais se destacam os profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição, psicologia e por fim farmacêutico (Rocha & Giotto, 2020).

Os serviços domiciliares incluem desde cuidados pontuais, como administração de antibióticos endovenosos e intramusculares, coleta de materiais biológicos (sangue, urina e fezes), curativos independente da complexidade, sessões de fisioterapia e internações domiciliares, com atendimento de enfermagem, que variam em períodos de 6, 12 ou 24 horas por dia, envolvendo além disso assistência multidisciplinar, buscando estimular a autonomia e promover o mais breve possível, a recuperação do paciente na sua residência, junto aos seus familiares (do Amaral et al., 2001).

A pandemia, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), ocorreu primeiramente a China, em dezembro de 2019, e o epicentro da doença foi a cidade de Wuhan. A infecção pelo SARS-CoV-2 gera elevado risco de mortalidade, principalmente naqueles acometidos por comorbidades (Zhou et al., 2020). No momento mais recente da atualidade, muitos desses estudos estão voltados à pesquisa sobre o SARS-CoV-2, vírus responsável pela COVID-19.

Desde opiniões, até revisões sistemáticas, muitos deles têm mostrado grandes repercussões na comunidade em geral, e são alvos de grande expectativas e especulações, principalmente aqueles que demonstram o poder de evolução/mutação do vírus e até ensaios clínicos que estão em busca de uma cura para a enfermidade. Com o surto na cidade de Wuhan em dezembro de 2019, surgiu a introdução de uma nova cepa de coronavírus, a SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave 2), que subsequentemente foi intitulada de COVID-19, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em fevereiro de 2020.

Esse novo vírus que desencadeou uma pandemia global, é amplamente abordado por apresentar uma série de manifestações respiratórias, com quadro que inclui febre, fadiga e tosse, podendo evoluir e induzir uma insuficiência respiratória, renal, cardíaca e, eventualmente, morte. Bem como outros numerosos acometimentos, dentre eles, ocorrências neurológicas, que variam de apresentações mais leves, como dor de cabeça, a complicações graves, como convulsões e derrames.

Os primeiros relatos da pneumonia, como etiologia não conhecida foram identificados em Wuhan, cidade da Província Chinesa de Hubei em dezembro de 2019 (Garg; Srivastava; Dhamija, 2020; Gupta et al., 2020; Hernández Ramos; Palomino García; Jiménez Hernández, 2020; Mont'alverne et al., 2020; Román et al., 2020; Somani; Agnihotri, 2020).

A transmissão do vírus de pessoa para pessoa se dá principalmente por gotículas, quando o vírus é carreado em pequenas gotículas originárias do nariz e boca de pessoas infectadas ao falar, exalar, tossir ou espirrar. A infecção também pode ocorrer quando uma pessoa toca superfícies ou objetos contaminados e, dessa forma, toca seus olhos, nariz ou boca. Relatos científicos apontam que o período de incubação do vírus é de 14 (catorze) dias, ocorrendo uma mediada de 4 a 6 dias, no entanto, não há ainda um consenso tendo em vista que existem estudos que apontam que o período de incubação pode chegar até 24 (vinte e quatro) dias (Bonkowsky et al., 2020; Cervantes-Arslanian et al., 2020; Garg; Srivastava; Dhamija, 2020; Gupta et al., 2020; Lord et al., 2020; Mont'alverne et al., 2020; Pero; Ng; Cai, 2020).

A proporção de indivíduos infectados por SARS-CoV-2 que permanecem assintomáticos não está plenamente esclarecida. Em pacientes sintomáticos, as manifestações clínicas geralmente começam em menos de uma semana. Presença de sintomas gastrointestinais como náusea ou vômito foram relatadas. Infecções assintomáticas foram relatadas em crianças. Presença de comorbidades contribuem para a piora do quadro, como hipertensão arterial, obesidade e doença pulmonar obstrutiva crônica também foram relatados em parcela significativa dos pacientes infectados.

A infecção pode progredir para doença grave com dispneia e sintomas pulmonares graves correspondentes a pneumonia, especialmente em pacientes mais idosos. Achados radiográficos anormais foram encontrados em 86,2% das 975 tomografias na admissão hospitalar, destes, 56,4% apresentaram imagem de opacidade em vidro fosco (Pan et al., 2020).

Há um consenso na literatura (Grossman et al., 2020; Garg; Srivastava; Dhamija, 2020; Gupta et al., 2020; Lord et al., 2020; Mont'alverne et al., 2020), de que grande parte dos indivíduos sintomáticos infectados com SARS-CoV-2, apresentam quadros febris, com a presença de complicações respiratórias, tais como, tosse e dispneia. Poucos estudos buscaram até o momento descrever sistemas neurológicos.

Com o avanço do número de casos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), instruiu os países a seguirem regras de distanciamento social e uso de máscaras, com a finalidade de achatando a curva de contaminação. Estes atos visam garantir a quantidade de leitos hospitalares para a internação de pacientes mais graves, especialmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e a disponibilidade de ventiladores mecânicos (WHO, 2020).

O Ministério da Saúde de cada país é responsável pelas regras internas de condução da pandemia. Muitos países, perante a elevada taxa de internação em UTI, adotaram como estratégia a construção de hospitais de campanha, compra de grandes quantidades de ventiladores mecânicos e Equipamentos de Proteção Individual, os EPI's, para a equipe de profissionais que estão na linha de frente de atendimento, como os médicos e enfermeiros (Brasil, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi anunciado em 26 de fevereiro de 2020. Tratava-se de um homem de 61 anos que havia viajado para a região da Lombardia, no norte da Itália, no período de 9 a 20 de fevereiro de 2020, quando estava ocorrendo um surto significativo da doença. Ao retornar ao Brasil, procurou atendimento no Hospital Israelita Albert Einstein, na cidade de São Paulo – SP, onde fez o teste para a COVID-19, obtendo resultado positivo (Rodriguez-Morales et al., 2020).

Medidas contingenciais foram tomadas pelos diversos governos mundiais com o advento da pandemia. Muitas empresas consideradas não essenciais, por força de decretos, foram fechadas, como por exemplo, escolas públicas e particulares, bares e restaurantes (exceto por pedidos para entrega ou retirada), casas noturnas, espaços para eventos, academias, *shoppings* e lojas de varejo, ficando em funcionamento apenas o que foi considerado essencial como: mercados, açougues, padarias, farmácias, hospitais, clínicas médicas e odontológicas, postos de combustível, oficinas mecânicas, agências bancárias, armazéns e transportadoras e *call centers* (Alexandre et al., 2020).

Com o fechamento das empresas e a necessidade do isolamento social, corporações adotaram o modelo de trabalho *home office*, escolas partiram para o *homeschooling*. Com a saúde não foi diferente. A telemedicina foi aprovada para utilização durante a pandemia por meio da Lei 13.989/2020, bem como outros profissionais receberam aprovações para realizarem atendimentos por telefone e via aplicativos. Laboratórios adotaram o sistema de coleta domiciliar ou *drive thru*, preservando as pessoas da exposição e de aglomerações (Lung Wen, 2020).

Com a pandemia, novas tecnologias foram e estão sendo aplicadas na saúde, com o intuito de: reduzir a propagação da doença, e fornecer a atendimento a quem necessita, evitando-se complicações por desassistência e descontinuidade de tratamentos a pacientes com doenças crônicas. Sendo ainda, uma estratégia importante para levar o atendimento médico a locais distantes e carentes. Para que seja viável, há a necessidade de investimentos e pessoas capacitadas para novas formas de trabalho. Destacam-se novas modalidades de atendimentos para as entidades de *home care*, já que o atendimento domiciliar, reduz os riscos de contágio pelo COVID-19 (Aveni, 2020).

As companhias de *home care*, que já eram pioneiras nesse tipo de atendimento, precisarão de novas estratégias na gestão de serviços para alinhar-se aos novos tempos de pandemia, garantindo a saúde de seus profissionais, adquirindo maiores quantidades de EPI, para os atendimentos, adaptando-se à necessidade das novas demandas (Alexandre et al., 2020). Essas empresas se viram obrigadas a investir fortemente em mão-de-obra, equipamentos, tecnologias de informação e treinamentos contínuos para atender as novas demandas, em decorrência a mudança da forma de prestar atendimento domiciliar (Azevedo, 2020).

1.1 Problema de Pesquisa

As empresas de *home care* já se tornaram meios de assistência para a sustentabilidade da saúde no Brasil, representando valores em torno de R\$ 3 bilhões no setor da saúde. Existem 854 empresas do seguimento no país, que fazem parte do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde CNES (2020), segundo dados do próprio órgão para o ano de 2020.

Embora o CNES figure como principal indicador da quantidade de estabelecimentos de saúde, essa referência da quantidade de empresas apresenta margem de erro, pois não são todas que mantém atualizados os seus cadastros junto às secretarias de saúde. No CNES é possível observar estabelecimentos de *home care* enquadrados indevidamente como “consultórios isolados” e até como centros de especialidades clínicas.

Destas, 23% estão localizadas no Sudeste, predominantemente concentradas no estado de São Paulo, que reúne mais de 50% das organizações, onde também se concentram 36% dos beneficiários de planos de saúde, principal fonte pagadora do segmento (“*Home Care* cresce 38%, com 854 empresas no Brasil”, 2020).

Não há dúvidas de que na pandemia causada pelo SARS-CoV-2 evidenciou-se a necessidade da gestão contingencial nas organizações de saúde, para o atendimento populacional, cobertura de saúde (do Amaral et al., 2001).

Entre os impactos na área de saúde, muitos profissionais que prestavam assistência a pacientes de forma frequente e contínua tiveram que passar de uma prática presencial para uma assistência virtual, por meio de programas de videoconferência (idealmente), ou telefones, conhecido como telemedicina.

No contexto da pandemia, a utilização da telemedicina pode contribuir para a redução da transmissão viral, limitando o contato pessoa a pessoa, enquanto permite que aquelas com o vírus (sintomas virais não graves), sejam tratadas em suas residências. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde em segurança, podem continuar os atendimentos aos mais vulneráveis, como idosos e pessoas com comorbidades (Sachett, 2020).

O sistema de saúde mundial vem sendo sobrecarregado pela demanda de indivíduos acometidos pela COVID-19, em especial os pacientes internados e que necessitam de acompanhamento intensivo. De modo geral, as empresas de *home care* acabam sendo uma saída para os hospitais conseguirem rodiziar seus leitos, oferecendo a continuidade do tratamento residencial para pacientes em estado de recuperação.

Por outro lado, diante da pandemia, há uma corrida para contratação de mão de obra, e itens como ventiladores mecânicos e EPI’s. Os ventiladores garantem a manutenção da vida de pacientes graves, e os EPI’s vão garantir a segurança dos profissionais que atuam na linha de frente. Mesmo assim, sabe-se que essa classe de trabalhadores também acaba por infectar-se devido à grande exposição, o que faz com que as novas contratações, mesmo que em grande número, não sejam suficientes para atender toda a demanda (Kênia Lara Silva et al., 2014).

Os veículos de mídia, no início da pandemia no Brasil, mantiveram a população informada sobre as dificuldades relacionadas à pandemia de COVID-19, incluindo a compra de insumos, ventiladores mecânicos e EPI’s, e também sobre a dificuldade para contratação de profissionais, especialmente pela insegurança de trabalhar exposto a uma doença pouco conhecida, e muitas vezes sem toda a proteção necessária.

Para as companhias de *home care*, as dificuldades mencionadas são ainda mais intensificadas, pois tratam-se na sua maioria, de empresas de pequeno porte e não possuindo o poder de barganha, ou até mesmo por não dispor de grande receita para a aquisição de equipamentos no período de pandemia. A aquisição de EPI's também não foi diferente, visto que itens como máscaras e aventais descartáveis foram tiveram aumento de aproximadamente 400% no preço, sem contar que o grande aumento na demanda de sua utilização, tornou-os extremamente onerosos para as empresas (Kênia Lara Silva et al., 2014).

Essas empresas começaram a receber novas demandas, como o aumento do número de coletas de sangue, radiografias e terapias, como as fisioterapias domiciliares, devido ao isolamento social. Por outro lado, famílias que recebiam rotineiramente o atendimento domiciliar, pelo medo do contágio devido à circulação dos profissionais nas residências, abriram mão de alguns de seus atendimentos.

A contratação de profissionais também foi dificultada pela pandemia, necessitando ser modificada tanto na forma de captação dos profissionais, como em todo o processo seletivo, com entrevistas, provas e treinamento por videoconferência. As empresas de *home care* precisaram manter um contingente de pessoas em *stand by* para cobertura de faltas, atitude essencial para não gerar “furos” nas escalas e, conseqüentemente, desassistência. Os processos seletivos, que eram totalmente presenciais, passaram a ser totalmente *online*, incluindo a entrega de currículos, provas, entrevistas, assim como os treinamentos de integração (NEAD, 2020).

Outro desafio, foi a entrega de medicamentos, insumos e mobiliários, pois no meio de uma pandemia, encontrar empresas capacitadas a cumprir as boas práticas de saúde se mostrou um processo delicado. A gestão de serviços das empresas enfrentou desafios diários, visto que precisaram gerenciar hospitais dentro das residências, prestar a assistência de forma eficiente e com qualidade, e cumprir as metas terapêuticas para cada paciente de forma personalizada. Ainda, precisaram se adaptar à dura realidade de ter a sua equipe interna muitas vezes trabalhando no esquema de *home office*. Diante desse panorama, torna-se importante conhecer as adaptações e mudanças ocorridas na gestão de serviços de *home care* durante e após a pandemia de COVID-19.

1.2 Questão de Pesquisa

Diante do panorama percorrido e da realidade empírica vivenciada pela pesquisadora. Questiona-se: Sob a ótica dos gestores de empresas de *home care* quais os fatores relevantes na gestão dos serviços frente ao cenário pandêmico?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Identificar os fatores que impactam a gestão dos serviços de *home care* no cenário da pandemia causada pelo SARS-CoV-2.

1.3.2 Específicos

- Analisar os processos gerenciais envolvidos no atendimento de pacientes no período de pandemia;
- Conhecer as medidas contingenciais tomadas pelas empresas de *home care* na vigência da pandemia; e
- Contribuir para a gestão de *home care* com conhecimento de fatores que possibilitem o planejamento de ações eficazes e contingenciais diante de crises.

1.4 Justificativa para o Estudo do Tema

Com o cenário da pandemia, as atividades intermediadas pelas empresas de *home care* passaram a ser muitas. Somadas as atividades existentes, essas empresas passaram a realizar o controle e triagem de pacientes durante a pandemia; monitoramento à distância dos casos em tratamento de COVID-19; acompanhamento após alta em centros de saúde e hospitais, com a implantação de serviços de saúde *online*; busca rápida de opinião de outros profissionais para

casos graves; troca de experiências nacionais e internacionais; acesso a serviços de tele radiologia; e treinamentos *online* para profissionais de saúde, que também podem ser aproveitados para garantir a continuação dos estudos e pesquisas, em que o contato do paciente permite o estudo de caso diretamente (Sachett, 2020).

Todas essas demandas trouxeram necessidade de aprimoramento das cadeias de suprimentos. Estando a cadeia de suprimentos das empresas sendo impactadas pela crise pandêmica, no setor de *home care* não foi diferente, tendo em vista a escassez de suprimentos, bem como de pessoal uma vez que estes foram absorvidos pelas grandes organizações de saúde (Hollander & Carr, 2020; Monaghesh & Hajizadeh, 2020).

A pandemia, se por um lado aumentou a demanda nos serviços de saúde, por outro quando a tão esperada alta hospitalar, produziu gargalos nas entidades de *home care*, após o setor obter 80% de aumento de sua demanda (Rosolen, 2020). No início da pandemia, esse aumento foi de 17% apenas para o mês de abril de 2020 (Busca por atendimento domiciliar cresce 17% durante o coronavírus, 2020).

Neste sentido, o presente trabalho objetiva contribuir com o setor na análise da gestão contingencial de como as empresas de *home care* enfrentaram a pandemia causada pelo SARS-CoV-2. Pretende-se entender como atuavam no mercado antes da pandemia, quais mudanças estratégicas foram necessárias para atender a legislação no momento inicial da pandemia, e o que ficou de positivo na nova forma de trabalho, e o que se manteve de positivo referente as modificações durante a pandemia.

O conhecimento das variáveis que interferem na gestão de serviços de *home care* diante de uma crise de saúde como a pandemia pelo SARS-CoV-2, contribuirá para que os gestores desta área planejem uma gestão contingencial que possibilite ações efetivas e sustentáveis.

1.5 Estrutura do Trabalho

Além desta Introdução, que constitui o Polo Epistemológico, o presente projeto contém mais dois capítulos, o Polo Teórico e o Polo Metodológico, além de um Cronograma de execução e a listagem das Referências utilizadas.

O Capítulo 1, Introdução a qual abarca o os problemas de pesquisa, a questão de pesquisa, os objetivos divididos em objetivo geral e específico; as justificativas para o estudo do tema e, neste item, a maneira em que este trabalho foi estruturado.

O Capítulo 2, o Referencial Teórico, apresenta com base na literatura especializada, os três pilares de sustentação da proposta, que são: 1 - *Home Care*; 2 - Pandemia pelo SARS-CoV2; e 3 - Gestão de Serviços em *Home Care*. Esta estrutura pelo item 2.1 – *Home Care* onde contemplam subitens sobre a regulamentação da assistencial domiciliar, a desospitalização e os critérios para tal, seguida do item 2.2 - a pandemia pelo SARS-CoV-2, as medidas de segurança propostas e os impactos do isolamento social, sintomatologia, o diagnóstico e o tratamento, as mudanças de hábitos. No item 2.3 - Gestão de Sistemas de Saúde trata dos impactos da pandemia e as medidas contingenciais.

Em seguida, no Capítulo 3, expõe-se o Método que se pretende utilizar para execução da pesquisa, incluindo seu ambiente de realização, amostra, coleta de dados e instrumento de pesquisa, dentre outros. A Metodologia adotada, perfaz o item 3 composta pelo delineamento, procedimento de coleta e análise de dados, finalizando com as limitações do método.

Os resultados da pesquisa, bem como a discussão dos resultados, estão incorporados no item 4. No item 5, são apresentadas as considerações finais, as implicações para a prática, as limitações inerentes à pesquisa e sugestões para pesquisas futuras encerram o referido item.

Finalizando esta dissertação, estão as referências bibliográficas utilizada no decorrer da pesquisa e o Apêndice 1.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2020, a maioria das pessoas possivelmente pegaram a COVID-19. Os dados demonstram que o vírus não faz as pessoas ficarem doentes rapidamente, para impedir que se espalhe com alta velocidade. Muitas pessoas, por causa de ser uma nova doença ainda não tem imunidade e nem cura. Tudo o que os médicos podem fazer é tratar os sintomas da doença, em meio às incertezas da eficiência dos tratamentos disponíveis (Kuipers, 2020).

Kuoppakangas et al. (2020, p. 241), vê uma crise como: “uma construção socialmente situação em que os eventos são percebidos por formuladores de políticas ameaçar os valores e/ou sistemas essenciais; as crises requerem um resposta urgente em meio à incerteza”. Por sua natureza, as crises são complexas e multifacetadas. Sua complexidade surge da imprevisibilidade de interpretações e ações dos agentes.

Diversas nações enfrentam dificuldades com serviços de saúde pois, devido as constantes mudanças na pirâmide etária, culminaram em alterações no ambiente de atendimento de hospitais a residências (Lotfi Fatemi et al., 2019).

Durante a crise da COVID-19, expandiu o uso de ferramentas digitais na saúde pública e que estimulou um aumento no uso de serviços de assistência médica *online*, e assim de forma dramática afetar as funções, relacionamentos e tarefas dos profissionais de saúde, e no bem-estar público (Kuoppakangas et al., 2020).

A transformação da pirâmide populacional, somada às mudanças epidemiológicas e aos avanços tecnológicos contínuos em saúde, levaram ao aumento nos custos de saúde no mundo todo. Esta tendência de ascensão inflação médica contribui para o levantamento de questões sobre a sustentabilidade da saúde pública e privada e torna premente reconsiderar as práticas, visando melhor gestão de saúde oferecida aos pacientes (Bianchini et al., 2020).

A reengenharia dos processos de assistência domiciliar, representa uma questão importante sobre a desospitalização. Assim, programas de gerenciamento de recursos, apoiam e otimizam as atividades do enfermeiro e do médico, reduzindo custos. O conhecimento de outros resultados importantes, aliados aos processos de assistência domiciliar podem otimizar o gerenciamento de recursos e a qualidade da assistência ao paciente (Massaro et al., 2018).

Esta seção discorre sobre os três pilares teóricos que sustentam a presente pesquisa, o panorama do setor de *home care*, a pandemia pelo SARS-CoV2 e a gestão de serviços em *home care*.

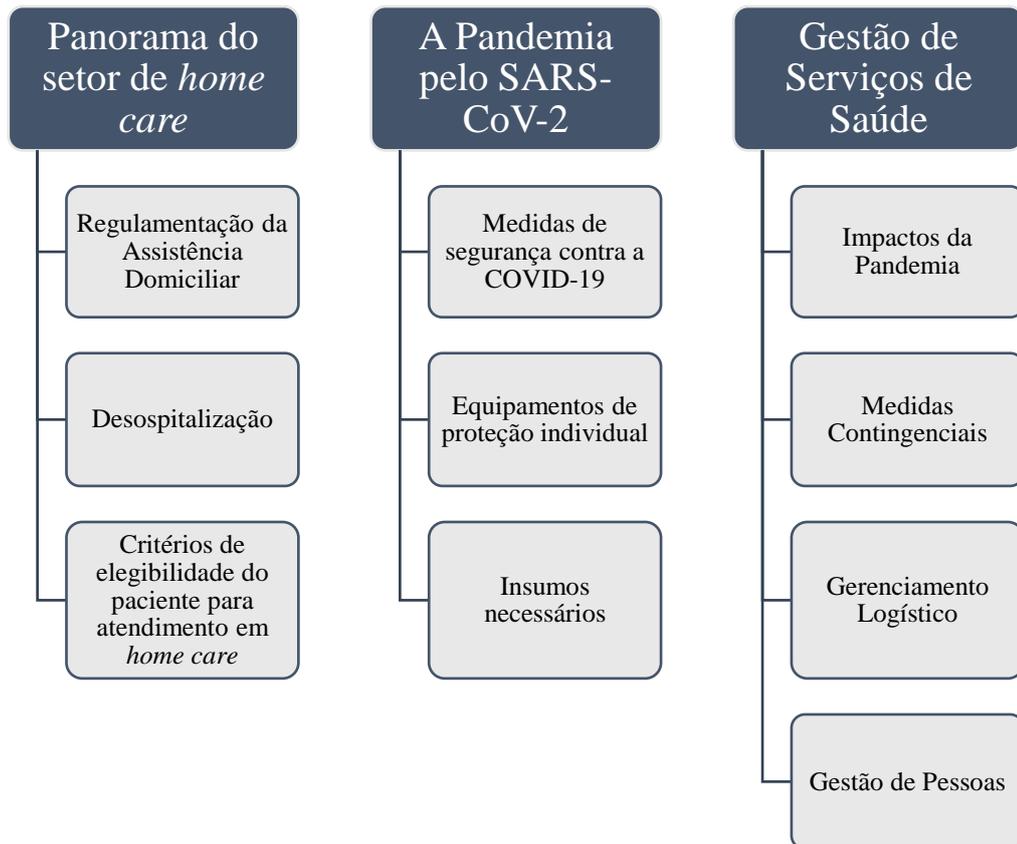


Figura 1. Pilares teóricos

Fonte: A autora.

2.1 Panorama do setor de *Home Care*

O *home care*, ou assistência domiciliar, teve sua primeira referência em 1796, com o Dispensário de Boston, que atualmente chama-se *New England Medical Center*. No ano de 1850 foi determinada a promoção de ações de saúde em domicílio, criando-se o programa que mais tarde foi chamado de *Public Health Nurse 2*, liderado por Lilian Wald. Ela acreditava que a doença devia ser considerada em conjunto com os aspectos sociais e econômicos, baseando-se em seus vinte anos de prática com visitas domiciliares, junto a milhares de outras enfermeiras. (do Amaral et al., 2001).

Em 1947 surgiu, também nos EUA, o Hospital Montefiore, no Bronx, que adotou a assistência domiciliar como extensão do hospital para abreviar a alta hospitalar. Todavia, a importância desse tipo de atendimento cresceu a partir de 1980 com o surgimento da AIDS, devido à mudança do perfil epidemiológico da população, tornando-se a forma menos onerosa de oferecer serviços efetivos. Com isso, outros países passaram a explorar a assistência domiciliar (Feuerwerker & Merhy, 2008).

No Brasil, em 1949, foi criada a primeira forma organizada de atendimento domiciliar, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Em 1967, houve a criação de um sistema de atendimento domiciliar criado pelo Hospital do Servido Público do Estado de São Paulo, com objetivo de redução do número de leitos ocupados. Para a implantação do serviço, de início foram eleitos cuidados com baixa complexidade clínica (do Amaral et al., 2001).

Seguindo a tendência mundial, no início da década de 1990 surgiu o *home care*, serviço organizado na forma de cuidado domiciliar, fundado por empresas privadas nos grandes centros urbanos (Feuerwerker & Merhy, 2008). A estratégia de assistência domiciliar, se deu pela necessidade de reduzir e racionalizar os custos com os leitos hospitalares, melhorando os processos do cuidar e priorizando a humanização do cuidado (Kênia Lara Silva et al., 2014).

O Sistema Único de Saúde (SUS), adotou o sistema de atendimento domiciliar em 1988, com a elaboração do Programa de Saúde da Família (PSF), com a finalidade de implementar maior qualidade à assistência prestada. Posteriormente, o programa recebeu o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo composto por equipes de saúde mais complexas (Giacomozzi & Lacerda, 2006). A ESF atua em comunidades com visitas domiciliares. As equipes interdisciplinares conhecem a realidade vivida pela comunidade que visitam, para que juntos possam elaborar a melhor estratégia para o atendimento de saúde das famílias atendidas, que além da equipe que as visita, possuem como referência a unidade básica a qual a equipe é vinculada (Giacomozzi & Lacerda, 2006).

Como ocorreu no SUS, na saúde suplementar também existiu a necessidade de redução de custos com despesas hospitalares, e a assistência domiciliar passou a ser vista como uma saída para ampliar o giro dos leitos hospitalares, sendo justificada ainda pela necessidade de redução do tempo de internação hospitalar. (Kênia Lara Silva et al., 2014).

O processo de alta para finalização do tratamento na residência é conhecido como desospitalização. A desospitalização auxilia na redução do tempo médio de internações e dos custos operacionais dos serviços oferecidos na hospitalização, reduz o número de reinternações e hospitalizações prolongadas, assim como os riscos de infecções (Vasconcellos et al., 2015).

As operadoras de saúde utilizam a assistência domiciliar com o intuito de reduzir seus custos buscando uso racional dos equipamentos e profissionais de saúde. Com isso, muitas operadoras de saúde optam em oferecem por liberalidade os atendimentos domiciliares, conforme a complexidade clínica no momento da alta hospitalar. Cabe ressaltar que esse tipo de atendimento, na maioria das vezes, é fornecido como uma liberalidade pelas operadoras de saúde, haja vista que não existe obrigatoriedade contratual na maior parte delas, além de não constar como obrigatoriedade no rol da Agência Nacional de Saúde (ANS).

Essa liberalidade leva em consideração a necessidade clínica dos pacientes, onde o intuito do cuidado domiciliar é melhorar as condições de saúde, e favorecer a independência para as atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se e locomover-se, sendo o paciente efetivamente devolvido ao convívio social (Floriani & Schramm, 2007).

Caso não exista essa possibilidade de independência, os principais cuidadores são treinados para prestar os cuidados que não exijam conhecimento técnico, como banho no leito ou na cadeira higiênica, movimentação no leito favorecendo a profilaxia contra surgimento de lesões por pressão, administração de dietas e medicamentos enterais, cuidados com gastrostomias, cateteres enterais e vesicais. Assim, conforme existe a melhora clínica, o cuidado prestado pela equipe multiprofissional é reduzido gradativamente, até que seja totalmente finalizado (Floriani & Schramm, 2004).

Algumas famílias que não aceitam a evolução da melhora do paciente, e conseqüentemente, a redução dos serviços oferecidos na residência, acabam por necessitar de uma maior disponibilização de tempo dos familiares ou cuidadores para os cuidados sociais, e acabam apelando para a judicialização visando a manutenção dos serviços, valendo-se de uma súmula, a Súmula 90, que diz: “Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de *“home care”*, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer.” (SP, 2012).

Os familiares normalmente conseguem esses laudos solicitando serviços de *home care* diretamente com médicos particulares, amigos ou familiares médicos, e a Tutela Antecipada para a manutenção, ou até ampliação dos serviços, normalmente são deferidas em favor do autor. Quando se chega a esse nível, as operadoras fazem a implantação dos serviços conforme a decisão judicial, e solicitam a perícia médica para tentar reverter a situação (Dahinten & Dahinten, 2020).

A judicialização para recebimento de atendimentos domiciliares, está cada vez mais frequente. É um tema delicado por levar em consideração aspectos sociais e econômicos. No caso dos beneficiários idosos, algumas vezes o cancelamento de uma liminar torna-se mais difícil, pois o médico indicado pelo juiz leva em consideração problemas familiares, como por exemplo, um casal idoso e sem filhos, que acabam por reduzir parcialmente os serviços, ou em alguns casos, simplesmente mantê-los, gerando um custo preocupante para a o setor de saúde suplementar (Dahinten & Dahinten, 2020).

Em relação ao mercado de empresas de *home care*, o setor é ainda pouco estudado, embora tenha crescido consideravelmente nas últimas décadas. Conforme o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o número de empresas de serviços de atenção domiciliar no Brasil, saltou de 18, em julho de 2012, para 830 em julho de 2019 (NEAD/FIPE, 2020).

Os dados do CNES (2020), do Ministério da Saúde, mostram que todas as grandes regiões brasileiras apresentaram aumento expressivo do número de estabelecimentos de Serviços de Atenção Domiciliar. Chama a atenção o crescimento registrado na região Nordeste desde 2017, com aumento de 209% no número de estabelecimentos em três anos. A região Sudeste ainda apresenta o maior número absoluto de estabelecimentos, com cerca de 41,5% de todos as empresas do setor.

Em São Paulo destacam-se as empresas Vidas Home Care, Dal ben e Home Doctor, pelo tamanho das mesmas e pela tradição no segmento. Em dezembro de 2019, foram registrados 830 estabelecimentos de serviço de atenção domiciliar no país (crescimento de 22,8% em relação a junho de 2018). A maior parte dos colaboradores, de acordo com dados da RAIS do Ministério do Trabalho (IBGE, 2020), é de técnicos ou auxiliares de enfermagem e enfermeiros (51%), seguido de cuidadores de idosos (12%).

De acordo com dados primários coletados, as empresas possuem, em média, 798 colaboradores, sendo 81,5% deles colaboradores terceirizados, ou seja, as empresas têm, em média, 147 colaboradores em regime CLT.

Esse número é superior ao número de 22,6 colaboradores em regime CLT por empresa, de acordo com os registros da Rais de 2018 e do número médio de 7,6 colaboradores por estabelecimento, de acordo com os registros do CNES para 2019. Desta forma, a amostra coletada pelo Censo (respondentes da pergunta sobre colaboradores, ou seja, 46 empresas), parece contemplar boa parte das grandes empresas do setor (que empregam, conjuntamente, 36.737 pessoas).

A média de colaboradores por estabelecimento variou de 5,7 (dezembro/2019) a 8,7 (junho/2019), ao longo dos últimos 12 meses de 2019. Entre as ocupações consideradas estão: pessoal de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social), pessoal administrativo e logístico. O aumento de colaboradores em 2020 é impulsionado pelo crescimento de colaboradores na região Nordeste, restabelecendo os mesmos níveis do primeiro semestre de 2019.

De acordo com o Programa “Melhor em Casa”, já foram atendidas 285.181 pessoas pelo programa, com perfis e média de permanência bastante variados. O número é ainda muito inferior ao potencial de atendimento do setor. O total de internações pagas pelo SUS em 2019 ultrapassou 12 milhões de pacientes, sendo apenas 7,5% de procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2020).

O panorama realizado com dados secundários mostra a relevância do setor frente à insuficiência de infraestrutura hospitalar (74,3% dos municípios brasileiros possuem menos leitos do que o recomendado pela OMS), e de recursos humanos, principalmente com relação ao número de enfermeiros: 91% dos municípios possuem menos enfermeiros por mil habitantes do que o recomendado pela OMS.

A partir dos dados secundários e primários levantados, estima-se que o total de colaboradores (próprios e terceirizados), do setor seja de 105.769 pessoas em 2019. A FIPE estima que, caso o setor de Atenção Domiciliar encerrasse seus serviços, seriam necessários 20.763 leitos hospitalares adicionais ao ano para os atendimentos que hoje são supridos pela atenção domiciliar. Esses leitos representam 4,87% do total de leitos hospitalares do país (equivalente ao total de leitos públicos e privados do estado de Pernambuco). Estimou ainda, que a receita anualmente gerada pelo setor é de R\$ 10,6 bilhões, tendo como referência o ano de 2019. 57,5% destas receitas foram geradas por internações domiciliares (R\$ 6,1 bilhões) e 42% por atendimentos domiciliares (R\$ 4,5 bilhões) (NEAD/FIPE, 2020).

2.1.1 Regulamentação da Assistência Domiciliar

Os serviços relacionados aos atendimentos de *home care* não estão previstos no rol de atendimentos da ANS. Porém, a Agência discute atualmente, com o setor privado, a Atenção Domiciliar como uma modalidade alternativa e complementar ao modelo utilizado atualmente por muitas operadoras. No dia 02 de janeiro de 2018, a ANS publicou o Parecer Técnico nº 5 para esclarecimento sobre a cobertura mínima obrigatória de *home care* para aos planos de saúde, para os “planos novos” adquiridos a partir de 02 de janeiro de 1999, onde mantém a não cobertura aos procedimentos domiciliares e medicamentos, exceto antineoplásicos orais, e para controle dos efeitos colaterais e adversos desses medicamentos. Além dos medicamentos mencionados, ficaram liberados pela ANS o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (Brasil, 2006).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 11, publicada em de 26 de janeiro de 2006, que determina que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), passou a regulamentar o funcionamento dos serviços, sendo esta resolução aplicável a todo serviço de Atenção Domiciliar, público ou privado, que oferece assistência e/ou internação domiciliar (Brasil, 2006).

A seguir, são apresentadas as leis que regem atualmente a Assistência domiciliar. Uma delas é a Portaria nº 2.416 de 23 de março de 1998, que estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no sus. Outra é a Lei Complementar 10.424, de 15 de abril de 2002, que criou no âmbito do Sistema Único de Saúde o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

Cita-se a Resolução de nº 270/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que regulamenta as empresas que prestam serviços de enfermagem domiciliar no Brasil. Outro documento é a Resolução de nº 386 de 2002, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que dispõe sobre as atribuições do farmacêutico no âmbito de assistência domiciliar em equipes multidisciplinares.

Também existe a Resolução nº 1.668/2003, aprovada em maio de 2003 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que estabeleceu normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, do hospital, de empresas públicas e privadas, e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Por fim, temos a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) de nº 11, publicada em de 26 de janeiro de 2006, que determina que a ANVISA, passou a regulamentar o funcionamento dos serviços, sendo esta resolução aplicável a todo serviço de Atenção Domiciliar, público ou privado, que oferece assistência e/ou internação domiciliar (Brasil, 2006).

2.1.2 Desospitalização

A palavra desospitalização vem sendo cada vez mais utilizada, ao ponto de as universidades lançarem cursos de pós-graduação para que os profissionais entendam melhor seu conceito. Nos hospitais, acabou se tornando uma palavra comum, pois dentro do seu quadro de funcionários existem equipes multidisciplinares com foco na desospitalização, que estão atentas o tempo todo às condições clínicas dos pacientes, preparando a família para o momento da alta hospitalar (K. L. Silva et al., 2018).

A equipe responsável pela desospitalização na instituição hospitalar, tem como responsabilidades: 1 - monitorar a internação de pacientes clínicos e cirúrgicos e a precisão de alta hospitalar da fornecida pela equipe que assiste o paciente; 2 - acompanhar pacientes com períodos de internação prolongadas; 3 – discutir semanalmente os casos de longa permanência; 4 – realizar comunicação direta com operadoras de saúde, empresas de *home care*, hospitais de transição e instituições de longa permanência; 5 - orientar e dar suporte aos familiares sobre a previsão de alta, transição para a residência ou outras instituições (NEAD, 2017).

A desospitalização é entendida como a retirada precoce do paciente do ambiente hospitalar. Essa retirada precisa ser feita de forma segura e sistemática, atentando-se para a complexidade e grau de dependência do paciente, e incluindo a participação da família em todas as etapas (Carvalho et al., 2019). Nota-se que a desospitalização tornou-se um tema importante, é utilizada no mundo todo, e utiliza critérios de humanização do processo. Devido ao alto custo da assistência em saúde, tornou-se uma realidade entre os países priorizar os leitos hospitalares para pacientes com doenças agudas ou descompensadas (K. L. Silva et al., 2018).

No Brasil, as discussões sobre o tema desospitalização começaram a surgir em 2002, quando dois artigos foram publicados em importantes órgãos da imprensa, a revista Exame, pelo Dr. Afonso José de Matos (Matos, 2000), e o jornal O Globo, pelo jornalista Joelmir Beting (Beting, 2000). Ambos os artigos discutiam o aumento de oferta de leitos hospitalares no Brasil, em contramão à tendência mundial que reduzia a oferta dos leitos (Veras, 2003).

Atualmente, a desospitalização no Brasil é vista como um conceito forte, utilizada por grandes hospitais e operadoras de saúde. As vantagens da desospitalização para os pacientes, com a continuidade dos cuidados na residência, são a redução dos riscos de infecção, menor número de reinternações, retorno ao lar e ao convívio com seus entes, além da possibilidade de autonomia precoce (Carvalho et al., 2019).

A desospitalização é utilizada normalmente para finalização do tratamento proposto na internação, como por exemplo, procedimentos para término de tratativas de medicamentos endovenosos, curativos, sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, visitas médicas e de enfermagem, para pacientes com maior complexidade, além de serviços de enfermagem contínuos que variam desde cuidados simples, como os de higiene, até atendimentos mais complexos, que variam de 6 a 24 horas diariamente (Carvalho et al., 2019).

A complexidade é conforme avaliada por meio de instrumentos específicos, que classificam o grau de dependência do paciente, com um sistema baseado em escores. Os quadros utilizados são os da Associação Brasileira de Medicina Domiciliar (ABEMID, 2015), e o desenvolvido pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar (NEAD, 2017).

A classificação da complexidade do paciente para a alta se faz necessária para que esta seja realizada de forma segura, e também para que a prestadora de *home care* que irá atender o paciente esteja preparada para a complexidade real. Normalmente, as empresas fazem uma avaliação de complexidade intra-hospitalar, também com o objetivo de conhecer a família, estabelecer vínculo, esclarecer a dinâmica domiciliar, conhecer a residência e o principal cuidador (Ignacio, 2017).

É essencial que haja a integração entre as equipes do hospital e a equipe de *home care* que irá atender o paciente, para que o trabalho seja desenvolvido de forma global, tanto para que sejam traçadas as metas terapêuticas, incluindo a educação de familiares e do paciente, assim como para a adaptação e intervenções do ambiente domiciliar para receber o paciente. Com isso, se favorecer o melhor desempenho das atividades profissionais que serão prestadas na residência, levando-se em consideração o tratamento proposto no ambiente hospitalar (Ignácio 2017).

Outro fator de suma importância é a comunicação clara entre a equipe hospitalar e o paciente e familiares, evitando-se interpretações pessoais, e sim manter a comunicação de forma efetiva e sistemática no que for relacionado à continuidade dos cuidados e medicamentos, para tentar reduzir-se a probabilidade de eventos adversos por falha de comunicação (Pena & Melleiro, 2018).

Para que haja sucesso no processo de desospitalização é essencial que toda a equipe esteja engajada no resultado positivo do processo, que se inicia com a adequada solicitação médica e elaboração do plano terapêutico, baseado em critérios técnicos, e comunicação clara das equipes com o paciente e familiares (NEAD, 2017).

2.1.3 Critérios de elegibilidade do paciente para atendimento em *home care*

Para que a alta hospitalar e transição do paciente do hospital para a residência ocorram de forma segura, e dentro do que foi programado pelas equipes, é essencial que o planejamento ocorra de forma sistemática. Quanto mais complexo for o paciente para a alta, maior será a necessidade de planejamento da equipe, sendo que médico acaba sendo o principal *player* do processo, visto que é a partir da solicitação médica que todo o desfecho do caso ocorre (NEAD, 2017).

Mesmo que a equipe de desospitalização acompanhe todas as internações, é a partir da solicitação médica que é possível a realizar o Plano de Atenção Domiciliar (PAD), para a solicitação e implantação do serviço de *home care*.

É de suma importância o planejamento mais assertivo possível da data de alta, para que a prestadora planeje e faça a implantação do atendimento no tempo correto, com a entrega de materiais, insumos, mobiliários e fidelização dos profissionais para os atendimentos (NEAD, 2017).

Para a desospitalização, leva-se em consideração alguns critérios para elegibilidade do paciente, sendo eles: estabilidade clínica; treinamento do paciente e cuidador para as novas condições ou limitações provisórias ou permanentes; término de medicamentos injetáveis; realização de curativos complexos; necessidade de aparelhos de suporte a vida; monitoramento de pacientes crônicos; processos infecciosos prolongados ou recidivantes; e cuidados paliativos (NEAD, 2017).

Para facilitar a leitura dos critérios e complexidade, a partir do ano 2000, foram criados quadros. Primeiramente, foi criado o quadro ABEMID, desenvolvida pela Associação Brasileira de Medicina Domiciliar, que definia complexidade. Posteriormente, foi criado o quadro NEAD, desenvolvida pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Domiciliar, que define o tempo necessário de assistência de enfermagem (Dal Ben & Gaidiznski, 2006).

O quadro ABEMID, conforme Quadro 1, avalia a complexidade assistencial. Os pacientes com pontuação menor do que 7 não são elegíveis para internação domiciliar. Os pacientes com pontuação entre 8 e 12 são considerados de baixa complexidade, os que apresentam pontuação de 13 a 18 são os de média complexidade, e os que apresentam escore acima de 19 são considerados de alta complexidade (Dal Ben & Gaidiznski, 2006).

Os pacientes que apresentam escore acima de 19, classificados como de alta complexidade, com necessidade de assistência de enfermagem por 24 horas, necessitam receber da empresa que os atende todos os equipamentos e mobiliários, semelhantes ao que eram utilizados em ambiente hospitalar, incluindo a equipe multiprofissional (Dal Ben & Gaidiznski, 2006).

O Quadro 2 - NEAD, classifica a internação domiciliar, e é hoje uma referência no mercado, sustentando a indicação técnica, priorizado cuidados individualizados e previsão de recursos necessários a esses cuidados. No quadro NEAD, o escore até 5, classifica pacientes para atendimentos pontuais, como curativos e medicações parenterais.

O escore de 6 a 11 classifica pacientes que receberão atendimento da equipe multidisciplinar, também atendimentos pontuais, se houver necessidade. Já os pacientes com escores de 12 a 17 necessitam de internação domiciliar (ID), de 12 horas. Por fim, para pacientes com escores iguais ou maiores do que 18, considera-se a internação domiciliar de 24 horas (NEAD, 2017).

O quadro NEAD é dividido em grupos, sendo eles: Grupo 1 – Elegibilidade; Grupo 2 – Indicação Imediata; Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação do Planejamento Domiciliar. No grupo 2, que se refere a indicação imediata, é necessário que as 4 questões sejam respondidas e, com isso, deve-se considerar a que tiver maior complexidade, mesmo que seja assinalada uma única vez.

No verso do quadro NEAD encontramos também o escore de KATZ, apresentado no Quadro 3, que avalia e determina o grau de independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), como vestir-se, banhar-se, alimentar-se, ir ao banheiro, transferência e continência. As pontuações entre 5 ou 6 indicam independência, entre 3 ou 4 indicam dependência parcial, e menores do que 2 indicam dependência total.

Além dos instrumentos utilizados para classificar a complexidade clínica, a avaliação também define o grau de dependência, tempo necessário para a assistência domiciliar, e outros fatores importantes para desospitalização, como a presença de um cuidador responsável, e em casos de alta complexidade, infraestrutura residencial adequada para receber os equipamentos e móveis adequadas para cada caso (NEAD, 2017).

Outros fatores também são importantes para avaliar os critérios de elegibilidade para a desospitalização, como a presença de um cuidador responsável, e em casos de alta complexidade, infraestrutura residencial adequada para receber os equipamentos e móveis adequadas para cada caso (NEAD, 2017).

Para que seja feita a solicitação do serviço para a empresa de *home care*, é necessário que sejam encaminhados pela operadora de saúde ou pela equipe de desospitalização hospitalar, a solicitação médica com o quadro clínico atual do paciente, o PAD a ser implantado, a data programada para a alta e contato do principal cuidador para o alinhamento da alta (NEAD, 2017).

Quadro 1. Classificação de complexidade

ABEMID ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE MEDICINA DOMICILIAR		TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID		ABEMID ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE MEDICINA DOMICILIAR	
Nome do Paciente:			Complexidade:		
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:				
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:				
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:				
Diagnóstico Principal:					
Diagnóstico Secundário:					
Descrição	Itens da Avaliação			Pontos atribuídos	
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente			1	
	Sonda Vesical Intermitente			2	
	Traqueostomia sem Aspiração			2	
	Traqueostomia com Aspiração			5	
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.			3	
	Acesso Venoso Prof. Contínuo			5	
	Acesso Venoso Intermitente			4	
	A. Venoso Periférico Contínuo			5	
	Diálise Domiciliar			5	
Quimioterapia	Oral			1	
	Sub Cutânea			3	
	Intra Venosa			5	
	Intra Tecal			5	
Suporte Ventilatório	O ² Intermitente			2	
	O ² Contínuo			3	
	Ventilação Mec. Intermitente			4	
	Ventilação Mecânica Contínua			5	
Lesão Vasculari/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I			2	
	Úlcera de Pressão Grau II			3	
	Úlcera de Pressão Grau III			4	
	Úlcera de Pressão Grau IV			5	
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente			0	
	Semi-Dependente			2	
	Dependente Total			5	
Dependência de Reabilitação	Independente			0	
Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Dependente			2	
Terapia Nutricional	Suplementação Oral			1	
	Gastrostomia			2	
	SNE			3	
	Jejuno Ileo			3	
	Nutrição Parenteral Total			5	
Classificação dos Pacientes			TOTAL		
Inferior a 07 pontos			Paciente não elegível para Internação Domiciliar		
De 08 à 12 pontos			Baixa Complexidade		
De 13 à 18 pontos			Média Complexidade		
Acima de 19 pontos			Alta Complexidade		
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade					
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade					
Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos					
Assinatura e carimbo:				Data:	

Fonte: ABEMID (2015).

Quadro 2. NEAD de classificação de complexidade

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR				nead	
Data da Avaliação: ____ / ____ / ____					
Nome do Paciente: _____					
Matrícula: _____		Idade: _____		Convênio: _____	
Diagnóstico Principal: _____					
Diagnóstico Secundário: _____					
Médico Assistente: _____				C.R.M.: _____	
GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE					
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?					
O domicílio é livre de risco?					
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?					
Se responder “NÃO” a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.					
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS	12 HORAS			
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
ESTADO NUTRICIONAL	0	1	2		
	EUTRÓFICO	SOBREPESO/EMAGRECIDO	OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE			
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				PONTUAÇÃO FINAL:	
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: () Curativos () Medicções Parenterais () Outros Programas		De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h	
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)		18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h	
* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica			** Consulte ESCORE KATZ no verso.		*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

Fonte: NEAD (2017).

Quadro 3. Score de Katz para classificação de complexidade

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR 					
ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)			DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)	
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.			NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.	
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.			NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.	
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.			NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.	
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.			NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.	
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).			É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.	
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.			NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.	
				PONTUAÇÃO KATZ:	
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	<2	DEPENDENTE TOTAL
Assinatura e Carimbo			Data		
			//		
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO					

Fonte: NEAD (2017).

2.2 A Pandemia pelo SARS-CoV-2

Há 18 anos, desde o surgimento de um surto pelos SARs, um grande número de coronavírus relacionados à síndrome respiratória aguda grave (SARSr-CoV), foram descobertos. Sabe-se que os morcegos são seus hospedeiros naturais, e que alguns tipos de SARSr-CoV apresentam potencial para infectar o sistema respiratório dos seres humanos. No final do ano de 2019 foi identificado um novo coronavírus (nCoV-2019), que causou síndrome respiratória em seres humanos em Wuhan, na China. A epidemia teve início em 12 de dezembro de 2019 (Zhou et al., 2020).

O novo coronavírus é altamente patogênico. Após o seu surgimento, a rápida disseminação nacional e internacional acabou por se tornar uma emergência mundial. As infecções pelo novo coronavírus tiveram início no mercado de frutos do mar de Huanan, provavelmente pelo contato com os animais. No dia 28 de janeiro de 2020 haviam 4.593 casos de infecção confirmados, incluindo 976 casos graves e 106 mortes (Hoffmann et al., 2020).

Posteriormente, o coronavírus (nCoV-2019), foi denominado coronavírus 2019, agente etiológico da COVID-2019), recebendo a denominação de SARS-CoV-2 pela OMS. A rota completa da transmissão ainda não foi bem definida, e o que se sabe é que se trata de uma doença altamente contagiosa para todas as pessoas, e com alto risco de exposição ocupacional para os profissionais de saúde, devido à elevada carga viral no trato aerodigestivo, motivo pelo qual ocasionou as primeiras mortes em médicos durante o surto da doença. Foram recomendadas medidas de segurança rígidas durante a jornada e trabalho, baseadas nas recomendações de especialistas (Bann et al., 2020).

No Brasil a doença chegou em 26 de fevereiro de 2020, anunciada pela mídia depois que um homem, que havia viajado para Lombardia na Itália, ao retornar ao Brasil, apresentou sintomas e procurou atendimento, testando positivo para a COVID-19 (Rodriguez-Morales et al., 2020). Após cinco dias do primeiro caso, outro caso foi confirmado, e onze dias depois, o número de casos confirmados já era de 25 pessoas (Macedo et al., 2020). A caracterização do termo “pandemia” para a COVID-19 se deu em março de 2020, pela OMS. O termo refere-se a sua distribuição demográfica da doença e não à gravidade. Naquele momento, o que era observado eram os surtos da doença em vários países do mundo (Bastos, 2020).

O compilado dos números oficiais em relação à pandemia de COVID-19, extraídos do *site Worldometer* no final do mês de julho de 2020, apontavam mais de 17 milhões de casos da doença em todo o mundo, rumando para as 700 mil mortes. No Brasil, já foram contabilizados mais de 2 milhões e 500 mil casos, com mais de 90 mil óbitos (Worldometer, 2020).

Enquanto um surto é um termo que define a ocorrência de uma grande quantidade de casos de determinada doença acima do que é esperado pelas autoridades sanitárias de um local, o termo endemia define que uma doença é considerada comum em determinada região geográfica. Já uma epidemia corresponde à manifestação de uma doença que se distribuiu de forma rápida, independentemente da forma de contágio, se de forma indireta ou direta, e acomete um número grande de indivíduos em um local específico, e depois desaparece.

Nesse sentido, definir uma pandemia simplesmente como uma grande epidemia pode até fazer algum sentido em termos de compreensibilidade e consistência. Todavia, é necessário entender que uma pandemia apresenta ampla extensão geográfica, elevada taxa de explosividade, encontra uma população com imunidade mínima, trata-se de uma novidade no momento de sua ocorrência, e costuma ser altamente infecciosa, contagiosa e grave (Morens et al., 2009).

O diagnóstico da doença é feito pela evidência clínica de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, coleta de exame para detectar a presença do vírus, e para os casos mais graves, auxílio de exames de imagem como tomografias computadorizadas dos pulmões, que apresentam padrão de vidro fosco, clássico para a doença. Outros exames que auxiliam o diagnóstico são o hemograma, dosagem da Proteína C Reativa (PCR), coagulograma e gasometria arterial. A mortalidade é maior para os pacientes com mais de 60 anos de idade, e que possuem comorbidades (Garrido & Garrido, 2020).

A análise retrospectiva desenvolvida na China, por Zheng et al., (2020), considerou uma amostra de 1099 casos confirmados, onde 88,7% apresentaram quadros febris, 67,8% tosse, 38,1% cansaço extremo, a presença de escarro foi notada em 33,4%; relatos de falta de ar em 18,6%; dor de garganta presente em 13,9% e cefaléias em 13,6%. No entanto, quando analisados os sintomas gastrointestinais verificaram que 3,8% apresentaram diarreia e 5,0% vômitos, o que colabora para esse relato de caso.

Apesar de não haver estudos específicos sobre as razões que levam o SARS-CoV-2 a provocar sintomas gastrointestinais, é importante lembrar que esse vírus possui semelhança com o SARS-CoV, ou seja, este pode, penetrar no corpo humano através da ligação ao receptor da enzima de conversão da angiotensina 2 (ACE-2), que permite a formação de lesão do tecido hepático por meio da regulação positiva da expressão da ECA-2 no órgão hepático provocado pela proliferação de hepatócitos originados de células epiteliais do ducto biliar (Almeida et al., 2020). Outro dado importante, que colabora com esses indicativos, é a reposta inflamatória causada pelo SARS-CoV-2 que podem prejudicar o sistema digestivo.

Pesquisas de Xiao et al. (2020) e Zheng et al. (2020), apontam a presença de ácido nucleico viral em amostras de fezes em 53,4% de pacientes infectados. Conforme se observa até aqui, a mucosa intestinal é suscetível ao vírus e pode vir a gerar sintomas gastrointestinais, no entanto, torna-se imprescindível novos estudos para enriquecer o debate científico.

Ademais, sabe-se que a flora intestinal é produzida no intestino de modo surpreendente e variado, sendo esta uma importante aliada no desempenho fisiológico do corpo humano, sobretudo, contribuindo positivamente para o metabolismo nutricional e pelo desenvolvimento e maturidade do sistema imunológico e efeitos antibacterianos (Li et al., 2020).

Lauxmann et al., (2020), relatam que a infecção causada pelo SARS-CoV-2 pode provocar danos à flora intestinal, resultando em sintomática digestiva. As pesquisa nessa área, estão ainda, colhendo dados de amostras fecais para testar o intestino e a diversificação da flora intestinal. Porém, importa a priori destacar que modificações na composição e função da flora podem prejudicar o trato respiratório por meio da regulação imune, efeito denominado de “eixo intestinal-pulmão”, que pode e deve contribuir para que estudos identifiquem pacientes com quadros de pneumonia por COVID-19 também apresentam sintomas de problemas digestivos.

Por fim, estudo de Pan et al., (2020), constatou que indivíduos adoecidos com COVID-19 estão propensos a desenvolver problemas digestivos, além dos sintomas clássicos da doenças, tais como febre e/ou problemas respiratórios. No entanto, autores concluíram que, raramente o paciente apresenta apenas sintomas gastrointestinais, contrariando o resultado obtido com o relato de caso aqui exposto.

Pan et al., (2020), esclarecem que indivíduos com sintomática digestiva demoram mais para seres submetidos a exames ou testes prolongados de coagulação e enzimas hepáticas. Essa demora é verificada na admissão hospitalar e, todos esses elementos dificultam novos estudos, apesar da urgência em se analisar a prevalência, incidência, preditores e resultados de sintomas gastrointestinais.

2.2.1 Medidas de segurança contra a COVID-19

Desde os primeiros casos da doença na China, e com o avanço muito rápido no número de infectados, a OMS orienta constantemente medidas de prevenção para tentar conter o avanço da doença, devido a elevada infectividade do SARS-CoV-2, e por não haver imunidade prévia da população e nem vacina contra esse vírus (Garcia & Duarte, 2020).

A transmissão se dá especialmente por contato respiratório (Brasil, 2020). Sabe-se que o vírus pode permanecer vivo em superfícies como plástico e aço inox por até três dias, fora do corpo humano. Por esse motivo foram intensificadas medidas de higiene, como limpeza de botões de elevadores, corrimãos, maçanetas de portas, teclados de máquinas de pagamento, celulares, entre outros, com objetivo de tentar reduzir a propagação do vírus (Garcia & Duarte, 2020).

O Programa de Emergências de Saúde da OMS foi desenvolvido para ajudar os países e coordenar a ação internacional para prevenir, preparar, detectar, responder rapidamente, e se recuperar de surtos e emergências para reduzir a mortalidade e morbidade das populações afetadas. O que engloba a própria capacidade da OMS de gerir riscos e responder a emergências em tempo pouco, eficaz e previsível. Filiais em todos lugares, precisam planejar antecipadamente uma crise, para os recursos, sistemas, políticas, procedimentos e capacidades para realizar operações de mitigação e resposta de risco em apoio e em colaboração com os ministérios da saúde e outros parceiros (WHO, 2020).

As recomendações de prevenção da COVID-19 são as seguintes: lavar com frequência as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão, ou então higienizá-las com álcool em gel 70%; ao tossir ou espirrar, cobrir nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos; evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; ao tocar, lavar sempre as mãos como já indicado; manter uma distância mínima de cerca de 2 metros de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; evitar abraços, beijos e apertos de mãos, adotar um comportamento amigável sem contato físico, mas sempre com um sorriso no rosto; higienizar com frequência o celular e os brinquedos das crianças; não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; manter os ambientes limpos e bem ventilados; evitar circulação desnecessária nas ruas, estádios, teatros, *shoppings*, *shows*, cinemas e igrejas; se puder, ficar em casa; se estiver doente, evitar contato físico com outras pessoas, principalmente idosos e doentes crônicos, e fique em casa até melhorar; dormir bem e ter uma alimentação saudável; utilizar máscaras caseiras ou artesanais feitas de tecido em situações de saída de sua residência (Brasil, 2020).

De todas as medidas de segurança, o distanciamento social é o mais crítico. Orienta-se fortemente a necessidade de isolamento social para evitar aglomerações de pessoas, e quarentena para quem teve contato com pessoas infectadas, visando desacelerar o avanço da doença e retardar o pico da curva do número de doentes. Para que ela se tornasse possível, houve a necessidade de que os Estados, por meio de decretos, determinassem quais serviços poderiam funcionar e quais deveriam permanecer fechados.

As medidas incluíram restrição de funcionamento de escolas, universidades, transporte público, eventos sociais, esportivos, academias, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais como *shopping* e outros, que não eram considerados como essenciais, liberando o funcionamento de mercados, açougues e padarias, farmácias, hospitais, clínicas médicas e odontológicas, postos de combustível, oficinas mecânicas, agências bancárias, armazéns, transportadoras e *call centers* (Garcia & Duarte, 2020).

2.2.2 Equipamentos de Proteção Individual

Segundo a norma regulamentadora NR-6 de 2001, considera-se Equipamento de Proteção Individual (EPI), todo dispositivo de uso individual, de fabricação nacional ou estrangeira, destinado a proteger à saúde e a integridade física do trabalhador, sua função é neutralizar ou atenuar a ação do agente agressivo contra a pessoa que o usa. Estes equipamentos têm como objetivo evitar lesões ou atenuar sua gravidade e, também, proteger o corpo e o organismo daqueles que o usam. Existe proteção para a cabeça, para os membros superiores e inferiores; proteção de tronco e cinto de segurança, resultando em diversos equipamentos de proteção (P. S. da P. S. Filho et al., 2020).

O EPI é tido como um dos meios essenciais capazes de propiciar auxílio ao trabalhador, que se encontra constantemente exposto à situações de risco e também tem a função de complementar recursos que não conseguem preencher totalmente a segurança do trabalhador (Niero, 2000).

Vale ressaltar que o EPI não evita acidentes, ele evita lesões e diminui sua gravidade além de projetar o corpo e o organismo. As empresas são obrigadas a fornecer aos empregados gratuitamente o EPI adequado ao trabalho e em perfeito estado de funcionamento e conservação, também deverá oferecer treinamento adequado quanto ao uso dos equipamentos (P. S. da P. S. Filho et al., 2020).

A alta porcentagem das lesões, resultantes de acidentes de trabalho, derivam da falta ou da utilização incorreta do EPI. A legislação obriga o empregador a fornecer gratuitamente ao empregado os EPI's necessários para garantir sua proteção contra eventuais acidentes de acordo com o tipo de trabalho que executa. Sendo assim, o EPI é um instrumento de uso pessoal cuja finalidade é neutralizar a ação de acidentes que poderiam causar lesões ao trabalhador e protegê-lo contra possíveis danos à saúde. E, em tempos de pandemia o risco é ainda maior e consecutivamente a necessidade do uso de equipamentos (Lockhart et al., 2020).

O ambiente de trabalho seguro é obtido por meio de medidas que neutralizam ou eliminam os riscos associados às atividades de trabalho, sendo ele capaz de possibilitar o aumento da produtividade, pois não ocorre interrupção do trabalho por conta da ocorrência de acidentes, isso tudo pode se conseguir através da qualidade e eficiência da Segurança e saúde no trabalho (Córdova-Lepe et al., 2020).

Segundo Filho et al., (2020), dirigir esforços para essa função sem considerar Produtividade, Qualidade de Produtos, Preservação Ambiental e o Desenvolvimento de pessoas é uma grave falha conceitual e estratégica, portanto a função segurança deve estar integrada a gestão de várias funções vitais.

Em relação ao COVID- 19, deve-se instituir precauções para todas as pessoas de forma padronizada. Tais ações também devem ser instituídas no domicílio, elas consistem em medidas de higiene das mãos, etiqueta respiratória, medidas de desinfecção do ambiente e uso de EPI, que dependerá das atividades e procedimentos a serem realizados, como por exemplo, manuseio de lixo, higienização e desinfecção do ambiente, injeção, entre outros (Riera & Gras-Nieto, 2020; Savassi et al., 2020).

2.2.3 Insumos Necessários

A administração ou gerenciamento de materiais para as organizações compreendem o processo gerencial para aquisição e disponibilidade de materiais já manufaturados, essenciais para produção de serviços de saúde. Materiais são produtos que podem ser armazenados, distribuídos e consumidos para a produção de serviços (Cervantes-Arslanian et al., 2020).

O gerenciamento de recurso de materiais (GRM), administração de materiais ou suprimentos constituem a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização de saúde, compondo um processo com as seguintes atividades principais: programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle. O setor responsável pelo GRM, nas instituições hospitalares, está vinculado à área administrativa da estrutura organizacional, compreendendo os setores de compra e almoxarifado, onde são desenvolvidas atividades por pessoal que, geralmente, não é da área da saúde (Alemsan, 2020).

Devido a variedade de itens dentro da instituição é imprescindível a contribuição de conhecimento de um profissional de enfermagem, entre outros, para o GRM assessorando a área administrativa no processo de gerenciamento quanto aos aspectos técnicos.

A classificação XYZ, surgiu em 1988 (Bogo et al., 2015). Tem como critério o grau de imprescindibilidade do material para a produção dos serviços de saúde, ou seja, sua falta pode acarretar interrupções no atendimento e colocar os pacientes ou profissionais em risco. Os itens classe Z são imprescindíveis, não podendo ser substituídos por outros, ou seja, são de difícil acesso no mercado. Por isso precisam de um controle melhor porque não podem faltar na organização. Os níveis Y são de média criticidade, podendo ser substituídos por outros e encontrados no mercado com relativa facilidade. Os de classe X são de baixa criticidade, sua falta não acarreta danos ou riscos e apresentam facilidade na sua obtenção.

A decisão de agrupar os produtos facilita a análise de um cenário completo com volumes balanceados. Não cabem na sua construção informações demasiadamente detalhadas uma vez que perdem o sentido quando analisadas de forma segregada e dificultam a tomada de decisões. É recomendável priorizar os estudos de volumes antes de se examinar o mix neste nível de planejamento. A elaboração de um plano volumétrico assertivo de médio prazo induz ao acerto do mix no curto prazo. Ao contrário, a preocupação excessiva com o mix torna bem mais complexo servir o cliente se houver uma grande discrepância de volumes entre planejado e realizado (Pauffero, 2020).

O planejamento de médio prazo tem em vista conectar o plano estratégico e o operacional, buscando eliminar os gargalos e levantar os recursos necessários para a sua realização. Segundo a ANVISA, os produtos médicos são classificados segundo o potencial risco à saúde de seus usuários, seja paciente ou operador, nas seguintes classes, conforme a Regra em que o produto for enquadrado (Brasil, 2011):

1. - Produtos Médicos da Classe 1 (Baixo Risco): São os produtos médicos que, por dispensarem o emprego de procedimentos e técnicas especiais de produção e cuidados ou precauções em seu uso ou aplicação, representam baixo risco intrínseco à saúde de seus usuários, seja paciente ou operador, como todos os produtos não invasivos;
2. - Produtos Médicos de Classe 2 (Médio Risco): São os produtos médicos que apesar de dispensarem o emprego de procedimentos e técnicas especiais de produção, necessitam de cuidados ou precauções em seu uso ou aplicação, representando médio risco intrínseco à saúde de seus usuários, seja paciente ou operador, como por exemplo produtos médicos invasivos destinados a uso transitório ou de curto prazo;

3. - Produtos Médicos da Classe 3 (Alto Risco): São os produtos médicos que por necessitarem do emprego de procedimentos e técnicas especiais de produção, bem como de cuidados ou precauções em seu uso ou aplicação, representam alto risco intrínseco à saúde de seus usuários, seja paciente ou operador, como produtos invasivos a longo prazo; e
4. - Produtos Médicos de classe 4 (Risco Máximo): Nessa classe encontram-se produtos de alto risco, intrínsecos á fisiologia (homeostase) que coloca em risco a vida do individuo, como produtos invasivos que necessitam de um controle de regulamentação especial desde da sua fabricação até o seu o uso.

Dadas as características de centros produtivos, sua localização, o comportamento sazonal da demanda do mercado de refrigeração e a cultura local, constantemente é necessário fazer ajustes no plano de produção com o intuito de adequar o balanceamento de estoques e antecipar a sua construção nos períodos de baixa demanda.

Como comentado, uma vez que o planejamento de médio prazo é feito para um horizonte que varia entre seis e dezoito meses, em geral não existe a necessidade de planificação no nível de produto. Para facilitar este plano, os produtos são agrupados em famílias formadas por produtos com características semelhantes de fabricação e que compartilham os mesmos recursos operacionais.

Para a tomada de decisões adequadas tanto durante o Planejamento de Médio Prazo como no Planejamento de Curto Prazo, é fundamental que se conheça muito bem os estoques da empresa, sua qualidade e os limites máximos e mínimos.

Faz parte do gerenciamento de inventários a análise da qualidade dos estoques, que devem ser examinados tanto agrupados quanto segmentados. Vistos no todo, percebe-se os valores investidos e os espaços que serão ocupados o que auxilia no planejamento financeiro, de movimentação e de armazenamento.

Quando segmentado, no seu nível de detalhe mais elementar, o *Stock Keeping Unit* (SKU), possibilita fazer a análise de disponibilidade. No planejamento de estoques é preciso identificar os produtos que estão prontos para vendas, aqueles com problemas de qualidade, os que mesmo prontos para comercialização apresentam dificuldades de mercado, quais os que estão em trânsito e os operacionais (Delatore et al., 2016).

Para a COVID-19, em relação aos casos mais graves, além do tratamento com medicamentos existe a necessidade intubação orotraqueal com suporte de ventilação mecânica, e ainda, hemodiálise para alguns casos.

O Brasil, assim como outros países, passou por momentos críticos para aquisição de ventiladores mecânicos e máscaras, à medida que a pandemia foi avançando. Um dos estados que teve grande dificuldade para conseguir seguir com a compra foi o Maranhão, que de certa forma reflete o quadro vivido por boa parte do território nacional, em especial, a Região Amazônica, que precisou praticamente de uma operação de guerra para a aquisição de 107 ventiladores mecânicos e 200 mil máscaras (Alexandre et al., 2020).

Quadro 4. Diretrizes para o tratamento COVID-19

SUMÁRIO DAS RECOMENDAÇÕES E DOS SEUS JULGAMENTOS						
Intervenção	Benefício ¹	Risco ²	Custo ³	Acesso ⁴	Evidência ⁵	Recomendação
Tratamento farmacológico da COVID-19						
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina)	o	++	\$	✓✓	++oo baixa	↓ Contra o uso de rotina (fraca)
Hidroxicloroquina (ou Cloroquina) + Azitromicina	o	++	\$	✓✓	+ooo muito baixa	↓ Contra o uso de rotina (fraca)
Lopinavir/ritonavir	o	+	\$	✓	++oo baixa	↓ Contra o uso de rotina (fraca)
Oseltamivir	o	o	\$	✓✓	+ooo muito baixa	↓↓ Contra o uso (forte)
Tocilizumabe	o	+	\$\$\$	✓	+ooo muito baixa	↓ Contra o uso de rotina (fraca)
Glicocorticosteroides	o	++	\$	✓✓	+ooo muito baixa	↓ Contra o uso de rotina (fraca)
Heparina em doses de anticoagulação	o	++	\$\$ ⁶	✓✓	+ooo muito baixa	↓ Contra o uso de rotina (fraca)
Condições associadas à COVID-19						
Oseltamivir (suspeita de influenza em quadros graves ou fatores de risco)	+	o	\$	✓✓	+ooo muito baixa	↑ A favor do uso (fraca)
Heparina em doses de profilaxia (hospitalizados)	+	o	\$	✓✓	+ooo muito baixa	↑↑ A favor do uso (forte)
Antibacterianos (profilático)	o	o	\$	✓✓	+ooo muito baixa	↓ Contra o uso (fraca)
Antibacterianos (suspeita de infecção bacteriana)	++	o	\$	✓✓	Não avaliada	↑↑ A favor do uso

Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19: AMIB, SBI e SBPT.
Elaboração: 18 de maio de 2020

¹ Benefício clínico – o: pequeno ou negligenciável; +: moderado; ++: importante

² Risco – o: pequeno ou negligenciável; +: moderado; ++: importante

³ Custos diretos – \$: custos baixos; \$\$: custos moderados; \$\$\$: custos elevados. Avaliação qualitativa, considerando sistema público e saúde suplementar, com base em preços aferidos pelo Painel de Preços do Ministério da Economia, Banco de Preços em Saúde, tabela CMED e preços habituais praticados em mercado.

⁴ Acesso - ✖: indisponível; ✓: disponibilidade limitada no contexto brasileiro, seja do insumo, seja de profissionais com experiência no seu uso; ✓✓: boa disponibilidade no contexto brasileiro

⁵ Evidência avaliada de acordo com o GRADE. Níveis de confiança na evidência: ++++ alto; +++o moderado; ++oo baixo; +ooo muito baixo

⁶ Para custos, considerada anticoagulação terapêutica com heparina de baixo peso molecular, implicando em maiores custos.

Fonte: AMIB (2020).

Não há dúvidas que a pandemia de COVID-19 vem afetando, e ainda afetará por muito tempo a economia global. Em um cenário ameno, o crescimento do PIB seria afetado, variando de 3 a 6%, dependendo do país. Em um cenário ainda pior, o PIB pode cair mais de 10% e, em alguns países, mais de 15%. As economias orientadas a serviços serão particularmente afetadas, especialmente com a redução dos empregos e da renda. Países turísticos serão os mais afetados, assim como aqueles dependentes de comércio exterior, incluindo-se aí o Brasil (Fernandes, 2020).

2.3 Gestão de Serviços de Saúde

A gestão de serviços em saúde proporciona experiências que vão além dos resultados físicos, e repousam em aspectos sutis e nos detalhes. A qualidade e conformidade dos serviços facilmente medidos em produtos, como uma peça defeituosa, por exemplo, quando falamos em saúde, torna-se mais difícil mensurar, pela intangibilidade da maioria dos serviços prestados, e principalmente pelo estresse que há em alguns setores da área da saúde. Sem contar que a maior parte da avaliação do cliente se dá em tempo real. Com isso fatores como acolhimento, confiança, interesse, proatividade, cooperação e colaboração estão intimamente ligadas a todo o processo de encantamento e confiança do cliente. É muito mais fácil padronizar processos para algo tangível, como por exemplo, produção de tijolos, do que padronizar a forma de atendimento para todos os colaboradores de um hospital, e esse é o desafio constante da gestão de pessoas (Spiller, 2015).

Os clientes atualmente são altamente exigentes, procuram serviços que ofereçam qualidade, tecnologia avançada e eficiência. Estão sempre atentos à reputação das empresas que irão contratar ou utilizar algum serviço, e com o uso da tecnologia estão sempre prontos a informar em tempo real seu descontentamento com alguma prestação de serviço por meio das redes sociais, *sites* especializados em reclamações, ou agências reguladoras. As empresas, além de trabalharem com a exigência dos consumidores, convivem também com essas ameaças constantes (Monken & Moreno, 2015).

Para as empresas de *home care*, o desafio na gestão dos serviços inclui todos os fatores mencionados anteriormente, e o desafio do cuidado na residência, visto que o hospital é a casa do paciente.

Para que esse serviço seja prestado com excelência é essencial que haja planejamento desde a fundação da empresa, pois é muito mais simples melhorar processos que foram planejados do que começar uma empresa sem planejamento, e tentar implementar processos muito diferentes no decorrer do funcionamento (do Amaral et al., 2001).

Os gestores de companhias de *home care*, para iniciarem o funcionamento, seguem a Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 (Brasil, 2006), que regulamenta as normas para a prestação dos serviços domiciliares. A RDC 11, serve como base para iniciar o planejamento da empresa, uma vez que ela estabelece os critérios para todos os serviços que ela precisa oferecer, seja ele próprio ou contratado por ela para a prestação do serviço domiciliar.

Dentre esses serviços podemos citar: estabelecer critérios para admissão de pacientes; ter responsável técnico cadastrado no conselho; ter adastro no CNES; possuir requisitos para infraestrutura e recursos humanos; dispor de base com central telefônica 24 horas por dia; controlar abastecimento e manutenção de equipamentos; possuir referência para serviços de urgência e emergência, apoio diagnóstico laboratorial, radiografias, métodos gráficos, remoções e suporte ventilatório; possuir equipamentos e mobiliários adequados, medicamentos e materiais, local para treinamento da equipe que presta assistência domiciliar; controlar o prontuário para atendimento nas residências, e local para armazenamento desses prontuários (Brasil, 2006).

A gestão da empresa é responsável em planejar o atendimento do paciente desde a solicitação do serviço, que normalmente parte de uma operadora de saúde na desospitalização. Para a solicitação do serviço, normalmente a operadora envia o relatório do médico com o PAD proposto, junto com as quadros de complexidade (do Amaral et al., 2001).

A avaliação do paciente no ambiente hospitalar normalmente é agendada com brevidade para a confirmação do PAD, e para que a empresa tenha segurança em planejar o atendimento do paciente, selecione os profissionais que prestarão os atendimentos, e visite a residência para verificar se ela possui infraestrutura adequada para receber o paciente. Os mobiliários e equipamentos, que muitas vezes precisam ficar na casa do paciente, como camas hospitalares, concentradores e cilindros de oxigênio, insumos, medicamentos, cadeiras de banho e de rodas, são responsabilidade da prestadora de serviços (do Amaral et al., 2001).

Em caso de pacientes de alta complexidade, traqueostomizados e em ventilação mecânica, existe ainda a necessidade de que a empresa leve até o hospital o aparelho de ventilação mecânica, que ficará na residência para que seja feita a adaptação do paciente ao ventilador, evitando-se assim intercorrências na residência e reinternações precoces, e para que a alta seja feita de forma segura.

O período de adaptação normalmente é de 24 horas. A empresa de *home care* é responsável por toda a logística dispensada ao caso, seja ela de recursos humanos ou de entrega de qualquer item que seja de sua responsabilidade para o cuidado do paciente, independentemente da complexidade do caso (do Amaral et al., 2001).

O momento que estamos vivenciando, com a pandemia pelo SARS-Cov-2, agente etiológico da COVID-19, tem causado grandes impactos também para as empresas de *home care*, com a necessidade de criação de novas estratégias para atendimento da demanda. Com isso, a gestão de serviços precisou rever processos e traçar novas metas. A literatura refere que os profissionais de saúde durante a pandemia estão buscando desenvolver novas formas de atendimentos domiciliares (ANAHP, 2020).

A situação crítica e a alta transmissibilidade do vírus fizeram com que os órgãos regulatórios e a OMS iniciassem medidas de contingência na tentativa de controle da situação (WHO, 2020).

Em 04 de fevereiro de 2020, a OPAS e a OMS lançaram um plano de atendimento domiciliar para a saúde pública, orientando para pacientes que apresentassem sintomas leves da COVID-19 e manejo dos contatos. No plano, uma das indicações era para que pacientes portadores de comorbidades, mas que apresentassem sintomas leves da doença, fossem tratados na residência, com a avaliação de um profissional treinado e orientações de isolamento domiciliar e segurança na sua própria casa (Bastos, 2020).

O atendimento domiciliar, principalmente a pessoas frágeis ou que recebem cuidados paliativos, são de extrema importância, uma vez que as pessoas e familiares não podem sentir-se abandonados pelo sistema. Lembrando que, neste momento de pandemia, as visitas presenciais devem ser evitadas devido ao risco de contágio, reduzindo-as para os casos essenciais. Porém, o monitoramento dos pacientes deve ser feito rigorosamente e de maneira eficaz, por meio de chamadas telefônicas, vide chamadas e telemedicina (Riera & Gras-Nieto, 2020).

Sendo assim, as empresas de *home care* precisaram rever seus processos gerenciais e assumir novas demandas, perante a necessidade do quadro de funcionários presenciais, que passaram a exercer seu trabalho por via remota, terceirizando parte de seus atendimentos, como a telemedicina, monitoramento dos pacientes, coletas com objetivo de reduzir o contágio da COVID-19 (Aveni, 2020).

2.3.1 Impactos da pandemia

Referente aos impactos da pandemia sobre as empresas de *home care*, um fato marcante foi quando o prefeito da cidade de São Paulo – SP, Bruno Covas, decretou o rodízio de veículos por final de placa par e ímpar por 24 horas. As empresas e profissionais que prestavam atendimentos domiciliares se reuniram e enviaram, por meio da NEAD e do Sindicato Nacional das Empresas Prestadoras de Serviços de Atenção Domiciliar à Saúde (SINESAP), um ofício para o Ministério da Economia, onde informavam a importância dessas empresas para o setor saúde, inclusive informando que se não existissem, seriam necessários mais de 16 mil leitos para suprir a necessidade de hospitais no Brasil para a revogação do decreto (NEAD, 2020).

Enfatizaram também o impacto nos atendimentos com o rodízio adotado, e a redução no número de veículos no transporte público, devido aos profissionais dependerem das duas modalidades para se locomover entre seus atendimentos. Outro ponto importante foi a dificuldade para aquisição de seus insumos, como respiradores e máscaras, por requisição administrativa (confisco) do Estado, quebrando a cadeia de suprimentos (NEAD, 2020).

As empresas, de forma geral, sofrem com altos preços e dificuldade para compras de EPI's, e uma das estratégias para enfrentar a dificuldade é estabelecer parcerias entre as empresas para melhorar o poder de compra e negociação, comprando em volume maior. Essas empresas enfrentaram um aumento de aproximadamente 586%, por exemplo, no valor da caixa de máscara cirúrgica tripla com 100 unidades (Health, 2020).

Foi lançado pela NEAD um guia simplificado para orientações aos profissionais durante os atendimentos nas residências, baseado nas orientações da ANVISA, informando sobre a restrição de visitas aos pacientes, distanciamento mínimo de um metro entre as pessoas, ventilação e limpeza de superfícies do quarto do paciente, lavagem das mãos e utilização correta de EPI's (NEAD, 2020).

O coordenador do *home care* deve garantir que todos os profissionais sejam capacitados para uso de EPIs e orientações de prevenção da transmissão de agentes infecciosos no domicílio. Recomenda-se que o serviço de saúde treine e pratique com os profissionais o uso apropriado dos EPIs antes de cuidar de uma pessoa suspeita ou confirmada de infecção pelo novo coronavírus, incluindo a atenção ao uso correto de EPI e prevenção de contaminação de roupas, pele e ambiente durante o processo de remoção de tais equipamentos (Savassi et al., 2020).

A higiene das mãos é preconizada antes de qualquer procedimento como, por exemplo, a colocação de EPI e antes de tocar um paciente. Deve ser realizada também em seguida ao toque no paciente e entorno, bem como após exposição às secreções como: fezes, urina, saliva, sangue. Na presença de sujeira perceptível nas mãos, preconiza-se o uso de água e sabão, atendendo-se para a limpeza de unhas, pontas dos dedos, cada dedo incluindo o polegar, dorso e palma das mãos, e punhos. Na ausência de sujeira perceptível, pode ser usado também água e sabão, porém, o uso de antissépticos à base de álcool deve ser preferido (Savassi et al., 2020).

A etiqueta respiratória compõe ações como garantir que as pessoas cubram o nariz e boca com lenço ou a região flexora do cotovelo, enquanto tosse ou espirram, o uso de máscara cirúrgica em ambientes públicos ou em contato com outras pessoas, destacando-se pessoas com sintomas respiratórios em salas de espera de serviços em saúde e em isolamento domiciliar; e a higienização das mãos, caso tenham contato com secreções respiratórias comuns ao coçar o nariz ou após espirro e tosse. Para medidas de desinfecção do ambiente, recomenda-se a limpeza com água e detergente e o uso de desinfetantes como o hipoclorito de sódio 0,5%, também conhecido como água sanitária (uma parte de alvejante com 5% de hipoclorito para 9 partes de água) e álcool 70%. A desinfecção com o álcool deve ser frequente e preferida nas áreas menores e muito tocadas como mesa, cama e outros móveis. Para áreas maiores menos utilizadas, como por exemplo, o banheiro, a limpeza devem ser feita pelo menos uma vez ao dia (Savassi et al., 2020).

2.3.2 Medidas Contingenciais

As dificuldades e as necessidades são consequências de um cenário de crise. O vocábulo crise vem vernáculo grego *kriemem*, que significa separação, julgamento, momento decisivo. Assim, crise pode ser considerada motivo para mudanças. Nas palavras do autor: ‘De forma geral, a crise pode ser definida como o desequilíbrio da relação S (situação) – R (resposta), seja este causado por razões internas ou externas. Quando há desencontros de expectativas nessa relação, instaura-se a crise (Assunção et al., 2020).

As crises são geradas por vários motivos. Especialmente pela displicência humana, falha no processo, acidentes ou falta de preparo do administrador. As crises empresariais abordadas pelas questões que são públicas, compõem uma das ramificações dessa problemática, onde crises empresariais somadas a questões públicas, constituem uma situação inesperada que descontrola toda a estrutura funcional de uma empresa (Montoya, 2020).

A pandemia da COVID-19 trouxe consigo a maior crise a atingir a economia mundial desde a Grande Depressão de 1930. As características da doença fizeram com que a única forma efetiva de conseguir alguma redução da velocidade de disseminação fosse o distanciamento social e, eventualmente, quarentenas e *lockdown*. Isso trouxe, como consequência, redução da oferta de mão de obra, rupturas de cadeias globais de valor e uma crise sem precedentes no comércio e na logística internacionais. Em seguida, os mercados financeiros e de *commodities* foram duramente atingidos, alterando os fundamentos da economia mundial (Sá, 2020).

Promover a inovação empresas *de home care* é essencial diante da importância que elas representam para o cenário econômico e social no Brasil. Ano após ano, a inovação está sendo desmistificada e entendida, como condição necessária para sobrevivência das empresas, sendo esta iniciativa primordial para estabelecer o sucesso competitivo e o desenvolvimento empresarial (Aquino et al., 2020).

As principais consequências das crises, como da COVID-19, são a queda abrupta da produção, do emprego e da renda em quase todos os países. Isso tudo aponta para uma redução sem precedentes no comércio mundial. A velocidade de propagação da doença, o desconhecimento sobre a sua etiologia e tratamentos e o desconhecimento sobre como a pandemia irá se alastrar, principalmente sua intensidade e duração, tornam todo o quadro extremamente incerto (Cervantes-Arslanian et al., 2020).

Pela necessidade de sobreviver e desenvolver em cenários de crise, as empresas de *home care* necessitam ir em busca da inovação como fonte para a competitividade, mas a maioria das empresas desconhecem as definições e os procedimentos para implantar um processo de inovação e, assim, mensurar a sua capacidade inovadora (Bastos, 2020).

A inovação tem se tornado fator estratégico para as empresas de *home care*. Assim, ampliar a maturidade da empresa para inovar passou a ser primordial para o desenvolvimento de soluções inovadoras que agreguem maior valor aos clientes. Há quatro tipos de inovação: Inovação de produto, Inovação de processo, Inovação de marketing, Inovação organizacional (H. P. da Silva et al., 2020).

As inovações são responsáveis por impactos que podem estar restritos a melhoria de um único processo ou de um produto/tecnologia já existente. Porém, os impactos podem ser maiores e atingir toda a estrutura da empresa, havendo então a produção de um novo produto com tecnologia revolucionária, ou a introdução de um processo inteiramente novo. Os impactos restritos as melhorias dos produtos e processos são causadas pelas inovações incrementais, já os que influenciam nas estruturas de produção são derivados das inovações radicais (P. S. da P. S. Filho et al., 2020)

A inovação incremental está baseada nas pequenas mudanças, que no mercado são mais constantes e estão relacionadas com a melhoria do que já está sendo feito. A inovação radical é fruto do desenvolvimento de novas tecnologias ou novos produtos e processos (Siman et al., 2020).

Já Ferraresi et al. (2017), desenvolvendo sua proposição, elaborou a pirâmide da inovação, por meio da qual é possível verificar, de acordo com a novidade do produto, qual o tipo da inovação que deve prevalecer sobre as outras; a partir dessa pirâmide da inovação, a autora esquematiza os pontos de partida para a inovação e o tipo da inovação. A Figura 2 mostra a relação da inovação incremental e radical, bem como a transição entre elas, tanto dentro de um componente como em um sistema completo.

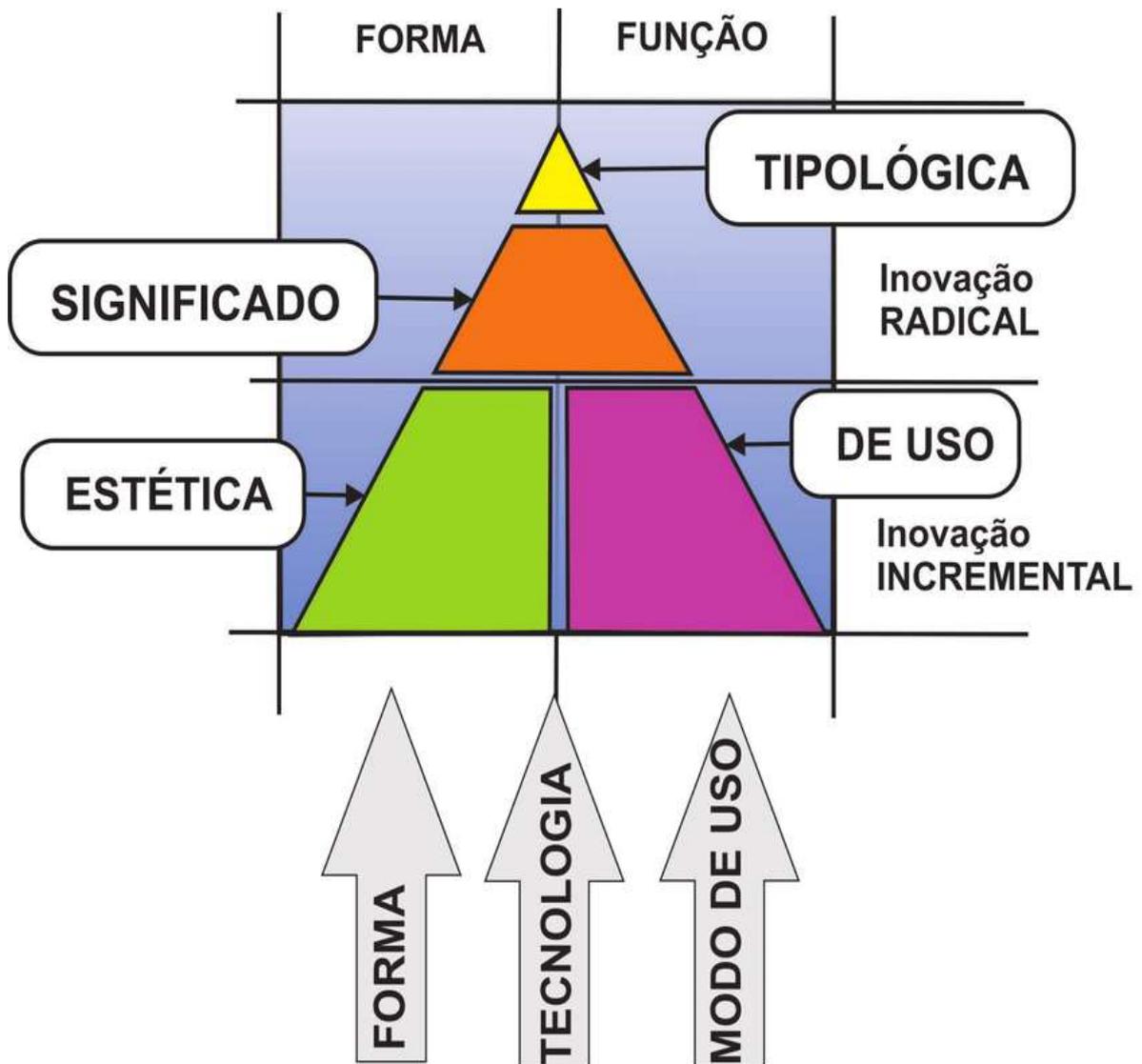


Figura 2. Dimensões da Inovação

Fonte: Ferraresi et al., 2017

As companhias de *home care*, bem como as demais, enfrentam um momento inédito no mundo, devido à pandemia de COVID-19, que de forma acelerada e em grande proporção fez com que essas empresas alterassem drasticamente seus modelos de atendimento.

Visou-se garantir o atendimento aos pacientes e a saúde dos profissionais da linha de frente, assim como dos funcionários administrativos, garantindo também os prazos curtos para admissão de pacientes e liberação dos leitos hospitalares.

Para concentrar e otimizar as estratégias de operação de serviços, algumas empresas criaram um “Comitê de Crise” com a finalidade de acelerar as decisões, fundamentados em cinco objetivos: 1 - manter a liquidez e tentar sobreviver aos desafios inevitáveis; 2 - garantir os atendimentos aos pacientes; 3 - proteger a saúde dos trabalhadores; 4 - estreitar laços com os clientes; e 5 - estabilizar a cadeia de suprimentos, avaliando sistematicamente as medidas de contingência (NEAD, 2020).

Como a doença se alastra rapidamente, comprometendo todo o sistema de saúde, as empresas de *home care* também precisaram adotar outras medidas de contingência, como o *home office*, evitando-se assim o transporte público e aglomerações de pessoas (W. K. de Oliveira et al., 2020).

O cenário da atenção domiciliar em que as profissionais estão inseridas é característico pela aproximação das pessoas, em que pacientes e cuidadores/familiares são acolhidos com toque afetivo cotidianamente. Nesse sentido, o cumprimento por meio de abraços faz parte da aproximação inicial. O “olhar nos olhos” e sentar à beira do leito entrelaçando as mãos (paciente cuidador/familiar-profissional) também faz parte da ação diária (Viegas et al., 2020).

A. J. Oliveira et al., (2019), identificaram dados semelhantes em uma pesquisa desenvolvida em Minas Gerais com 12 profissionais da saúde que atuavam na atenção domiciliar, onde foi ressaltado que as práticas de cuidado incluíam orientações relacionadas aos dispositivos médicos como curativos, sondagem de alimentação e vesical, prevenção de lesões por pressão, dentre outras, todavia, a disponibilidade para apoio e afeto também foram consideradas essenciais.

É neste contexto que se percebe as práticas de atenção à saúde humanizadas, em que todas as dimensões da experiência humana são consideradas importantes para o cuidado pleno da pessoa com a doença e seus cuidadores/familiares (A. J. Oliveira et al., 2019).

Nesse sentido, o CP é estabelecido, sendo destacado a partir da experiência das autoras que é necessário cotidianamente avaliar e cuidar a dimensão física, social, espiritual e emocional das pessoas assistidas. Portanto, a aproximação de algum dos integrantes da equipe é fundamental a fim de vigiar o que pode estar alterado naquele momento de encontro, apesar das restrições em decorrência do Coronavírus 2019 (Viegas et al., 2020).

Entre as medidas contingenciais estão também a redução ou cancelamento temporário dos atendimentos, esquema de escala de *home office* para os colaboradores administrativos, ampliação da monitoria de enfermagem e implementação da telemedicina (NEAD, 2020).

A saúde do profissional também é uma questão preocupante, visto que se encontram na linha de frente, com risco de contaminação elevado. Devido a essa situação de risco constante, as empresas estão focando em atendimento psicológico e aconselhamentos, investindo na saúde mental dos profissionais, inclusive pelo uso de aplicativos para esse fim (Jackson Filho et al., 2020).

No Brasil, 85% dos EPI's, como máscaras e luvas hospitalares, são importados da Ásia, e com o aumento do dólar por conta da pandemia, houve elevação dos custos. Os fornecedores nacionais precisaram praticamente dobrar sua jornada para evitarem o desabastecimento, incluindo maiores investimentos e priorizando a logística de entrega para materiais e medicamentos (Hollander & Carr, 2020).

Essas empresas hoje também adotaram o modelo de trabalho *home office* para a maioria de seus colaboradores, incluindo os médicos, que adotaram a telemedicina para avaliar os pacientes, principalmente durante as intercorrências clínicas, coletando dados como exposição ao vírus e viagens recentes, que incluem tomada de decisão e conduta, utilizando dispositivos como *tablets* e *smartphones*. Essas medidas tentam resguardar os profissionais de saúde, evitando que sejam contaminados pelo SARS-CoV2 e possam permanecer por mais tempo atendendo os pacientes que necessitam de cuidados (Hollander & Carr, 2020).

Quadro 5. Paramentação e Desparamentação

Paramentação	
Indicação	Necessária nos casos em que o cuidado é direto, como por exemplo, tocar ou em uma distância menor que 2 metros com morador que está tossindo.
Sequência	Tarefas
Preparação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beba um pouco de líquidos antes de colocar o EPI; 2. Prenda o cabelo se necessário; 3. Remova joias, relógio e outros adereços; 4. Confira se os EPIs disponíveis são do tamanho correto.
Colocando o EPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Higienize as mãos usando antisséptico a base de álcool OU use água e sabão; 2. Coloque o avental e prenda-o ao pescoço e cintura; 3. Coloque a máscara: posicione a tira superior no topo da cabeça e a tira inferior na altura da nuca; 4. Molde a tira de metal com as duas mãos sobre o nariz; 5. No caso de pessoas com cabelos longos, colocar o gorro sobre as tiras, ocluindo todo o volume capilar quando possível; 6. Coloque a proteção para os olhos (óculos ou escudo facial), se houver risco de algum tipo de respingo; 7. Coloque as luvas.

Desparamentação	
Objetivo	O EPI deve ser retirado de uma maneira que minimize os risco de autocontaminação.
Sequência	Tarefas
Preparação	As luvas, avental e proteção ocular (se foi usado) devem ser retirados na área do quarto do morador.
Retirando o EPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retire as luvas, para isso, retire a luva de um lado, pegando a parte externa com a outra mão e remova a luva; 2. Segure a luva retirada com a mão que ainda está de luva; 3. Insira o dedo indicador da mão sem luva por dentro da abertura do punho da mão que está com a luva, sem fazer contato com a área externa da mesma; 4. Faça remoção da luva restante e descarte ambas as luvas; 5. Higienize as mãos usando antisséptico a base de álcool OU use água e sabão; 6. O avental para ser retirado deve ter início pelo pescoço. Por isso, arrebente nos aventais descartáveis ou desamarre as tiras do pescoço e deixe o avental dobrar sobre si inferiormente; 7. Sem encostar na parte externa do avental, arrebente nos aventais descartáveis ou desamarre as tiras da cintura e descarte o avental; 8. Remova a proteção para os olhos (óculos ou escudo facial), se tiver usado, devido ao risco de respingo. Importante usar as duas mãos e afastar do rosto rapidamente (<i>lembre-se de descartar ou desinfetar em outro momento para um novo uso</i>); 9. Higienize as mãos usando antisséptico a base de álcool OU use água e sabão; 10. Retire a máscara assim que acabar as outras etapas. Arrebente ou desamarre as tiras inferiores primeiro e depois as tiras superiores. Remova do rosto segurando pelas tiras, pois a máscara pode estar contaminada. Em caso de tiras de elástico, basta retirar ambas as tiras da orelha ao mesmo tempo; 11. Descarte a máscara. Importante: não reutilize a máscara depois de retirada.

Devido à dificuldade de acesso à higienização correta das mãos com água e sabão no domicílio, pode ser usado dois pares de luvas no momento da paramentação, sendo o primeiro par de luvas colocado no início e o segundo par colocado no final da paramentação. No momento de desparamentar, deve-se retirar primeiramente o primeiro par de luvas que ficou por fora, e descartar em saco leitoso, de maneira adequada, depois seguir a desparamentação do avental, máscara, óculos, touca e, por fim, retirar o outro par de luva, seguido de higienização das mãos com álcool em gel 70% da maneira adequada (Savassi et al., 2020).

A sequência desses procedimentos em domicílio é trabalhada em detalhes conforme Quadro 5, que aponta os diferentes tipos de EPI's necessários de acordo com o tipo de atividade a ser desempenhada e a pessoa responsável por ela no domicílio. Para os profissionais de saúde, em caso de procedimentos com risco de geração de aerossóis, recomenda-se o uso de máscara N95, PFF2 ou equivalente. São exemplos desses procedimentos no cuidado domiciliar: coleta de secreções nasotraqueais, manejo de vias aéreas como aspiração, intubação e ressuscitação cardiovascular (P. S. da P. S. Filho et al., 2020a; Health, 2020).

2.3.3. Gerenciamento logístico

O gerenciamento logístico engloba, portanto, os conceitos de fluxo de compras de matérias-primas, operações de produção e transformação, controle de materiais e processos, bem como produtos acabados, compreendendo também todo o gerenciamento de transporte e distribuição de produtos destinados a vendas, desde depósitos intermediários até a chegada dos produtos aos consumidores finais (Possamai, 2015).

Gerenciar a cadeia de suprimento é importante porque auxilia a empresa e a organização na agregação de valores para o cliente. A gestão eficaz da cadeia de suprimento pode ser a chave para uma estratégia empresarial de sucesso, promovendo uma multiplicidade de maneiras para diferenciar a empresa da concorrência em razão de um serviço superior ou ainda de interessantes reduções de custos (F. C. D. Souza, 2016).

Para planejar o gerenciamento logístico é necessário aplicar métodos de redução de custos, procedimento organizacional e operacionalidade para a solução do problema. Com a evolução das tecnologias, dos meios administrativos e da própria sociedade, surge novas necessidades o que leva a produção de novos desafios para as empresas, que precisam disponibilizar produtos, com rapidez, seguro e com custo competitivo, para com isso garantir satisfação e fidelidade (F. C. D. Souza, 2016).

Hoje em dia, com a economia cada vez mais globalizada que impõe a necessidade de competição, de as empresas gerenciarem suas atividades logísticas para serem fontes de vantagens competitiva, torna-se preciso estudar fretes, modais logísticos, cadeias logísticas e, não menos importante, gerenciar as informações logísticas (H. R. F. Filho et al., 2015).

Hoje em dia, a logística é uma área importante dentro de qualquer organização, pois tem como objetivo primordial fazer com que produtos e mercadorias saiam das indústrias e cheguem até o consumidor final. Envolve a integração de vários conjuntos importantes num processo, como informações, transporte, estoque, armazenagem, manuseio de materiais e embalagem. Seu objetivo é tornar disponíveis produtos e serviços na hora e lugar onde são desejados (C. P. Souza et al., 2020).

A logística empresarial trata de todas as atividades de movimentação e armazenagem de produtos desde a aquisição da matéria prima até esse produto chegar às mãos do consumidor final, trata também do conjunto de informações para colocar esses produtos em movimento (H. R. F. Filho et al., 2015).

Ao se falar de logística não se pode deixar de mencionar o conceito de *Supply Chain* (SC) ou Logística Integrada, pois esta engloba a logística, sendo mais do que isso. Inclui o fluxo de materiais e produtos até os consumidores, envolvendo também as organizações que são partes desse processo. Ela compreende todas as atividades associadas com o fluxo e transformação de mercadorias desde o estágio inicial até o cliente, assim como os seus correspondentes fluxos de informação. Reconhece ainda, que existem formas de cooperação que podem ligar as organizações resultando em uma maior eficiência do sistema como um todo (Infante & Santos, 2007).

O gerenciamento integrado é característico da *Supply Chain Management* e pode ser considerada como uma visão expandida, atualizada e, sobretudo, holística da administração de materiais tradicional, abrangendo a gestão de toda a cadeia produtiva de uma forma estratégica e integrada. Pressupõe, fundamentalmente, que as empresas devem definir suas estratégias competitivas e funcionais através de seus posicionamentos dentro das cadeias produtivas nas quais se inserem (Spiller, 2015)

Atualmente, com a globalização e o cenário competitivo, as organizações enfrentam necessidades de buscar sempre inovação e uma melhora em seus desempenhos, assim como precisam lidar com expectativas muitas vezes conflitantes, tanto de fornecedores, como de clientes e, muitas vezes de acionistas que exigem uma gestão organizacional muito mais eficiente e eficaz do que no passado.

Trata-se de gerenciar essas mudanças organizacionais de forma que as empresas estejam preparadas para enfrentar tais descontinuidades e expectativas de forma rápida, flexível e que proporcione ganhos a todos os envolvidos. Portanto, tais mudanças exigem novos enfoques e novas formas de administrar. É fundamental que ocorra uma mudança dos paradigmas que, por longo tempo, definiram os padrões de organização industrial. Existem cinco áreas em que a mudança de paradigmas é necessária, e já está acontecendo nas organizações de classe mundial (Kasznar, 2014).

É exatamente esta perspectiva de mudança de funções para processos que mais facilmente permite compreender a administração das cadeias de suprimentos (SCM) (Razzolini Filho, 2012).

O gerenciamento de funções ocorre internamente nas organizações com suporte de sistemas integrados de gestão (ERP), que dominaram o cenário empresarial nas últimas décadas do século XX. Por sua vez, o gerenciamento de processos exige que as funções de cada empresa se integrem com as funções de outras empresas da cadeia de suprimentos, exigindo um novo recurso para que isso aconteça: o gerenciamento da cadeia de suprimentos, em uma visão intra-organizacional, levando a uma abordagem de que é necessário ocupar-se da lucratividade em toda a cadeia de suprimentos, por meio da agregação de valor em cada um dos elos que integram essa cadeia (empresas e demais interessados) (G. D. de Souza et al., 2006).

Isso leva à percepção de que os clientes são fundamentais para o êxito dessas cadeias de valor, uma vez que eles determinam a necessidade de serviços a serem ofertados pelas empresas que integram a cadeia. Também exige que se substituam as tradicionais transações pontuais por relacionamentos de longo prazo, colaborativos, em que sempre se busca perceber de que forma cada integrante da cadeia de valor pode contribuir com o outro elo, de forma a gerar valor agregado em cada momento dos relacionamentos (Tachizawa & Pozo, 2010).

Por fim, os estoques podem ser minimizados à medida que são realizadas trocas de informações (sobretudo as previsões de vendas), de tal forma que todos os membros da cadeia possam “enxergar” os estoques existentes e de que forma eles podem ser minimizados. A partir dessa abordagem da mudança de paradigmas, que implica em profundas transformações culturais, pode-se perceber que isto ocorre de forma lenta e gradual nas organizações gerando transformações em estágios evolutivos, conforme se demonstra através das transformações ocorridas na logística, descrita nas seções subsequentes (Tachizawa & Pozo, 2010).

As redes de suprimentos são as unidades produtivas que promovem o fornecimento e suprimentos dos bens e serviços demandados pelo consumidor final. Portanto, a cadeia ou rede constitui-se em toda a estrutura empresarial que faz com que o bem ou serviço chegue até o consumidor (Neto et al., 2013).

Gerenciar a cadeia de suprimento é importante porque auxilia a empresa e a organização na agregação de valores para o cliente. A gestão eficaz da cadeia de suprimento pode ser a chave para uma estratégia empresarial de sucesso, promovendo uma multiplicidade de maneiras para diferenciar a empresa da concorrência em razão de um serviço superior ou ainda de interessantes reduções de custos (Neto et al., 2013).

É necessário uma atenção especial na cadeia de suprimentos, no que diz respeito à gestão dessa rede, pois uma administração eficiente pode diminuir prejuízos, aumentar a lucratividade de determinados produtos, assim como identificar problemas no escoamento e giro de mercadorias (Rodrigue & Slack, 2002). Segundo Ballou (2007, p. 22): “O canal de suprimento físico refere-se ao hiato de tempo e espaço entre as fontes de material imediato de uma empresa e seus pontos de processamento”.

Segundo Tachizawa & Pozo (2010), a atividade de compras é uma área de apoio ao processo produtivo. É também uma área que pode reduzir custos e aumentar a lucratividade das empresas, através de negociação de preços junto a fornecedores.

Na visão de Ballou (2007), a atividade de compras está cada dia assumindo um papel mais importante e estratégico dentro das organizações, devido ao volume de recursos financeiros empregado, deixando de ser uma atividade meramente burocrática e geradora de contas a pagar e se tornando uma fonte de lucros, quando bem administrada, já que seus custos representam de 50 a 80% de toda a receita bruta. Dessa maneira, uma redução desse valor pode representar um aumento dos lucros de uma empresa.

Ainda de acordo com Ballou (2007), hoje em dia a função de compras e vista como integrante da rede de logística da empresa fazendo parte da cadeia de suprimentos. Dessa forma, a função compras passa a ser denominada como gestão da cadeia de suprimentos, não simplesmente área ou setor de compras.

Observa-se que, tanto Tachizawa & Pozo, (2010) quanto Ballou (2007), entram na questão gerencial da atividade de compras, destacando sua importância dentro do conjunto de atividades da empresa como parte que mais pode contribuir para aumentar ou diminuir a lucratividade, fazendo isso de forma generalizada.

A função compras é um segmento essencial do Departamento de Materiais ou Suprimentos, que tem por finalidade suprir as necessidades de materiais ou serviços, planejá-las quantitativamente e satisfazê-las no momento certo com as quantidades corretas, verificar se recebeu efetivamente o que foi comprado e providenciar armazenamento. Compras são, portanto, uma operação da área de materiais, muito importante entre as que compõem o processo de suprimento (G. D. de Souza et al., 2006).

Rodrigue & Slack, (2002), explicam o conceito da função de compras propriamente dita, detalhando em sua obra os objetivos da compra, como devem ser efetuadas, como por exemplo, em que quantidade devem ser adquiridas as mercadorias, quando devem ser feitas as entregas, o preço para compra, entre outros detalhes.

Supply Chain Management – SCM, ou Administração da Cadeia de Suprimentos, é um termo ainda confuso para a maioria das pessoas ou empresas, inclusive na sua tradução para o português (Razzolini Filho, 2012). Existem várias concepções do que são SCM, inclusive algumas que não demonstram exatamente o que seja SCM. Porém, para demonstrar algumas das concepções usuais, buscam-se algumas dessas visões para, então, discorrer sobre o assunto. *Supply Chain* compreende a logística, mas é mais do que isso. Inclui o fluxo de materiais e produtos desde as fontes produtoras de matéria-prima até os consumidores, envolvendo também as organizações que são partes desse processo. O SCM é atualmente a prioridade estratégica na maioria das grandes empresas.

Para (Júnior & Zuffo, 1998), SCM é uma metodologia baseada na visão sistêmica da empresa e no conceito de cadeia de valores. Ou seja, é uma visão de processo que exige integração interorganizacional por meio do intercâmbio de informações.

De acordo com Queiroz & Cruz (1999), ao se falar de logística não se pode deixar de mencionar o conceito de *Supply Chain* (SC) ou Logística Integrada, pois esta engloba a logística, sendo mais do que isso. Inclui o fluxo de materiais e produtos até os consumidores, envolvendo também as organizações que são partes desse processo. Ela compreende todas as atividades associadas com o fluxo e transformação de mercadorias desde o estágio inicial até o cliente, assim como os seus correspondentes fluxos de informação. Reconhece ainda, que existem formas de cooperação que podem ligar as organizações resultando em uma maior eficiência do sistema como um todo.

O gerenciamento integrado é característico da *Supply Chain Management* (SCM). Queiroz & Cruz (1999), afirmam que pode ser considerada como uma visão expandida, atualizada e, sobretudo, holística da administração de materiais tradicional, abrangendo a gestão de toda a cadeia produtiva de uma forma estratégica e integrada.

Pressupõe-se, fundamentalmente, que as empresas devem definir suas estratégias competitivas e funcionais através de seus posicionamentos dentro das cadeias produtivas nas quais se inserem.

Segundo Queiroz & Cruz (1999, p. 28): “o objetivo da SCM é controlar o custo total, melhorar qualidade, maximizar a gama de serviços ao consumidor e o lucro”. Queiroz & Cruz, (1999, p. 29), complementam que é fundamental a escolha correta dos fornecedores e o alinhamento dos objetivos neste processo. Isto é obtido através de uma agenda comum de melhorias e capacitação resultando numa estrutura produtiva com uma competência distinta e muito difícil de ser combatida pela concorrência.

Para que determinado produto satisfaça o cliente, ele deve estar no local certo, na hora desejada e ser funcional, tanto que o comércio varejista tem exigido que seus fornecedores enviem as mercadorias conforme serão vendidos, sem necessidade adicional de preparação para venda. Todos os custos da SC são pagos pelo consumidor. Por isso quanto mais custos forem eliminados ou diminuídos melhor para o consumidor (Ching, 2010).

As empresas que conseguirem reduzir esse efeito oneroso para o consumidor vão agregar valor a ele e conquistar um diferencial competitivo difícil de ser alcançado por seus concorrentes. Para tanto, devem ser criativas, audaciosas na busca da melhor solução. A cadeia de logística integrada, *Supply Chain*, surge como a proposta de solução (Ching, 2010).

Segundo Ching (2010, p. 154): “pelo segundo padrão, denominado de distribuição baseada no mercado, as empresas estocam localmente, atendem aos pedidos do cliente por meio do depósito local e despacham aos clientes da região”.

Percebe-se que, apesar das várias concepções de SCM, elas apontam alguns caminhos. Essas concepções permitem visualizar que *Supply Chain Management*, que segundo Fleury (2000):

- Envolve a logística;
- É suportado pela logística;
- É uma postura organizacional; e
- É uma metodologia com visão sistêmica.

Ainda conforme Fleury (2000, p. 42), o SCM: “é exatamente esse esforço de coordenação nos canais de distribuição, por meio da integração de processos de negócios que interligam seus diversos participantes”.

Na verdade, a logística é primariamente orientada aos processos de uma única empresa e seus provedores logísticos. Em contraste, o SCM envolve o conjunto de processos de diferentes organizações desde a fonte de matéria-prima até o cliente final (Razzolini Filho, 2012).

Essa nova forma de gerenciamento busca organizar a produção com base na demanda estimada (com a maior exatidão possível pela troca permanente de informações entre todos os elos da cadeia), integrando as duas pontas da cadeia (fornecedores e clientes).

É um novo modelo administrativo adotado pelas empresas para evitar o desperdício, reduzir custos e oferecer um melhor serviço ao consumidor. Trata-se de uma abordagem que implica a conjugação de todos os esforços inter e intraorganizacionais no sentido de atender às necessidades e desejos do cliente final (Razzolini Filho, 2012).

Embora o SCM seja um conceito em permanente evolução, sua importância é indiscutível por permitir que as organizações enxerguem a cadeia de valor genérica, de forma interdependente ou relacionada, pois o ocorrido numa das partes de um sistema afeta o custo ou a lucratividade de outra. Estes enlaces implicam a necessidade de uma correta coordenação entre atividades, a qual, sendo atingida, é uma fonte de vantagens competitivas (Razzolini Filho, 2012).

O conceito de SCM visa fornecer às organizações uma diferenciação competitiva estrategicamente importante, pois, introduz uma importante mudança no paradigma competitivo, na medida em que considera que a competição no mercado ocorre, de fato, no nível das cadeias produtivas e não apenas no nível das unidades de negócios (isoladas), como estabelece o tradicional trabalho de Porter (1997).

Por intermédio de relacionamentos inter organizacionais sólidos e duradouros, busca-se criar unidades de negócios “virtuais” de forma a se aproveitar a sinergia existente entre as organizações envolvidas de modo a obterem-se muitos dos benefícios da integração vertical tradicional, sem as desvantagens inerentes à mesma, com o objetivo de agregar valor ao produto a ser oferecido ao cliente final da cadeia produtiva. Trata-se de um modelo em que cada elo da cadeia trabalha sempre com uma visão holística e proativa enfocada no cliente final e não apenas no elo seguinte da cadeia produtiva (Razzolini Filho, 2012).

Para Ching (2010, p. 67), “*Supply Chain* é todo esforço envolvido nos diferentes processos empresariais que criam valor na forma de produtos e serviços para o consumidor final”. Assim, a administração dos canais de suprimentos é uma forma de gestão integrada do planejamento e controle do fluxo de mercadorias, informações e recursos, iniciando nos fornecedores e encerrando no cliente final.

Tal visão exige uma administração dos relacionamentos ao longo da cadeia logística de forma empresa e tipicamente de parcerias tipo “ganha-ganha” para que todos os envolvidos sejam igualmente beneficiados.

A partir dessas considerações, conceitua-se SCM como sendo administração sinérgica dos canais de suprimentos de todos os participantes da cadeia de valor, por meio da integração de seus processos de negócios, visando sempre agregar valor ao produto, em cada elo da cadeia, gerando vantagens competitivas sustentáveis ao longo do tempo.

Porém, para entender melhor o conceito oferecido, é necessário compreender os objetivos e alguns mecanismos do *Supply Chain* sobre os quais se discorre na continuidade (Pimentel & Lourenço, 2010).

Diante do exposto, pode-se inferir o papel e importância do SCM. Porém, resta compreender seus três objetivos principais, apontados por Razzolini Filho (2012, p. 112):

- I. Redução de Custos – busca-se, através de um melhor gerenciamento da cadeia logística como um todo (integrando todos os elos da cadeia produtiva), conseguir reduzir custos através da eliminação de atividades desnecessárias, evitando-se desperdícios ou, ainda, através de *trade-offs* de custos;
- II. Agregar Valor – embora o cliente final possa não perceber a integração existente na cadeia produtiva, cada elo dela está sempre buscando níveis de qualidade e eficiência que possibilitem ofertar um produto em que o cliente perceba um valor agregado maior, seja em função da maior qualidade resultante, seja através da disponibilização mais rápida do produto aos mesmos (atendendo aos requisitos de espacialidade temporalidade); e
- III. Vantagem Estratégica – operando-se numa visão integrada por toda a cadeia produtiva, consegue-se obter um diferencial competitivo por meio de uma estratégia de redução de custos. Para atingir seus objetivos, o SCM pressupõe a simplificação e otimização de toda a cadeia produtiva através da utilização de diversos mecanismos/recursos disponíveis, sobretudo a Tecnologia da Informação.

Podem-se indicar alguns mecanismos que podem ser utilizados, entre os quais se destacam, ainda segundo Razzolini Filho (2012, p. 117):

- a) Redução do número de fornecedores, estabelecendo-se relacionamentos de parcerias colaborativas em que se buscam resultados através da sinergia entre os elos da cadeia produtiva;

- b) Integração de Informações com Fornecedores, Clientes e Operadores Logísticos, utilizando-se principalmente de sistemas como: EDI (*Electronic Data Interchange*), para a troca rápida de informações, o ECR (*Efficient Consume Response*), para a reposição automática de produtos no ponto de venda, os Sistemas de Apoio à Decisão-SAD, possibilita a utilização de sistemas de produção dentro da filosofia *Just in Time* – JIT;
- c) Utilização de Representantes Permanentes junto aos principais clientes – o que possibilita um melhor balanceamento entre as necessidades do cliente e a capacidade produtiva da empresa, além de permitir maior agilidade na resolução de problemas;
- d) Desenvolvimento conjunto de novos produtos – para atender a necessidades específicas de determinados clientes, busca-se o envolvimento dos fornecedores desde os estágios iniciais do desenvolvimento de novos produtos, o que possibilita redução no tempo e nos custos de desenvolvimento;
- e) Integração das estratégias competitivas dentro da cadeia produtiva – através de relacionamentos de parcerias colaborativas se busca adequar estratégias competitivas unificadas, com os mesmos objetivos, entre empresas diferentes;
- f) Desenvolvimento conjunto de competências e capacidades na cadeia produtiva – competência como sendo o elo entre estratégia e infraestrutura, é qualitativo e não é vista ou percebida pelos clientes, embora agregue valor aos produtos. Capacidade representando o *know-how*, habilidades e práticas associadas com a integração e operação de processos;
- g) *Global Sourcing* – trata-se de uma visão mais abrangente do SCM, pois se trabalha com fornecedores/parceiros e clientes independentemente da sua localização geográfica. Para tanto, é necessário que as práticas de Pesquisa e Desenvolvimento de novos produtos seja feita em conjunto, que a transmissão eletrônica de dados seja constante, entre outras práticas relacionadas;
- h) *Outsourcing* – é a prática em que parte do conjunto de produtos e serviços utilizados por uma empresa é providenciada por uma empresa externa, num relacionamento de interdependência e colaboração, permitindo que a empresa cliente concentre-se naquilo que é sua competência principal (*core competence*). Nessa visão, o *outsourcing* vai além da simples terceirização, uma vez que o fornecedor mantém uma integração profunda e de colaboração estreita com o cliente; e

- i) *Follow Sourcing* – é a política que algumas empresas estão adotando, de trabalhar com o mesmo fornecedor de um item em todas suas unidades produtivas, independentemente da localização geográfica. Como exemplo, cita-se a Volvo e a Bosch: a Bosch, em Curitiba, fornece as bombas injetoras para todas as plantas da Volvo do mundo todo, cabendo à Gerência de Suprimentos da planta Volvo em Curitiba, gerenciar todo o processo de abastecimento das demais plantas Volvo ao redor do mundo.

Cabe apenas destacar que as práticas de *Global Sourcing*, *Outsourcing* e *Follow Sourcing*, têm sido aplicados, sobretudo pelas indústrias montadoras e de bens de massa, que precisam operar com ganhos de escala significativos e, com tais práticas, possibilitaram o desenvolvimento dos assim chamados “produtos mundiais”, devido ao fato de que, realmente, são envolvidos recursos de várias partes do mundo para a consecução do projeto e da manufatura dos mesmos (Razzolini Filho, 2012).

2.3.4. Recrutamento e Seleção

As funções da Gestão de Pessoas vão além de questões legais relativas à pessoal, mas sim se preocupar com o que aqueles indivíduos podem contribuir para a organização, e mutuamente o que a organização contribui com o indivíduo (Chiavenato, 2017).

A forma moderna de gestão se baseia na abordagem estratégica que é capacidade da organização integrar as decisões administrativas e operacionais por meio de diretrizes estratégicas. Conforme Chiavenato (2004, p. 33), “a gestão estratégica surgiu para tentar pôr fim aos problemas encontrados na implementação do planejamento estratégico”, já que não raras vezes, os conceitos empregados no planejamento estratégico por consultores externos, dava a impressão de excluir os executivos de sua implementação.

Conforme Dutra (2004), o surgimento desta área que objetiva estudar os recursos humanos deve-se em grande parte ao crescimento das organizações, que se tornaram maiores e mais complexas. Tal evolução fez com que as ações do RH ganhassem maior importância no contexto da Administração, mudando a própria denominação, que passou a se chamar Gestão de Pessoas, ou também, Gestão do Capital Humano.

Ao término desse tópico pode-se concluir que os indivíduos que trabalham nas organizações desempenhando um determinado cargo. Chiavenato (2004, p. 160), contribui através da sua definição, descrevendo o cargo como “uma composição de todas as atividades desempenhadas por uma pessoa – o ocupante – o que podem ser englobadas em um todo unificado, e que figura em certa posição formal do organograma da empresa.”.

Em geral quando se pretende saber o que uma pessoa faz na organização, pergunta-se qual é o cargo que desempenha. Com isso sabe-se o que ela faz na organização, e tem-se uma ideia de sua importância e do nível hierárquico que ocupa.

As empresas foram concebidas, originalmente, em função de elementos externos como o mercado, os consumidores, os proprietários e o lucro. Desse modo, o sentido e cultura da organização voltavam-se exclusivamente para o resultado financeiro, afirmam Monteiro e Passarella (2017). Para os autores, o valor das organizações do século XXI devem ser intrínsecos, vir de dentro e irradiar-se para fora, atendendo a uma necessidade ou demanda externa. Com isso, aquilo que é produzido, torna-se consequência natural da essência da organização colocada a serviço da coletividade. Portanto, os elementos internos e externos, mutuamente equilibrados, geram valor único para a empresa.

Chiavenato (2008), enfatiza que toda organização precisa de alguma finalidade, razão de sua existência e do que deseja realizar. Sem as noções de sua finalidade e direção, sua vida e propósito serão determinados não pelo que ela decidiu, mas sim, pelo que os outros decidiram.

Nesse sentido, é fundamental que se tenha clareza de qual é o propósito, das razões. Assim, atribuiu-se o fator à liberdade, isto é, em relação a qualquer coisa que se faça, a melhor razão é porque o indivíduo quer e não porque precisa. A própria ideia de necessidade traz o conceito de carência e esta não é a melhor razão para se fazer algo (Chiavenato, 2008).

Em sua obra sobre motivação 3.0, Daniel Pink (2010), revela que o sentimento de autonomia representa um efeito poderoso sobre o desempenho e a atitude individuais. Do ponto de vista de excelência, o autor afirma que o contrário de autonomia é o controle. O controle leva a conformidade e a autonomia ao empenho, o desejo de ser cada vez melhor em algo relevante. A luz da ciência, o autor afirma que o segredo para o desempenho de alto nível está diretamente relacionado ao desejo de dirigir a própria vida, de estender e expandir a capacidade e de viver com propósito.

O homem deve ser colocado “no centro da gravidade”, isto é, ele naturalmente busca sua felicidade e plenitude, que acontecerá apenas se “atividade humana for intrinsecamente valiosa e não instrumental”, afirmam Monteiro e Passarella (2017). Os autores complementam que para um ser inteiro e integral, a atividade exercida deve ser do mesmo modo inteira e

integral, não sendo possível a separação entre ser e fazer ou prazer e dever. Contudo, ao realizar um trabalho significativo, o indivíduo reconhece a si próprio em sua atividade e este resultado passa a ser uma extensão do eu.

Kotter & Niebuhr, (2016), reflete sobre a diferença entre simplesmente executar um plano com orçamentos, organogramas, descrição de cargo e foco no conjunto de habilidades para realização de determinada tarefa e, a inclusão e comunicação cuidadosamente formatadas para a formação de um grupo motivado de pessoas que se juntam à jornada do líder para avançar a uma determinada direção.

O papel da área de Recursos Humanos torna-se estratégico quando contribuem com questionamentos e ações que potencializam esta geração de valor para todos os envolvidos, sendo protagonistas e influenciando nas tomadas de decisão estratégicas, baseadas, além da sensibilidade e percepção do indivíduo e relações humanas, em indicadores e tecnologias que facilitem as interpretações e análises pertinentes.

Neste cenário veloz e de avanços exponenciais, a habilidade de adaptação e rápida aprendizagem, preservando a ideologia e aquilo que faz parte da essência da organização são primordiais para garantir o sucesso dos negócios. Portanto, apesar da consciência sobre a importância dos fatores culturais e alinhamento dos valores e filosofia de gestão, é urgente e imprescindível, a implementação de ações que tornem concretas e factíveis estes conceitos há anos discutidos.

Quanto ao recrutamento e seleção, geralmente, este se dá por meio da seleção de cooperados, prioritariamente pela indicação de outros cooperados que atuam no seguimento. No entanto, muitos currículos e fichas de inscrição são recebidos diariamente na empresa. Isto ocorre porque circula, principalmente entre os técnicos de enfermagem informações sobre a prestação de serviço em *home care*. O mercado vêm criando uma oferta de trabalho, para qual a empresa adotou um processo seletivo. Sabe-se que a livre adesão é uma das características das sociedades empresas, mas considerando a área de saúde como foco de atuação há que se levar em conta a impossibilidade técnica de prestação de serviços (Schuenck, 2005).

A seleção costuma ser composta por uma prova técnica, uma entrevista e uma dinâmica de grupo. O objetivo é minimamente conhecer a pessoa, ou seja, ter indícios sobre seu nível técnico, suas experiências passadas na área da saúde e suas expectativas quanto ao trabalho pretendido. Este processo é importante pois dá credibilidade e proteção a empresa e aos demais associados. Diferentemente da agência de emprego, que é remunerada pelo “trabalhador em busca de emprego” e/ou “empresa em busca do trabalhador”, a empresa não tem seu processo seletivo remunerado (Castro et al., 2018).

A partir da avaliação das potencialidades de cada profissional, tenta-se fazer sua adequação as funções estabelecidas. A experiência em *home care* possibilita classificar os técnicos de enfermagem de acordo com a complexidade do paciente (Moscatello, 2016). Isto permite a empresa desenvolver um programa de acompanhamento dos técnicos de enfermagem - dos iniciantes aos mais experientes – motivando-os para a qualificação profissional. Inicialmente a empresa, costuma oferecer um treinamento básico, visando apresentar os princípios do cooperativismo, as principais técnicas em Enfermagem, manuseio de equipamentos, qualidade em serviços e relações humanas no trabalho (Schuenck, 2005).

No decorrer do ano, vigora-se um programa de educação continuada, voltado não somente para questões técnicas, mas também para os mais diversos interesses dos cooperados. Alguns temas trabalhados: economia doméstica, cuidados de beleza, economia solidária, marketing pessoal, planejamento familiar, drogas, violência doméstica, anti-ginástica, dentre outros (Moscatello, 2016; Schuenck, 2005).

O profissional enfermeiro é o gestor de todo o processo de cuidado ao paciente, na residência. Como aspectos facilitadores desta modalidade de assistência os enfermeiros referiram, autonomia na assistência; apoio da chefia imediata e disponibilidade de instrumentos/equipamentos para a viabilidade da assistência (Moscatello, 2016).

A liderança tornou-se um pré-requisito para os homens e as mulheres de negócio na busca de maior eficiência e bons resultados por meio de suas equipes de trabalho, haja visto que os líderes são os indivíduos mais voltados para resultados em todo o mundo.

Certamente a forma pela qual a liderança é exercida pode fazer a diferença, entretanto, nas organizações ao redor do mundo e no dia-a-dia das equipes de trabalho é comum surgir sempre a mesma reclamação e percepção: não temos. As organizações escolares são o palco de atuação dos líderes. Pessoas diferentes, com diferentes estilos e personalidades buscando um lugar de destaque no mercado. Muitos fatores estão envolvidos com a liderança como a equipe o seu comprometimento e como levar o fator competência ao auge de execução na organização. Tais fatores levam a crer que as transformações ocorrerão e haverá cada vez mais lugar para os líderes (Mello et al., 2016).

O estudo do capital humano existe e está relacionado a um fenômeno real e de suma importância, inerente nas relações de interações entre os agentes. Tanto porque as relações econômicas, tal como as próprias organizações, trazem embutidas em suas naturezas uma realidade social na qual ocorrem, de fato, estas relações, o que dá um caráter social à análise dos aglomerados e não limitando o escopo de análise a uma visão econômica (Schuenck, 2005).

O cenário competitivo imposto pela globalização traz consigo novas características à competitividade organizacional que passa a tomar caráter global e ter uma quantidade de competidores muito maior. A busca por formas de adequação a esta competitividade torna-se essencial para o fortalecimento e a adequação das organizações perante as transformações do ambiente.

A gestão estratégica para Chiavenato (2004) inicia com uma visão de futuro para a organização e resulta em uma definição clara de sua missão, razão e visão e objetivos a atingir, sendo que estes objetivos não caracterizam uma estratégia e sim os fins que a organização busca alcançar, enquanto a estratégia é o caminho para atingi-los.

Portanto, mais do que um mero recurso é parte essencial da empresa, é de onde partem as empresas, negócios e para onde convergem os resultados, deixando de ser tratado como mero recurso de produção. Diante dos desafios das organizações e empresas na Gestão de Pessoas é que surge desafio de integrar de maneira inovadora, utilizando de diversas novas ferramentas o processo de adequar, acomodar, adaptar as pessoas nas organizações (Chiavenato, 2004).

Borges & Tamayo (2001, p. 345), relatam que as organizações enfrentam três exigências fundamentais: (1) a necessidade de compatibilizar os interesses individuais e os coletivos, uma vez que a relação entre indivíduo e grupo é inevitável; (2) o estabelecimento de uma estrutura que garanta o alcance das metas e objetivos da organização; (3) e o relacionamento entre a organização e o ambiente físico e social. Para os autores, os valores organizacionais, ao serem respostas a problemas concretos a partir de soluções bem-sucedidas no passado, orientam a satisfação destas três necessidades.

Valores, em geral, são adquiridos ainda na infância e estão dentro do indivíduo. Além disso, estão intimamente ligados ao país de nascimento, embora a cultura de um mesmo país possa incluir pessoas com valores diferentes, relata Geert Hofstede em entrevista para a revista Valor Econômico em outubro de 2013.

Richard Barret (2000), afirma que valores são um método simplificado de descrever o que é importante individualmente ou coletivamente. Complementa que valores não são fixos e são reflexos das necessidades do indivíduo em determinado momento de vida de acordo com as condições atuais. Para o autor, as necessidades são aquilo que o indivíduo deseja e que aliviará o seu sofrimento e estresse, tornando-o mais feliz e alinhado com o que realmente é.

Os valores constituem o núcleo da cultura organizacional, segundo Hofstede (1980), o sistema de valores é responsável pela “programação mental”, pois, constituem a centralidade da cultura. Nesse sentido, valores organizacionais podem ser definidos como uma tendência nas organizações para preferir alcançar certos estados e objetivos em detrimento a outros.

Sob a óptica da psicologia social os valores são ordenados conforme sua importância relativa. Rokeach (1973), define valor “como uma crença que guia ações e julgamentos por meio de situações e objetivos específicos, além daqueles imediatos, para estados finais de existência mais profundos”. Para o autor, uma vez internalizados, estes valores tornam-se conscientemente ou não, um padrão de critérios que guia a ação que desenvolve e mantém atitudes, para justificar ações, para julgamentos morais, de si aos outros, e para efeitos de comparação entre os indivíduos: “o conhecimento dos valores de uma pessoa nos deveria permitir predizer como ela se comportará em situações experimentais e em situações da vida real”.

As boas práticas de gestão incluem as pessoas que trabalham nas organizações, nesse sentido, Chiavenato (2004, p. 98), aponta que “a administração de Recursos Humanos é o ramo da administração que envolve as ações que têm como objetivo a integração do trabalhador no contexto da organização”.

Com a análise da afirmativa do autor pode-se dizer que na maioria das organizações é em relação ao aumento da produtividade e dos resultados dos colaboradores, utilizando-se de processos relativo aos Recursos Humanos, que, ainda segundo Chiavenato (2008, p. 99) são: recrutamento, seleção, treinamento, desenvolvimento, manutenção, controle e avaliação de pessoas”.

A gestão de pessoas tem se tornado a área mais importante das empresas, nos escritórios de advocacia esta preocupação vai ao encontro do atendimento da sociedade, calcada nos princípios de eficácia, eficiência e efetividade (Brulon et al., 2013).

A gestão de pessoas no serviço tem um longo caminho a percorrer, tendo em vista a necessidade de não apenas copiar os modelos de gestão privada, mas sim adaptar estes modelos respeitando as características do setor que atuam, os autores completam que uma gestão remodelada que garanta a forma de gestão participativa e que não adoeça o indivíduo e não faça uso de mecanismos de manipulação (Pereira et al., 2020).

A gestão de pessoas tem adotado práticas como, por exemplo a gestão por competências, gestão por desempenho, entre outras. A Gestão por Competências está conectada aos novos modelos de gestão estratégica, portanto depreende-se estruturada na empresa a sua visão estratégica, decorre daí a Gestão Estratégica de Pessoas, e o modelo de Gestão por Competência (Pereira et al., 2020).

As relações interpessoais ocorrem em virtude dos processos de interação, que corresponde às situações de trabalho compartilhadas por duas ou mais pessoas, as atividades coletivas e pré-determinadas a serem executadas, bem como interações e sentimentos

recomendados, tais como: comunicação, cooperação, respeito e amizade. Conforme as atividades e interações ocorrem, os sentimentos despertados podem ser diferentes dos indicados inicialmente e então, inevitavelmente, os sentimentos positivos de simpatia e atração provocaram aumento de interação e cooperação (Costa et al., 2013).

O trabalho é fator primordial na vida de todo ser humano, a psicologia organizacional evidencia o relacionamento interpessoal como uma das principais características para o sucesso da organização. Sem pessoas, não há produtividade, não existe empresas, ou seja, sempre existirá a relação homem e trabalho. As pessoas são a vantagem competitiva das empresas e o bem-estar no ambiente de trabalho resulta em produtividade e resultados (G. Lanzoni et al., 2015).

Chiavenato (1992), aborda que o indivíduo pode se relacionar em seu ambiente de trabalho, conforme seus objetivos individuais e organizacionais, levando em consideração que as formas de pensar, sentir e atitudes do homem, são influenciáveis pela organização.

É necessário compreender o motivo pelo qual as pessoas querem realizar algo e assim, inspirá-las e proporcionar as oportunidades para que possam usar suas habilidades. Todos são importantes dentro da organização e podem contribuir de maneiras diferentes, mesmo que o trabalho seja simples, é possível que o colaborador seja altamente engajado e goste do que faz.

Os líderes precisam focar mais nos resultados tangíveis de seus trabalhos, ao invés de simplesmente realizarem suas tarefas. Precisam também, articular seus papéis em relação ao valor que agregam para as organizações, criando mecanismos que produzam com velocidade resultados de negócio. Para isso, devem avaliar sua eficácia a partir da competitividade empresarial, em vez de pelo nível de satisfação dos empregados, além disso, conduzir transformações culturais (Brulon et al., 2013).

Lanzoni et al. (2015), em sua abordagem sobre os desafios das equipes enfatiza que embora o indivíduo tenha a tendência da autopreservação, uma equipe funcional deve considerar mais importante o resultado coletivo, isto é, para atingir os resultados de maneira eficaz, os membros do grupo devem focar nos resultados coletivos e minimizar os comportamentos individualistas.

Pesquisa chama a atenção para a importância da preservação da ideologia central que funciona como força direcionadora, que mantém a estrutura da organização a medida em que se transforma e evolui. É preciso reinventar as organizações e pensá-las como um organismo vivo, composta por uma coletividade de seres humanos que formam um sistema social. Adaptar-se a essa evolução, este sistema deve ser, necessariamente: fluido, flexível, autônomo e sinérgico, sendo cada vez menos piramidal e mais circular (Schreiber, 2013).

2.4 Matriz Conceitual

Adotou-se a noção de matriz conceitual para delimitar as formulações teóricas sobre a educação na saúde promovidas pela OPAS no período entre 1975 e 2002. Esta opção analítica situa-se no quadro da diferenciação entre o conceito – como criação filosófica – e as proposições científicas, desenvolvida por Gilles Deleuze e Felix Guatarri (Cavalcanti & Guizardi, 2018).

Cada conceito é uma criação e requisita para si um problema, ou melhor, constrói para si o problema ao qual pretende dar respostas. Para que opere realidades, necessariamente mobiliza outros conceitos, engendra com eles arranjos singulares, que os inscrevem como “componentes” do conceito que é criado.

As pontes, relações de vizinhança e de apropriação entre eles têm um caráter único, conferindo ao novo conceito um plano de consistência próprio.

O conceito é assim um acontecimento, de caráter parcial e pontual, e de singularidade absoluta, que não pode ser confundido com mera palavra ou expressão, ainda que um termo referido para expressá-lo possa constituir (ou não) parte do vocabulário corrente.

No mesmo sentido, uma palavra ou expressão usada para denominar um determinado conceito pode ser empregada sem sua densidade ou mesmo ser reapropriada para criação de um conceito novo (Cavalcanti & Guizardi, 2018).

Quadro 6. Matriz Conceitual

Constructo	Autores	Premissa conceitual
Home care	(ANAHP, 2020; Castro et al., 2018, 2018, 2018; “Homer Care cresce 38%, com 854 empresas no Brasil”, 2020; Massaro et al., 2018; Mello et al., 2016; Prasetyo, 2017; Schuenck, 2005; Viegas et al., 2020)	O atendimento domiciliar, principalmente a pessoas frágeis ou que recebem cuidados paliativos, são de extrema importância, uma vez que As pessoas e familiares não podem sentir-se abandonados pelo sistema.
Pandemia	(Assunção et al., 2020; Aveni, 2020; do Amaral et al., 2001; P. S. da P. S. Filho et al., 2020a; Jackson Filho et al., 2020; W. K. de Oliveira et al., 2020; Riera & Gras-Nieto, 2020; Viegas et al., 2020)	As empresas de <i>home care</i> precisaram rever seus processos gerenciais e assumir novas demandas, perante a necessidade do quadro de funcionários presenciais, que passaram a exercer seu trabalho por via remota, terceirizado para as empresas de <i>home care</i> parte de seus atendimentos, como a telemedicina, monitoramento dos pacientes, coletas com objetivo de reduzir o contágio da COVID-19
Gestão de Serviços	(Alencar et al., 2019; P. S. da P. S. Filho et al., 2020a; Infante & Santos, 2007, 2007; Lord et al., 2020; Possamai, 2015, 2015; Siman et al., 2020; Spiller, 2015a)	A escassez de EPI pode ser existir em diferentes realidades, algumas medidas podem otimizar a disponibilidade como o uso bem indicado, a diminuição da necessidade do uso com a telemedicina, equipe dedicada ao cuidado e a gestão coordenada dos recursos com modelos preditivos confiáveis, monitoramento das solicitações de EPI e gestão logística. Para as empresas de <i>home care</i> , o desafio na gestão dos serviços inclui todos os fatores mencionados anteriormente, e o desafio do cuidado na residência, visto que o hospital é a casa do paciente. A gestão eficaz da cadeia de suprimento pode ser a chave para uma estratégia empresarial de sucesso, promovendo uma multiplicidade de maneiras para diferenciar a empresa da concorrência em razão de um serviço superior ou ainda de interessantes reduções de custos

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

O método científico é uma forma lógica e uma perspectiva a ser percorrida pelo pesquisador, a fim de obter o conhecimento científico (do Amaral et al., 2001). Nesta seção serão apresentados os métodos e técnicas utilizados na pesquisa para atingir os objetivos propostos.

3.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa com o objetivo de identificar os fatores que impactam a gestão dos serviços de *home care* no cenário da pandemia causada pelo SARS-CoV-2.

A abordagem qualitativa visa alcançar um maior entendimento sobre as variáveis, grupos ou contextos que não foram estudados (Creswell, 2007).

Da mesma forma, o estudo exploratório visa esclarecer conceitos e ideias que envolvem um tema ainda pouco explorado, para que se chegue futuramente à formulação de uma problemática esclarecida, ou de hipóteses para estudos futuros (Gil, 2008).

Nesta pesquisa, foi adotada a abordagem qualitativa e exploratória, pois não foram identificados estudos que tenham realizado o levantamento de diversos *stakeholders* no contexto apresentado como proposta, sendo que o tema, portanto, necessita de mais clareza.

Neste tipo de estudo utilizou-se procedimentos que tentaram capturar e compreender dados, baseados na percepção que indivíduos ou grupos atribuídos a um problema social. Sendo assim, foram utilizados procedimentos como entrevistas semiestruturadas, levantamento bibliográfico e documental, análises de texto e imagem (Creswell, 2007).

Em estudos qualitativos, a escolha dos participantes, locais e documentos é intencional, por serem entendidos como fontes relevantes de dados, que podem ocasionar o entendimento sobre a problemática e a questão de pesquisa do estudo (Creswell, 2007).

O tema desta pesquisa foi abordado com maior profundidade por meio de aplicação de questionário digital, para avaliar os impactos da pandemia nos modelos de gestão de serviços de *home care*. Os questionários foram encaminhados por meio eletrônico, incluindo *e-mail*, *Instagram*® e o *WhatsApp*®.

Creswell et al. (2007), ressaltam que as entrevistas podem ser presenciais ou via *internet*, mas sempre utilizando perguntas semiestruturadas, em pequena quantidade e geralmente abertas, com o intuito de criar concepções e opiniões dos participantes.

A análise de dados tem objetivo de extração de sentido, sendo um processo de reflexão contínua sobre os dados abertos, constituindo ainda um processo essencial para o entendimento da codificação (Creswell, 2007).

Este estudo assumiu a análise de conteúdo de Creswell (2007), nas codificações aberta, que se posiciona dentro das informações e na codificação axial, posicionada dentro da teoria.

3.2 Procedimento de Coleta de Dados

Foi aplicado questionário online, do tipo Google *Forms*®, com objetivo de conhecer a percepção dos gestores de *home care* sobre os desafios da gestão dos serviços, no decorrer da pandemia de COVID-19, abordando os seguintes setores: recursos humanos, suprimentos, logística e relações comerciais. (Apêndice 1).

Diante da amostra pequena e apoiando-se nas obras *Estratégia Competitiva* (1980) e *Vantagem Competitiva* de Michael Porter (1985), adota-se o modelo de prescrição adotado por Porter como um modelo de competitividade empresarial definindo os conceitos de estratégia genérica e de cadeia de valor que se tornaram um paradigma da análise estratégica. Porém, no decorrer dos anos, vários testes empíricos e novas proposições teóricas foram publicadas em periódicos internacionais questionando ou refinando as ideias desenvolvidas por Michel Porter na década de 80.

A amostra da pesquisa foi por conveniência, constituída junto às de empresas de *home care* prestadoras de serviços no município de São Paulo - SP, atuantes na saúde suplementar, e que aceitaram participar do estudo. As empresas foram selecionadas pela relação do CNES, seguindo os critérios de busca apresentados na Figura 3 que ilustra os oito passos abordados nessa pesquisa.



Figura 3. Critérios de Busca

Fonte: A Autora

Inicialmente foi realizado acesso a página do CNES, conforme Figura 4:

A imagem mostra a interface web do CNES. No topo, há o logotipo "CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde" e uma barra de busca. Abaixo, há uma barra de boas-vindas e uma seção de filtros para a consulta de estabelecimentos. Os filtros selecionados são:

- Atende SUS: Todos
- Estado: SAO PAULO
- Município: SAO PAULO
- Gestão: Seleção
- Natureza jurídica(Grupo): Seleção
- Atendimento Domiciliar: ATENDIMENTO DOMICILIAR

Um botão "Pesquisa" está visível. Abaixo, há uma tabela com os resultados da consulta:

UF	Município	CNES :	Nome Fantasia :	Natureza jurídica(Grupo) :	Gestão :	Atende SUS :	DETALHES
SP	SAO PAULO	7772709	EA01 CARE SAÚDE ATENDIMENTO DOMICILIAR	ENTIDADES PARODIAZIAIS	M	NÃO	+

Figura 4. Página inicial do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Fonte: CNES (2020).

Conforme demonstrado na Figura 3 foram realizados 36 contatos telefônicos para representantes de operadoras de *home care* que concordaram em participar da pesquisa e ocupavam cargo de gestão estratégica ou no mínimo gestão tática (gerencial).

The image shows a web application interface for the 'Identificação' (Identification) module. On the left is a dark sidebar with a list of modules: Básico, Conjunto, Ambulatorial, Hospitalar, Mantenedora, Profissionais, Habilitações, Regras Contratuais, Contrato de Gestão, Incentivos, Equipes, Residência Terapêutica, Telessaúde, Org. Parceiras, and Ger/Adm(Terceiro). The main content area is titled 'Identificação' and contains a form with the following fields and values:

- Nome:** AGILY HOME CARE
- Nome Empresarial:** AGILY HOME CARE LTDA
- Logradouro:** RUA BOM JESUS
- Bairro:** VILA REGENTE FEIJÓ
- Município:** 355030 - SÃO PAULO
- UF:** SP
- CEP:** 03344-000
- Telefone:** --
- Dependência:** INDIVIDUAL
- Regional de Saúde:** (empty)
- Tipo de Estabelecimento:** SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO(HO)
- Subtipo de Estabelecimento:** (empty)
- Gestão:** MUNICIPAL
- Diretor Clínica/Gerente/Administrador:** SIBELE LOURENCO
- Cadastrado em:** 07/08/2018
- Atualização na Base Local:** 23/07/2019
- Última atualização Nacional:** 15/08/2019
- Horário de funcionamento:** (empty)
- Data Desativação:** 03/2020
- Motivo Desativação:** Falta de atualização há mais de 6 meses, conforme Port. SAS/MS nº 118/2014

At the bottom of the form, there is a 'Gerar PDF' button and a table for 'Exibir críticas local' with columns for 'Ocorrência', 'Mensagem', and 'Identificador'.

Figura 5. Módulo de identificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Fonte: da Autora

A seleção incluiu estabelecimentos que estão na saúde suplementar e não atendem o SUS no Estado de São Paulo, e no Município de São Paulo – SP. Estes serão selecionados pelas palavras-chave: “*home care*”, “atendimento domiciliar” e “emergência médica”. Foram mantidos contatos telefônicos convidando os gestores para participação no estudo. Considerando que a pesquisadora tem experiência e conhecimento no setor, foram elegíveis para responderem o questionário, os executivos no nível de Direção e Gerência e incluídas apenas as empresas que aceitarem ser em responder o questionário online.

Os convites para participação no estudo se deram entre os no período de 09 a 10 de novembro de 2020, por meio de contatos telefônicos com trinta empresas. Foram enviados no total quinze questionários para os gestores que aceitaram receber e responder o questionário online, perfazendo um total de 50% dos contatos que aceitaram participar da primeira fase.

Em seguida e foi encaminhado, os quinze participantes que se comprometeram a responder ao questionário, o link do *Google Forms*®, bem como as orientações para seu preenchimento e o tempo médio necessário para o preenchimento do formulário. O envio foi realizado entre os dias 17 e 18 de novembro de 2020.

Os links foram enviados, as respostas ocorreram entre 17 a 23 de novembro de 2020, com retorno total de nove questionários respondidos dos quinze enviados perfazendo 60% de retornos positivos.

Sobre os 40% que não responderam, um caso retornou que estava com erro no link e mesmo após o reenvio não foi respondido e para cinco questionários, não houvesse nenhuma resposta ou justificativa.

A análise dos resultados da pesquisa se deu por meio de leitura minuciosa das respostas e planilha Excel® para tabulação da frequência das respostas entre as nove empresas que responderam pesquisa.

3.2.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário que é um instrumento de coleta de dados constituído por uma serie ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

Em *Estratégia Competitiva* (1980) e *Vantagem Competitiva* (1985), Michael Porter desenvolveu seu modelo de competitividade empresarial definindo os conceitos de estratégia genérica e de cadeia de valor que se tornaram um paradigma da análise estratégica. Porém, no decorrer dos anos, vários testes empíricos e novas proposições teóricas foram publicadas questionando ou refinando as idéias desenvolvidas por Michel Porter na década de 80. Uma pesquisa, para oferecer resultados satisfatórios e confiáveis deve ser cuidadosamente planejada e embasada em contribuições anteriores, a coleta de dados deve ser de acordo com a necessidade da pesquisa e a tabulação dos resultados para então submeter à análise e chegar a uma conclusão satisfatória. O modelo descrito é, basicamente, o corpo de uma pesquisa de campo.

Apesar da coleta de dados ser uma fase intermediária da pesquisa, deve ser considerada importante e realizada de forma cuidadosa, pois é ela quem trará o embasamento necessário para os resultados da pesquisa realizada. O instrumento de coleta de dados deve ser definido após formulação do tema, problema e objetivos, e, além disso, deve-se determinar qual a população a ser pesquisada, a elaboração do instrumento escolhido e a programação da execução do instrumento. Escolhido o instrumento de coleta de dados e após aplica-lo, deve-se submeter o resultado da pesquisa para a forma de análise, separando por categorias ou pelas variáveis da pesquisa e então, discutidas para se chegar ao resultado proposto e sua respectiva conclusão.

Trata-se de um mecanismo de investigação constituído por uma quantidade de questões as quais são apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas (Ferreida et al., 2020).

3.2.2 Pressupostos do questionário

Buscou-se analisar as mudanças nos processos seletivos de pessoal, identificando assim a inovação trazida com a pandemia, assim como, a integração promovida entre colaboradores através do treinamento entre outras coisas, tais como, perguntas que ilustrassem como eram adotados e realizados os procedimentos e durante a pandemia.

Quadro 7. Perguntas da Pesquisa

1. Mudanças nos processos seletivos de pessoal
2. integração colaboradores e treinamento
3. Antes da Pandemia do COVID-19, como eram feitas as compras de materiais, medicamentos, suprimentos, locação e entrega de mobiliários? Qual foi a estratégia utilizada durante a pandemia?
4. Como eram feitas as entregas nas residências?
5. Houve dificuldade para compra de algum material ou medicamentos específicos?
6. Houve alteração nos valores?
7. Houve dificuldade para compra de algum material ou medicamentos específicos?
8. As famílias aceitaram normalmente todas as entregas nas residências?
9. Relacionado aos atendimentos, estão acontecendo normalmente? As famílias aceitam os profissionais na residência?
10. Como a sua empresa funcionava antes da Pandemia, em relação funcionários, eram todos presenciais? E agora, diante da pandemia, distanciamento social, a empresa conseguiu aderir ao *home office*?
11. Como eram as negociações comerciais antes da Pandemia? Houve alterações na forma das negociações comerciais diante da pandemia? Surgiram novos serviços domiciliares?
12. Para a gestão, como era a atuação estratégica antes da Pandemia?
13. Quais as principais alterações estratégias foram necessárias para a empresa adaptar -se ao novo momento que estamos vivendo?
14. Qual foi o impacto geral da pandemia para a sua empresa?

3.3 Resultados e Procedimentos de Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada com a utilização de ferramenta para auxiliar no armazenamento e localização de material, facilitando a comparação entre códigos, como os recursos onde o pesquisador poderá arquivar diversos formatos de arquivos, codificá-los e gerar notas, facilitando e organizando o processo (Creswell, 2007).

A análise de dados qualitativos, tem se mostrado bastante útil, permitindo transparência na análise de dados, sendo este um processo deveras obscuro para o pesquisador (Walter & Backer, 2015).

Referente a análise dos dados foi realizada com a utilização de resumo de respostas do *Google Forms*® e planilha *Excel*®, incluindo o percentual de frequência de resposta por pergunta (Gibbs, 2009).

Os resultados, em decorrência da amostra pequena, são prescrição porteriana, ou seja, uma pretensão de onde se quer chegar com base numa prescrição de como se deve agir em determinada situação considerando o ponto de partida, o contexto ambiental e seus possíveis desdobramentos até que se atinjam os objetivos finais da organização (Moreira et al., 2019).

Sendo assim, considera-se que a construção do conhecimento se deu pelo processo dedutivo. Este, por sua vez, parte do geral para o particular, por meio de princípios considerados verdadeiros, verifica ou testa uma teoria, testa a hipótese ou questões a partir da teoria, define e operacionaliza variáveis devidas da teoria, e mensura ou observa variáveis com a utilização de um instrumento (Creswell, 2007; Gil, 2008).

3.4 Limitações do Método

Embora seja uma pesquisa qualitativa, a limitação do método poderá estar relacionada ao tamanho da amostra, visto que nem todas as empresas aceitaram participar do estudo. Ainda, as maiores críticas aos estudos qualitativos são a falta de procedimentos rigorosos para guiar a correlação dos achados, além da falta de regras precisas sobre as técnicas empregadas, mesmo assumindo que cada observação é única, depende do objeto, do investigador e do participante.

Outra limitação apontada é que tanto os investigadores como os investigados serão agentes, o que implica no risco de perder a objetivação, estando em jogo a subjetividade do investigador.

Além disso, pode haver redução da compreensão do outro e da realidade de uma compreensão introspectiva de si mesmo (familiaridade/estranhamento), e também da representatividade da fala.

Ocorreu ainda limitação também por dificuldade de acesso e familiaridade com o questionário eletrônico, ou esquecimento em respondê-lo.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Referente ao perfil dos participantes, 66,7% são do sexo masculino e 33,3% dos gestores que responderam são do sexo feminino. Da amostra 11,1% ocupam cargo de coordenação e 89,9% são sócios proprietários das empresas e ocupam cargos na alta direção, portanto, cargos estratégicos, conforme apresentado no Quadro 8.

Quadro 8. Perfil dos participantes

CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES		
Sexo Masculino	6	66,67%
Sexo Feminino	3	33,33%
Total	9	100,00%
CARGO NA EMPRESA		
Proprietário	5	56%
Sócio Proprietário	3	33%
Coordenador	1	11%
Total	9	100%

Fonte: A autora

Quadro 9. Conteúdo dos questionários por empresa

EMPRESA		Q1 - Como você está fazendo o processo seletivo de pessoal, o que mudou no seu processo durante a pandemia?	Q2 - Como era a integração dos novos colaboradores e treinamento para iniciar as atividades laborais e com a pandemia, houve alguma alteração?
Empresa	1	Treinamentos periódicos	Era presencial e houve a necessidade de novos treinamentos, intensificando a ventilação mecânica
Empresa	2	À distância	Era presencial, passou a ser on-line no início da pandemia e agora presencial
Empresa	3	Videoconferência	Não houve alteração
Empresa	4	Presencial com distanciamento social	Era presencial, no início da pandemia remoto e agora presencial respeitando o distanciamento social e com uso obrigatório de máscaras
Empresa	5	Não houve alteração	Não houve alteração
Empresa	6	Entrevista on-line/ prática com distanciamento social	Os treinamentos que eram coletivos passaram a ser individuais
Empresa	7	Presencial com medidas de segurança e distanciamento social	Mantem-se presencial com medidas de segurança e distanciamento social e higienização constante dos equipamentos compartilhados
Empresa	8	Videoconferência e presencial para cargos técnicos	Mantem-se presencial e implementou-se a utilização de protocolos de EPI's para cumprimento da legislação
Empresa	9	<i>On line</i>	Eram presenciais e passaram a ser por videoconferência

EMPRESA		Q3 - Antes da Pandemia do COVID-19, como eram feitas as compras de materiais, medicamentos, suprimentos, locação e entrega de mobiliários? Qual foi a estratégia utilizada durante a pandemia?	Q4 - Como eram feitas as entregas nas residências?
Empresa	1	Seguindo regras institucionais, com a pandemia e as dificuldades, necessidade de estoque de EPI	Empresa terceirizada
Empresa	2	Aumento de estoque e medidas de segurança	Realizadas seguindo protocolos.
Empresa	3	Aumento no volume de compra de EPI para aproveitar os menores preços	Individuais
Empresa	4	Aumento do volume de compra para reduzir a circulação de fornecedores.	Por motoboy ou carro
Empresa	5	Manteve-se os critérios com avaliação dos valores.	Logística própria
Empresa	6	Manteve-se o critério de compra on-line, com necessidade de POP sobre segurança disponibilizado pelo prestador.	Com veículo próprio
Empresa	7	Compras mantiveram-se por e-mail, implementando-se a necessidade de higienização de todos os insumos recebidos.	Empresa terceirizada, implementado medidas de segurança
Empresa	8	Sem alterações	Veículo próprio
Empresa	9	Redução da rotatividade de estoque de materiais e locação de equipamentos.	Entregas quinzenais, foram alteradas para mensais, seguindo as normas de segurança

EMPRESA		Q5 - Houve dificuldade para compra de algum material ou medicamentos específicos?	Q6 - As famílias aceitaram normalmente todas as entregas na residência
Empresa	1	Luvas, aventais, máscaras, álcool, fraldas, canabidiol para crianças com alguma lesão cerebral, máscaras para bipap	Não
Empresa	2	Luvas e máscaras	A grande maioria
Empresa	3	Não houve alteração	Sim
Empresa	4	Máscaras, luvas e soro fisiológico	Sim
Empresa	5	Luvas, máscaras e aventais descartáveis	Sim
Empresa	6	Luvas, Álcool e Máscara.	A maioria sim, algumas famílias pediam para deixar na portaria do prédio.
Empresa	7	Sim, álcool gel, máscara e avental descartável	Sim
Empresa	8	Sim. Itens de EPI, principalmente.	Sim
Empresa	9	Máscaras	Sim

EMPRESA		Q7 - Relacionado aos atendimentos, estão acontecendo normalmente? As famílias aceitam os profissionais na residência?	Q8 - Como a sua empresa funcionava antes da Pandemia, em relação funcionários, eram todos presenciais? E agora, diante da pandemia, distanciamento social, a empresa conseguiu aderir ao home office?
Empresa	1	Atualmente sim! Alguns pacientes têm resistências.	Pessoas idosas regime home office, gestantes e pessoas com algum risco. Distanciamento social não respeitam, não tem vigilância! Nem o setor de Rh usam máscaras! Salas de reuniões não utilizam, troca de mascaram em prazos errados.
Empresa	2	A grande maioria sim.	Todos presenciais antes e durante a pandemia.
Empresa	3	Sim realizamos teste em todos	No momentos voltamos ao normal mas na pandemia fizemos rodízio
Empresa	4	Nos casos de enfermagem sim, quase que 100%, equipe multi foram canceladas e estão retornando agora	Conseguimos trabalhar com home office em alguns departamentos, com os outros departamentos separamos os ambientes para maior distanciamento.
Empresa	5	Algumas famílias requereram redução de frequência de visitas e cancelamento de outras	Mantivemos o mesmo processo com colaboradores presenciais. Não aderimos ao Home Office.
Empresa	6	Muitas altas a pedido da família no início da pandemia para evitar rotatividade de profissionais entre as residências.	Atualmente parte da equipe esta presencial respeitando o distanciamento social. Os que ficaram Home Office se adaptaram muito bem e com muito comprometimento.
Empresa	7	Sim, os atendimentos estão ocorrendo normalmente.	Nossos atendimentos continuam presenciais com redução de horários para diminuir o número de funcionários na empresa.
Empresa	8	Algumas terapias foram suspensas a pedido dos familiares.	Parte da empresa atuava em escritório e parte em trabalho externo. Algumas funções foram adequadas ao home office.
Empresa	9	Redução de 30% dos atendimentos em março com retorno gradual de agosto em diante.	Antes da Pandemia o contingente de profissionais era 100% presencial. Sem segredo para ninguém, uma das maiores mudanças na vida das pessoas foi a mudança do mundo corporativo para o home office, o que gera discussões para empregadores e empregados, pois há muitos fatores positivos e negativos. Mas de uma coisa todos têm certeza, essa é a única alternativa para manter todos ativos. O grupo Status conseguiu uma boa adesão com estratégias inteligentes, principalmente do setor de RH. Com a chegada do atual momento, novas habilidades e competências foram exigidas de todos, principalmente gestão de tempo, capacidade emocional, maior atenção em detalhes e essa lista só aumenta. Com isso, a capacidade de aprendizado está sendo cada vez mais evoluída para que esse caminho não tenha um trajeto pré-estabelecido e sim que siga um caminho constante, visando uma evolução contínua.

EMPRESA		Q9 - Como eram as negociações comerciais antes da Pandemia? Houve alterações na forma das negociações comerciais diante da pandemia? Surgiram novos serviços domiciliares?	Q10 - Para a gestão, como era a atuação estratégica antes da Pandemia?
Empresa	1	Sim, valores dos produtos passou do limite do respeito pela vida humana? Surgiram atendimento domiciliares como administração de medicação! Porém as operadoras repassam pouco e querem serviço de qualidade, pague bem e pague para quem sabe fazer bem feito! Os profissionais que arriscam a vira-bosta ganhar 20 reais um procedimento ? Diretoria isso é economia! Vamos diminuir leitos, custos elevados? Super lotação.	Mantiver onisciente assistido com os protocolos e contratas concedidos aos gestores.
Empresa	2	As negociações antes pandemia eram mais eficientes, home office mudou o tempo de resposta.	Mantivemos a mesma estratégia, antes, durante e depois.
Empresa	3	Sim tivemos novos serviços	Sempre fomos agressivos em nossas negociações
Empresa	4	Todas as negociações eram presenciais, com a pandemia muitas reuniões foram canceladas e as que não foram são via web. Surgiram sim novos serviços e aumento de alguns outros.	Estratégia sempre foi focar em qualidade no atendimento.
Empresa	5	As negociações não se alteraram com exceção de teleconsultas.	Monitoramento ativo e uso de Tecnologia de Comunicação para antever descompensações.
Empresa	6	As negociações comercial se potencializaram via online. Tivemos novos serviços domiciliares com monitoramento de pacientes por telefone, triagem, medico de plantão e acionamento de APH para evitar hospitalização.	Nosso planejamento estratégico foco em como chegaríamos a nossa meta desejada. Nossas metas foram focadas no direcionamento do negócio, elaborar ideias criativas e inovadoras, explorar as oportunidades, minimizar possíveis ameaças e planejar as ações futuras. No nosso planejamento nos favorecia a Comunicação, Investimentos, Proteção contra as mudanças do mercado, tomada de decisão, torna a empresa competitiva e investir no setor de qualidade.
Empresa	7	Não, mantemos os nossos padrões com uso de EPIS e álcool em gel.	Os profissionais utilizavam até mesmo antes da pandemia os EPIS , e reforçando sempre com a educação continuada a importância de lavar as mãos.
Empresa	8	Eram feitas através de visitas presenciais. Após a pandemia, foram focadas em contatos telefônicos ou por videoconferência. Não houveram novos serviços domiciliares, mas outros produtos focados em atendimentos mais aderidos á nova realidade.	Não houve resposta
Empresa	9	As negociações comerciais no nosso Nicho de negocio , partiam diretamente de um setor ou departamento , com a chegada da Pandemia os donos , tiveram que se aproximar das operações e se reinventar sendo que o primeiro passo foi reduzir os gastos internos, o segundo passo é também uma angústia para empreendedores: descobrir como continuar vendendo. Com a Pandemia instalada novos negócios surgiram como por exemplo a tele consulta por diversas categorias profissionais e tudo indica que permaneceram e serão de extrema importância.	Na Status a Gestão estratégica funcionava da seguinte maneira: Motivação. Comunicação. Trabalho em equipe. Habilidades e competências. Capacitação e crescimento.

EMPRESA		Q11 - Quais as principais alterações estratégicas foram necessárias para a empresa adaptar -se ao novo momento que estamos vivendo?	Q12 - Qual foi o impacto geral da pandemia para a sua empresa?
Empresa	1	Inovação visual, agilidade	Em processo de cálculo.
Empresa	2	Felizmente trabalhamos de forma tão assertiva que somente nos adequamos a legislação	Pequeno impacto, sentimos mais no valor de insumos.
Empresa	3	Não tivemos	Positivo com aumento de receita
Empresa	4	Maior alteração foi o home office, distanciamento entre as equipes internas e externas.	Maior impacto foi em compras de materiais, esse foi o departamento mais afetado.
Empresa	5	Incremento tecnológico para otimizar monitoramento com novas contratações de gestão da qualidade	Melhora da Qualificação Interna com incremento de casos em mais de 20% demonstrando reconhecimento dos clientes.
Empresa	6	Adaptamos nossos serviços a situação atual; Otimização de processos junto a Pandemia (potencializamos tudo junto nossa TI e online); aderimos a Lei de segurança de dados (nos antecipando a lei que ainda não entrou em vigor - LGPD); Elaboramos melhorias no sistema remoto e Investimos no marketing digital. Tivemos que fortalecer parcerias, buscar novos fornecedores e renegociar contratos e preços.	Um dos pontos da nossa Gestão Estratégica antes da Pandemia era proteção contra mudanças no mercado, mas não esperávamos que fosse uma Pandemia, porém tomamos medidas dia a dia com a mudança das regulamentações e nos adaptando em tempo real. O maior impacto que ocorreu na empresa foi no setor de RH e EPIs, pois muitos profissionais declinaram dos atendimentos, com isso tivemos que buscar novos profissionais no mercado com valores diferenciados devido a Pandemia. E os EPIs tiveram um aumento muito maior que 100%. Essas situações foram a que tiveram maior impacto na nossa empresa.
Empresa	7	Adquirimos termômetro digital com frequência de temperatura diária de todos os colaboradores, disponibilizamos álcool gel e máscara descartável e orientações referente a lavagem das mãos e o distanciamento social	Inicialmente a abordagem com a família referente aos atendimentos domiciliares, referente a todos os EPIs necessários para mantermos um atendimento de qualidade e com as devidas seguranças

Empresa	8	<p>Segurança do ambiente com regra de abastamento e reforço na higiene; Garantia das linhas de suprimentos; Gestão de tesouraria mais conservadora; Gestão de custos mais criteriosa, com novas alçadas; Criação de comitê de crises; Treinamento específico aos colaboradores; e Comunicação interna e externa semanal, sobre a evolução da pandemia e seus impactos internos.</p>	<p>Positivos: Aumento de demandas de internação domiciliar; implementação de novas rotinas administrativas e operacionais.</p> <p>Negativos: Perda de pacientes de alguns nichos específicos (Ex.: pós-operatórios); Perda temporária de colaboradores de campo por contaminação; Aumento de custos.</p>
Empresa	9	<p>Estabelecer equipes de tomada de decisões de emergência. A empresa estabeleceu imediatamente equipes de tomada de decisão para assuntos urgentes temporários, “ Resposta a Emergências” para definir os objetivos a serem alcançados e criar um plano de emergências, além de garantir que as decisões pudessem ser tomadas o mais rápido possível em diferentes situações; Quanto aos membros desse comitê, a empresa avaliou seus próprios profissionais para adequar seus negócios às características da Pandemia. A Status avaliou os riscos e esclareceu mecanismos de resposta a emergências, implantou planos e divisão de trabalho. A Status avaliou as questões relacionadas ao espaço do escritório(E necessário?), compras, fornecimento e logística, segurança dos funcionários e capital financeiro, frente a diminuição de 30% da receita bruta.</p>	<p>A Pandemia gerou grande impacto de incertezas, inseguranças e preocupações. Esse é o cenário que se espalhou a partir do Covid-19 e tem impactado a harmonia de tantas empresas em meio a essa nova configuração do mercado. São notáveis os efeitos e as mudanças constantes proporcionadas pela pandemia, no qual força uma adaptação de seus negócios devido ao isolamento social e fechamento de estabelecimentos físicos. Do mesmo modo, aumenta-se a importância do mundo digital e com ele o valor da marca que se torna um elemento essencial para o sucesso das empresas. com o impacto tempo entendemos a relevância de uma boa “gestão de marca”, e adotamos o Branding, além de utilizar suas estratégias para minimizarmos o impacto econômico sobre o nosso faturamento. A questão econômica tornou-se o principal fator impactante neste novo cenário mundial.</p>

Fonte: A autora

A análise do conteúdo seguiu a metodologia proposta por Creswell (2007), abordando os seis passos da análise de dados:

- 1 - O conteúdo foi organizado, separado e transcrito;
- 2 - Foi feita uma leitura dos dados de forma geral, para melhorar o entendimento sobre o panorama;
- 3 - Codificar, separando em segmentos, para posteriormente atribuir significado as informações;
- 4 - Gerou-se categorias com maior especificação, a partir da codificação;
- 5 - Discutir os temas interconectados na discussão dos resultados; e
- 6 - Extrair ou interpretar o significado do conteúdo comparando com a literatura.

Quadro 10. Análise das respostas (N:9)

QUESTÕES	CATEGORIA DE CONTEÚDO	ANÁLISE DAS RESPOSTAS
Q1	Treinamento	Uma empresa: incluiu treinamentos (11,1%) três implementaram processos seletivos <i>on line</i> (33,3%), uma não houve alterações (11,1%) e duas fazem processos mistos, entrevista <i>on line</i> e prática presencial (22,2%) e uma mantém presencial com distanciamento social (11,1%) e uma empresa implementou treinamentos (11,1%).
Q2	Treinamento	Quatro empresas adotaram treinamentos online (44,4%), uma empresa não houve alteração (11,1%), três empresas mantiveram treinamentos presenciais com distanciamento social e uso de EPI (33,3%) e uma empresa alterou o treinamento de coletivo para individual (11,1%).
Q3	Logística	Quatro empresas aumentaram a quantidade de compras para reduzir a circulação de estoque (44,4%), uma empresa tentou negociar melhores valores (11,1%), uma empresa não houve alterações (11,1%), duas empresas adotaram medidas de segurança nos recebimentos dos materiais (22,2%) e uma empresa aumentou a frequência de reposição do estoque (11,1%).
Q4	Logística	Quatro empresas fazem entregas com logística terceirizada (44,4%), uma empresa implementou protocolo (11,1%), uma empresa alterou a logística de mensal para quinzenal (11,1%), duas empresas utilizam logística própria (22,2%) e uma empresa entrega individualmente (11,1%).
Q5	Logística	Oito empresas mencionaram dificuldade na aquisição de Álcool em gel luvas, máscaras e aventais (88,8 %), uma empresa não teve dificuldade (11,1%).
Q6	Segurança no Trabalho	Oito empresas referem aceitação com adoção de cuidados e uso de EPI (88,8%) e uma empresa refere que não aceita (11,1%).
Q7	Gestão de Pessoas	Sete empresas referem dificuldade no início da pandemia com suspensão dos atendimentos, principalmente equipe multidisciplinar com retorno gradativo dos atendimentos (77,7%), uma empresa refere que testa os colaboradores e os atendimentos foram aceitos (11,1%), uma empresa refere que não houve alteração. (11,1%).

Q8	Gestão de Pessoas	Seis empresas referem que parte da equipe aderiu ao <i>home care</i> , alguns estão retornando (66,6%), duas empresas não aderiram ao <i>home office</i> (22,2%), uma empresa refere que houve redução de carga horária (11,1%).
Q9	Inovação	Sete empresas referem alterações das negociações de presencial para online e que tiveram a implantação de novos serviços (77,7%), uma empresa refere que não houve alterações (11,1%), uma empresa mencionou a implantação de novos serviços, mas não respondeu sobre as negociações (11,1%).
Q10	Inovação	Seis empresas mencionam planejamento estratégico, protocolos bem definidos, melhora na qualidade do atendimento (66,6%), duas empresas mencionam que não houve alterações (22,2%), uma empresa não respondeu, informou por telefone que não poderia falar sobre a essa estratégia da empresa (11,1%).
Q11	Inovação	Seis empresas mencionam a necessidade de adaptação da empresa a nova realidade, implementação de inovação, incremento tecnológico para agilidade no monitoramento e gestão de qualidade, importância do fortalecimento de setores que visam a segurança do paciente, gestão de abastecimento, tesouraria, suprimentos, criação de comitê de crises para respostas rápidas.(66,6%), duas empresas mencionam que não houveram alterações (22,2%), uma empresa informou que o home office distanciou a equipe (11,1%).
Q12	Inovação	Cinco empresas referem impactos negativos no início da pandemia como insegurança e perda de pacientes, com evolução positiva como a implementação de processos, novas soluções de trabalho como o home office (55,5%), uma empresa refere reflexo positivo com aumento da receita, duas empresas referem aumento no valor dos insumos (22,2%) e uma empresa refere melhora nos cálculos (11,1%).

Fonte: A autora

Quadro 11. Maiores impactos nas empresas de *home care* durante a pandemia

RELEVANCIA DOS MAIORES IMPACTOS

Questão	Número	Percentual	Alteração durante a pandemia
Q5	8	88,80%	Dificuldade aquisição álcool gel, luvas e máscaras
Q7	7	77,70%	Alteração compras online e novos serviços
Q9	6	66,60%	Gesto estratégica e qualidade
Q10	6	66,60%	Gestão crises, estratégia de melhoria atendimentos

Fonte: da autora

O Quadro 11, demonstra os quatro fatores mais impactantes para as empresas de *home care* durante a pandemia, temos em primeiro lugar no *ranking* a dificuldade na aquisição de álcool gel, luvas e máscaras, seguido por alterações nos fluxos de compras, inclusão de novos serviços e em terceiro lugar, houve empate entre dois tópicos, a gestão estratégica e qualidade e gestão de crises e estratégia de melhoria que interferem diretamente nos atendimentos.

Uma das empresas não respondeu à questão número 10, informou fazer parte da estratégia e que não poderia revelar.

4.1 Discussão dos Resultados

O modelo porteriano de prescrição se desenvolveu sobre uma sólida estrutura teórica verificável empiricamente e partindo de premissas de racionalidade econômica da teoria da organização industrial que utilizam os modelos de racionalidade próximos dos modelos da Teoria Econômica Neoclássica. Nesta perspectiva teórica, os fatores e aspectos relevantes da indústria são conhecidos e podem ser analisados de forma clara, estruturada e objetiva permitindo o dirigente tomar decisões estratégicas que possibilitem a maximização econômica dos recursos da empresa. Para Porter, o dirigente deverá tomar decisões que visam combinar produtos e mercados gerando estratégias de liderança em custos, diferenciação ou focalização (estratégias genéricas). O ponto central do modelo porteriano é a capacidade da alta gerência analisar o ambiente externo, ler os sinais, estabelecer comprometerimentos e posicionar a empresa de acordo com estes elementos.

Para os gestores de empresas de *home care* os fatores relevantes na gestão dos serviços frente ao cenário pandêmico, mostraram-se relevante os aspectos de logística, gestão de pessoas e inovação ratificando o preconizado por diversos autores, tais como, (Ferraresi et al., 2017; H. R. F. Filho et al., 2015; Infante & Santos, 2007, 2007; Paterson et al., 2020; Schuenck, 2005; D. C. Silva, 2007; H. P. da Silva et al., 2020; Spiller, 2015).

A pandemia decorrente da COVID-19 causou pânico em toda a sociedade, incluindo as companhias de *home care* que tiveram que se adaptar rapidamente para manterem-se competitivas nesse novo cenário (Garcia & Duarte, 2020). Não obstante às inovações necessárias provenientes desta forma administrativa em meio a pandemia, as organizações podem deparar-se com maior clareza diante da obtenção de vantagens mais tangíveis, capazes de oferecer-lhes competitividade de forma mais latente. Deste modo, uma das formas que as empresas vêm encontrando de reduzir custos e ter melhores condições competitivas é através da associação com sua cadeia produtiva e até mesmo com concorrentes (Ferraresi et al., 2017; Schreiber, 2013).

A posição relativa de uma empresa dentro de sua indústria determinará sua rentabilidade potencial. O posicionamento determina se a rentabilidade potencial da empresa estará acima ou abaixo da média da indústria. O posicionamento de uma empresa é sustentado por sua estratégia competitiva genérica. Em seus livros, *Estratégia Competitiva e Vantagem Competitiva*, (M. E. Porter, 1980 e 1985), identificou e definiu três estratégias genéricas – liderança em custo, diferenciação e foco. De acordo com o autor, a liderança em custo enfatiza a produção padronizada pelo menor custo possível por unidade para atender o público com demanda sensível a preço. Diferenciação refere-se à produção visando atender uma demanda que é pouco sensível a preço. Foco significa atender os desejos de um grupo particular que ocupa uma parte pequena da demanda de toda a indústria. Tanto a opção por uma estratégia genérica de liderança em custos como uma estratégia de diferenciação visa atender toda a indústria enquanto que uma estratégia de foco visa atender apenas uma parte restrita do mercado (M. E. Porter, 1980 e 1985).

A grande preocupação dos gestores e administradores que estão á frente de seus empreendimentos se pauta no tempo de duração da pandemia, no país e nos recursos para manutenção de suas empresas para ser obrigado a fechar, podemos verificar que a concentração de fatores que se destacam nesse cenário não difere das demais respostas que se resume em saber quando acaba essa crise, ter acesso a ajuda do governo para poder se manter, e como conseguirão reverter esse quadro de baixo faturamento após a pandemia.

Com as medidas de segurança implementadas pelos órgãos mundiais e nacionais na tentativa de conter a proliferação e controle da COVID-19, as empresas de *home care* de todas as categorias e capital social tiveram de montar planos de ações para adequarem-se a nova realidade e seguirem as recomendações da OMS e Ministério da Saúde (WHO, 2020).

O distanciamento social foi o ponto crítico nessa nova fase e apesar de ser a recomendação mais fortemente disseminada entre as entidades competentes, é a que tem acarretado maiores impactos na sociedade por ser considerado um sentimento sombrio e grande gerador de transtornos mentais (Garcia & Duarte, 2020).

A sintomatologia, diagnóstico e tratamento da COVID-19 ainda são carentes de estudos mais profundos, fazendo com que os cientistas, a indústria farmacêutica, hospitais e estabelecimentos de saúde corram em busca de soluções para tratar a doença e por vezes, negligenciando etapas trazendo incertezas e insegurança aos governos e as pessoas (Garrido & Garrido, 2020; Nishiura et al., 2020; Bai et al., 2020; Monken & Moreno, 2015).

Dentre os serviços prestados em relação ao momento vivenciado, os maiores impactos para as operadoras de *home care* até o momento, foram a elaboração de estratégias para evitar o desabastecimento de seus clientes, a contratação e logística de dispensação de insumos e de recursos humanos, este principalmente no que tange a capacitação e treinamento dos colaboradores diante da alta transmissibilidade da COVID-19, (do Amaral et al., 2001; ANAHP, 2020; Bastos, 2020).

Outro ponto importante a se mencionar, é acerca da saúde do profissional que está na linha de frente ao combate a pandemia, o qual despendeu das empresas de *home care* atenção redobrada no treinamento de como se comportar junto a sua clientela (Jackson Filho et al., 2020). Muitas empresas incorporaram a telemedicina e outros mecanismos de atenção ao paciente para avaliação de intercorrências e pronto atendimento (Hollander & Carr, 2020; G. M. de M. Lanzoni et al., 2015).

Com os resultados obtidos até o momento, pode-se perceber o empenho das empresas em adaptar-se ao novo momento, alterando sua forma de trabalho, implementando novas técnicas na gestão de serviços, qualidade e controle, com o intuito de manter favorável a experiência do cliente (Spiller, 2015).

As inovações, em período de crise, são responsáveis por impactos que podem estar restritos a melhoria de um único processo ou de um produto/tecnologia já existente. Porém, os impactos podem ser maiores e atingir toda a estrutura da empresa, havendo então a produção de um novo produto com tecnologia revolucionária, ou a introdução de um processo inteiramente novo.

Os impactos restritos as melhorias dos produtos e processos são causadas pelas inovações incrementais, já os que influenciam nas estruturas de produção são derivados das inovações radicais (Ferraresi et al., 2017; Schreiber, 2013; H. P. da Silva et al., 2020).

A inovação incremental figura como predominante e está baseada nas pequenas mudanças, que no mercado são mais constantes e estão relacionadas com a melhoria do que já está sendo feito.

O universo de organizações que necessitam inovar para sobreviver a pandemia e diferencia produtos paga melhores salários, exporta com preços acima da média de seu segmento, tem maior produtividade e cresce mais.

Embora o número de organizações que inovam e diferenciam produtos segundo os critérios da pesquisa seja ainda pequeno, sua relevância econômica é eloquente.

Tiveram como principal problema a dificuldade para aquisição de EPI e álcool em gel, uma vez que a população foi muito estimulada a também utilizarem EPI (Alexandre et al., 2020).

Segundo a NEAD (2020), as empresas de *home care*, foram impactadas pelas dificuldades de negociação, por não serem grandes consumidores e pelos aumentos exorbitantes como a caixa de máscara descartável, que chegou a ter aumento de preço de aproximadamente 586%.

Porém, tiveram que estabelecer parcerias para melhorias dos processos e para atingirem as estratégias traçadas. Estes resultados confirmam possibilidade de se obter simultaneamente liderança em custo e diferenciação e que isto se traduz em rentabilidade superior, o que é condizente com o argumento de Hill & Snell (1988).

Contudo, o autor procurava estabelecer neste estudo qual a relação entre estratégia genérica - performance - elementos organizacionais. Neste sentido, os resultados empíricos apontaram somente correlação entre a prescrição porteriana e a performance dos tipos puros, ou seja, empresas que adotavam tipos puros dentro da prescrição porteriana apresentaram maior retorno sobre investimentos.

Observamos nas seções anteriores a proliferação das ideias de Michael Porter e seu estabelecimento como “*mainstream*” do campo da estratégia empresarial, assim como, observamos diversos estudos empíricos testando suas proposições e em especial as estratégias genéricas. Os resultados destas pesquisas apontaram para os limites que as estratégias genéricas vêm apresentado, este fenômeno de questionamento sofrido pelo modelo porteriano encontra explicação nas proposições de Thomaz Kuhn (2000).

Segundo Kuhn (2000), quando um paradigma não consegue explicar a realidade surge a abertura para novas descobertas que a explicam com maior exatidão a ocorrência do fenômeno. As descobertas científicas causam mudanças nos paradigmas ou contribuem para tais mudanças ocorrerem e as mudanças podem ser construtivas ou destrutivas.

Depois da assimilação das descobertas os cientistas são capazes de explicar um maior número de fenômenos ou explicar com maior clareza os fenômenos previamente conhecidos descartando procedimentos e crenças comumente aceitos anteriormente.

O que parece ocorrer no momento é o questionamento do modelo das estratégias genéricas de Porter e o surgimento de uma alternativa explicativa para sustentar a vantagem competitiva, ou a reformulação da teoria existente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou fornecer indícios de que a dificuldade está em desenvolver uma prescrição de elementos organizacionais para uma escolha simultânea de estratégias genéricas (dupla vantagem) e não um problema da escolha de uma estratégia genérica em si.

Ao fazer o confronto entre o modelo de Porter (1980 e 1985) e os testes, críticas e refinamentos a ele dirigido identificamos discordâncias fundamentais no modelo porteriano, que implicam – em nosso entender - na necessidade de revisão do conceito clássico de estratégias genéricas.

Em vista disso, propõe-se um modelo dirigido ao mercado amplo onde a escolha do posicionamento deixe de ser uma posição discreta e estanque passando para uma posição contínua entre os eixos de vantagem em custo e diferenciação, onde a dupla vantagem é possível e depende da capacidade da firma lidar com a tensão custo versus diferenciação.

Esses resultados do presente estudo podem abrir interessantes campos de pesquisa futura. Para professores e pesquisadores, o presente trabalho ressalta a necessidade de se examinar a teoria de competitividade porteriana, no que tange as estratégias genéricas, desenvolvida no contexto específico da década de 80, antes de se pressupor sua validade universal e fora do contexto inicial onde foi gerada.

Dado o *status* de paradigma do modelo de Porteriano em estratégia empresarial, a tarefa de discutir e validar conceitos deste modelo que aqui propomos é de grande importância para que decisões estratégicas não sejam tomadas sobre premissas falsas, ultrapassadas ou não adequadas a um setor específico. Nosso artigo tem a esperança de colaborar neste sentido, mas o aprofundamento através de outros estudos e pesquisadores se faz essencial para que tal proposta tenha eco e sucesso no campo. Especialmente testes empíricos para se verificar na prática se este modelo é viável e se existe alguma relação entre as posições propostas e performance acima da média.

O estudo possibilitou apresentar os fatores relevantes na gestão dos serviços de *home care* frente ao cenário pandêmico, sob a ótica dos gestores, mostrando os desafios que as empresas tiveram que enfrentar, seja na composição das suas equipes multiprofissionais, seja no gerenciamento das suas cadeias de suprimentos ou na manutenção da qualidade dos serviços

As empresas, para superar esse momento, necessitam a princípio de espírito de inovação, ou seja, fazer com os colaboradores sintam a necessidade de inovar e entendam a importância da inovação nos resultados alcançados na empresa.

De acordo com pesquisa realizada dentre as organizações questionadas, nota-se um aumento considerável no percentual daquelas que posicionam a inovação como principal prioridade estratégica. Complementando, um dado marcante observado é que grande parte das organizações posicionam a inovação como prioridade estratégica, isto reitera a grande importância alcançada pela inovação dentro do ambiente empresarial.

Não obstante às inovações necessárias provenientes desta nova forma administrativa, as organizações podem deparar-se com maior clareza diante da obtenção de vantagens mais tangíveis, capazes de oferecer-lhes competitividade de forma mais latente. Deste modo, uma das formas que as empresas vêm encontrando de reduzir custos e ter melhores condições competitivas é através da associação com sua cadeia produtiva e até mesmo com concorrentes.

Por isso, o estudo do capital social existe e está relacionado a um fenômeno real e de suma importância, inerente nas relações de interações entre os agentes. Tanto porque as relações econômicas, tal como as próprias organizações, trazem embutidas em suas naturezas uma realidade social na qual ocorrem, de fato, estas relações, o que dá um caráter social à análise dos aglomerados e não limitando o escopo de análise a uma visão econômica.

O cenário competitivo imposto pela pandemia, traz consigo novas características à competitividade organizacional que passa a tomar caráter global e ter uma quantidade de competidores muito maior. A busca por formas de adequação a esta competitividade torna-se essencial para o fortalecimento e a adequação das organizações perante as transformações do ambiente.

Fica evidente a busca por estratégias que incrementem o poder das organizações frente está maior concorrência. As alianças estratégicas formadas através de redes surgem como uma forma de atingir este patamar de poder competitivo mais elevado, necessário para a organização global, melhorando assim, a posição competitiva da empresa que investe em seus capitais sociais.

As inovações, em período de crise, são responsáveis por impactos que podem estar restritos a melhoria de um único processo ou de um produto/tecnologia já existente. Porém, os impactos podem ser maiores e atingir toda a estrutura da empresa, havendo então a produção de um novo produto com tecnologia revolucionária, ou a introdução de um processo inteiramente novo. Os impactos restritos as melhorias dos produtos e processos são causadas pelas inovações incrementais, já os que influenciam nas estruturas de produção são derivados das inovações radicais.

A inovação incremental figura como predominante e está baseada nas pequenas mudanças, que no mercado são mais constantes e estão relacionadas com a melhoria do que já está sendo feito.

O universo de organizações que necessitam inovar para sobreviver a pandemia e diferencia produtos paga melhores salários, exporta com preços acima da média de seu segmento, tem maior produtividade e cresce mais. Embora o número de organizações que inovam e diferenciam produtos segundo os critérios da pesquisa seja ainda pequeno, sua relevância econômica é eloquente.

5.1 Implicações Práticas

Esta pesquisa contou com o envolvimento dos gestores das empresas de *home care*. A demonstração da busca pela gestão e ofertas de serviços com excelência e que tragam novas e positivas experiências ao cliente.

Estudar a gestão de serviços de saúde, em específico de *home care*, é um tema desafiador e de produção científica no Brasil e no mundo, são temas recorrentes na literatura científica sobre processos de gestão, inclusive quando ligados aos atendimentos domiciliares e principalmente em período pandêmico a produção científica é muito tímida e carece de contribuição acadêmica para melhor entendimento.

A gestão contingencial em período pandêmico, tem sua preocupação de pesquisa há pouco menos de um ano, ainda é preciso muitas pesquisas sobre este tipo de gestão para entender melhor a correlação com o setor e seu impacto na gestão de *home care*, ultrapassando os protocolos do Ministério da Saúde.

Sendo assim, pode-se assumir que conhecer os fatores que impactam na gestão dos serviços de *home care* em período pandêmico é uma importante contribuição para os profissionais da saúde e de que maneira estes podem alavancar a qualidade do atendimento prestado ao usuário da saúde complementar.

Outra contribuição diz respeito ao aprofundamento ao estudo dos construtos utilizados nesta pesquisa para uma equipe multiprofissional de atuação nos serviços de *home care*.

5.2 Limitações da Pesquisa

Devido ao cenário atual, a dificuldade em constituir uma pesquisa de campo acarretou limitações quanto a percepção no contato formal junto aos entrevistados, suas empresas e equipes.

Das 36 empresas selecionadas para responderem ao questionário, menos da metade retornou a solicitação, e dessas apenas nove responderam o questionário completo. Logo, a baixa adesão, que neste momento é compreensível, deixou a pesquisa restrita à análise das 108 questões totais respondidas.

O tempo escasso também foi um grande limitador, pois para se fazer uma pesquisa mais ampla, demandaria, além do maior número de adesão dos *players*, mais tempo para responderem ao questionário, bem como para fazer a análise dos resultados.

5.3 Sugestões para Pesquisas Futuras

Sugere-se que futuras pesquisas se utilizem desta, para que consigam preencher as lacunas inerentes da complexidade em e obter uma apuração mais minuciosas nesta Dissertação.

Os gestores têm aqui como parâmetro inicial para ponderar as melhores práticas de gestão dos serviços *home care* frente a outras pandemias, ou até mesmo no enfrentamento da segunda onda ou aumento de pico da COVID-19.

Em próximas consultas realizada a base de dados sugere-se que se inclua os dados atuais do site que mostra o número de infectados e de falecidos.

Por fim, fica um questionamento: com a aprovação do uso emergencial das vacinas o que isso impactará nas empresas de *home care*?

REFERÊNCIAS

- ABEMID. (2015). Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar. Tabela Abemid. Desospitalização. *Health by Conexão Home Care*. <https://conexaohomecare.com/tabela-abemid/>
- Alemsan, N. (2020). *PROPOSIÇÃO DE UM MÉTODO DE ANÁLISE DO PLANEJAMENTO E CONTROLE DE MATERIAIS DE NUTRIÇÃO ESPECIAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO* [Dissertação submetida ao Programa de Pósgraduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Alencar, E. T. M., Ramalho, R. F., & Santos, V. É. da S. (2019). Responsabilização do empregador quanto ao fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI). *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*, 7(3), 50–63.
- Alexandre, A. A., Erika, M. S. R., Jonathan, F., & Maria Angélica, C. A. (2020). *Desafios do estado brasileiro frente à pandemia pela covid-19: O caso da paradiplomacia maranhense*. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/738/987>
- Almeida, J. F. M. de, Chehter, E. Z., Almeida, J. F. M. de, & Chehter, E. Z. (2020). COVID-19 e o trato gastrointestinal: O que já sabemos? *Einstein (São Paulo)*, 18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020rw5909
- Alves Resende, C., Sampaio Teles, L. C. J., & Rojas Alvarado, A. H. (2018). Logística de assistência domiciliar a Saúde com base na experiência do crer- centro de reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santillo. *Caribeña de Ciencias Sociales*, agosto. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/asistencia-domiciliar-saude.html>
- AMIB. (2020). *Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Diretrizes para o Tratamento Farmacológico da COVID-19. Consensoda Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. <https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2020/05/97a9b85bc883622481e642a4714063027e35084002b20f7c48851d05bc3e20e4.pdf>
- ANAHP. (2020). *Associação Nacional de Hospitais Privados. Home Care em tempos de Coronavírus*. <https://sosvida.com.br/anahp-home-care-coronavirus/>
- Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., Souza-Filho, J. A. de, Rocha, A. dos S., Ferreira, A., Victor, A., Teixeira, C., Machado, D. B., Paixão, E., Alves, F. J. O., Pilecco, F., Menezes, G., Gabrielli, L., Leite, L., Almeida, M. da C. C. de, Ortelan, N., Fernandes, Q. H. R. F., ... Lima, R. T. dos R. S. (2020). Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2423–2446. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>

- Assunção, M. V. D. de, Medeiros, M., Moreira, L. N. R., Paiva, I. V. L., & Paes, D. C. A. de S. (2020). Resilience of the Brazilian supply chains due to the impacts of Covid-19. *HOLOS*, 5(0), 1–20. <https://doi.org/10.15628/holos.2020.10802>
- Aveni, A. (2020). Estratégias pelo trabalho no futuro devidos a pandemia covid-19. *Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social*, 2(3), 04–14.
- Azevedo, P. C. (2020). A Hospitalização Domiciliária na Pandemia COVID-19. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v7i2.356>
- Bai, Y., Yao, L., Wei, T., Tian, F., Jin, D.-Y., Chen, L., & Wang, M. (2020). Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA*, 323(14), 1406–1407. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2565>
- Ballou, R. H. (2007). The evolution and future of logistics and supply chain management. *European Business Review*, 19(4), 332–348. <https://doi.org/10.1108/09555340710760152>
- Bann, D. V., Patel, V. A., Saadi, R., Gniady, J. P., Goyal, N., McGinn, J. D., & Goldenberg, D. (2020). Impact of coronavirus (COVID-19) on otolaryngologic surgery: Brief commentary. *Head & Neck*, 42(6), 1227–1234.
- Barret, R. (2000). *Libertando a alma da empresa*. Editora Cultrix.
- Bastos, L. F. C. S. (2020). *OPAS/OMS Brasil—Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) | OPAS/OMS*. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico
- Beting, J. (2000). *O GLOBO. O Globo, Rio de Janeiro, 13 ago. Primeiro Caderno, p. 34.*
- Bianchini, S. H. S., Berrsaneti, F. T., Saut, A. M., & Berger, S. (2020). *Impact of payment model on healthcare quality: A bibliometric study - ProQuest*. <https://doi.org/10.15675/gepros.v15i1.2286>
- Bogo, P. C., Bernardino, E., Castilho, V., & Cruz, E. D. de A. (2015). The nurse in the management of materials in teaching hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 0632–0639. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400014>
- Bonkowsky, J. L., deVeber, G., Kosofsky, B. E., Augustine, E. F., Bassuk, A., Brooks-Kayal, A. R., Felling, R. J., Fullerton, H. J., Glass, H. C., Grinspan, Z. M., Guerriero, R. M., Johnston, M., Lyons-Warren, A., Maricich, S., Musolino, P. L., Pomeroy, S., Porter, B. E., Rho, J. M., Rotenberg, A., ... Soul, J. S. (2020). Pediatric Neurology Research in the Twenty-First Century: Status, Challenges, and Future Directions Post-COVID-19. *Pediatric Neurology*, 113, 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2020.08.012>
- Borges, L. de O., & Tamayo, Á. (2001). A estrutura cognitiva do significado do trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 1(2), 11–44.

- Brasil. (2006). *Ministério da Saúde. Resolução RDC No 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
- Brasil. (2011). *RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 61, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011. 5.*
- Brasil. (2020). *Ministério da Saúde. O que é COVID-19?* <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>
- BRASIL. (2020). *Programa de atendimento domiciliar especializado pelo SUS completa nove anos de atuação.* Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/programa-de-atendimento-domiciliar-especializado-pelo-sus-completa-nove-anos-de-atuacao>
- Brulon, V., Vieira, M. M. F., & Darbilly, L. (2013). Choque de gestão ou choque de racionalidades? O desempenho da administração pública em questão. *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, 19(1), 01–34. <https://doi.org/10.1590/S1413-23112013000100001>
- Busca por atendimento domiciliar cresce 17% durante o coronavírus.* (2020, maio 5). *saude-business.com.* <https://www.saudebusiness.com/mercado/busca-por-atendimento-domiciliar-cresce-17-durante-o-coronavirus>
- Carvalho, M. S. N. de, Menezes, L. A. de, Filho, A. D. da C., & Maciel, C. M. de P. (2019). *Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: Perspectivas e desafios.* Editora Valentina.
- Castro, E. A. B. de, Leone, D. R. R., Santos, C. M. dos, Neta, F. das C. C. G., Gonçalves, J. R. L., Contim, D., Silva, K. L., Castro, E. A. B. de, Leone, D. R. R., Santos, C. M. dos, Neta, F. das C. C. G., Gonçalves, J. R. L., Contim, D., & Silva, K. L. (2018). Home care organization with the Better at Home Program. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
- Cavalcanti, F. de O. L., & Guizardi, F. L. (2018). Educação continuada ou permanente em saúde? Análise da produção Pan-Americana da Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(1), 99–122. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>
- Cervantes-Arslanian, A., Lau, K. H. V., Anand, P., Shulman, J. G., Ford, T., Takahashi, C., Daneshmand, A., Nguyen, T. N., Suchdev, K., Abdennadher, M., Saxena, A., Maccone, A., Perloff, M. D., Zhu, S., & Greer, D. M. (2020). Rapid Dissemination of Protocols for Managing Neurology Inpatients with COVID-19. *Annals of Neurology*, 88(2), 211–214. <https://doi.org/10.1002/ana.25774>
- Chiavenato, I. (1992). Recursos humanos. *Recursos humanos*, 2, 523–523.
- Chiavenato, I. (2004a). *Introdução à teoria geral da administração.* Elsevier Campus.

- Chiavenato, I. (2004b). *Planejamento estratégico* (12^o ed). Elsevier Brasil.
- Chiavenato, I. (2008). Gerenciando pessoas: O passo decisivo para a administração participativa. In *Gerenciando pessoas: O passo decisivo para a administração participativa*.
- Ching, H. Y. (2010). *Gestão de Estoques na Cadeia de Logística Integrada: Supply-chain*. (3^o). Atlas S.A.
- CNES. (2020). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=9177434>
- Córdova-Lepe, F., Gutiérrez-Aguilar, R., & Gutiérrez-Jara, J. P. (2020). Número de casos COVID-19 en Chile a 120 días con datos al 21/03/2020 y umbral del esfuerzo diario para aplanar la epi-curva. *Medwave*, 20(02). <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7861>
- Costa, V. T., Meirelles, B. H. S., Erdmann, A. L., Costa, V. T., Meirelles, B. H. S., & Erdmann, A. L. (2013). Best practice of nurse managers in risk management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1165–1171. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500021>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos e misto/Tradução Luciana de Oliveira da Rocha*. 2. Artmed.
- Dahinten, A. F., & Dahinten, B. F. (2020). Os planos de saúde e a cobertura de home care. *Revista de Direito Sanitário*, 20(2), 177–195.
- Dal Ben, L. W., & Gaidiznski, R. R. (2006). Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 100–108.
- Delatore, P., Bourque, M., Taylor, J., & Ferko, N. (2016). The value of sku reduction and standardization initiatives within a hospital system. *Value in Health*, 19(3), A293. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.03.843>
- do Amaral, N. N., Cunha, M. C. B., Labronici, R. H. D. D., Oliveira, A. S. B., & Gabbai, A. A. (2001). Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care). *Revista Neurociências*, 9(3), 111–117.
- Dutra, J. S. (2004). *Competências: Conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna*. Atlas.
- Fernandes, N. (2020). *Economic Effects of Coronavirus Outbreak (COVID-19) on the World Economy* (SSRN Scholarly Paper ID 3557504). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3557504>
- Ferraresi, A. A., Mesacasa, A., & Kistmann, V. S. de C. B. (2017). Inovação Tradicional e Design Driven Innovation: Semelhanças e diferenças. *e-Revista LOGO*, 6(2), 67–83.

- Ferreida, C. L., Schwarzbach, L. C., & Ferreira, V. C. R. (2020). Instrumento para coleta de dados primários para pesquisas em administração. *Revista Americana de Empreendedorismo e Inovação*, 0(0), 27–33.
- Feuerwerker, L., & 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.
- Filho, H. R. F., Soares, D. C., Silva, N. C. L. da, Santos, N. C. B. D., Junior, P. da S. L., & Ferreira, A. de O. (2015). A gestão estratégica de frotas como ferramenta para redução de custos logísticos – estudo de caso de uma empresa de transporte de bovinos. *Revista ESPACIOS / Vol. 36 (Nº 23) Año 2015*. <https://www.revistaespacios.com/a15v36n23/15362325.html>
- Filho, P. S. da P. S., Costa, R. E. A. R. da, Santos, M. B. L. dos, Leal, M. de C., Vieira, M. J. A., Rodrigues, F. M., Melo, M. de J. A. de, Ferro, J. de A., Rodrigues, K. S., Araújo, F. W. C., Silva, A. P. A. da, Alves, D. R. C. F., Mendes, A. M., Reis, M. R. dos, Leão, C. de A., & Raiol, S. R. do N. (2020). A importância do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) em tempos de covid-19. *Research, Society and Development*, 9(7), e629974610–e629974610. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4610>
- Fleury, P. F., Wanke, P., & Figueiredo, K. F. (2000). *Logística empresarial: A perspectiva brasileira* (1º). Atlas SA.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução? *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 986–994.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2072–2080. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
- Garcia, L. P., & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2). <https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n2/e2020222/pt/>
- Garg, D., Srivastava, A. K., & Dhamija, R. K. (2020). Beyond Fever, Cough and Dyspnea: The Neurology of COVID-19. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 68(9), 62–66.
- Garrido, R. G., & Garrido, F. de S. R. G. (2020). COVID-19: Um panorama com ênfase em medidas restritivas de contato interpessoal. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 8(2), 127–141.
- Giacomozzi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4), 645–653.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos: Coleção Pesquisa Qualitativa*. Bookman Editora.

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6^o ed). Atlas. <http://197.249.65.74:8080/biblioteca/handle/123456789/707>
- GOV-SP. (2012). *Poder Judiciário. Súmulas do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. DGJUD - Diretoria de Gestão do Conhecimento Judiciário. Serviço de Gestão de Legislação.* <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Biblioteca/Biblioteca/Legisla-cao/SumulasTJSP.pdf>
- Grossman, S. N., Han, S. C., Balcer, L. J., Kurzweil, A., Weinberg, H., Galetta, S. L., & Busis, N. A. (2020). Rapid implementation of virtual neurology in response to the COVID-19 pandemic. *Neurology*, *94*(24), 1077–1087. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009677>
- Gupta, P., Muthukumar, N., Rajshekhar, V., Tripathi, M., Thomas, S., Gupta, S. K., Lal, V., Pal, P., Abraham, M., Behari, S., Paliwal, V., Singh, D., Pandey, S., Narasimhan, L., Srinivas, D., Panda, S., Kale, S. S., & Chandra, P. S. (2020). Neurosurgery and Neurology Practices during the Novel COVID-19 Pandemic: A Consensus Statement from India. *Neurology India*, *68*(2), 246–254. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.283130>
- Health. (2020). COVID-19: Aumento dos custos de EPI's deve levar discussão às operadoras e Procons. *Health by Conexão Home Care*. <https://conexaohomecare.com/aumento-dos-custos-de-epis-deve-levar-discussao-as-operadoras-e-procons/>
- Hernández Ramos, F. J., Palomino García, A., & Jiménez Hernández, M. D. (2020). Neurology during the pandemic. Is COVID-19 changing the organisation of Neurology Departments? *Neurologia (Barcelona, Spain)*, *35*(4), 269–271. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.009>
- Hill, C. W. L., & Snell, S. A. (1988). External control, corporate strategy, and firm performance in research-intensive industries. *Strategic Management Journal*, *9*(6), 577–590. <https://doi.org/10.1002/smj.4250090605>
- Hoffmann, M., Kleine-Weber, H., Krüger, N., Mueller, M. A., Drosten, C., & Pöhlmann, S. (2020). The novel coronavirus 2019 (2019-nCoV) uses the SARS-coronavirus receptor ACE2 and the cellular protease TMPRSS2 for entry into target cells. *BioRxiv*, in press.
- Hofstede, G. (1980). Motivation, leadership, and organization: Do American theories apply abroad? *Organizational Dynamics*, *9*(1), 42–63. [https://doi.org/10.1016/0090-2616\(80\)90013-3](https://doi.org/10.1016/0090-2616(80)90013-3)
- Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *New England Journal of Medicine*, *382*(18), 1679–1681.
- Homer Care cresce 38%, com 854 empresas no Brasil. (2020, fevereiro 3). *Health by Conexão Home Care*. <https://conexaohomecare.com/homer-care-cresce-38-com-854-empresas-no-brasil/>

- IBGE. (2020). *Relação anual de informações sociais – RAIS*. <https://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/mte/relacao-anual-de-informacoes-sociais-rais.html>
- Ignacio, D. S. (2017). *Alta hospitalar responsável: Em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa*. Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.22.2017.tde-18072017-092819>
- Infante, M., & Santos, M. A. B. dos. (2007). A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: Uma abordagem logística para a área de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 945–954. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400016>
- Jackson Filho, J. M., Ávila, A. A., Garcia, A. E., Garcia, E., Akiyoshi, S. C., & Maeno, M. (2020). A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.*, 45, e14.
- Júnior, T. W., & Zuffo, P. K. (1998). Supply chain management. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, 38(3), 55–63.
- Kasznar, I. K. (2014). *Gestão da mudança organizacional: uma revisão teórica*. 106.
- Kotter, T., & Niebuhr, F. (2016). Resource-oriented coaching for reduction of examination-related stress in medical students: An exploratory randomized controlled trial. *Advances in Medical Education and Practice*, 7, 497–504. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S110424>
- Kuhn, T. S. (2000). *The Road Since Structure: Philosophical Essays, 1970-1993, with an Autobiographical Interview*. University of Chicago Press.
- Kuipers, S. (2020). Editorial: Sanity and Resilience in Times of Corona. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 11(2), 110–115. <https://doi.org/10.1002/rhc3.12194>
- Kuoppakangas, P., Lindfors, J., Stenwall, J., Kinder, T., & Talonen, A. (2020). COVID-19 triggering homecare professionals' change of attitudes towards e-Welfare. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 12(3), 241–249. <https://doi.org/10.23996/fjhw.95131>
- Lanzoni, G. M. de M., Meirelles, B. H. S., Erdmann, A. L., Thofehrn, M. B., Dall’Agnol, C. M., Lanzoni. (2015). Ações/interações motivadoras para liderança do enfermeiro no contexto da atenção básica à saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(4), 1121–1129. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003740013>
- Lanzoni, G., Pestana, A., Costa, V., Erdmann, A., Andrade, S., & Meirelles, B. (2015). Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17. <https://doi.org/10.5216/ree.v17i2.29570>
- Lauxmann, M. A., Santucci, N. E., Autrán-Gómez, A. M., Lauxmann, M. A., Santucci, N. E., & Autrán-Gómez, A. M. (2020). The SARS-CoV-2 Coronavirus and the COVID-19

- Outbreak. *International Braz j Urol*, 46, 6–18. <https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2020.s101>
- Lockhart, S. L., Duggan, L. V., Wax, R. S., Saad, S., & Grocott, H. P. (2020). Personal protective equipment (PPE) for both anesthesiologists and other airway managers: Principles and practice during the COVID-19 pandemic. *Can J Anaesth*, 1005–1015.
- Lord, A. S., Lombardi, N., Evans, K., Deveaux, D., Douglas, E., Mansfield, L., Zakin, E., Jakubowska-Sadowska, K., Grayson, K., Omari, M., Yaghi, S., Humbert, K., Sanger, M., Kim, S., Boffa, M., Szuchmacher, M., Jongeling, A., Vazquez, B., Berberi, N., ... Abou-Fayssal, N. (2020). Keeping the team together: Transformation of an inpatient neurology service at an urban, multi-ethnic, safety net hospital in New York City during COVID-19. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 197, 106156. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2020.106156>
- Lotfi Fatemi, N., Karimi Moonaghi, H., & Heydari, A. (2019). Perceived Challenges Faced by Nurses in Home Health Care Setting: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(2), 118–127. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.44883>
- Lung Wen, C. (2020, abril 1). Artigo - Telemedicina: Cuidado aos pacientes e proteção para os profissionais da saúde. *Anahp - Associação Nacional de Hospitais Privados*. <https://www.anahp.com.br/noticias/covid-19/artigo-telemedicina-cuidado-aos-pacientes-e-protacao-para-os-profissionais-da-saude/>
- Macedo, Y. M., Ornellas, J. L., & do Bomfim, H. F. (2020). COVID–19 NO BRASIL: O que se espera para população subalternizada? *Revista Encantar-Educação, Cultura e Sociedade*, 2, 01–10.
- Massaro, A., Maritati, V., Savino, N., Galiano, A., Convertini, D., De Fonte, E., & Di Muro, M. (2018). A Study of a Health Resources Management Platform Integrating Neural Networks and DSS Telemedicine for Homecare Assistance. *Information*, 9(7), 176. <https://doi.org/10.3390/info9070176>
- Matos, A. (2000). *Na contra-mão: O Brasil tem excesso - e não falta - de hospitais*. *Revista Exame*, 720: 170.
- Mello, A. de L., Backes, D. S., & Dal Ben, L. W. (2016). Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar—Home care. *Enferm. foco (Brasília)*, 66–70. <https://doi.org/doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n1.670>
- Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*, 20(1), 1193. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09301-4>
- Monken, S. F., & Moreno, R. C. B. (2015). Utilização dos alertas de controle como ferramenta para a fidelização da clientela de pediatria em um ambulatório público. *RAHIS*, 12(3), 94–105.

- Mont'alverne, F. J. A., Lima, F. O., Nogueira, R. G., Freitas, C. C. M. de, Neto, O. M. P., Silva, G. S., Oliveira, M. S. de, Frudit, M., Caldas, J. G. M. P., Abud, D. G., Conforto, A. B., Carvalho, F. M. M., Dias, F. A., Bazan, R., Avelar, W. M., Moro, C. H. C., Magalhães, P. S. C. de, Miranda, M., Barbosa, L. de A., ... Carvalho, J. J. F. de. (2020). Management of acute stroke and urgent neurointerventional procedures during COVID-19 pandemic: Recommendations on the Scientific Department on Cerebrovascular Diseases of the Brazilian Academy of Neurology, Brazilian Society of Cerebrovascular Diseases and Brazilian Society of Neuroradiology. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(7), 440–449. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20200053>
- Monteiro, P., & Passarella, W. (2017). *A reinvenção da empresa: Projeto Ômega*. Évora.
- Montoya, G. N. (2020). *Aproveitamento de tecnologias disruptivas na cadeia de suprimentos em tempo de pandemia | Revista Diálogos Acadêmicos IESCAMP. Diálogos Acadêmicos IESCAMP –ReDAI*. <http://revista.iescamp.com.br/index.php/redai/article/view/89>
- Moreira, M. A. S., bernardo, D. C. R., Resende, C. S. L., & Mendonça, F. L. (2019). Formulação e implementação de estratégias: Considerações sobre o balanced scorecard como um facilitador do processo. *XII SIMPED – Simpósio Pedagógico e Pesquisas em Educação*. <https://www.aedb.br/simped/artigos/artigos19/4429352.pdf>
- Morens, D. M., Folkers, G. K., & Fauci, A. S. (2009). What Is a Pandemic? *The Journal of Infectious Diseases*, 200(7), 1018–1021. <https://doi.org/10.1086/644537>
- Moscatello, E. L. M. (2016). *Processo de trabalho do enfermeiro em dois serviços de assistência domiciliar* [Text, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/T.7.2017.tde-12052017-123013>
- NEAD. (2017). *Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar. Caderno de Boas Práticas NEAD-Desospitalização*. <https://conexaohomecare.com/nead-boas-praticas-em-desospitalizacao/>
- NEAD. (2020a). *Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar. Ministério da Economia responde ao NEAD, através de Ofício. – Nead Saúde*. <https://www.neadsaude.org.br/2020/06/08/ministerio-da-economia-responde-ao-nead-atraves-de-oficio/>
- NEAD. (2020b). *Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar. Medida de Prevenção em Home Care durante a Pandemia por COVID-19*. <https://www.neadsaude.org.br/2020/05/29/documento-nead-medidas-de-precaucao-em-home-care-durante-a-pandemia-por-covid-19/>
- NEAD/FIPE. (2020). *Censo-19-20.pdf*. Censo de Atenção Domiciliar. <https://www.neadsaude.org.br/wp-content/themes/nead/nead-digital/Censo-NEAD-FIPE-2019-2020/files/pdf/Censo-19-20.pdf>
- Neto, F. J. E., Magalhães, V. C. D., & Santos, D. F. dos. (2013). Análise dos custos logísticos utilizando a metodologia custo total de propriedade (tco—Total cost of ownership)

como estratégia no processo de compras do setor de construção civil. *Administração de Empresas em Revista*, 1(8), 27–39.

- Niero, E. M. (2000). *O ambulatório de saúde do trabalhador em Florianópolis - SC*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Nishiura, H., Kobayashi, T., Miyama, T., Suzuki, A., Jung, S., Hayashi, K., Kinoshita, R., Yang, Y., Yuan, B., Akhmetzhanov, A. R., & Linton, N. M. (2020). Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 154–155. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.020>
- Oliveira, A. J., Ribeiro, A. lemos, Lima, J. S. D. de, & Horta, N. C. (2019). Atuação das equipes de atenção domiciliar nos cuidados paliativos. *Percurso Acadêmico*, 9(18), 71–90. <https://doi.org/10.5752/P.2236-0603.2019v9n18p71-90>
- Oliveira, W. K. de, Duarte, E., França, G. V. A. de, & Garcia, L. P. (2020). Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29, e2020044.
- Pan, L., Mu, M., Yang, P., Sun, Y., Wang, R., Yan, J., Li, P., Hu, B., Wang, J., Hu, C., Jin, Y., Niu, X., Ping, R., Du, Y., Li, T., Xu, G., Hu, Q., & Tu, L. (2020). Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Digestive Symptoms in Hubei, China: A Descriptive, Cross-Sectional, Multicenter Study. *The American Journal of Gastroenterology*, 115. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000620>
- Paterson, R. W., Brown, R. L., Benjamin, L., Nortley, R., Wiethoff, S., Bharucha, T., Jayaseelan, D. L., Kumar, G., Raftopoulos, R. E., Zambreanu, L., Vivekanandam, V., Khoo, A., Gerales, R., Chinthapalli, K., Boyd, E., Tuzlali, H., Price, G., Christofi, G., Morrow, J., ... Zandi, M. S. (2020). The emerging spectrum of COVID-19 neurology: Clinical, radiological and laboratory findings. *Brain: A Journal of Neurology*, 143(10), 3104–3120. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa240>
- Pauffero, M. R. V. (2020, setembro 2). *Gestão de suprimentos em tempos de pandemia*. Nexxto. <https://nexxto.com/gestao-de-suprimentos-em-tempos-de-pandemia/>
- Pena, M. M., & Melleiro, M. M. (2018). Eventos adversos decorrentes de falhas de comunicação: Reflexões sobre um modelo para transição do cuidado. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(3), 616–625. <https://doi.org/10.5902/2179769225432>
- Pereira, H. N. S., Santos, R. I. de O., & Uehara, S. C. da S. A. (2020). Efeito da Estratégia Saúde da Família na redução de internações por doenças crônicas não transmissíveis [Effect of the Family Health Strategy in reducing hospitalizations for chronic non-communicable diseases] [Efecto de la Estrategia de Salud Familiar en la reducción de hospitalizaciones por enfermedades crónicas no transmisibles]. *Revista Enfermagem UERJ*, 28(0), 49931. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49931>
- Pero, A., Ng, S., & Cai, D. (2020). COVID-19: Uma Perspectiva da Neurologia Clínica e Neurociência. *The Neuroscientist*, 26(5–6), 387–391. <https://doi.org/10.1177/1073858420946749>

- Pimentel, E. R. R., & Lourenço, J. T. V. (2010). *UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES PÓS GRADUAÇÃO “LATO SENSU” PROJETO A VEZ DO MESTRE*. 39.
- Pink, D. H. (2010). Motivação 3.0: Os novos fatores motivacionais para a realização pessoal e profissional. *Tradução de Bruno A. Rio de Janeiro: Elsevier Capus*.
- Porter, M. (1997). *Os caminhos da lucratividade—Como implementar uma verdadeira vantagem competitiva*. 11.
- Porter, M. E. (1980). Industry Structure and Competitive Strategy: Keys to Profitability. *Financial Analysts Journal*, 36(4), 30–41. <https://doi.org/10.2469/faj.v36.n4.30>
- Porter, M. E. (1985). Technology and competitive advantage. *Journal of Business Strategy*, 5(3), 60–78. <https://doi.org/10.1108/eb039075>
- Possamai, R. de A. (2015). Propostas baseadas no Gerenciamento Logístico para o Processo de Distribuição de Medicamentos da Secretaria da Saúde do Município de Cocal do Sul—SC. *Propostas baseadas no Gerenciamento Logístico para o Processo de Distribuição de Medicamentos da Secretaria da Saúde do Município de Cocal do Sul - SC, Universidade Federal de Santa Catarina*. http://dvl.ccn.ufsc.br/10congresso/anais/6CCF/43_15.pdf
- Prasetyo, Y. B. (2017). Homecare Services’ Potential at the UMM Hospital: Analysis on the Disease Cases, Public Social and Economy. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), Article 1. <https://doi.org/10.22219/jk.v7i1.3921>
- Queiroz, I. A., & Cruz, M. M. da C. (1999). Estado da Arte sobre a Supply Chain Management. *Anais do ENEGEP*.
- Razzolini Filho, E. (2012). *Administração de Material e Patrimônio*. IESDE BRASIL SA.
- Riera, J. R. M., & Gras-Nieto, E. (2020). Atención domiciliar y covid-19. Antes, durante y después del estado de alarma. *Enfermería Clínica*, in press.
- Rocha, A. S., & Giotto, A. C. (2020). A Importância da Assistência Farmacêutica em Home Care. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 3(1), 390–400.
- Rodrigue, J., & Slack, B. (2002). *Logistics and National Security*.
- Rodriguez-Morales, A. J., Gallego, V., Escalera-Antezana, J. P., Méndez, C. A., Zambrano, L. I., Franco-Paredes, C., Suárez, J. A., Rodriguez-Enciso, H. D., Balbin-Ramon, G. J., & Savio-Larriera, E. (2020). COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel medicine and infectious disease*, 35, 101613.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values* (p. x, 438). Free Press.

- Román, G. C., Spencer, P. S., Reis, J., Buguet, A., Faris, M. E. A., Katrak, S. M., Láinez, M., Medina, M. T., Meshram, C., Mizusawa, H., Öztürk, S., Wasay, M., & WFN Environmental Neurology Specialty Group. (2020). The neurology of COVID-19 revisited: A proposal from the Environmental Neurology Specialty Group of the World Federation of Neurology to implement international neurological registries. *Journal of the Neurological Sciences*, 414, 116884. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116884>
- Rosolen, D. (2020, setembro 9). Conheça a Salvus e saiba como ela está usando Internet das Coisas para impactar o mercado de Saúde no Brasil – e salvar vidas. *Projeto Draft*. <https://www.projetedraft.com/conheca-a-salvus-e-saiba-como-ela-esta-usando-internet-das-coisas-para-impactar-o-mercado-de-saude-no-brasil-e-salvar-vidas/>
- Sá, E. B. de. (2020). A Saúde pública e o enfrentamento da crise causada pelo coronavírus. <http://www.ipea.gov.br>. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9989>
- Sachett, J. de A. G. (2020). Adaptação para o atendimento profissional de saúde em tempos de COVID-19: Contribuições da telessaúde para o “novo normal”/ Adaptation for professional health care in times of COVID-19: contributions from telehealth to the “new normal”/ Adaptación para la asistencia sanitaria profesional en tiempos del COVID-19: contribuciones de la telesalud a la “nueva normalidad”. *JOURNAL HEALTH NPEPS*, 5(2), Article 2. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4877>
- Savassi, L. C. M., Reis, G. V. L., Dias, M. B., Vilela, L. de O., Ribeiro, M. T. A. M., Zachi, M. L. R., & Nunes, M. R. P. de T. M. (2020). Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 2611–2611. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2611)
- Schreiber, D. (2013). *Inovação e Aprendizagem Organizacional*. 836.
- Schuenck, J. (2005). *Avaliação das condições de trabalho e a saúde de profissionais em home care. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.*, 114.
- Silva, D. C. (2007). *Um sistema de gestão da segurança do trabalhador alinhado à produtividade e à integridade dos colaboradores*. 57.
- Silva, H. P. da, Oliveira, R. R. de, Sabio, R. P., & Lehoux, P. (2020). Promovendo o bem comum em tempos de COVID-19: A perspectiva da Inovação Responsável em Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00157720. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00157720>
- Silva, K. L., Sena, R. R., & Castro, W. S. (2018). Dehospitalisation at a general hospital in Minas Gerais: Challenges and prospects. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(4), e67762.
- Silva, Kênia Lara, de Sena, R. R., Macruz Feuerwerker, L. C., Silva, P. M., & Silva Martins, A. C. (2014). Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/ racionalização de gastos. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 8(6), 1561–1567.

- Silva, L. V. (2020). *História da atenção domiciliar: revisão narrativa*. 24.
- Siman, A. G., Diaz, F. B. B. de S., Braga, L. M., Correia, M. D. L., Ayres, L. F. A., & Cunha, S. G. S. (2020). Estratégias e inovações tecnológicas no combate à COVID-19: Produção de máscaras cirúrgicas. *Revista Baiana de Enfermagem* 34, (0), Article 0. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37234>
- Somani, S., & Agnihotri, S. P. (2020). Neurologia Emergente do COVID-19. *The Neurohospitalist*, 10(4), 281–286. <https://doi.org/10.1177/1941874420936096>
- Souza, C. P., Valentim, M. C. P., Ferreira, A. D., Abdalla, P. P., Silva, L. S. L. da, Carvalho, A. dos S., & Júnior, J. R. G. (2020). Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, hábitos alimentares e de atividade física numa estratégia de saúde da família de Presidente Prudente – SP. *ConScientiae Saúde*, 19(1), 18221. <https://doi.org/10.5585/consaude.v19n1.18221>
- Souza, G. D. de, Carvalho, M. do S. M. V. de, & Liboreiro, M. A. M. (2006). Gestão da cadeia de suprimentos integrada à tecnologia da informação. *Revista de Administração Pública*, 40(4), 699–729. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000400010>
- Spiller, E. S. (2015). *Gestão dos serviços em saúde*. Editora FGV.
- Tachizawa, T., & Pozo, H. (2010). Proposta de modelo de gestão com fronteiras expandidas: Decisões hierarquizadas baseadas na reconfiguração organizacional por pprocesso. *Revista Gestão Industrial*, 6. <https://doi.org/10.3895/S1808-04482010000400009>
- Vasconcellos, J. F., Ferreira, C. N., Santana, C. E. S., Souza, C. R., & Valente, M. L. F. (2015). Desospitalização para cuidado domiciliar: Impactos clínico e econômico da linezolida. *J Bras Econ Saúde*, 7(2), 110–115.
- Veras, R. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: Revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 705–715.
- Viegas, A. da C., Farias, C. R., Arrieira, I. C. O., Pinto, R. O., Maagh, S. B., & Fernandes, V. P. (2020). Cuidado paliativo domiciliar de pacientes com condições crônicas durante a pandemia Coronavírus 2019 / Home palliative care of patients with chronic conditions during the Coronavirus 2019 pandemic. *Journal of Nursing and Health*, 10(4), Article 4. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.19118>
- Walter, S., & Backer, T. (2015). Adeus papel, marca-textos, tesoura ecologia: Inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas. TI. *Administração: ensino e pesquisa*, 16(2), 275–308.
- WHO. (2020). *World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

- Worldometer. (2020). *Coronavirus Update (Live): 17,241,242 Cases and 671,215 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic* - <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
- Xiao, F., Tang, M., Zheng, X., Liu, Y., Li, X., & Shan, H. (2020). Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology*, *158*(6), 1831-1833.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.055>
- Zheng, F., Liao, C., Fan, Q., Chen, H., Zhao, X., Xie, Z., Li, X., Chen, C., Lu, X., Liu, Z., Lu, W., Chen, C., Jiao, R., Zhang, A., Wang, J., Ding, X., Zeng, Y., Cheng, L., Huang, Q., Jin, R. (2020). Clinical Characteristics of Children with Coronavirus Disease 2019 in Hubei, China. *Current Medical Science*, *40*(2), 275–280. <https://doi.org/10.1007/s11596-020-2172-6>
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., & Gu, X. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The lancet*, *395*(10229), 1054–1062.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO *ON LINE*

Acesso por meio de link do Google Forms:

https://docs.google.com/forms/d/1ytsbjTU3zUa5DzeDvNKufspuyRzRITUU_weRG-cpqfxs/edit

1. Como você está fazendo o processo seletivo de pessoal, o que mudou no seu processo durante a pandemia?
2. Como era a integração dos novos colaboradores e treinamento para iniciar as atividades laborais e com a pandemia, houve alguma alteração?
3. Antes da Pandemia do COVID-19, como eram feitas as compras de materiais, medicamentos, suprimentos, locação e entrega de mobiliários? Qual foi a estratégia utilizada durante a pandemia?
4. Como eram feitas as entregas nas residências?
5. Houve dificuldade para compra de algum material ou medicamentos específicos?
6. Houve alteração nos valores?
7. Houve dificuldade para compra de algum material ou medicamentos específicos?
8. As famílias aceitaram normalmente todas as entregas nas residências?
9. Relacionado aos atendimentos, estão acontecendo normalmente? As famílias aceitam os profissionais na residência?
10. Como a sua empresa funcionava antes da Pandemia, em relação funcionários, eram todos presenciais? E agora, diante da pandemia, distanciamento social, a empresa conseguiu aderir ao *home office*?
11. Como eram as negociações comerciais antes da Pandemia? Houveram alterações na forma das negociações comerciais diante da pandemia? Surgiram novos serviços domiciliares?
12. Para a gestão, como era a atuação estratégica antes da Pandemia?
13. Quais as principais alterações estratégias foram necessárias para a empresa adaptar -se ao novo momento que estamos vivendo?
14. Qual foi o impacto geral da pandemia para a sua empresa?