



**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA APRIMORAMENTOS NO
GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR À SAÚDE
NURSING'S CONTRIBUTIONS TO IMPROVEMENTS IN HOME HEALTHCARE MANAGEMENT
CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERA A MEJORAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN
DOMICILIARIA**

Juliana Julimeire Cunha¹, Andressa Gabriele Lepinski², Marcia Souza Santos³, Ana Paula Hermann⁴, Elizabeth Bernardino⁵, Maria Ribeiro Lacerda⁶

RESUMO

Objetivo: apresentar possibilidades de aprimoramento a partir das dificuldades e lacunas no gerenciamento da assistência domiciliar apontadas pelos gerentes dos setores público e privado. **Método:** pesquisa qualitativa utilizando a teoria fundamentada nos dados. Coletaram-se os dados por meio de entrevistas semiestruturadas com nove gerentes que atuavam em instituições públicas e privadas que realizavam assistência domiciliar em um município de grande porte da região sul do Brasil. Para análise utilizou-se codificação aberta, axial e seletiva. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registro: 631.168.08.10, CAAE: 0062.0.091.000-08. **Resultados:** foram elencados aspectos para o aprimoramento da gestão em assistência domiciliar em relação à formação acadêmica e educação permanente; auxílio de redes sociais de apoio; infraestrutura; e recursos humanos. **Conclusão:** os aspectos citados vislumbram a possibilidade de um melhor trabalho para os gerentes em saúde, de forma a contribuir com a satisfação das necessidades da população na assistência domiciliar. **Descritores:** Assistência Domiciliar; Gestão em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to discuss improvement possibilities from the difficulties and deficiencies in home healthcare management pointed out by managers of the public and private sectors. **Method:** qualitative research using grounded theory. The data were collected through semistructured interviews with nine managers who worked in public and private institutions that provided home healthcare in a large municipality of southern Brazil. Open, axial, and selective coding was used for the analysis of the data. The research was approved by the Research Ethics Committee, registration: 631.168.08.10, CAAE: 0062.0.091.000-08. **Results:** the aspects for improvement of home healthcare management found were related to: higher and continuing education; aid of social support networks; infrastructure; and human resources. **Conclusion:** the aspects mentioned reveal the possibility of better work for healthcare managers, so as to contribute to meeting the needs of the population in home healthcare. **Descriptors:** Home Healthcare; Health Management; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: presentar las posibilidades de mejora de las dificultades e insuficiencias en la administración de la atención domiciliar señaladas por gerentes de los sectores público y privado. **Método:** investigación cualitativa a través de la teoría fundamentada en los datos. Los datos fueron recogidos por medio de entrevistas semiestructuradas con nueve gerentes que actuaban en instituciones públicas y privadas que realizaban atención domiciliar en un gran municipio del sur de Brasil. Para el análisis se utilizó codificación abierta, axial y selectiva. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, registro: 631.168.08.10, CAAE: 0062.0.091.000-08. **Resultados:** fueron enumerados aspectos para la mejora de la administración de asistencia domiciliar relacionados con: la educación superior y continua; ayuda de las redes sociales de apoyo; infraestructura; y recursos humanos. **Conclusión:** los temas citados dejan ver la posibilidad de un mejor trabajo para gerentes de la salud, con el fin de contribuir a satisfacer las necesidades de la población en atención domiciliar. **Descriptores:** Atención Domiciliaria; Administración de Salud; Enfermería.

¹Enfermeira, Residente em Saúde da Criança e do Adolescente, Programa de Residência em Enfermagem das Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: julianajulimeire@gmail.com; ²Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: andressalepinski@yahoo.com.br; ³Discente, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: enfe.marcia@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Doutora, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: anaphermann@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: elizaber@ufpr.br; ⁶Enfermeira, Professora doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba, PR, Brasil. E-mail: mrlacerda55@gmail.com

INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar (AD) à saúde tem como fundamento prover o cuidado a pessoas de qualquer idade em suas residências. Para isso, é necessário realizar um diagnóstico da realidade de cada paciente e familiares identificando fatores limitantes ou potencializadores para esse tipo de assistência. O objetivo principal é a promoção, manutenção ou restauração da saúde, a fim de favorecer o restabelecimento da independência e autonomia ao indivíduo.¹

Sob esta ótica, em novembro de 2011 o governo federal implantou o programa Melhor em Casa, com o objetivo de ampliar o cuidado à saúde prestado no domicílio. Ele assegura assistência aos pacientes com necessidades de reabilitação motora, idosos e pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica. Nesse programa, a AD é realizada por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas, entre outros profissionais da área da saúde.²

Os benefícios apontados pelo programa são: ampliar a assistência em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); oferecer ao paciente um atendimento humanizado em seu lar e perto dos seus familiares; reduzir o risco de contaminação e infecção de pacientes em pós-cirúrgico; e diminuir a ocupação hospitalar e os custos, podendo-se chegar a uma economia de até 80% se comparado aos custos do internamento hospitalar.²

Todas as pessoas deveriam ter acesso a esta modalidade de atenção, já que tanto a equidade como a integralidade fazem parte dos princípios norteadores do SUS. Assim, cabe à gestão pública implementar esta política e assegurar que todos os usuários tenham acesso a ela para, desse modo, prestar cuidado integral àqueles que necessitam de AD.

Na iniciativa privada são ofertados diferentes serviços, como internamento domiciliar, monitoramento de casos e atendimentos de urgência e emergência. Os pacientes são classificados em quadros clínicos com alta, média ou baixa complexidade e atendidos conforme protocolos padronizados de acordo com a classificação em que o paciente se enquadra.³

A implementação de políticas de organização, tanto para o sistema público como o privado, exige profissionais que tenham competências gerenciais, compatíveis com a AD. Essas competências incluem ter conhecimento científico, experiência e

habilidade técnica, além de saber lidar com relações interpessoais com outros membros da equipe multidisciplinar e valores do paciente e familiares.⁴ Ademais, para um bom desempenho profissional, é necessário disponibilidade, competência, capacidade de resposta e produtividade.⁵

Sob este aspecto, o gerenciamento do cuidado em saúde mobiliza atos nas interações entre as pessoas que vivenciam a organicidade do sistema do cuidado. Por tanto, as equipes de saúde precisam ter habilidades como competências, aptidões e potências gerenciais.⁶ Destaca-se a importância das competências gerenciais – mobilizadas pelos gerentes em saúde – como essenciais na identificação e divulgação das melhores práticas, bem como adequada formação para a busca contínua de melhoria dos cuidados em saúde.⁷ Neste trabalho o termo "gerente" será usado indistintamente tanto para o setor público como o privado e significa a pessoa que ocupa um cargo de gerenciamento de AD.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo apresentar possibilidades de aprimoramento a partir das dificuldades e lacunas no gerenciamento da AD apontadas pelos gerentes dos setores público e privado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva interpretativista, que utilizou a *Grounded Theory*, também denominada Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Este é um método de investigação que utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos para desenvolver uma teoria sobre um tema fundamentado nos dados. Este método pode acrescentar ou trazer novos conhecimentos à área do fenômeno estudado, que no caso é na perspectiva da vivência dos gerentes em saúde na AD.⁸

Na TFD, as etapas de coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente e o pesquisador utiliza-se de três ferramentas importantes para o desenvolvimento da teoria: a sensibilidade teórica; a circularidade dos dados; e a indução e dedução.⁸

Participaram da pesquisa nove gerentes de instituições que prestavam cuidados no domicílio, sendo cinco gerentes de instituições públicas e quatro gerentes de instituições privadas, ambos de um município de grande porte da região sul do País. Estabeleceu-se como critério de inclusão dos participantes a ocupação do cargo de gerente havia pelo menos um ano. Os gerentes possuíam formação acadêmica variada; no entanto,

destaca-se predomínio de gerentes enfermeiros. Nas instituições públicas ocupavam o cargo de autoridade sanitária local e nas instituições privadas ocupavam o cargo de gerência.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. O roteiro de perguntas – conforme preconizado pelos autores do método – sofreu alterações ao longo da pesquisa quando eram percebidos que novos questionamentos poderiam acrescentar conhecimentos ao estudo.⁸ A análise dos dados ocorreu por meio da codificação aberta, axial e seletiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino a que as pesquisadoras pertenciam sob número de registro CEP/SD: 631.168.08.10 e CAAE: 0062.0.091.000-08, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e da Secretaria de Saúde do município estudado.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados permitiu apreender a vivência dos gerentes em AD e assim identificar dificuldades e lacunas existentes no gerenciamento, possibilitando a apresentação de aspectos que buscam aprimorar esse processo. Destacam-se as seguintes dificuldades e lacunas: formação acadêmica e educação permanente insuficientes; falta de auxílio de redes sociais de apoio; infraestrutura deficiente; e falta de recursos humanos.

Os sujeitos desta pesquisa revelaram que a **formação acadêmica** relacionada à AD que haviam obtido era superficial diante da complexidade de atuação no domicílio. Nesse sentido, sugere-se a incorporação de grade horária específica ao ensino da AD nos cursos de graduação da área da saúde, bem como maior oferta de cursos de pós-graduação na área.

Quando entramos na Estratégia da Saúde da Família (ESF), a gente faz um curso, um treinamento de uma semana. Nesse treinamento aprendemos todas as ferramentas utilizadas na ESF, a questão de tratar o usuário ou paciente e todos, as redes sociais dele, família e tudo mais. Nesse interim tem a questão do cuidado domiciliar, eles focam bastante na questão do cuidado domiciliar. Mas específico pra cuidado domiciliar a gente não tem, o profissional tem na faculdade. (Entrevista 2)

O conhecimento da legislação pertinente à AD não é unânime. Novas legislações referentes ao cuidado prestado no domicílio são desconhecidas por diversos gerentes, fato que pode ser amenizado diante do acesso frequente ao site do Ministério da Saúde, que

disponibiliza as legislações vigentes na área da saúde.

[..] Eu não recebi nenhuma orientação sobre essa nova diretriz do cuidado domiciliar, acredito que é porque ela já ocorre através da unidade [...] (Entrevista 1)

A necessidade constante de **educação permanente** aos profissionais que atuam na AD exige das instituições ações de educação em serviço que visem aprimorar a assistência à saúde prestada no domicílio, bem como facilitar o acesso de seus profissionais em atividades de educação continuada.

A iniciativa privada enfrenta dificuldades em realizar reuniões com seus profissionais por não serem contratados pela empresa e sim por prestadoras de serviço. A participação em reuniões pela equipe poderia ser motivada estabelecendo-se o critério de permanência no quadro de prestadores somente aos profissionais que participassem mensalmente de reuniões de equipe.

Eles não ficam aqui na empresa, são profissionais autônomos que prestam serviço terceirizado à empresa. Não tem porque eles fiquem aqui na empresa, eles ficam fora fazendo as visitas, conforme o cronograma. (Entrevista 7)

Ademais, a falta de auxílio de **redes sociais de apoio** a pacientes atendidos por empresas privadas de *home care*¹ pode ser trabalhada por meio de informações fornecidas aos pacientes e seus familiares sobre as redes disponíveis no município. Ao mesmo tempo, deve-se conscientizar os profissionais de que o trabalho em redes pode trazer diversos benefícios no cuidado prestado.

A **infraestrutura** mostra-se deficiente, pois para ambas as iniciativas o descarte de lixo hospitalar mostra-se oneroso ao sistema e a iniciativa pública depara-se com a dificuldade de acesso aos domicílios. Os profissionais das unidades de saúde atendem a população de uma área geográfica extensa o que torna a AD muitas vezes inviável em decorrência da falta de transporte. Investimentos do setor público são necessários em relação ao transporte das equipes que realizam AD para sua efetiva concretização.

O lixo hospitalar produzido no domicílio deve ser descartado corretamente em recipientes adequados para cada tipo de material. Assim, as instituições prestadoras da AD devem fornecer para cada paciente uma caixa específica para descarte de instrumentos perfurocortantes, bem como sacos de lixo adequados para o descarte de lixo comum, infectante e recicláveis que

¹ Termo inglês cujo significado é "assistência domiciliar".

sejam produzidos durante o cuidado prestado. Sugere-se também que a empresa responsável pela coleta desses materiais realize a coleta diretamente no domicílio do paciente para evitar que profissionais transportem lixo hospitalar expondo-se a riscos.

O empecilho do home care é movimentar esse resíduo, eu tenho que trazer da casa, a manipulação. E não tem uma demanda suficiente pra ter um carro, especificamente, uma pessoa só pra pegar resíduos e levar. E o custo de pegar em cada casa é muito alto. (Entrevistas 7)

Em ambas as iniciativas há falta de **recursos humanos**. As empresas privadas de *home care* podem trabalhar com profissionais contratados, fato que favorece positivamente em relação à credibilidade do serviço, que passará a contar com equipes específicas para atuar no domicílio e que poderão ser exigidas tecnicamente e em relação a faltas e participação em reuniões. Na esfera pública, o fortalecimento do programa Melhor em Casa é imprescindível para que um número maior de pacientes possa desfrutar da AD, visto que as unidades Estratégia Saúde da Família são insuficientes para suprir a demanda de pacientes que necessitam de cuidados no domicílio.

DISCUSSÃO

Com a ampliação da AD no sistema de saúde pelo setor público vem aumentando o contato dos profissionais com essa área. Tanto para o setor público como para o privado, há um déficit de conhecimentos e habilidades afetando muitos dos profissionais envolvidos nesse processo do cuidado. Destaca-se a deficiência na **formação acadêmica** dos profissionais que atuam na AD que se caracteriza por ser uma prática complexa que exige profissionais de saúde preparados para a assistência nas residências das pessoas. Portanto, existe a necessidade da formação acadêmica desses profissionais, para que tenham a oportunidade de aprendizado diferenciado com aulas práticas, pois estas proporcionam aos alunos uma vivência com a equipe de saúde, o paciente e a família.⁹

As bases teóricas são fundamentais para elucidar o papel do profissional no domicílio; é através delas que este inicia o desenvolver de suas competências.¹⁰ Desta forma seria importante que os cursos de graduação da área da saúde oportunizassem aos acadêmicos a vivência e o aprendizado sobre a AD, em oferta de disciplina específica ou carga horária.¹¹

Os serviços de saúde devem ter o compromisso de investir em **educação**

permanente. Esta tem como propósito o aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde. Enfoca as ações interdisciplinares e na prática com vistas à apropriação dos saberes técnico-científicos¹², neste caso capacitações focadas na AD.

Os profissionais de saúde podem e devem buscar aprimoramento profissional por meio da educação permanente para assim desenvolverem uma assistência adequada no domicílio.¹¹ Pois, o desenvolvimento da competência gerencial do enfermeiro considera sua trajetória acadêmica, seu universo de trabalho e a atualização dos profissionais ao longo da carreira.¹³ A educação permanente torna-se importante na AD, visto que possibilita a atualização dos profissionais de saúde, assim como a reflexão e análise crítica sobre os processos de trabalho.

Ademais, se faz necessário que os profissionais de saúde, em especial os gerentes, mobilizem competências como: comunicação; tomada de decisão; negociação; trabalho em equipe; relacionamento interpessoal; flexibilidade; empreendedorismo; criatividade; visão sistêmica; planejamento; e organização.¹⁴

O gerenciamento do cuidado distingui-se por um conjunto de conhecimentos, ferramentas, instrumentos e habilidades necessários à organização do trabalho da equipe de saúde com o propósito de alcançar objetivos institucionais. A dimensão técnica e da tecnologia da gestão do cuidado está relacionada à presença de equipamentos, máquinas e materiais, além de instrumentos, que propiciam a produção de bens, a prestação de serviços e a execução de atividades em uma determinada área.¹⁵

As ações de gerenciamento do cuidado em saúde referem-se a atos de cuidado direto e indireto, de caráter instrumental e expressivo que são realizados por profissionais de saúde de forma integrada e articulada., O propósito é oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços de saúde.¹⁵

Nesse sentido, é exigido aos profissionais que ocupam um cargo de gerência na área da prestação de serviços em saúde que saibam agir, mobilizar, transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e engajar-se em resposta às exigências e necessidades de cada área de atuação.¹⁶

Considerando que os gerentes entrevistados nesta pesquisa possuíam deficiência no conhecimento da legislação vigente sobre a

AD, é imprescindível que estes acessem ao site do Ministério da Saúde para amenizar esta deficiência. Nesse site podem ser encontradas informações sobre as legislações que darão subsídios de conhecimentos para os gerentes. Ademais, ações de educação em serviço podem contribuir na superação de lacunas existentes.

Além do conhecimento pertinente à legislação em AD, os gerentes necessitam compreender que as **redes sociais de apoio** proporcionam benefícios para a população, pois estas envolvem a interação entre as pessoas e assim elas ajudam umas às outras de maneiras diferentes. As redes sociais influenciam na saúde das pessoas e estão associadas à recuperação e prevenção de doenças.¹⁷

A rede social é imprescindível e complementar às redes integradas de serviços de saúde que prestam – ou fazem arranjos para prestar – serviços de saúde equitativos e integrais, de diferentes densidades tecnológicas. Estes serviços encontram-se integrados por meio de sistemas técnicos, logísticos e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado prestado a uma população definida.¹⁸

Diante do exposto, é imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam a importância das redes sociais.¹⁷ Eles devem saber utilizar as redes de atenção à saúde de suas cidades ou territórios a fim de esclarecer ou potencializar o bom uso pelos usuários e criar uma demanda para que estas também se incorporem cada vez mais na suas carteiras de serviços de AD.

Ao se tratar da **infraestrutura**, destaca-se que na questão do lixo hospitalar deve haver planejamentos a partir de conhecimentos técnicos, científicos e legais. Desse modo, haverá diminuição de riscos e correto processamento dos resíduos, protegendo a saúde pública e o meio ambiente.¹⁹ Ressalta-se que os resíduos gerados no domicílio devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoas treinadas para a atividade e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.²⁰

Cabe ao coordenador do serviço de AD disponibilizar veículos para transportar os funcionários e materiais que serão utilizados no domicílio e que deverão estar disponíveis em todo o período de atendimento incluindo plantões de finais de semana e feriados.²¹

Salienta-se que a adesão dos municípios à proposta do programa Melhor em Casa possibilita o aumento de **recursos humanos** em AD, além de reduzir a exposição dos

pacientes a riscos, pois eles recebem atendimento em seu próprio domicílio, o que acelera a recuperação e reduz a ocupação dos leitos hospitalares, proporcionando uma vida melhor, mais próxima da família e com melhor recuperação da sua saúde.²²

A adesão ao programa é crescente. Em novembro de 2013, quando o programa completou dois anos, existiam 433 equipes implantadas e outras 548 cujo funcionamento já havia sido autorizado pelo Ministério da Saúde. Esses dados demonstram o aumento da percepção dos governantes em relação à necessidade de AD da população.²³ Com os investimentos do governo federal, o municípios precisam se organizar em relação ao transporte que se faz necessário nesse tipo de assistência e à contratação dos profissionais que atuarão nas equipes de AD.

Nas empresas privadas de *home care*, os profissionais podem ser contratados pela própria empresa ou terceirizados. Existem empresas privadas que proporcionam aos profissionais treinamentos que abordam temas como a relação entre paciente e a família no contexto domiciliar,²⁴ porém, muitos profissionais de enfermagem possuem dupla ou tripla jornada de trabalho, fato que gera sobrecarga e cansaço impossibilitando, muitas vezes, a participação em programas de formação.²⁵

CONCLUSÃO

A gestão pública e os gerentes da AD possuem um papel fundamental na qualidade da assistência prestada ao administrarem recursos humanos, materiais e estruturais que viabilizam a realização do cuidado no domicílio. No entanto, para que essas ações gerenciais obtenham êxito, os gerentes devem estar preparados para esta modalidade de atenção à saúde, pois conhecimentos gerenciais não bastam, sendo necessários conhecimentos específicos da AD.

O gerente da AD necessita buscar gerir as práticas de cuidado realizadas no domicílio de modo a atender pacientes e familiares de maneira integral, estimulando a autonomia e a participação social do paciente. As dificuldades encontradas nesse processo merecem dedicação especial dos gerentes que podem procurar formas de superá-las estando articulados às redes sociais de apoio, à legislação vigente e aos seus pares.

Como demonstrando no presente estudo, os gerentes de AD encontram dificuldades que precisam ser superadas com formação profissional adequada e investimento institucional. A AD é uma modalidade de

atenção em expansão, sendo exigido por parte dos pacientes e familiares qualidade nas ações prestadas, que será alcançada com gerentes qualificados e comprometidos com a assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Martins SK, Lacerda MR. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. Rev RENE [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 6];9(2):148-56. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/576>
2. Brasil. Ministério da saúde. Programa Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 20]. Available from: http://www.interne.com.br/informativo/index.php?option=com_content&view=article&id=1927:melhor-em-casa-a-seguranca-do-hospital-no-conforto-do-seu-lar&catid=26:saude&Itemid=3.
3. Cunha MAO, Morais HMM. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2007 [cited 2014 Mar 6];12(6):1651-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600026
4. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 7];44(1):166-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>
5. Mshelia C, Huss R, Mirzoev T, Elsey H, Baine SO, Aikins M. et al. Can action research strengthen district health management and improve health workforce performance? BMJ Open [internet]. 2013 [cited 2014 Jan 06];3(8):1-9. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003625.full>
6. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev bras enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 22];66(2):257-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000200016
7. Milicevic MMS, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supic ZJ, Vasic V. Competencies gap of management teams in primary health care. Eur J Public Health. 2010; 21(2):247-53.
8. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008
9. Persegona KR, Teixeira RC, Lacerda MR, Mantovani MF, Zagonel IPS. A dimensão expressiva do cuidado em domicílio: um despertar a partir da prática docente. Cogitare enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 Aug 7];12(3):386-91. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/10040/6896>
10. Catafesta F, Gomes IM, Correia ABH, Lacerda MR. Nurses experience on home care competence development: grounded theory. Online braz j nurs [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 10];8(3):12-6. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2524>
11. Hermann AP, Favero L, Backes VMS, Bernardino E, Lacerda MR. A vivência em ensinar e aprender o cuidado domiciliar na graduação em enfermagem. Texto & contexto enferm [Internet]. 2014. No prelo.
12. Jesus MCP, Figueiredo MAG, Santos SMR, Amaral AMM, Rocha LO, Thiollent MJM. . Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 20];45(5):1229-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500028
13. Caveião C, Coelho ICMM, Zagonel IPS. A produção do conhecimento sobre competências gerenciais de enfermagem: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Sept 10];7(esp):910-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3261/pdf_2246
14. Furukawa PO, Cunha ICK. O Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 6];19(1):[9 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_15.pdf
15. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 22];46(3):734-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000300028&script=sci_arttext
16. Manenti SA, Ciampone MHT, Mira VL, Minami LF, Soares JMS. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2013 Aug 22]; 46(3): 727-33. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342012000300027&script=sci_arttext

17. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. Ciênc saúde coletiva 2011 [cited 2013 Aug 22];16(1):945-55. Available from:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a26v16s1.pdf>.

18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

19. Santana JCB, Almeida LG, Oliveira RL, Melo LC, Costa IMS, Silva CCD, Quites HFO. Rotina dos profissionais de enfermagem no trabalho com resíduos em saúde em um hospital público. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 24]; 7(5):1333-41. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3804/pdf_2499

20. Brasil. Resolução de Diretoria Colegiada nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 2004 [cited 2013 Aug 5]. Available from:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ebe26a00474597429fb5df3fbc4c6735/RDC_306.pdf?MOD=AJPERES

21. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. v.1. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

22. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. v.2.

23. BRASIL. Portal Brasil. Programa de atenção domiciliar já está presente em 135 municípios [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 20]. Available from:

<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/programa-de-atencao-domiciliar-ja-esta-presente-em-135-municipios>.

24. Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 22];13(5):1511-20. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000500016&script=sci_arttext

25. Nelson AS, Azevedo PR, Dias RS, Sousa SMA, Carvalho LDP, Silva ACO et al. Nursing work: challenges for health management in the Northeast of Brazil. J nurs manag. 2013; 21(6):838-49.

Submissão: 17/03/2014

Aceito: 06/02/2015

Publicado: 01/05/2015

Correspondência

Ana Paula Hermann
Rua Humberto Cicarino, 309
Bairro Boqueirão
CEP 81670-210 – Curitiba (PR), Brasil