



Diretoria Executiva Unimed do Brasil

Orestes Pullin, Presidente

Alberto Gugelmin Neto, Vice-Presidente

Darival Bringel de Olinda, Diretor de Desenvolvimento de Mercado

Marcelo Mergh Monteiro, Diretor de Intercâmbio

Orlando Fittipaldi Junior, Diretor de Gestão de Saúde

Paulo Roberto de Oliveira Webster, Diretor de Regulação, Monitoramento e Serviços

Viviane Vieira Malta, Diretora de Administração e Finanças

Diretoria Executiva Fundação Unimed

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino, Diretor-Presidente

Ary Célio de Oliveira, Diretor de Educação

Luiz Carlos M. Palmquist, Diretor Administrativo Financeiro

Paulo César A. Rangel, Diretor de Desenvolvimento e Responsabilidade Social

Conselho de Curadores da Fundação Unimed

Alberto Gugelmin Neto, Presidente, Unimed do Brasil

Adalberto Baccarin, Conselheiro, Uniodonto do Brasil

Adelson Severino Chagas, Conselheiro, Seguros Unimed

Alexandre Augusto Ruschi Filho, Conselheiro, Central Nacional Unimed

Claudio Giuliano A. Torres, Conselheiro, Unimed

Darival Bringel de Olinda, Conselheiro, Unimed do Brasil

Helton Freitas, Conselheiro, Seguros Unimed

José Windsor Ângelo Rosa, Conselheiro, Unimed do Brasil

Leo Airton Trombka, Conselheiro, Unicred do Brasil

Marcelo Mergh Monteiro, Conselheiro, Unimed do Brasil



Marcio Pizzato, Conselheiro, Unimed do Brasil

Orlando Fittipaldi Junior, Conselheiro, Unimed do Brasil

Paulo Roberto de Oliveira Webster, Conselheiro, Unimed do Brasil

Viviane Vieira Malta, Conselheiro, Unimed do Brasil

Conselho Fiscal da Fundação Unimed

Antônio Abrão Nohra Neto, Titular

Luiz Paulo Tostes Coimbra, Titular

Paulo Cesar Januzzi de Carvalho, Titular

Agenor Ferreira da Silva Filho, Suplente

Mauro Muños de Andrade, Suplente

Paulo Roberto Fernandes Faria, Suplente

Diretoria Executiva Faculdade Unimed

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino, Diretor-Presidente

Ary Célio de Oliveira, Diretor de Educação

Luiz Carlos M. Palmquist, Diretor Administrativo Financeiro



Conselho Editorial / Editorial Council

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino, Faculdade Unimed, Brasil

Ary Célio de Oliveira, Faculdade Unimed, Brasil

Prof^a. Dr^a. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Duarte Nuno Pessoa Vieira, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,
Portugal

Prof. Dr. Marcelo Eidi Nita, Faculdade Unimed, Brasil

Prof^a. Ms. Natália Cristina Alves Caetano Chaves Krohling, Faculdade Unimed, Brasil

Prof^a. Dr^a. Tânia Moreira Grillo Pedrosa, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Prof^a. Dr^a. Wanêssa Lacerda Poton, Universidade Federal de Pelotas/Universidade Federal do
Espírito Santo, Brasi



Comitê Científico / Scientific Committee

Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Prof. Dr. André Germano dos Santos Leite, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Faculdade Santa Maria , Brasil

Prof. Ms. Antônio Ferreira de Melo Júnior, Faculdade Multivix

Prof.^a. Dr.^a. Bianca Magnelli Mangiavacchi , Faculdade Metropolitana São Carlos, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Brunella Alcântara Chagas de Freitas, Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Cleia Marcia Gomes Amaral, Universidade de São Paulo, Brasil

Prof. Ms. Cloer Vescia Alves, Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

Prof.^a. Ms. Denise Pimenta, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Eliana Bernadete Caser, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Flávia Amaral Rezende, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Gisele Silva Lira de Resende, Centro Universitário Unicathedral

Prof. Dr. Hélio Borba Moratelli, Universidade Federal de Mato Grosso

Prof. Ms. Julian Silveira Diogo de Ávila Fontoura, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Luiz Paulo Ribeiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Maria da Penha Pereira de Melo, Faculdade Unimed, Brasil

Prof. Dr. Mario Luz Soares, FEA/USP



Prof. Dr. Paulo Sérgio Rodrigues de Paula, Universidade Federal de Santa Catarina e
Université de Reims

Prof.^a. Dr.^a Regina Viegas, CEFET-RJ

Prof. Dr. Renato Peixoto Veras, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof.^a. Ms.^a. Sara Rios Bambirra Santos, Faculdade Unimed, Brasil

Prof.^a. Dr.^a. Suzana Schwerz Funghetto, Universidade de Brasília, Brasil

Prof. Dr. Wagner Fonseca Moreira da Silva, Faculdade Unimed, Brasil



Editora Científica / Scientific Editor

Profª. Drª. Carolina Resende Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Editora Geral / General Editor

Fernanda Christina Costa, Faculdade Unimed, Brasil

Editora de Texto e Layout / Design and Text Editor

Anna Gabriela Teixeira, Faculdade Unimed, Brasil

Editora Assistente / Assistant Editor

Marina Moreira de Souza, Faculdade Unimed, Brasil



MISSÃO, FOCO E ESCOPO / MISSION, FOCUS AND SCOPE	8
APRESENTAÇÃO / PRESENTATION	
Editorial	9
Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino	
ENTREVISTA / INTERVIEW	
Entrevista com Bruno Torchia.....	12
Fernanda Maria Pereira	
ARTIGOS / PAPERS	
Redução de custos na compra de medicamentos diretamente com a indústria: um estudo sobre a compra direta de medicamentos com a indústria.....	17
Renan Willian Back, Fabiano de Lima Tykalowitz e Ricardo Bialeski	
Um estudo de como o processo de coaching pode ser um aliado no tratamento do câncer.....	30
Cristiane S. dos Santos Lima e Silvana Chiaretto	
Sustainable and innovative model for distance education in an international network.....	47
Susane Garrido	
A relação do estresse em enfermeiros no trabalho hospitalar.....	61
Ciély Ferreira Goedert	
NORMAS / GUIDELINES	71



A Revista Científica da Faculdade Unimed é uma iniciativa que visa o desenvolvimento da prática investigativa e o livre acesso à pesquisa científica. A Revista está cadastrada no Portal de Periódicos da Faculdade Unimed e utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER).

Público-alvo: docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, pesquisadores e outros interessados na produção científica das áreas Educação Superior, Saúde, Gestão e Cooperativismo.

Missão: veicular trabalhos científicos de docentes e discentes voltados ao desenvolvimento do cooperativismo, das práticas gerenciais aplicadas e da profissionalização em saúde no contexto do ensino superior.

Políticas de Seção: Revista Científica Faculdade Unimed publica trabalhos de docentes e discentes na forma de artigos, relatos, resenhas, resumos, entrevistas e trabalhos de pesquisa.

apresentação



Prezado (a) leitor (a),

A Revista Científica Faculdade Unimed traz em seu terceiro número reflexões importantes para as áreas da Saúde e da Gestão. Entre elas, os desafios para a adoção do *compliance* nas organizações. O tema tem ganhado destaque no meio corporativo por contribuir com a regulamentação legal de condutas relacionadas a interesses pessoais dentro das empresas, criando uma rede de integridade entre as partes envolvidas.

Pensando nisso, convidamos para a entrevista o mestre em Direito Público e coordenador do MBA de Governança, Riscos, Regulação e *Compliance* da Faculdade Unimed, Bruno Torchia, para falar sobre o conceito, premissas para implantação e sua relação com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que passará a valer este ano no Brasil.

Já a seção de artigos originais conta com quatro trabalhos. Um deles trata sobre a relação do estresse em enfermeiros nos hospitais. Para isso, foi feita uma pesquisa com profissionais da cidade de Ponta Grossa (PR) a fim de levantar o nível de estresse e identificar os estressores no ambiente de trabalho. Os resultados poderão ser usados para desenvolver uma intervenção psicológica mais adequada, abrindo caminho para novas pesquisas sobre o campo.

A adoção do processo de *coaching* como aliado no tratamento do câncer foi objeto de estudo para outro artigo. A partir de uma revisão bibliográfica, as autoras buscaram compreender como o método pode ser útil para orientar e traçar metas juntamente com o paciente, para que ele possa realizar um tratamento com mais qualidade de vida, foco na cura como resultado e determinação no cumprimento dos objetivos.

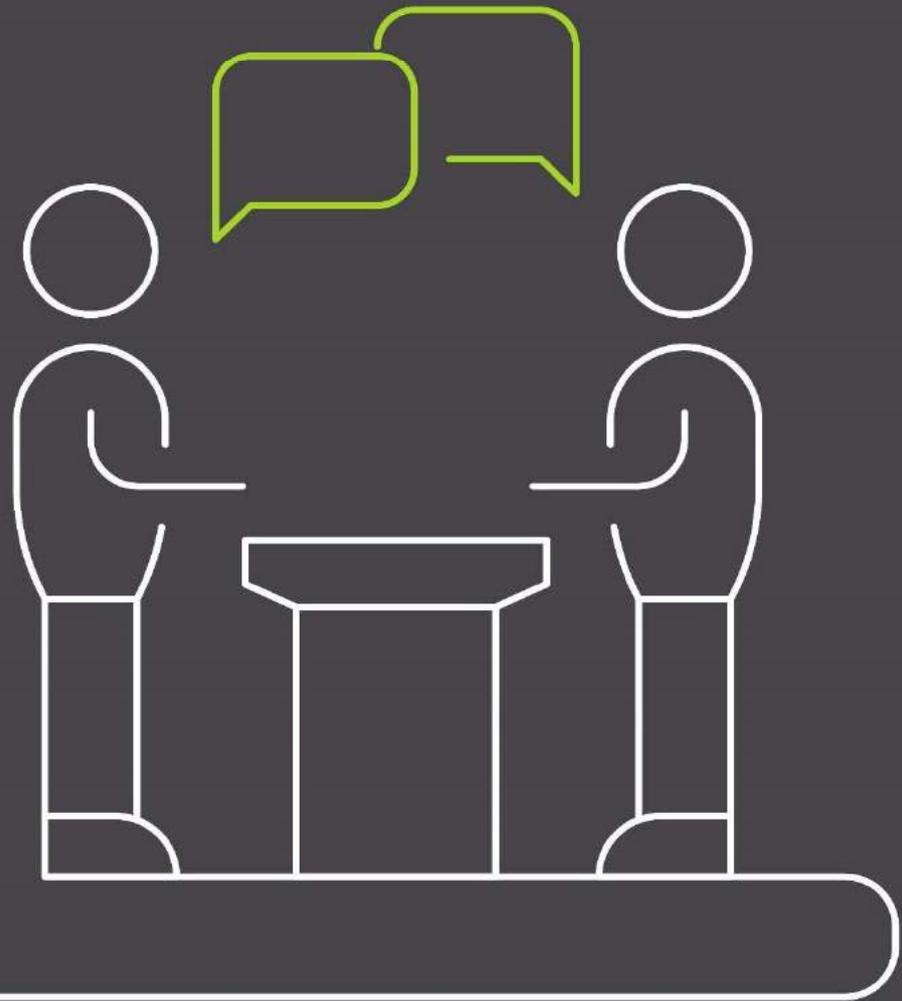


Também foi abordado como a compra de medicamentos diretamente com a indústria farmacêutica gerou redução de custos para a Unimed Cascavel, objetivando a longevidade da cooperativa e mantendo a qualidade no atendimento dos beneficiários.

Por fim, há um estudo de caso sobre a criação e implantação de um modelo de gestão de cursos de educação a distância (EaD) no ensino superior brasileiro. O trabalho abrange desde o diagnóstico de desempenho do setor de soluções em EaD da universidade, passando pelo desenvolvimento de um novo modelo e sua implantação, até os resultados atingidos.

Desejo uma boa leitura!

Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino
Diretor-geral da Faculdade Unimed



entrevistas



Por Fernanda Maria Pereira

 **Bruno Torchia**

Mestre em Direito Público (FUMEC), especialista em Prevenção e Repressão à Corrupção (Estácio de Sá) e em Combate ao Crime Organizado (Università degli Studi di Roma - TorVergata). Coordenador do MBA de Governança, Riscos, Regulação e Compliance, do MBA em Gestão Inovadora em Serviços de Saúde e do MBA em Segurança do Paciente e Gestão Estratégica em Saúde da Faculdade Unimed.



COMO O *COMPLIANCE* PODE SER UM DIFERENCIAL NA GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES

O *compliance* está conexo ao controle de condutas corporativas relacionadas a interesses pessoais, que se baseiam em fraudes e na ausência de regulamentação precisa nas informações e demonstrações financeiras e contábeis. Por isso, cada vez mais, agir em conformidade com a lei deixou de ser apenas uma obrigação: tem se tornado um diferencial para a gestão e para a imagem de qualquer organização.

Nesta entrevista, o mestre em Direito Público Bruno Torchia fala sobre a origem do *compliance*, os desafios para sua implantação e qual a sua relação com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que passará a vigor este ano no Brasil.

1. Quando e por qual motivo surgiu o *compliance*?

Precisar o surgimento do *compliance* é tarefa complexa. Há quem diga que ele surge em 1977, após a edição do *Foreign Corrupt Practices Act* (FCPA), que é a “Lei Anticorrupção” norte americana. Outros dizem que sua origem está ligada ao caso Enron, uma das maiores fraudes ocorridas nos EUA, em 2001, na qual a organização que chegou a valer cerca de 65 bilhões de dólares decretou falência em apenas 24 dias em razão de violações contábeis. No Brasil, o surgimento do *compliance* se dá com a edição da Lei n. 9.613/98, a Lei de Lavagem de Dinheiro, que impôs a determinadas pessoas obrigações de controle e fiscalização, sendo remodelado após a edição da Lei n. 12.846/2013, a Lei Anticorrupção.

2. Quais são suas principais premissas?

Segundo a Controladoria-Geral da União, o *compliance* se estrutura em cinco pilares, sendo eles comprometimento e apoio da alta direção; instância responsável, ou seja, ter uma área de *compliance* com independência e autonomia; análise de perfil e riscos; estruturação das regras e instrumentos; e estratégias de monitoramento contínuos. Destaca-se, porém, que referido rol pode ser ampliado, pois não se pode esquecer de incluir as *due diligences*, canais de denúncias, investigações internas e previsão de medidas disciplinares.



3. O que levou o *compliance* a ganhar mais relevância no meio corporativo nos últimos anos?

O *compliance* tem sido visto pelo governo, sociedade e mercado como o mecanismo capaz de extirpar os atos ilícitos do meio negocial e disseminar a cultura de integridade nos negócios. Não apenas, as organizações têm paulatinamente exigido que seus fornecedores se alinhem às práticas de *compliance*, sob pena de não mais se relacionarem com eles. Conclui-se que estar em *compliance* é imperativo no que tange ao aspecto regulatório, concorrencial e negocial.

4. A nova Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), que passará a valer este ano no Brasil, tem interferência nisso? Se sim, qual?

Atualmente, a LGPD pode ser vista como mais uma etapa na implantação do *compliance*, pois passa a exigir que as organizações adotem medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

As organizações, portanto, precisam implantar mecanismos de Governança da Privacidade, o que impacta diretamente na condução de qualquer atividade empresarial. Sendo assim, o investimento em programas de *compliance* proporcionará conformidade à exigência regulatória, melhoria de processos internos e maior eficiência.

5. Qual a relação dessas práticas com a saúde?

No caso da LGPD, há pontos específicos para a área da saúde que devem ser observados com atenção. Entre eles, é expressa a vedação que as operadoras de planos privados de assistência à saúde não podem utilizar os dados sensíveis de saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como na contratação e exclusão de beneficiários. Há que se analisar com cautela, também, se o tratamento de dados decorre de autorização legal ou demanda consentimento.

6. Quais são as penalidades para as organizações que não se adequarem à LGPD?



A organização que não se adequar, fizer mau uso dos dados ou se envolver em um incidente de segurança pode ser penalizada, com punições regulatórias que vão desde uma advertência até multa pecuniária que chega à monta de 50 milhões de reais (até 2% do faturamento), publicização da infração e do bloqueio e eliminação de dados da base da instituição, além de medidas judiciais promovidas pelos órgãos públicos competentes, tais como o Ministério Público, que poderá manejar Ação Civil Pública.

7. Pensando sob o ponto de vista da gestão, por que adotar as práticas de *compliance* é um diferencial?

O cumprimento de normas legais e regulamentares, quando se torna uma missão da organização, gera, acima de tudo, a confiança, ingrediente integral em qualquer prática comercial. Ademais, os gestores estão bastante propensos a sofrerem as consequências jurídicas de qualquer responsabilização, seja por responder com seu patrimônio ou por ser visto como alguém negligente neste processo.

8. Quais os desafios para tornar o *compliance* uma realidade nas empresas, principalmente em relação à gestão de custos e de pessoas?

O mais importante é a alta direção estar ciente da necessidade de implantar programa de *compliance* que, além de prevenir atos ilícitos de corrupção, esteja apto a proteger os dados pessoais dos titulares, garantindo recursos humanos, tecnológicos e financeiros.

É recomendável estabelecer um líder ou um grupo de líderes que ficarão a cargo da implementação dos processos de *compliance* e LGPD, os quais demandam conhecimentos multidisciplinares. Caso a organização não possua estes profissionais internos, pode trabalhar com consultoria externa especializada que dará esse suporte. A tarefa exige profissionais tanto da TI como do Direito, e a implantação dos mecanismos de *compliance* é um indicativo claro para os usuários e para os órgãos reguladores que a organização se preocupa com as normas e está envidando todos os esforços para alcançar esse objetivo.

Outra etapa muito importante são os treinamentos, que devem atingir toda a organização. O *compliance* e a LGPD são realidade no Brasil, e as organizações que não estiverem preparadas estarão, com toda certeza, sujeitas à perda de competitividade negocial.



artigos



REDUÇÃO DE CUSTOS NA COMPRA DE MEDICAMENTOS DIRETAMENTE COM A INDÚSTRIA: um estudo sobre a compra direta de medicamentos com a indústria.

COST REDUCTION IN MEDICINE PURCHASING DIRECTLY WITH INDUSTRY:

A study on the direct purchase of medicines with industry.

📍 **Renan Willian Back**

Graduações em Administração e Desenvolvimento de Sistemas pelo Centro Universitário de Cascavel – Univel e MBA em Gestão Estratégica pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Atualmente é Analista de Compras e Suprimentos na Unimed Cascavel Paraná. Experiência na área de Administração, atuando em Operadora de Plano de Saúde com ênfase em negociações, desenvolvimento de fornecedores, redução de custos e indicadores estratégicos.

Contato: renan.back@unimedcascavel.coop.br

📍 **Fabiano de Lima Tykalowitz**

Doutorando em Administração pela PUC-PR, mestre em Administração pela Univali, graduação em Administração Hospitalar pela Unisinos, Especialização em Recursos Humanos pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e MBA em Gestão de Saúde pela FAE. Atualmente é professor de graduação e pós-graduação da Univel, Fundação Unimed e ESPM. Leciona as disciplinas de Teorias da Administração, Fundamentos da Administração, Serviços e Operações, Compliance, Gestão de Riscos e Gestão de Serviços Próprios. Atua nos cursos de tecnologia com aulas em EaD da Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Cascavel - Univel. Superintendente de Operações da Unimed de Cascavel. Possui experiência na área de Administração, com ênfase em Administração de Recursos Humanos e Administração Hospitalar.

Contato: fabiano@unimedcascavel.coop.br

📍 **Ricardo Bialeski**

Graduação em Administração pela Universidade Paranaense – Unipar, especialização em Gestão estratégica pela Universidade Paranaense – Unipar. Atualmente é Coordenador de Compras e Suprimentos na Unimed Cascavel Paraná. Possui experiência na área de Administração, atuando em Operadora de Saúde com ênfase em gestão de equipes, negociações e redução de custos.

Contato: ricardo.bialeski@unimedcascavel.coop.br



RESUMO

As organizações têm encontrado nos últimos anos um cenário repleto de desafios crescentes em suas atividades frente a atual complexidade da chamada Sociedade do Conhecimento, necessitando de instrumentos que possibilitem aperfeiçoar seus principais recursos, relacionando estas atividades de forma a gerar inovação de valor para os diversos setores. O presente artigo tem por finalidade exibir e avaliar o resultado da redução de custos na compra dos medicamentos Humira e Synagis direto com a indústria farmacêutica. A Unimed Cascavel iniciou a compra da Humira em 2017, é utilizada para o tratamento de doenças inflamatórias, já a compra do Synagis iniciou em 2018, é destinada à prevenção de doença grave do trato respiratório inferior causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR). Seguimos a RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário, da dispensação de produtos e da prestação de serviços, que estão relacionados ao jeito de cuidar Unimed, pois o centro desta atividade é o indivíduo (beneficiário e colaborador). Os resultados obtidos mostram que com a introdução da compra direta, houve uma redução do preço médio de compra da Humira de 23,26% e o Synagis de 5,34%, na soma dos resultados houve uma redução de R\$ 48.724,44 no primeiro trimestre de 2019. O projeto padronizou o modelo de compra direta, e pode ser aplicado em outras co-irmãs, trazendo redução de custos financeiros e impactos sobre diversos públicos de maneira efetiva e consistente.

Palavras-chave: Estratégia. Resultado. Processo. Vantagem Competitiva.

ABSTRACT

In recent years, organizations have found a scenario full of growing challenges in their activities in the face of the current complexity of the so-called Knowledge Society, requiring instruments that enable the improvement of their main resources, relating these activities in order to generate value innovation for the various sectors. . The purpose of this article is to display and evaluate the result of cost reduction in the purchase of Humira and Synagis drugs directly with the pharmaceutical industry. Unimed Cascavel initiated the purchase of Humira in 2017, it is used for the treatment of inflammatory diseases, whereas the purchase of Synagis started in 2018, it is intended for the prevention of severe lower respiratory tract disease caused by the respiratory



syncytial virus (RSV). We follow RDC No. 44, of August 17, 2009, which provides for good pharmaceutical practices for sanitary control, product dispensing and service provision, which are related to the way of caring for Unimed, as the center of this activity is the individual (beneficiary and collaborator). The results obtained show that with the introduction of direct purchase, there was a reduction in the average purchase price of Humira of 23.26% and Synagis of 5.34%, in the sum of the results there was a reduction of R \$ 48,724.44 in first quarter of 2019. The project standardized the direct purchase model, and can be applied to other co-sisters, reducing financial costs and impacting various audiences in an effective and consistent manner.

Keywords: Strategy. Result. Process. Competitive Advantage.



1 INTRODUÇÃO

Os custos para aquisição de medicamentos são responsáveis por uma parcela significativa das despesas totais das operadoras de saúde. Em um cenário cada vez mais competitivo, as organizações estão mais preocupadas com a sua continuidade no mercado e buscam novas alternativas que as diferencie no seu ramo. Com isso possuem cada vez mais a necessidade de ter uma boa gestão de seus custos, pois torna a empresa mais competitiva.

A gestão de compras de uma operadora de saúde compreende aspectos inerentes à sua estrutura econômica, utilização de recursos financeiros e deliberação dos investimentos. Para o suporte a gestão, informações transparentes sobre o custo dos medicamentos são fundamentais para reduzir os riscos que afetam os resultados da corporação e para as definições das estratégias da operadora.

As operadoras de saúde são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que em 09 de maio de 2014 publicou a Resolução Normativa (RN) nº 349, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Quando observamos o sistema de saúde, podemos dizer que existe carência de dados epidemiológicos (relação causa-efeito de doenças) que possam ser utilizados pelas organizações de saúde no Brasil. Atualmente não há integração entre os dados do sistema público (disponíveis no DATASUS) e privado (disponíveis parcialmente na ANS). Esse fato limita, por exemplo, o desenvolvimento de um sistema nacional de indicadores de desempenho em saúde (PEDROSO e MALIK, 2015).

Os custos com esses medicamentos, a sinistralidade pujante e o aumento dos gastos na área de saúde acima da inflação geral da economia também abalam os serviços de saúde e por efeito, contribuem para a dificuldade de se manter dentro dos orçamentos. Para operadoras de pequeno e médio porte, o risco é ainda maior, pois a falta de economia acarreta o aumento do seu custo médio e delimita seu poder de barganha junto aos fornecedores. Assim, o preço que a operadora paga por um medicamento depende quase que unicamente do poder de negociação de seus compradores.

Nesse cenário a UNIMED CASCAVEL optou por realizar o cadastro para compra direta com a indústria farmacêutica, dos medicamentos Humira e Synagis, objetivando a longevidade



da cooperativa, mas mantendo o fornecimento de um produto de qualidade, visando uma estratégia de redução de custos com esses medicamentos e mantendo a qualidade no atendimento de nossos beneficiários.

1.2 Estratégia

Segundo Mintzberg, Ahlstrand & Lampel, (2000, p.17), estratégia requer uma série de definições e que é “[...] uma dessas palavras que inevitavelmente definimos de uma forma, mas frequentemente usamos de outra. Estratégia é um padrão, isto é, consistência em comportamento ao longo do tempo”.

Afirma Porter (2004), que a estratégia como uma ideia consolidada, que relaciona as áreas operantes de uma organização e associa suas atividades com o meio externo. Neste questionamento, a definição de uma estratégia envolve a síntese dos pontos fortes e fracos da organização e das oportunidades e ameaças apontada pelo ambiente.

Para Mintzberg (1987), a estratégia é indispensável para definir a empresa. Ela não serve apenas para orientar as pessoas, como também para dar um sentido a elas. Sendo primordial para diminuir a incerteza e possibilitar coerência, visando auxiliar a compreensão, atender as necessidades específicas de ordem e propiciar a eficiência sob condições de estabilidade, com a riqueza de recursos e da utilização do conhecimento passado.

Do mesmo modo, Oliveira (2004), salienta a estratégia como a escolha de um caminho a seguir, ou ainda como uma seleção de um ambiente de atuação, em condições de desenvolvimento e tentativa de produto-mercado, ou como um agrupado de ações aptas a determinar nichos de mercado e desenvolvimento de produtos, a todo o momento visando os objetivos da empresa em uma visão de longo prazo.

Porter (1998), afirma que a competitividade determinada pelo ambiente empresarial é condição para a elaboração das estratégias independentemente do ramo em que a empresa atue. Dessa maneira, quanto maior for a concorrência, maior será a necessidade da elaboração das estratégias, como forma de viabilizar à empresa situações de competição no mercado.

1.3 Redução de Custos

Analisando todos os artigos referentes a economia, alguns autores induzem a acreditar que toda dificuldade financeira será reconhecida como custo. De acordo com Dutra (2003), o



entendimento de custo é todo o gasto que é empregado na produção, ou seja, qual for a outra atribuição de custo. Ponderando todos os valores acrescentados ao elemento, desde a sua compra até a sua negociação final, que poderão ser qualificados de várias formas.

Por outro lado, Dubois (2009) defende que, com o desenvolvimento de novas estratégias de gestão, a relevância da administração de custos passou a ser o instrumento mais potente para as empresas. A elevada competitividade do mercado demanda a necessidade do crescimento da produtividade e qualidade com o baixo custo, medida essencial no julgamento do desempenho gerencial. Em conformidade com o quarto pensamento, Porter (2004) cita que uma organização pode conseguir vantagem competitiva sustentável por meio de custos ou de diferenciação. Do mesmo modo, Shank e Govindarajan (1997) reconhecem que gestão estratégica de custos é uma observação de custos abordada diante de um cenário real, em que as medidas estratégicas são lógicas. As medidas de custos são empregadas para assegurar estratégias mais eficazes, com o objetivo de desenvolvimento e vantagem competitiva, diante do ambiente do estudo.

Segundo Porter (1999), a função principal da gestão estratégica de custos é conservar a cadeia de valor, sendo capaz assim exibir todas as oportunidades de redução dos custos e os possíveis ganhos de competitividade. Do mesmo modo, Padoveze (2006) salienta que a administração de custos tem suas tarefas ligadas no desenvolvimento de valor através do uso eficaz dos recursos (redução de perdas e desperdícios) e empregando novas técnicas, procedimentos tecnológicos, levando valor ao cliente, ao acionista e inovação empresarial.

Nesse mesmo ponto de vista, Mañas (2011) acrescenta ao seu raciocínio de que todo custo, quando adicionado em um planejamento estratégico, deverá formar-se como um investimento para a empresa. Essa compreensão desenvolvida com nitidez com os empregados, acrescenta a motivação de todos em busca do equilíbrio da empresa ante o período de risco e a inclinação do lucro.

Segundo Ballou (2006), o diferencial de vantagem competitiva é localizado na aptidão da corporação sobressair-se de seus concorrentes na visão de seus clientes e no mercado em que atua. Considerando também, a competência de operar em baixo custo e aumentar o seu lucro.

Fundamentando-se neste cenário, nota-se que a redução de custos altamente gerenciada, conseguirá determinar estratégias efetivas para toda a empresa. Na qual a estratégia de redução de custos, taticamente elaborada e executada torna-se um fator determinante para o êxito da empresa.



1.4 Vantagem Competitiva

Porter (1999, p.2) expressa que “[...] a vantagem competitiva surge fundamentalmente do valor que uma empresa consegue criar para seus compradores e que ultrapassa o custo de fabricação pela empresa”. Além disso, o valor é aquele que os compradores estão predispostos a pagar, e o valor superior deriva-se da oferta de preços menores do que os da concorrência por interesses proporcionais ou do suprimento de interesses característicos que compensem um preço mais elevado. O autor apresenta também que a vantagem competitiva se deriva nas consideráveis atividades praticadas pela organização para oferecer seu produto ou serviço ao cliente. Para alcançar o desempenho superior sustentável, entretanto, a empresa deve executar essas atividades de forma distinta dos concorrentes, ou até mesmo efetuar atividades peculiares, as quais serão estabelecidas pelo posicionamento estratégico da organização.

Na opinião de Vasconcelos e Brito (2004) a vantagem competitiva deve ser entendida igualmente como o propósito das ações da empresa, pode ser utilizada para esclarecer a variedade entre as instituições, também observada como o objetivo final da função empresarial e, por fim, esclarecer o sucesso ou fracasso no certame. Os autores, apresentam também que, ao se explicar estratégia como uma teoria de como uma instituição pode rivalizar por sucesso, a obtenção da vantagem competitiva se torna o objetivo definitivo da estratégia.

Para Morgan (2012) o **Desempenho da Estrutura-Conduto** (DEC) vê diferenças de desempenho entre as empresas em termos da capacidade da empresa de encontrar ou criar e explorar imperfeições de mercado que reduzam a rivalidade competitiva e resultante da concorrência de preços enfrentada. A partir desta perspectiva o desempenho do negócio é fundamentalmente impulsionado pelo grau de concorrência nos mercados em que a empresa optar por operar, o que por sua vez é uma função das características estruturais desses mercados. O desempenho superior do negócio é alcançado (1) investindo em mercados com pouca rivalidade competitiva e (2) ganhando vantagens posicionais dentro desses mercados que podem ser sustentados pela criação e exploração do mercado das imperfeições que limitam a concorrência. Portanto, o foco da formação estratégica a partir da perspectiva DEC concentra-se na análise da indústria e na seleção do mercado.



2 METODOLOGIA

O gerenciamento de custos com medicamentos é uma tarefa constante no setor de compras da UNIMED CASCAVEL. O desenvolvimento de novos fornecedores é um dos compromissos do setor de compras com a Cooperativa, bem como uma contínua rotina de busca por canais de compra direta com as indústrias.

Para Perez, Oliveira & Costa (2010), o conhecimento desenvolvido e a ponderação com a eficiência da gestão dos custos são fundamentais para qualquer empresa que se espera continuar operante no mercado. Torna-se fundamental a apurada administração dos ganhos, em um limite, e dos custos e gastos, na oposta. Pensando nisso, a Unimed Cascavel iniciou em janeiro de 2019 a compra direta com a indústria. Onde a cooperativa encaminhou suas informações de consumo, as projeções das futuras demandas para o setor de cadastro da indústria, que posteriormente retornou informando que o cadastro estava apto para o início das negociações.

Os resultados parciais foram apresentados mensalmente em reuniões setoriais com a coordenação de compras, sustentando a doutrina da transparência da gestão de custos e desenvolvendo o envolvimento de toda equipe.

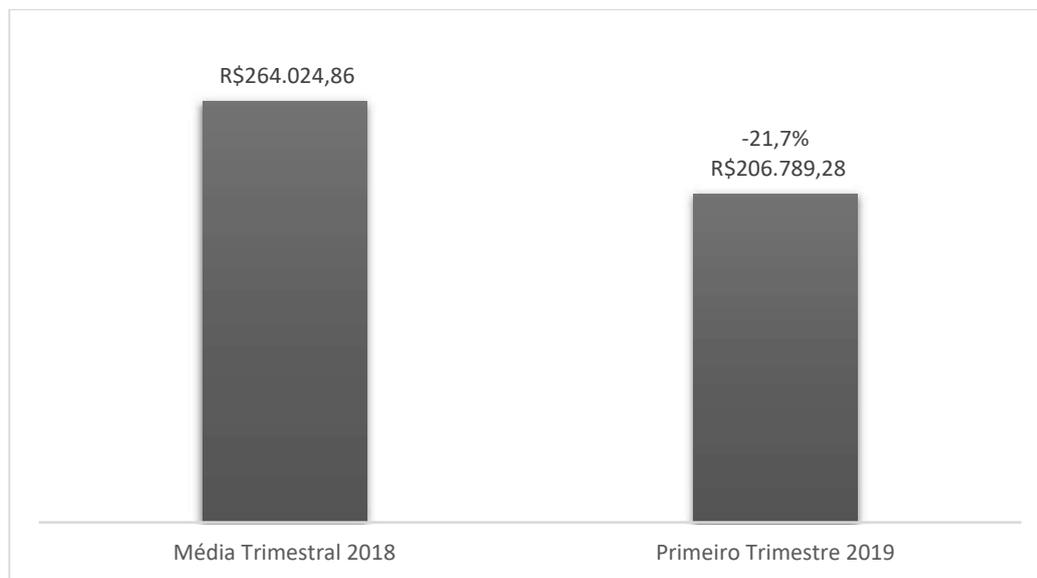
No início de abril de 2019, foi elaborado o refinamento das informações expondo o resultado da compra direta com a indústria ante as compras com as distribuidoras, referente aos medicamentos Humira e Synagis, gerando a comparação aos preços que eram praticados antes da entrada do novo fornecedor. Do mesmo modo, foram examinados os valores gastos nos trimestres do ano anterior com objetivo de confrontação e análise progressiva, resultando nos dados da próxima seção.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a introdução da compra direta com a indústria na UNIMED CASCAVEL, houve uma redução de custo com os medicamentos Humira e Synagis, passando de R\$ 264.024,86 (média trimestral de 2018) para R\$ 206.789,28 (de janeiro a março 2019, primeiro trimestre do ano). Equivalente a uma redução de 21,7% no custo trimestral, como demonstrado no gráfico abaixo:



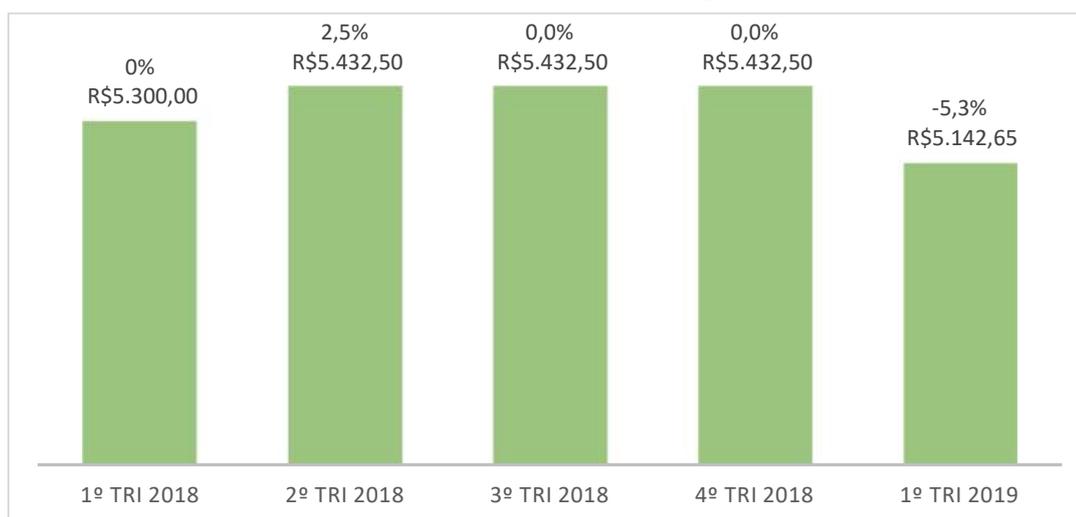
Gráfico 1: Média custo trimestral.



Fonte: Relatório setor de compras Unimed Cascavel.

No gráfico 2 apresenta-se uma redução de 5,3% no custo médio para compra do medicamento Synagis 100 MG/ML, o que fez o custo médio passar de R\$ 5.432,50 no quarto trimestre de 2018 para R\$ 5.142,65 no primeiro trimestre de 2019.

Gráfico 2: Custo médio medicamento Synagis 100 MG/ML.

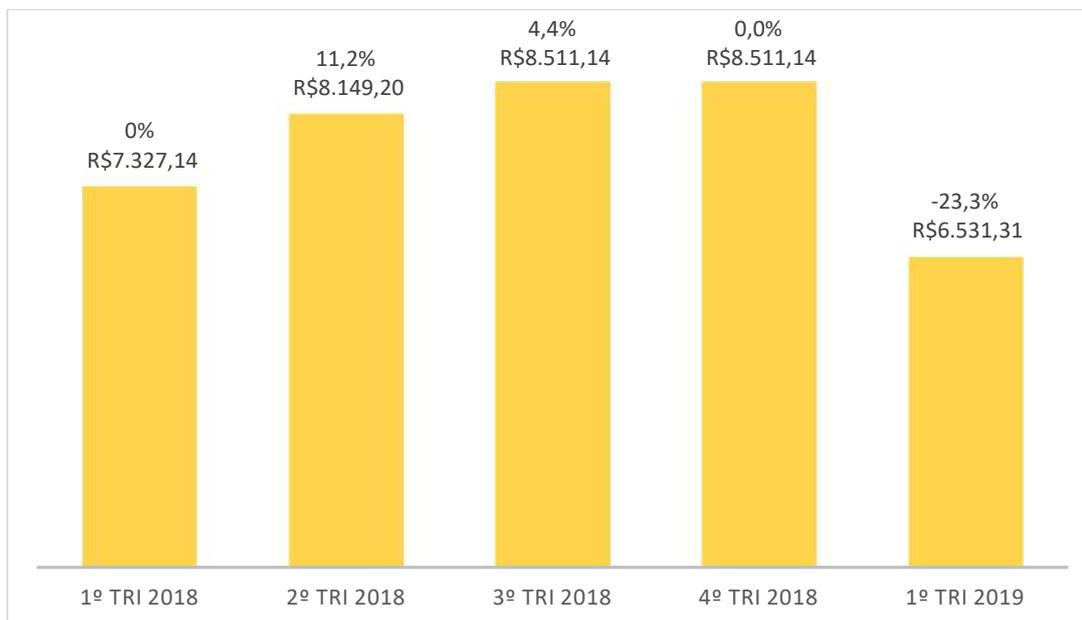


Fonte: Relatório setor de compras Unimed Cascavel.

No gráfico 3 apresenta-se uma redução de 23,3% no custo médio para compra do medicamento Humira 40 MG, o que fez o custo médio passar de R\$ 8.511,14 no quarto trimestre de 2018 para R\$ 6.531,31 no primeiro trimestre de 2019.



Gráfico 3: Custo médio medicamento Humira 40MG.

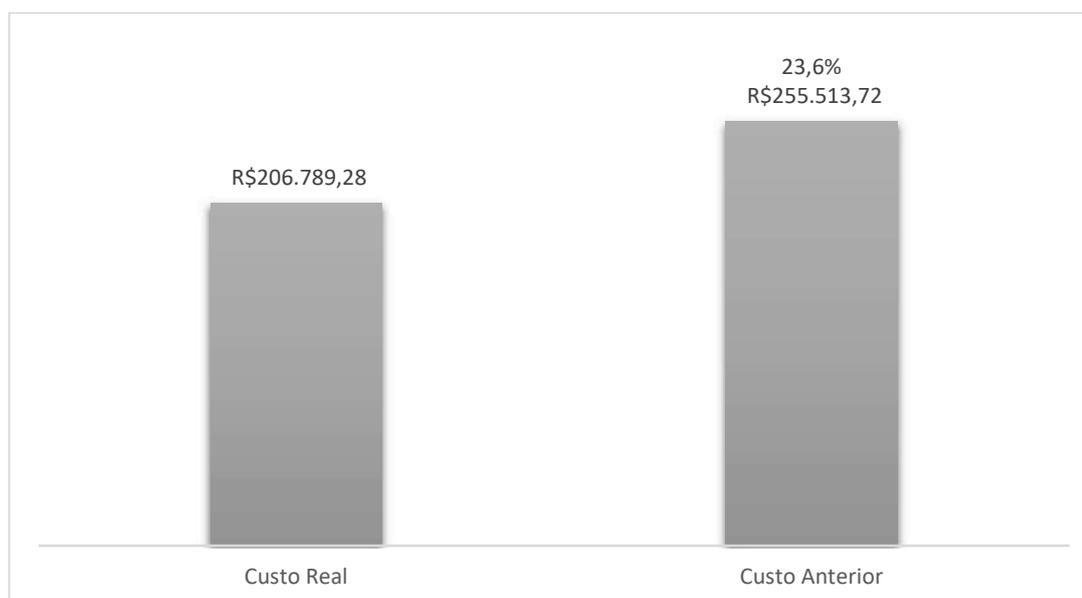


Fonte: Relatório setor de compras Unimed Cascavel.

Além disso, foi realizada uma simulação comparativa dos valores totais considerando os preços antigos, valores pagos as distribuidoras ante aos novos valores obtidos com a compra direta com a indústria.

No gráfico 4 apresenta-se uma comparação dos custos reais x custos anteriores, total geral do primeiro trimestre de 2019.

Gráfico 4: Custo Real x Custo Anterior.



Fonte: Relatório setor de compras Unimed Cascavel.



Quando analisada uma simulação dos custos para obtenção dos medicamentos do primeiro trimestre de 2019, utilizando os valores pagos as distribuidoras no quarto trimestre de 2018 para os dois medicamentos, o dispêndio financeiro seria muito maior: um total geral de R\$ 255.513,72. Comparando-se com o custo real de R\$ 206.789,28 percebe-se que representa um custo evitado total de R\$ 48.724,44 ou de 23,6%.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo possui o intuito de analisar o processo de compras de medicamentos a partir de suas conexões com as questões da busca do equilíbrio em custos da operadora. A pesquisa propiciou reconhecer a presença de alguns desafios para obtenção da efetividade na gestão de compras de medicamentos. Isso não demonstra que o processo anterior de compras não seja qualificado e sim que o mesmo possa ser desenvolvido com aplicação da melhoria contínua e aperfeiçoamento dos processos.

Por meio dos resultados obtidos através dessa pesquisa, foi possível compreender que houve uma economia no processo de compra dos medicamentos Humira e Synagis, devido a uma nova metodologia de compra diretamente com a indústria, que gerou uma redução de custos de R\$ 48.724,44 no primeiro trimestre de 2019.

Esse processo de compra direta pode ser aplicado por outras Unimeds através do exercício constante do *benchmarking* e do desenvolvimento entre as coirmãs, que possibilitam que boas práticas sejam compartilhadas, possibilitando troca de informações, conhecimentos e experiências gerando valor para todo o sistema Unimed.

A UNIMED CASCAVEL está aperfeiçoando seu processo com vistas ao controle de custos, mas também em eficiência para atendimento rápido e eficaz da dispensação desses medicamentos aos nossos beneficiários, alinhadas com as premissas do jeito de cuidar Unimed.

A introdução da compra direta com a indústria farmacêutica é uma estratégia inovadora que proporciona, principalmente para as operadoras de pequeno e médio porte, conquistar melhores resultados em custo evitado e diminuindo a dependência das distribuidoras. Esse método inovador pode ser utilizado como base para outros processos da Cooperativa.

Sendo assim, analisando os resultados e projetando os custos evitados para o decorrer do ano os dados revelam que um custo evitado será de R\$ 194.897,76, sendo esse um valor significativo para a UNIMED CASCAVEL. O uso da compra direta demonstrou ser uma estratégia arrojada e essencial na gestão de custos da operadora.



REFERÊNCIAS

- BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. *Quem somos?* Disponível em: <https://bit.ly/2vsjKpR>. Acesso em: 03 maio 2019
- BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. *Resolução Normativa - RN N° 387, de 28 de outubro de 2015*. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3aoKyX1>. Acesso em: 03 maio 2019
- BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Lei N° 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 1998. Disponível em: <https://bit.ly/2T4ZH9T>. Acesso em: 03 maio 2019.
- BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. *Rol de procedimentos e eventos em saúde 2018, Anexo II*. Brasília: DF, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2wTf6S1>. Acesso em: 06 maio 2019.
- BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. Resolução normativa - RN N° 395, de 14 de janeiro de 2016. *Dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação*. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2wdtNzb>. Acesso em: 06 maio 2019.
- BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC N° 44, de 17 de agosto de 2009. *Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília: DF, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2Pzq2ed>. Acesso em: 11 maio 2019.
- BALLOU, R. H. *Gerenciamento da cadeia de suprimentos: logística empresarial*. 5.ª ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2006.
- DUBOIS, A. *Gestão de Custos e Formação de Preços: Conceitos, Modelos e Instrumentos*. São Paulo: Atlas, 2009.
- DUTRA, R. G. *Custos uma abordagem prática*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MAÑAS, A. V. *Gestão Estratégica de Negócios: Evolução, Cenários, Diagnósticos e Ação*. 2ª ed. Revista e ampliada. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- MINTZBERG, H. *The strategy concept II: another look at why organizations need strategies*. California Management Review, 1987.
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. *Safári de Estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- MORGAN, N. Marketing and business performance. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v.40, p.102-119, 2012.



- OLIVEIRA, D. P. R. *Planejamento Estratégico: conceitos metodologia práticas*. 20ª ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- PADOVEZE, C. L. *Contabilidade gerencial: um enfoque em sistema de informação contábil*. São Paulo: Atlas, 2006.
- PEDROSO, M; MALIK, M. *As quatro dimensões competitivas da saúde*. 2015. HBR. Disponível em: <https://bit.ly/3ckPLkq>. Acesso em: 10 de maio de 2019.
- PEREZ, J.; OLIVEIRA, L.; COSTA, R. G. *Gestão Estratégica de Custos*. 6ª São Paulo: Atlas, 2010.
- PORTER, M. E. *Competição: estratégias competitivas essenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- PORTER, M. E. *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. 13 ed. 35 tiragens. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- PORTER, M. E. *Estratégias competitivas essenciais*. Trad. Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campos, 1999.
- PORTER, M. E. *Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- VASCONCELOS, F. C.; BRITO, L. A. L. *Vantagem competitiva: o construto e a métrica*. Revista de Administração de Empresas, v. 44, n.2, p. 51-63, abr/jun, 2004.



**UM ESTUDO DE COMO O PROCESSO DE COACHING PODE SER UM ALIADO
NO TRATAMENTO DO CÂNCER**

📍 **Cristiane S. dos Santos Lima**

Aluna do MBA em Gestão Estratégica de Pessoas da Universidade Fumec. BH/MG/Brasil

📍 **Silvana Chiaretto**

Professora e orientadora do MBA em Gestão Estratégica de Pessoas da Universidade Fumec. BH/MG/Brasil. E-mail: silvana.chiaretto@fumec.br.



RESUMO

O processo de coaching como um aliado no tratamento oncológico é o tema de estudo deste artigo, tendo como objetivo principal compreender como o coaching influencia e impacta na vida das pessoas em tratamento do câncer. Como metodologia de estudo, foi efetuada uma revisão bibliográfica sobre o tema e uma pesquisa telematizada. Observou-se que a busca por uma autorrealização, apoio efetivo e motivação é uma necessidade que acompanha pessoas em tratamentos oncológicos os quais os profissionais da saúde estão longe de suprir. Ao final do estudo considerou-se que o coaching pessoal pode trabalhar na área de saúde para ajudar o paciente a progredir no tratamento. Para tanto, considera-se que o processo de coaching é um suporte para superar grandes dificuldades na busca por um objetivo ou meta. Sendo assim, o coaching pode ser uma ferramenta de impacto positivo, de apoio e mudança de hábito, na vida de pessoas em tratamento do câncer.

Palavras-Chave: Coaching. Motivação. Tratamento de Câncer.

ABSTRACT

The coaching process as an ally in cancer treatment is the topic of study in this article, with the main objective to understand how coaching influences and impacts the lives of people undergoing cancer treatment. As a study methodology, a bibliographic review on the subject and a telematized research were carried out. It was observed that the search for self-realization, effective support and motivation is a need that accompanies people in cancer treatments that health professionals are far from meeting. At the end of the study, it was considered that personal coaching can work in the health field to help the patient progress in treatment. For that, it is considered that the coaching process is a support to overcome great difficulties in the search for an objective or goal. Therefore, coaching can be a tool with a positive impact, support and change of habit, in the lives of people undergoing cancer treatment.

Keywords: Coaching. Motivation. Cancer Treatment.



1 INTRODUÇÃO

Recentemente, o processo de coaching está ganhando cada vez mais espaço na área de Gestão de Pessoas nas universidades e nas organizações. Além de tema muito comentado e discutido no Brasil e no mundo nos últimos anos, o coaching pode ser considerado hoje, como a metodologia mais buscada para empresas que almejam alcançar resultados positivos em diversas áreas em curto prazo (G1, 2018).

Este estudo se justifica por perceber a demanda pelo processo de coaching também na área da saúde. Percebe-se a aplicação do processo de coaching na educação, orientação e treinamento para estimular a saúde e elevar o bem-estar das pessoas e visa incentivar a independência do paciente/coachee fazendo-o conhecedor do seu próprio organismo e do seu cérebro sobre a excelente realização das funções vitais segundo Marques (2015).

Entretanto é importante salientar que, o tema escolhido desperta nas autoras amplo interesse em defender a aplicabilidade do processo de coaching no âmbito da saúde, haja vista que, o processo de coaching possui características importantes transformação do indivíduo segundo Gaspar & Portásio (2009).

Sendo assim, percebe-se a necessidade de um melhor acompanhamento às pessoas diagnosticadas com câncer e que muitas vezes se sentem desorientadas e desmotivadas mediante ao primeiro diagnóstico. O que impulsionou a realização deste trabalho foi compreender que o procedimento de um tratamento oncológico exige muito mais do que mudanças na rotina alimentar e física, exige apoio por parte dos profissionais, força, determinação, coragem e impulso por parte dos pacientes e que pode mudar todo este período inicialmente conturbado para uma fase mais aceitável e motivada.

Para tanto, é preciso problematizar o coaching e tentar compreender como o processo pode influenciar e impactar positivamente no tratamento do paciente com câncer.

Para tanto, este estudo possui várias hipóteses: (1^a) o processo de coaching pode melhorar a motivação de pacientes diagnosticados com câncer? (2^a) O coaching pode utilizar ferramentas necessárias e de elevado suporte para orientar e acompanhar os pacientes antes, durante e após o tratamento? (3^a) Ele pode estimular a qualidade de vida dos pacientes, levando em conta a mudança de hábitos rotineiros com a implementação de novas habilidades e competências? (4^a) O coaching pode ajudar nas questões pessoais tais como: vida familiar, profissional e manter sempre em equilíbrio a motivação em busca dos resultados esperados?



(5^a) Um questionário aplicado aos pacientes pode ser uma forma de orientação a respeito de como o coaching vai buscar as informações necessárias e utilizar as ferramentas certas como aliado ao tratamento de câncer?

Sendo assim, o estudo tem como objetivo geral; compreender como o *coaching* pode influenciar e impactar no tratamento ao câncer. E como objetivos específicos: (1) decompor os conceitos de coaching; (2) analisar se a metodologia contribuiu no estímulo da motivação dos pacientes oncológicos; (3) averiguar se o processo de coaching pode auxiliar no tratamento de pacientes com câncer; (4) verificar quais são as práticas e ferramentas que mais contribuem no estímulo da motivação de pacientes com câncer; (5) avaliar os benefícios do processo de coaching na melhora do paciente com câncer.

Dessa forma, as metodologias de pesquisa foram: (1^o) levantamento bibliográfico e (2^o) pesquisa tematizada. Ambas acompanhadas dos tipos de pesquisa: qualitativa e descritiva. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas as análises bibliográfica e telematizada. E como técnica de tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo.

Em relação à estrutura do artigo: o capítulo um se refere à introdução, o capítulo dois apresenta o referencial teórico e foi dividido em 5 tópicos: conceitos de coaching, evolução do coaching, ferramentas de coaching, as influências do coaching na vida pessoal, evolução do câncer no Brasil, o coaching e o tratamento do câncer no Brasil. O capítulo três se refere à metodologia de pesquisa seguida do capítulo quatro, onde constam a análise e resultados. No capítulo cinco se apresentam as considerações finais e, por último, as referências.

Por fim, este estudo buscou-se a responder o seguinte questionamento: como o processo de coaching pode ser um aliado no tratamento do câncer?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão exibidos os conceitos de coaching, a evolução do coaching, ferramentas de coaching, as influências do coaching na vida pessoal, o coaching e o tratamento do câncer no Brasil.



2.1 Coaching: conceitos

Segundo Lotz & Gramms (2014), o coaching é uma metodologia que incentiva o indivíduo a pensar mais e desenvolver seu potencial e aprendizado para o sucesso no seu desenvolvimento profissional e pessoal.

Pelas perspectivas de Boog & Boog (2013), o principal ponto do coaching é a assistência, a preparação e o suporte do coach (aquele cujo nome é dado como se fosse uma espécie de treinador) para a realização do que foi estipulado para seu cliente (aqui ele é conhecido como coachee, ou seja, a pessoa que é treinada), seja na área profissional, pessoal ou até mesmo social para serem trabalhados em curto ou médio prazo.

O coaching também pode ser entendido como “uma prática de relacionamento que envolve dois profissionais: o coach e o coachee” (MUNHOZ, 2017, p.31).

Lubk (2016), afirma que o coaching surge a partir de uma série de questionamentos e reflexões onde o profissional (coach) aconselhará o seu cliente (coachee) a expor o caminho mais propenso a seguir para alcance dos objetivos.

Pelos conceitos dos autores aqui mencionados, pode-se inferir que o coaching é uma atividade cujo objetivo principal é dar assistência, aconselhamentos e orientações necessárias para que os clientes, ou coachees, possam obter sucesso em suas vidas profissionais, pessoais e sociais.

2.1.2 Evolução do Coaching

Em meados do século XVII Costa & Caregnatto (2012) descrevem que as corridas realizadas pelas carruagens eram conhecidas por coaching, conduzidas pelos *coachman* e representavam um ícone da elite. Contudo, Ferreira (2008) salienta que esse termo foi se expandindo a partir da França alcançando outras fronteiras como Inglaterra, e se popularizando na Europa e América do Norte.

Ao longo dessa trajetória Costa & Caregnatto (2012) descrevem que a pronúncia do termo coaching sofreu algumas alterações de acordo com as línguas, mas o seu significado se manteve, logo o primeiro uso no idioma inglês era referente a carruagem em questão. Diante disso, o coaching tem o significado de conduzir uma pessoa preciosa de um determinado lugar até aonde ela deseja estar.



Outra corrente atrelada a origem do coaching de acordo com Gaspar & Portásio (2009) está relacionada aos primeiros estudos sobre liderança, no qual iniciaram antes da época da burguesia, uma vez que, nesse período já tinham grupos direcionados a resolução de determinadas tarefas, onde eram praticadas em sistemas não capitalistas e produziam grandes resultados.

Em 1950, o coaching foi usado como uma técnica de gerenciamento de pessoas e utilizado nos primeiros procedimentos de desenvolvimento pessoal (MARQUES, 2013).

No entanto, outra corrente descreve que o termo coaching originou-se a partir do âmbito esportivo, e é uma das principais características atrelada a sua origem, nesse âmbito Josefa (2015) comenta que em 1860 surgiu um técnico desportivo denominado de coach.

Já no século seguinte em 1980 nos Estados Unidos o professor de tênis Timothy Gallwey deu origem a história que chega até os dias atuais, através do livro *The Inner Game of Tennis*, no qual ele desenvolveu uma metodologia a fim de que as pessoas aprimorassem suas práticas desportivas para atingirem melhores resultados. Os métodos utilizados por Gallwey introduziram a idealização de que um coach eficiente poderia ajudar o jogador a reduzir ou remover os obstáculos internos ligados a atuação de sua performance, além de auxiliá-lo na concentração e autoconfiança bem como acreditar que o ser humano é sempre capaz de ser melhor a cada dia.

Atualmente, “o coaching muito utilizado no ambiente organizacional, acadêmico e profissional, pode ser aplicado como um programa interno na formação de líderes, ou mesmo quanto ao alcance dos resultados no cumprimento de metas pessoais” (BOOG & BOOG, 2013, p.401).

2.1.3 Ferramentas de Coaching

Boog & Boog (2013) mencionam que cada escola possui suas próprias ferramentas e por isso não há uma conformidade quanto as ferramentas ou instrumentos de coaching.

Ainda segundo os autores Boog & Boog (2013), no Brasil existem várias escolas com suas ferramentas próprias para atuação: coaching sistêmico, coaching ontológico, coaching com PNL, coaching terapêutico, coaching comportamental, holos coaching e mentoring, entre outros.

As principais ferramentas de coaching segundo Da Matta (2013) são: (a) Psicologia Positiva: essa ferramenta auxilia o coach a definir metas concretas e que é possível seu cliente



chegar aos objetivos sendo desenvolvidos de maneira positiva e prazerosa; (b) Patrocínio Positivo: através dessa ferramenta o coach incentiva e mantém um laço de confiança com seu cliente; (c) Swot Pessoal: o coach utiliza essa ferramenta para mostrar ao coachee seus pontos fortes e fracos, suas habilidades, forças e fraquezas e a partir daí trabalhar e desenvolver seus principais problemas; (d) Missão e Visão: essa ferramenta contribui para que o coach não somente conheça seu cliente traçando suas metas, valores, os problemas e onde ele almeja chegar, como também a partir daí começa a desenvolvê-lo no alcance dos resultados; (e) Rota de Ação: após conhecer os clientes, essa ferramenta será auxiliadora para o coach traçar metas de curto e longo prazo para alcance de resultados.

Já Marques (2016) cita outras ferramentas do processo de coaching que podem complementar o rol de ferramentas de Da Matta (2013). São elas: (1) Avaliação de Perfil Comportamental: representados pelos animais gato, tubarão, lobo ou águia, cujos perfis comportamentais são marcantes, ajuda a identificar o perfil de cada pessoa. (2) Roda da Vida: essa ferramenta permite o conhecimento da vida de uma pessoa em todas as áreas. (3) Autofeedback: o coach utiliza essa ferramenta para traçar os pontos fortes e fracos e outros fatores que levarão o coachee a autorreflexão para alcance dos objetivos.

De acordo com Boog & Boog (2013), cada profissional de coaching utiliza um rol de ferramentas. O rol de ferramentas é determinado pela escola de formação do coach. É importante salientar que, muitas vezes o profissional de coaching, por meio de experiências e históricos de seus clientes, acabará por desenvolver seu próprio rol de ferramentas.

2.1.4 Influências do coaching na vida pessoal

Marques (2016) afirma que para pessoas que estão em busca de mudanças comportamentais duradouras em suas vidas pessoais, o coaching é a melhor metodologia e considerada mais efetiva, pois trabalha em todas as dimensões do ser humano de maneira que cada um possa progredir e melhorar seu potencial.

Ainda, segundo Marques (2016), o coaching empenha-se em auxiliar a pessoa a discernir os seus comportamentos mais restritivos, buscando onde teve início tais atitudes e como prejudicam sua vida.

A cada etapa, o cliente, ou mais precisamente, o coachee, poderá dedicar-se a cuidar de cada modo de comportamento, e próximo ao seu coach, elaborar e programar estratégias para acabar com as causas do que vem sendo possivelmente, um fracasso na vida pessoal. Os resultados são calculados a cada encontro e o coachee vai



percebendo como a mudança de atitude traz resultados rápidos e distintos para sua vida (MARQUES, 2016).

Para D'Addario (2016) o coaching pessoal ou coaching de vida, lida com metas pessoais presentes em cada indivíduo. E através dessas metas é que são trabalhados o potencial de cada um levando em consideração que cada indivíduo é diferente um do outro e possui personalidades distintas.

O coaching pessoal é etapas de mudanças que coloca o indivíduo estando ele em uma situação atual insatisfatória, a um patamar que deseja conquistar (ONEDA, 2016).

Para França (2017) o coaching pessoal gera um processo de mudança, pois cria no coachee o hábito da reflexão. E para que isso aconteça, o indivíduo deve rever sua forma de pensar observando sua conduta no dia a dia e, então, o próprio indivíduo começa a se esforçar para alcançar as melhorias.

2.2 Evolução do câncer no Brasil

Segundo o BBC o câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo. Atualmente “cerca de 32 milhões de pessoas convivem com a doença e a estimativa é que o número de novos casos continuará aumentando apesar dos investimentos na batalha contra a doença” (BBC, 2016, s/p).

De acordo com o Jornal do Brasil [JB] (2018, s/p) “a doença poderá aumentar em 78,5% até o ano de 2040 com um total de 998 mil novos casos registrados”.

Segundo Bassette (2018, s/p)

Em 2015, o Brasil registrou 209.780 mortes por câncer e 349.642 em relação a doenças cardiovasculares e do aparelho circulatório. Ao comparar esses números com os do ano de 1998, vê-se um aumento aceitável na mortalidade por neoplasias: 90% de aumento relativo a 1998, onde 110.799 pessoas morreram da doença.

Segundo Malzyner & Caponero (2013) o controle do câncer no Brasil começou no início do século XX, mais precisamente na cidade do Rio de Janeiro, onde em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública o qual regulou os serviços de saúde no território nacional.

Em 1924, durante o II Congresso Brasileiro de Higiene, observou-se que enquanto os índices de tuberculose baixavam o de câncer tendia a aumentar a cada década. Daí surgiu a necessidade de se tomar medidas preventivas.



Em 1938, cria-se o INCA (Instituto Nacional do Câncer) e é inaugurado o centro de cancerologia no Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro.

Durante todo o século XX foram inaugurados instituições e centros de pesquisa ao câncer no Brasil e atualmente, são milhares de grupos de ajuda, associações e hospitais especializados espalhados em todo o território nacional de acordo com Malzyner & Caponero (2013).

2.6 O coaching e o tratamento de câncer no Brasil

Não é novidade que a saúde pública no Brasil passa por um período conturbado de má gestão. Pessoas além de serem mal atendidas, sofrem discriminação dos profissionais de saúde com a falta de médicos e a longa espera por exames e consultas (SOBRINHO, 2018).

O tratamento faz parte do programa nacional de controle do câncer e cujo objetivo principal é a cura, o prolongamento de vida útil e a melhoria da qualidade de vida. O tratamento só é dado após resultados de exames, o qual definirá o tipo de tratamento adequado a cada paciente (SPEECHLEY & ROSENFELD, 2000).

O processo de coaching pode ser benéfico não somente quando a doença já estiver instalada. Pelo contrário, o processo de coaching deve ser muito bem-vindo na prevenção da doença. Conforme Marques (2015, s/p) “A aplicação do Coaching inicia durante o tratamento ou mesmo na prevenção das doenças. É nesse ponto que a atuação de um coach é eficaz”.

O coaching é essencial para que o ser humano se desenvolva de maneira saudável, mediante princípios morais, tolerável e de maneira a conceder autonomia (MATOS, 2017).

Pode-se inferir que o coaching não somente é uma metodologia utilizada em organizações, como também, quando utilizado na área da saúde, promove um alcance de resultados satisfatórios e uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

3 METODOLOGIA

De acordo com o QUADRO 1 o método adotado pelos pesquisadores foi o levantamento bibliográfico que segundo Prodanov & Freitas (2013) refere-se a este tipo de pesquisa quando elaborada a partir de material já publicado podendo ser livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, verificando a veracidade dos dados obtidos.



Foram levantados conteúdos já publicados sobre o coaching como aliado ao tratamento de doenças e os demais assuntos relacionados ao tema.

QUADRO 1 – Métodos e técnicas utilizados na pesquisa

Método	Tipo de Pesquisa	Técnica de Coleta de Dados	Técnica de Tratamento de Dados
Levantamento bibliográfico e telematizado	Qualitativa descritiva	Análise bibliográfica Análise telematizada	Análise de conteúdo

Fonte: elaborado pelos autores (2018).

Concernente a pesquisa qualitativa descritiva, esta não propõe o uso de métodos e técnicas estatísticas e os pesquisadores analisam os dados por indução. O ambiente e o objeto de estudo em questão, são contato direto do pesquisador, necessitando de um trabalho mais rigoroso de campo (PRODANOV & FREITAS, 2013).

Ainda segundo Prodanov & Freitas (2013) os dados coletados nessas pesquisas são descritivos, onde realizam a análise, o estudo, o registro e a interpretação dos fatos do mundo real e físico sem a interferência do pesquisador e que geralmente os dados são usados em pesquisas de opinião.

À coleta de dados, utilizou-se a análise bibliográfica que como vantagem principal oferece maior série de fenômenos ao pesquisador ao invés daqueles que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2008).

Contudo, há uma bibliografia adequada disponível ao pesquisador, livre de grandes dificuldades para contar com as informações requisitadas. Isso se torna importante quando o problema de pesquisa tem a ver com dados muito disseminados no espaço. Na maioria dos casos, não se compreende outra forma de conhecer os fatos se não com base em análises de bibliográficas (GIL, 2008).

O tratamento de dados foi feito por meio de análise de conteúdo entendida como um conjunto de técnicas de pesquisa com o objetivo, a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004).



4 ANÁLISE E RESULTADOS

O estudo abordado investigou de forma minuciosa e buscou apresentar um estudo de revisão bibliográfica e demonstrar como o coaching pode ser uma importante ferramenta aliada ao tratamento de câncer. O método de categorização foi utilizado com a finalidade de detalhar cada proposta pesquisada.

4.1 Categoria de análise 1: o uso da metodologia coaching na vida pessoal

Segundo Silva (2012) o Coaching é um vínculo de suporte prestado por um coach que disponibiliza os meios essenciais para que os clientes/coachees estimulem os recursos de que dispõem ajudando-os, assim, encontrar as respostas que procuram para os problemas relatados.

Para Marques (2016) o Coaching é visto muito mais que um processo ou método. Ele é visto como um incentivo e um suporte para aqueles que buscam mudanças favoráveis e duráveis em qualquer campo da vida. E uma pessoa pode passar por várias situações em sua vida em que é comum ficar desorientado, ficar perdido e não conseguir estabelecer metas e objetivos de sucesso.

Ao analisar os conteúdos bibliográficos, percebeu-se que coaching se adequa a qualquer situação pessoal e para essas ocasiões o Coaching Pessoal pode ser a resposta para pessoas que desejam mudar hábitos, ajudar a equilibrar o emocional, e melhorar a saúde, por exemplo.

Verificou-se igualmente, que o coaching pessoal pode trabalhar na área de saúde e mostra como o coach ajuda seu coachee a progredir em alguma etapa da vida. O coaching é um suporte para superar grandes dificuldades na busca por um objetivo ou meta.

4.2 Categoria de análise II: o paciente oncológico e o conhecimento da doença e dos direitos legais

Um estudo realizado pelos autores Sonobe, Buetto & Zago (2011) com 42 pacientes no Núcleo de Oncologia da Sociedade Beneficente e Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto – SP, mostrou que 93% desses pacientes eram conhecedores do diagnóstico sobre a doença, mas nenhum deles demonstraram conhecimento sobre todos os direitos do paciente com câncer, ou seja, apenas alguns conhecimentos. E que a forma como 48 % dos pacientes adquiriram informações sobre seus direitos foram por outros meios, não pelos profissionais da saúde.



Nota-se que mesmo após os pacientes saberem de seus direitos legais, muitos não se manifestaram na busca dos mesmos. A desmotivação em que muitos se sentem frente aos processos demorados e a forma que muitos passam como despercebidos pelos órgãos públicos, os fazem desistirem antes mesmo da conquista de algum benefício.

4.3 Categoria de análise III: o Coaching para auxiliar pessoas diagnosticadas com câncer

Chamado de Onco Coaching, cujo objetivo é auxiliar no tratamento do câncer, esse processo contribui causando maior segurança e idealizando planos e metas reais de cura na vida de uma pessoa (OLD, 2018).

Ainda segundo o autor Old (2018), os benefícios do Onco Coaching para a família e para o paciente vão desde assistir a passar pelo baque do diagnóstico, trazer de volta a autoestima, apresentar resultados para minimizar os efeitos colaterais até maneiras de passar pelos tratamentos e fortalecer aptidões para enfrentar o problema.

Nestes momentos é onde o psicológico fica muito abalado, e a metodologia é apropriada para gerar uma maior aceitação de si mesma e o controle das emoções, trabalhando no desenvolvimento das habilidades e atitudes que as auxiliem a enfrentar o problema de uma maneira eficaz (MARQUES, 2014).

Para que um profissional possa ajudar um paciente com câncer, não precisa necessariamente ter formação na área da saúde, afirma o autor (ALVES, 2018).

De acordo com Longo (2015) a maioria dos médicos se sentem frustrados diante da incapacidade de curar o paciente e sofrendo com a pressão do horário totalmente preenchido deixam de prestar uma atenção mais cuidadosa e submetendo os pacientes somente a tratamentos paliativos. Ainda segundo o autor, além de medicamentos, gestos importantes acompanhados de cuidados e carisma como segurar a mão do paciente ou conversar com ele gera um conforto calmante. Na medicina, acredita-se que um bom estado mental influencia na produção de hormônios e na função do sistema imunológico e que ajuda muito o corpo a combater novos tumores.

O coaching mostra ao paciente o momento em que ele está vivenciando e escolher o que ele quer trabalhar. Não traça rotinas, ou faz uma lista de coisas sem antes saber se realmente é o que a pessoa quer (ALVES, 2018).

De acordo com os conteúdos analisados, verificou-se que o coaching tem um grande poder de atuar na inteligência emocional do paciente e lidar com suas emoções. O câncer além



de problemas físicos, traz a desmotivação de muitos pacientes e profissionais. A maioria dos profissionais não sabem lidar com a efetividade ao tratar pacientes oncológicos deixando a desejar em muitos aspectos humanísticos de apoio e cuidados paliativos.

Outro aspecto analisado foi que pacientes com doenças oncológicas são leigos ao que diz respeito aos direitos a eles concedidos, podendo o coach auxiliar igualmente nessa área de acordo com Sonobe, Buetto & Zago (2011).

A falta de comunicação também foi um fator relatado pelos pacientes por parte dos profissionais e que muitas vezes dificultam o relacionamento interpessoal contribuindo para a desmotivação no tratamento da doença.

Um coach que não é comunicativo raramente obtêm sucesso em seus encontros com o coachee/paciente. Lidar com o paciente oncológico e com suas emoções, é como ter em mãos uma pedra preciosa a ser lapidada onde requer todo cuidado, carinho e atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O coaching apesar de não ser um estudo recente, atualmente vem se introduzindo de uma maneira mais abrangente em infinitas áreas de atuação.

Após a pesquisa, considera-se que o coaching além de diversas áreas em que atua, pode atuar como auxílio às pessoas portadoras de doenças oncológicas.

Os principais motivos que levam os clientes e organizações a procurarem o apoio de um coach estão no fato em que muitos se perderam em algum momento de uma etapa de suas vidas e precisam se reencontrar, seja na área profissional ou pessoal.

Ao mesmo tempo em que as áreas nas organizações estão adotando a metodologia como um diferencial no desenvolvimento de seus profissionais, outras áreas assim como a saúde, estão buscando se diferenciar adotando um novo papel e modelo de atenção aos pacientes.

À medida que crescem as demandas de tratamento, crescem juntamente as necessidades dos pacientes de atenção, apoio, segurança e estabilidade e percebe-se que muitos profissionais se sentem sobrecarregados de múltiplas tarefas rotineiras e não conseguem suprir essas necessidades. As estatísticas mencionam o câncer como a doença que mais mata pessoas no mundo todo e de certa forma, acabam acarretando um temor em quem sofre com esse dano.

O coaching deve ser apontado como uma solução, mostrando os impactos que pode causar na vida das pessoas antes, durante e após a sua prática ganhando a confiança do cliente.



Como abordado na pesquisa, o coach tem como característica principal ser comunicativo, alto-astrol, determinado, e corajoso ao assumir desafios. Viu-se também a importância de construir planos de ação para que se consiga chegar aos resultados almejados.

Na questão de avaliar o coaching como aliado ao tratamento de câncer foi relatado pelos autores citados nesse artigo, o árduo processo em que muitos pacientes passam juntamente com seus familiares desde o primeiro diagnóstico até as fases do tratamento e que muitas vezes se sentem mal informados, com pouco ou quase nenhum apoio efetivo por parte dos profissionais e que muitas vezes ficam desorientados sobre como procederem. Alguns autores relataram a laicidade de muitos pacientes em relação aos seus direitos legais, os quais advindos de informações de terceiros e não pelos profissionais da saúde. Outros pacientes sentem-se tão desorientados que não sabem o que mudar em suas rotinas diárias concernente a alimentação e hábitos.

E neste momento entra o papel do coach: orientar e traçar metas juntamente com o paciente para que o mesmo possa realizar um tratamento com mais qualidade de vida, foco na cura como resultado, e determinação no cumprimento das metas. O coach deve acompanhar todo o processo juntamente com seu coachee. O acesso as informações concernentes as leis que ampara o paciente oncológico, está ao alcance de todos e nada impede um profissional coach orientar ao seu cliente a respeito dos seus direitos.

E a confiança é um dos motivos que levam os clientes/pacientes a terem um relacionamento duradouro com seu coach. Quanto mais se sentirem motivados e seguros, com alguém que realmente consiga apontar seu potencial e mostrar que pode ir muito além, os pacientes evoluem em seu quadro clínico. Segundo o SBC Coaching as relações sociais geram um impacto imenso sobre a saúde até em momento conturbados como em tratamentos de câncer e de acordo com um estudo da Universidade do Texas, os relacionamentos são fonte de contentamento, compadecimento e desinteresse desde que haja afeição entre as partes.

Como limitação desta pesquisa, foram encontradas poucas referências sobre o assunto abordado especificamente, o que não impediu de confirmarem-se então os objetivos específicos deste estudo.

O objetivo geral do trabalho foi atingido, confirmando que o processo de coaching pode influenciar e impactar no tratamento de pessoas com câncer.

Enfim, como sugestão para estudos futuros, sugere-se novas pesquisas na área do coaching ampliando o conhecimento sobre o assunto incorporando igualmente na área da saúde mais especificamente nos casos realizados em institutos ou hospitais com pacientes oncológicos



para descobrir como o coaching influencia no tratamento dos pacientes. Uma pesquisa prática também seria de grande valia.

REFERÊNCIAS

ALVES, Gabriel. *Coaching oncológico ajuda paciente a lidar com medos e novas prioridades*. Folha de São Paulo. Setembro de 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2w9kOis>. Acesso em: 17 set. 2018.

BASSETTE, Fernanda. *Cresce a mortalidade por câncer no país*. Caso nenhuma medida seja tomada, calcula-se que até 2030 as neoplasias serão a primeira causa de óbito entre os brasileiros. Revista Veja. Abril de 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Tpfbo2>. Acesso em: 12 set. 2018.

BBC, Notícias. *Dez gráficos que explicam o impacto do câncer no mundo*. Fevereiro de 2016. Disponível em: <https://bbc.in/383aupw>. Acesso em: 12 set. 2018.

BOOG, Gustavo G.; BOOG, Magdalena. *Manual de Treinamento e Desenvolvimento: processos e operações*. 6ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/390ru0N>. Acesso em: 11 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *A situação do Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro; INCA; 2006. Disponível em: <https://bit.ly/2HY45Be>. Acesso em: 12 set. 2018.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. *Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2004 set/out; 57(5):611-4.

COSTA, Eva Cristina Boeno da; CAREGNATTO, Margareth Inês Motter. *As percepções das empresas do ramo metalmeccânico de Caxias do Sul sobre o desenvolvimento de seus profissionais por meio do coaching*. Serra Gaúcha, 2012.

D'ADDARIO, Miguel. *Coaching Pessoal*. 3ª ed. CE. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2VqVaQP>. Acesso em: 12 set. 2018.

FRANÇA, Sulivan. *O que é coaching pessoal e como ele funciona?* Entenda o que é o coaching pessoal, como ele funciona e quais são seus benefícios. Setembro de 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2uzHsQu>. Acesso em: 12 set. 2018.

GASPAR, Denis Juliano; PORTÁSIO, Renato Mehler. *Liderança e Coaching: Desenvolvimento pessoas, recriando organizações*. Revista de Ciência gerenciais, vol. XIII, nº 18, 2009.

G1. Portal G1. *Coaching: O mercado que movimenta mais de U\$ 2,3 bilhões ao ano*. G1. Coaching & Desenvolvimento. 25 jun. 2018. Disponível em: <https://glo.bo/395UqVe>. Acesso em: 12 set. 2018.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.



JB. Jornal do Brasil. *Câncer no Brasil pode aumentar em 78% nos próximos 20 anos*. Jornal do Brasil. Ciência e Tecnologia. 12 set. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2T4UDm4>. Acesso em: 12 set. 2018.

JOSEFA, Marísia Silva. *O coaching e o seu papel na melhoria do desempenho dos colaboradores nas organizações*: Estudo exploratório na Empresa. Mindelo, 2015.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2Pw7RWD>. Acesso em: 17 set. 2018.

LONGO, Dan L. *Hematologia e Oncologia de Harrison*. 18. ed. São Paulo: AMGH Editora LTDA, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Ty3lbB>. Acesso em: 17 set. 2018.

LOTZ, Erika Gisele; GRAMMS, Lorena. *Coaching e Mentoring*. Curitiba: InterSaberes, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2I3hgB4>. Acesso em: 11 set. 2018.

LUBK, Rogério. *Coaching: gerando transformações*. São Paulo - INC Editora, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2I2VA7T>. Acesso em: 11 set. 2018.

MALZYNER, Artur; CAPONERO, Ricardo. *Câncer e Prevenção*. 1º ed. São Paulo: MG Editores. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2vjZJS8>. Acesso em: 12 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *Quais os tipos de nichos de coaching?* Janeiro de 2012. Disponível em: <https://bit.ly/388PIo9>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MARQUES, José Roberto. *História e tendências do coaching*. Setembro de 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2T46wZr>. Acesso em: 11 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *Outubro Rosa: o coaching como apoio*. Outubro de 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2T56kJt>. Acesso em: 17 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *Qual a origem do coaching?* Abril de 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2vIGqrM>. Acesso em: 11 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *Coaching de Saúde – Nichos e Oportunidades*. 11 dez. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2HZpZ7b>. Acesso em: 12 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *A Influência do Coaching nas Mudanças Comportamentais*. Setembro de 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2w7qTMe>. Acesso em: 12 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *Conheça ferramentas de coaching efetivas para gerenciar crises*. Maio de 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3c7U9Db>. Acesso em: 11 set. 2018.

MARQUES, José Roberto. *O que é Coaching pessoal e qual a diferença do Coaching profissional?* Jun de 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3a7tNiL>. Acesso em: 17 set. 2018.

MATTA, Villela da. *Ferramentas de Coaching: Como Utilizá-las a Seu Favor?* Junho de 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2PsXt23>. Acesso em: 11 set. 2018.



MATOS, Taína Camargo de. *Coaching para profissional de saúde*. Entenda a importância do processo de coaching na saúde pública do Brasil. 26 nov. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2w92WUL>. Acesso em: 12 set. 2018.

MUNHOZ, Antônio Siemsen. *O coaching educacional no ensino a distância*. Curitiba: InterSaber, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/32vu24F>. Acesso em: 11 set. 2018.

OLD, Dino. *Onco Coaching chega no mercado para ajudar muitas pessoas*. Revista EXAME. Maio de 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3acFuVc>. Acesso em: 17 set. 2018.

ONEDA, Edmar. *O que é coaching pessoal: O coaching pessoal, também chamado de Self Coaching, é um dos grandes nichos do Coaching*. Março de 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2T5dvBg>. Acesso em: 12 set. 2018.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*- 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2wSrqlD>. Acesso em: 17 set. 2018.

SILVA, A.J.C.F. *Coaching Psicológico: um estudo de casos*. 55 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/383jb33>. Acesso em: 17 set. 2018.

SOBRINHO, Wanderley Preite. *Falta de médicos e de remédios: 10 grandes problemas da saúde brasileira*. UOL Notícias. São Paulo. 09 mai. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Tjr3bk>. Acesso em: 12 set. 2018.

SONOBE, Helena Megumi; BUETTO, Luciana Scatralhe; ZAGO, Márcia Maria Fontão. *O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais*. Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo (SP) 2011, 45(2):342-8. Disponível em: <https://bit.ly/32zbCjf>. Acesso em: 18 set. 2018.

SPENCHLEY, Val; ROSENFELD, Maxine. *Tudo Sobre Câncer*. São Paulo: Andrei. 2000. Disponível em: <https://bit.ly/2PKd3GL>. Acesso em: 12 set. 2018.



**SUSTAINABLE AND INNOVATIVE MODEL FOR DISTANCE EDUCATION IN AN
INTERNATIONAL NETWORK**

**UM MODELO INOVADOR E SUSTENTÁVEL PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
EM UMA REDE INTERNACIONAL**

 **Susane Garrido**

Doutora em Informática na Educação (com ênfase em Neurocognição) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006); Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1995) e Graduada em Química (Bacharelado e Licenciatura) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1989). Atualmente é professora na Fundação Dom Cabral (MG) e na Universidade Anhembi Morumbi (SP). Integrou os Programas de Pós Graduação stricto sensu em Educação e em Psicologia da UTP -Universidade TUIUTI do Paraná de 2015 à 2017/1. E integra a Pós graduação Lato sensu da Anhembi Morumbi. Faz parte das Comissões de Educação a Distância do CNE (Conselho Nacional de Educação) e do INEP (Instituto de Pesquisas Anísio Teixeira - MEC). É Membro da ABED e das Comissões científicas do CIAED (Congresso Internacional de Educação a Distância e da RBAAD (Revista Brasileira de Aprendizagem Aberta e a Distância. Os principais interesses de Pesquisa e de Palestras compreendem os Processos de Gestão e de Políticas Públicas em Educação a Distância Superior, e os Processos neurocognitivos inclusos em atividades digitais e virtuais. Nos últimos 4 anos foi Reitora da Estácio em SP, Diretora Nacional de Regulação e Suporte da Estácio no RJ e Diretora de Operações e Acadêmica da Estácio em Porto Alegre. Atuou na Assessoria/Representação na Diretoria de Relações Institucionais e de Sustentabilidade do Grupo Estácio (Brasil). Em 2017 e 2018 como Diretora de Gestão Acadêmica e de Virtualização da Rede ILUMNO no Brasil.



ABSTRACT

The purpose of this document is to describe an institutional case for higher education managed and implemented by this author and her team while academic and online courses principal by perspectives as cooperation and innovative processes, in a company of education in Brazil, in the last 3 years. The *Company* will be called here as *Company X*, in order to ethically preserve its identity. It is a pan-regional higher education network of universities in the Latin America and Caribbean region, but a medium group in Brazil with 55 thousand students and it has two universities in Brazil. The role of this Board is organized into three responsibilities: creation of contents and methodologies for all the courses of the two universities; the training of the professors to act in the courses and the monitoring of the whole process (of production and operational) of the distance modality. For a sustainable and innovative model it was necessary to carry out a vast study on the *status quo* of the model in force at the time and, from this evaluation, to detect problems and strengths in order to create dimensions and indicators for necessary changes throughout the world. Based on assumptions from *Company X* such as regulation in Brazil for higher education and academic quality, we started with a process to understand and to promote what could be the ideal for the institutional context, which will be described here. It was considered the Brazilian context, critical rates of poverty, low demographic and basic education indexes and other aspects, and with this it was verified the necessity of the balance among three pillars, low price – distance education/hybrid courses – high quality in education. Then, from more macro considerations, and from the identification of what should be improved, such as the abandonment rates, boring subjects, inefficient capacities, costs and long delays in production, we set out to model co-creation with the academic community students, teachers, authors and technical and administrative staff. The design of the sustainable model involved the resizing of the roles of the *Company's* different teams, partnerships with technology companies, the use of open and free resources, continuous training based on active and innovative methodologies, global trends and the autonomy of teachers and of authors for creations, provided that in accordance with the Brazilian regulation and the brand of *Company X*.

Keywords: Innovative Management. Flexible Learning. Learning Objects.



RESUMO

O objetivo deste artigo é descrever um caso institucional em educação superior gerenciado e implementado pela autora e sua equipe, enquanto reitora de cursos acadêmicos e online, a partir de perspectivas como cooperação e processo de inovação, em um grupo educacional no Brasil, nos últimos três anos. O grupo será chamado de Company X, como forma de preservar sua identidade. Se trata de uma rede de universidades pan-regional atuante na América Latina e Caribe, cujo porte no Brasil é médio, contando com 55 mil alunos e duas universidades no país. O papel desta equipe é organizado em três responsabilidades: criação de conteúdo e metodologia para todos os cursos das duas universidades; treinamento de professores para atuarem nesses cursos; e monitoramento de todo o processo (produção e operacional) da modalidade a distância. Para um modelo sustentável e inovador, foi preciso realizar um grande estudo sobre o status quo do modelo em funcionamento naquele período e, a partir desta avaliação, detectar seus pontos fortes e fracos como forma de criar dimensões e indicadores para mudanças necessárias. Baseada em algumas premissas como a regulação do ensino superior no Brasil e qualidade acadêmico, demos início a um processo para entender e promover o que seria ideal naquele modelo institucional, que será descrito aqui. Consideramos o contexto brasileiro, os índices de pobreza, dados demográficos e de educação básica, entre outros aspectos, e a partir deles verificamos a necessidade de um equilíbrio de três pilares: preço baixo, educação a distância/cursos híbridos e alta qualidade da educação. A partir de considerações macro e da identificação do que deveria ser aprimorado, como as taxas de evasão, assuntos desinteressantes, instalações ineficientes, custos e atrasos na produção, criamos o modelo de co-criação com os membros da comunidade acadêmica, professores, alunos, autores e a equipe de técnicos-administrativos. O desenho do modelo envolveu a reestruturação dos papéis de diferentes equipes dentro da instituição, o uso de ferramentas gratuitas e open-source, tendências globais e a autonomia de professores e autores para a criação, desde que em acordo com a legislação brasileira e a marca da Company X.

Palavras-chave: Gestão Inovadora. Aprendizado Flexível. Objetos de Aprendizado.



1 THE MARKET OF HIGHER EDUCATION IN BRASIL

In 2014 I wrote an article in which I mention the necessity of a big change on Brazilian educational and economic policies due the expressive negative results in world rankings of illiteracy for example, which brings consequences such as doubts about the quality of higher education.

The numbers do not lie, but even so we remain in the same paradigm:

(...) As Brazilian culture is closely attached to its historical heritage whose outdated paradigms have resulted in stagnation and inability to assess behaviors that challenge the difference between 'real politics' and 'mised politics', we are led to infer that we will have unacceptably low individual and country development indices. The same will happen to investment in technology, teacher qualification and development, research and the rate of students going to higher education courses, which shall remain below 17% of the population. The willingness to change the status quo and the way to address public policies that may leverage better life quality for Brazilian people is the key to Brazil being viewed as a really serious country and to attracting equally serious partners, best practices, models and projects (Garrido: 2014, p.4).

At the same time that we have this kind of inertia about this subject, in the last 10 years the higher education system in Brazil has been target of many national and international educational groups with interest in purchases or fusions, what is going to create a big business for this segment.

According to INEP¹ data, in Brazil there are around 2.152 private universities (including faculties and university centers with different sizes and regulations), which represents almost 75% of all enrollments of students; the other 25% are in public institutions. However, of these 75% enrollments, about 30% are within the large educational private groups and another part is with confessional, community and philanthropic universities.

Citing only the large and medium groups of higher education in Brazil, we have companies as Kroton (around 850 thousand students), Estácio (440 thousand students), UNIP (420 thousand), Laureate (300 thousand), Cruzeiro do Sul (150 thousand), Universidade Brasil (120 thousand), Adtalem (120 thousand), Ser Educacional (140 thousand), Uninove (140 thousand), Ânima (80 thousand) and Ilumno (50 thousand).

¹ INEP: Instituto Anísio Teixeira: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas educacionais do MEC; In <http://portal.inep.gov.br/web/guest/inicio>



There are many different opinions about this growth in Brazil once it did not necessarily generate high quality education, but certainly it has created opportunities for students that could not access higher education before.

When a big market installs itself in a segment, the high competitiveness is eminent, but in a country with critical rates of poverty, low demographic and basic education indexes in many regions, two phenomena happen: the need of low prices and the rise of distance education as the main option of many students.

However, the distance education is a complex and expensive modality to start, despite being a good solution for contexts like the Brazilian one; so, we have, perhaps, the most important challenge to survival of Brazilian universities, the balance of the tripod:



Pillars of the Balance of Higher education in Brazil. Source: the authors.

The modality is an innovation, but only if it carries along technological needs and possibilities, and students. Under this view, when thinking in medium or long terms, the models separating the two of them is not innovative, but it simply solves a short-term problem, leaving out that sustainability is no longer portrayed that way.

Therefore, a possibility of solution is to treat the modalities combined, face to face and online, as blended courses. The dissemination of self-customized offers are an imminent reality we have to think about now. They also need to be aligned with the Rules and the Assessment, because when we brake paradigms from hampered syllabus, in which, still today, we cannot draw according to student's interests regarding modalities, we will keep having simple courses, training activities, programs, subjects or whatever we may call them, either face to face or virtual ones.

This scenario predicts in part what was necessary to solve inside the cases demonstrated here.



2 REGULATION/LAW IN BRAZIL

The last decree for distance education in Brazil is the Decree 9057/2017² and, among other things, it points for a new opening, more flexible than before, for initiatives in distance education. The decree perspective is very important because the old decree had closed initiatives hybrids, for example, just as it became compulsory the existence of the “polos”, physical centers for academic practices or simply bureaucratic aspects of the students.

It is important to mention that the regulation of higher education in Brazil is very vast, with a large number of laws, decrees, ordinances and resolutions, which keeps universities in a constant process of adaptation to these laws, as well as in the process of preparation for evaluations of the Ministry of Education regarding institutional aspects (every 5 years) and the courses, in the authorization of the same and in the recognitions and renewals of recognitions.

One of the innovations approved in the Decree is the possibility of the existence of a virtual university, that is, without any on-site course necessary (which was the prerogative of the previous Decree); with this opening, there is a real possibility of courses without classroom activities, without the need of physical spaces and therefore of heavy physical infrastructure, unless this is an option of the course projects, obviously.

3 THE CONTEXT OF THE CASE

This case was treated by the author and her team when she had been Academic and Distance Education Principal of the *Company X* in Brazil, a pan-regional higher education network of universities in Latin America and Caribbean region. The *Company X* has two universities in Brazil in two different states with around 55 thousand students between face to face and online courses distributed in undergrad and postgrad courses.

Until 2017 the Company produced about 100 online subjects created every 4 months considering every part of process, since Company goals, demand from each course’s curriculum, authorship creation of contents, learning objects production, design adjustments, packaging of subjects and offers on the platforms for students with the respective affiliation in each university, once Brazil does not allow students belong at educational groups, but only at each university even if these universities are from educational groups.

² Decree 9057. Available in: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9057.htm



Therefore, the process was done but was not analyzed and reasoned for path correction or resource optimization. So, when of the new management started on May 2017.³

Based on assumptions, needs and problems found at the 2 universities belong the group, the new Model began to be built.

3.1 Assumptions

Regulatory Assumptions: Attendance to regulation/evaluation of undergraduate courses from the Ministry of Education regarding national curricular guidelines (DCNs), interaction (user with user), interactivity (user and technology), multidisciplinary team (authorship team, design, production and mentoring) and teacher training.

Company X Assumptions: To implement technology and innovation to partners, to increase access to quality education, while improving student outcomes and the lives in the communities we serve.

Academic Quality Assumptions: To create interactive, updated, efficient and attractive courses, for training for the students.

The needs and problems mentioned below were detected by institutional evaluations, analysis from universities (locus of implementations), and acting by own academic and distance education Principal.

3.2 Students evasion

Historically in Brazil the evasion or abandonment inside online courses has presented high numbers at universities, around 70% per 2005-2007, when was necessary a strong changing in distance learning regulation from Ministry of Education including directed supervision at universities, mainly in “polos”, centers intended for practices and bureaucratic processes; the evasion fell to around 50% between 2008-2011 and nowadays it is around 40%, similar with face to face courses.

However, this number inside the two universities of study was about 46% demonstrating a lack of satisfaction on the part of the courses.

³ May 2017: Starting of the new Principal of the Company responsible for Distance Education (Online Courses) and Academic Development



3.3 Non-visualization of some resources and the need of interactive educational resources by students

The last 3 Horizon Reports editions has presented the relevance of the interactive objects as capable resources of more learning besides promoters of the innovative methodologies, even though the resources were produced with the structure containing very long videos, a few interactive features and inductive texts in a behaviorist perspective.

In analyzing the activities we observed that the long videos were not watched until the end, and the interaction in the discussion forums was minimal and in some cases, nonexistent, what denoted waste and inefficiency in the production of videos, for example, poor communication, which are contributing factors for evasion.

It is important to consider that the occurrence of the disciplines in these institutions happens with a workload of 70 hours to be taken by the students in 3 months, that is, about 23 hours per month, per discipline - the offer occurs with a maximum of 3 disciplines at a time. Thus, it was found that most of the resources found in the subjects in these formats were .pdf texts and videos; in rare cases, depending on the author, the subject presented some more interactive resource.

For the Company's brand, the fact that the resources and methodologies were out of date or deficient represented a very serious problem, since the Company excelled precisely because of these aspects in order to make its university sustainable and innovative. So, there was a huge discrepancy between what was being done and what should be done.

3.4 Non-agile production

The production team almost always had delays in delivering about 100 disciplines per month; she was notoriously tired; was not clear about the flow of the production conveyor; has no control over the selection and delivery of the author and pleaded for an increase in the number of people in the team, which would denote an increase in the cost of production and not necessarily the agility and effectiveness required.

There was also a gap in the production process: *there was no production of interactive resources*, just videos and texts; In addition, the authors did not respect the deadlines for evaluating the delivery of their written material, often not going through the screening process and the evaluation of the team, which often collided with the new productions in the running



machine; in short, the lack of management of the team was notorious, overwhelming the team as a whole and produced dissatisfaction at all stages of the production chain.

At the time of the remodeling of the academic process and the production of contents, the team responsible for production was responsible for the entire production chain, from hiring the authors, usually professors of the two universities, until the production itself, including design and posting of subjects in the platform and the control of student's enrollment.

These assignments were confusing in relation to other sectors of the two universities, such as the courses coordinating departments and the more operational departments such as enrollment.

3.5 Standardization of layout and outdated design

When it comes to something we usually call "academic freedom", a very important concept on the academic world, disciplines of completely different courses such as architecture and pedagogy, for example, were produced in the same way, with the same design, plot, quantity of inductive questions and the methodological line, which did not only made the disciplines "exhaustive and uninteresting" but rendered them inefficient due to repetitions and non-attendance to the specificities of each knowledge field.

From a questionnaire about the disciplines in course in the first semester of 2017, it was possible to identify the dissatisfaction of students and teachers in relation to the current model. Many answers have pointed that, the fact that all the disciplines of all areas of knowledge have the same methodological characteristics, including textual formats and sizes, style and size of videos, made them extremely tedious and demotivating.

The teachers of the subjects/disciplines were usually the authors of the discipline's contents as well, and this also gave them a lack of motivation to write the subjects since they could not create or modify.

While this bothered the authors and teachers, this created a certain accommodation in the authorship process, making them automatically resist training or updates in their constructions because there was no belief that they would learn something new with the team.



3.6 High operating cost

The authorship of the courses and the size of the production team was the biggest offender in terms of costs. In the authorship, however, there were no guarantees for the deliveries and neither in the production team.

In addition, several authors had more than 2 disciplines to produce at the same time, which generated an overload to them, and still a lot of difficulty of receiving these deliveries, since these authors were the professors of the disciplines themselves and therefore had a course coordinator responsible for them; this action created a hierarchical problem for the production team.

4 ANALYSIS AND PROPOSAL FOR THE MODEL

Since these evaluations, analysis dimensions were identified and indicators were created for the reconstruction of the model, making it more attractive and effective for student learning and more sustainable to universities, this is what I intend to show in terms of dimensions, indicators and implementation of actions/solutions, according to the table:

DIMENSION	INDICATOR	ACCOUNTING OF RESULTS
PRODUCTION (MATERIAL BUILDING)	* AUTHORSHIP * SOURCES * TECHNOLOGY	* CO CREATION FOR AGILITY * AUTHORSHIP WITH FLEXIBILITY TO CREATE * VIDEOS SHORTER AND PLUS LEARNING OBJECTS
TEACHERS	TRAINING	* 3 TRAINING ONLINE FOR TUTORING * CREATION OF COMMUNITY ONLINE FOR ATTENDANCE
COST	INTERNAL TEAM X PRODUCTION CAPACITY	* PARTNERSHIP FOR PRODUCTION OUTSOURCING
BRAND	QUALITY EDUCATION	* EDUCATIONAL SOURCES CREATION IN REPOSITORY FOR USING OF THE NETWORK



DIMENSION	INDICATOR	ACCOUNTING OF RESULTS
ACADEMIC QUALITY	<ul style="list-style-type: none"> * SUBJECTS * COURSES * METHODOLOGIES 	<ul style="list-style-type: none"> * DIFFERENT SUBJECTS, CONSIDERING SINGULARITY OF KNOWLEDGE AREAS * SUBJECTS BUILDING WITH SPECIFICITY OF KNOWLEDGE AREAS * ACTIVE AND INNOVATIVE METHODOLOGIES

Table Dimensions/Indicators/Solutions-Results

5 SUSTAINABLE AND INNOVATIVE MODEL PROPOSED

The treatment for each dimension/indicator, which on corroborate a sustainable and innovative model for distance education in the Company X generated the following implementations:

5.1 Outsourcing in production of the sources/learning objects and Using of the interactive sources, including open sources' repository

The partnership created with 3 technology companies became responsible for about 33% of the total production of the courses, while the remaining 66% of production was at the discretion of around 33% for the use of open or free resources, and the other 33 % were left to the Company X own production team to perform. This generated speed, a more robust feedback look in that it acted with a dynamic of co-creation in the process, in addition to bringing a lot of innovation, since the decay started having characteristics of diversity, in fact.

Therefore, the management for all of the production was with the Distance Education Principal in cooperation with the administrations of the two universities.

5.2 Interface of the Production Team with other teams of the Universities

Production and operations assignments were separated from the Department of Distance Education; thus, the production team had no more involvement with the teachers of the disciplines nor with the enrollments of the students; the distance education operation team began to operate only with the accompaniment of students and teachers in the platform of online



courses, while enrollments and other bureaucratic processes were in charge of the department responsible for this in each university.

In addition, the interaction of the production team with the course corrections was strengthened, which began to assume academic control of the authors' performances, focusing on the team, commitment only to materials and instructive design.

5.3 Creation of the “methodological model no standard” for subject to respect the knowledge areas/Teachers acting like authors and tutors

The authorship was diverse, with many more authors from outside the two universities and limiting the creation of disciplines to only two, by author. The authorship of the disciplines by the professors from within the universities was treated as the exception to the rule of authorship from external ones.

The teachers of the two institutions began to have a certain autonomy to create the most appropriate methodologies for their areas of knowledge, only using "the material produced by the authors", but not transforming this material "in the classroom itself" as previously done.

An online community was created to assist teachers' teams.

5.4 Online training/attendance of teachers and students in two levels of awareness and updating

A Training Program for teachers/authors was created by the Distance Education Board in an online format, based on and updated by Horizon Report Trends and other references already mentioned here.

5.5 Active and innovative methodologies

In the training, both authors and teachers came to know how to apply in their subjects different innovative methodologies such as flipped classroom, peer instruction, problem-based learning (PBL), team-based learning (TBL), conceptual maps and others.



6 FIRST CONCLUSIONS

Objectively understanding online or blended courses as a possible educational path, facilitating a great part of the population, who otherwise would not enroll in Higher Education studies, should guide the choice of a University, due to a complex arsenal involving virtualized Education (different from the face-to-face), with different models, specialized trainings, resources, as well as targeting where and how one wants to reach, and mainly, from people who are engaged on a very peculiar academic and administrative culture, working with autonomy after being installed.

I believe we are very close to have the university of the future, not by abandoning its past beliefs, but by moving on to reinvent itself to serve the target public.

BIBLIOGRAPHY

ABED. *Censo EAD.BR: Relatório Analítico da Aprendizagem a Distância no Brasil 2012*. Curitiba: Ibpex, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2VC9uWR>.

FELSEN, David. For Brazil, What's The Right Higher Education Equation? *IBTimes*. Florida: Saint Leo University, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2vqzEkn>.

GARRIDO, Susane. Brazil is faced with a global scenario of investment, state-of-the-art technologies and open and flexible education. Are we in or out? *FGV online*: 2014, SP/SP.

INEP. *Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas educacionais*. Disponível em: <https://bit.ly/3abfRnS>.

MINISTRY OF SCIENCE, TECHNOLOGY AND HIGHER EDUCATION FROM PORTUGAL. *Processo de Bolonha*. Portugal: Coimbra, s./d. Disponível em: <https://bit.ly/32Cq7CU>.

UNIVERSIA. *MEC: 88% das universidades são particulares*. Disponível em: <https://bit.ly/2vqA0aH>.

GARRIDO, S. O desafio da gestão superior: da academia à operação: uma sociedade da informação (e do consumo). In: OLIVEIRA, F. N. G. *Ensino Superior: refletindo caminhos e compartilhando relatos de experiências*. Curitiba: CRV, 2014.

GARRIDO, S.; RODRIGUES, P. B. As organizações internacionais e a EAD. In: LITTO, F., FORMIGA, M. *Educação a distância: o estado da arte*. São Paulo: ABED & Pearson Education do Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. *Avaliação dos ciclos do SINAES*. Brasília: DF, s./d. Disponível em: <https://bit.ly/2TaYAFT>.



THE TIMES HIGHER EDUCATION. *The 100 Under 50 universities 2013*. Londres, 2013.
Disponível em: <https://bit.ly/2TBdBzR>.

THE TIMES HIGHER EDUCATION. *The 100 Under 50 universities 2014*. Londres, 2014.
Disponível em: <https://bit.ly/3cj3yHR>.



A RELAÇÃO DO ESTRESSE EM ENFERMEIROS NO TRABALHO HOSPITALAR

📍 **Ciély Ferreira Goedert**

Pós-graduação em Gestão de Pessoas com Coaching pelo Instituto Doll, bacharel em Psicologia pela Faculdade Sant'Ana.



RESUMO

Este trabalho visa realizar um levantamento sobre a predominância dos sintomas físicos e psicológicos de estresse dos profissionais de enfermagem que atuam em hospitais da cidade de Ponta Grossa/PR. Como método para o alcance do objetivo foi confeccionado e aplicado um questionário sócio demográfico e também aplicado o instrumento ISE – Inventário Sintomas de Estresse construído por Ana Maria T. Benevides Pereira & Bernardo Moreno Jiménez (2000), a ferramenta foi validada estatisticamente alcançando um alfa de Cronbach de 0,9236. O ISE é constituído por escala de Likert de 5 pontos, indo de 0 como "nunca" a 4 como "assiduamente". A população escolhida foi de 103 profissionais de enfermagem na qual foram questionados uma amostra de 76 enfermeiros com o grau de confiança de 95% sobre a população. Em relação aos resultados alcançados na pesquisa pode-se afirmar que atualmente os enfermeiros apresentam predominância de sintomas físicos em média de 1,99 e psicológicos em média 1,95, considerado um nível médio de estresse. O resultado é extremamente grave, pois dentro dessa média provavelmente existam pessoas com nível baixo e outras com nível elevado, isto tendencia uma estabilidade ao longo do tempo para um nível alto de estresse.

Palavras-chave: Estresse. Enfermagem. Ambiente Hospitalar.

ABSTRACT

This work aims to indicate the level physical and psychological symptoms of stress of nurses working in hospitals in the city of Ponta Grossa / PR. As method to reach the goal was built and applied a demographic questionnaire and also was used the ISE instrument - Stress Symptoms Inventory constructed by Ana Maria T. Pereira Benevides & Bernardo Moreno Jiménez (2000), the tool was validated statistically with Cronbach alpha of 0.9236. The ISE is composed of Likert scale of 5 points, ranging from 0 as "never" to 4 as "assiduously". For population chosen of 103 nurses, the research was conducted as 76 nurses for achieve with the confidence level of 95% of the population. Regarding the results achieved in research may be stated that currently the nurses (as) have an average of 1.99 for physical symptoms and 1.95 to average psychological symptoms, considered a medium level of stress. The result is extremely



serious, because within this mean there probably are people with low and those with high level, this number should lead, over time, stability for level high.

Keywords: Stress Symptoms. Nursing. Work.



INTRODUÇÃO

O estresse está presente desde a antiguidade, quando o homem lutava pela sua sobrevivência buscando seu alimento, enfrentando guerras entre tribos, sobrevivendo às catástrofes do tempo, lutando a cada dia pela conquista de um território entre várias situações.

Atualmente as situações vivenciadas pelo homem também estão ligadas a fatores que podem favorecer ou interferir inclusive na performance do profissional de enfermagem no seu ambiente de trabalho. Entretanto no Brasil ainda existe insuficiência de estudos para delimitar os fatores que levam os profissionais de enfermagem para o alto nível de estresse. Evidencia-se que a atividade do profissional de enfermagem pela sua própria condição de trabalho o expõe a determinados riscos que podem levar ao desenvolvimento por estresse (SILVA; SANTOS; NASCIMENTO, 2016).

O estresse se apresenta em muitas áreas de atuação profissional, principalmente em profissão que têm como missão servir outros indivíduos alguns estudos destacam a profissão de professor, médico, enfermeiro entre outros. Este estudo apresenta um enfoque sobre o estresse na equipe de enfermagem que tem exibido em pesquisas como sendo considerado o tema importante para a sociedade.

Este estresse ocupacional para a equipe de enfermagem tornou-se parte do cotidiano da profissão, por sua diversidade de tarefas e o compromisso em oferecer assistência com maior qualidade. O desgaste emocional com o qual a equipe de enfermagem se depara, ao assumir as atribuições relativas ao cargo, a exposição pode ser altamente marcante, devido à diversidade de situações que um ambiente hospitalar oferece aos enfermeiros.

O levantamento do nível de estresse e a identificação dos estressores no ambiente hospitalar serão de grande importância para o desenvolvimento e aprimoramento de uma intervenção psicológica mais adequada, dentro deste espaço da pesquisa que hoje ainda se apresenta como um campo a ser explorado. Permite ainda, a constatação da teoria disponível com a realidade estudada, tornando-se uma fonte de informação para outras pesquisas, o que permite aproximar o ensino da academia com as necessidades encontradas nos atuais ambientes de trabalho. Como bem escreve os autores Ueno LGS, Bobroff MCC, Martins JT (2016)

O estado prolongado de preocupação, alerta e ansiedade caracteriza-se em uma intensa carga de estresse transformando-se num oponente a ser vencido. Se os fatores estressantes persistirem, em frequência ou intensidade, há quebra da resistência do



indivíduo e ele passa à fase de quase exaustão levando a possíveis doenças como, por exemplo, a depressão, interferindo tanto na vida pessoal, quanto na atividade laboral.

No contexto descrito acima a pesquisa se norteará em busca de responder a seguinte questão: Qual a predominância dos sintomas físicos e psicológicos de estresse presentes no enfermeiro atuante nos hospitais na cidade de Ponta Grossa/PR?

2 METODOLOGIA

O ponto inicial de uma pesquisa está em um problema que faça jus a ser estudado, com o objetivo de propor uma solução. A pesquisa começa quando há uma vontade do conhecimento, de ordem intelectual ou quando há este desejo, mas existe uma necessidade de fazer algo de uma maneira mais eficiente e eficaz.

No caso desta pesquisa, foi utilizado o método dedutivo que pressupõe que só a razão é capaz de chegar a um conhecimento confiável. A presente pesquisa foi realizada no ano de 2017, contou com a participação de 7 (sete) hospitais, os quais não permitiram a identificação de suas razões sociais.

Do ponto de vista da natureza este estudo se classifica como sendo uma **pesquisa básica, bibliográfica** pelo fato de ser realizado um levantamento bibliográfico inicialmente, feito uma busca pela literatura e materiais já publicados constituídos principalmente de artigos de periódicos, livros ou outro material atualmente disponibilizado pela internet.

Para a pesquisa com uma população de 76 (setenta e seis) enfermeiros, foi aplicado um questionários sócio demográfico composto por 12 (doze) perguntas, tratando de gênero, faixa etária, instituição a que pertence endereço, estado civil, quantidade de filhos, tipo de residência, ano de formação, tempo de experiência na área, sentimento na atuação da profissão, turno de trabalho e quantidade de instituições em que atua.

Também utilizado o instrumento para a coleta de dados, com o objetivo de identificar os sintomas de estresse; questionário ISE (Inventário de Sintomas de Estresse) elaborado e autorizado para utilização nesta pesquisa por Ana Maria T. Benevides Pereira & Bernardo Moreno Jiménez.



3 RESULTADOS

O gênero mais predominante entre os 76 enfermeiros é o sexo feminino, alcançando um índice de 79% em relação ao total da amostra. Assim o sexo masculino aparece levemente com apenas 21% em relação ao total.

Com relação à faixa etária dos profissionais de enfermagem na região, que apesar da diversidade existe uma maior concentração com idades de 20 a 30 anos alcançando um percentual de 57% em relação ao total de 76 pesquisados, em segundo lugar pertencem a uma faixa etária entre 31 a 40 anos com 30%, na sequência encontramos 12% na faixa etária de 41 a 50 anos e menos de 1% em relação ao total foi identificado acima de 51 anos.

O resultado deste levantamento indica que 61% dos enfermeiros atuantes nos hospitais de Ponta Grossa são de origem da cidade, por outro lado podemos dizer que existe um grande número de profissionais que pertencem a outras regiões, pois alcança 39% do total pesquisado. Indicativo do tipo de residência dos enfermeiros.

Maior parte dos enfermeiros foram formados menos de 5 anos, o que representa um número de pessoas com pouca experiência profissional, esse grupo representa 80% em relação ao número de enfermeiros que participaram da pesquisa. Outros profissionais realizaram sua formação entre os anos de 1998 e 2003 e representam 13% dos pesquisados.

Por fim, outros 3% dos pesquisados estão na escala de formação de 1980 a 1985, outros 4% na escala de 1986 a 1991 e não tivemos nenhum formando entre 1992 à 1997.

Uma diversidade sobre o tempo de experiência dos enfermeiros foi identificado conforme a figura 11, a maior percentual está entre 2 a 3 anos de experiência com 30% do total pesquisado, posteriormente 25% possuem menos de 1 ano de experiência, 20% estão na escala de 4 a 5 anos, 13% possui de 6 a 7 anos e 12% são mais experientes de todos com mais de 8 anos de atuação na área de enfermagem.

Quando questionado sobre o sentimento sobre a atuação do profissional em relação sua profissão tivemos uma grande satisfação conforme mostra a figura 12, a explicitação predomina com muito bem alcançando 62% dos entrevistados, resposta com sentimento de sentir-se bem ficou em 33% em relação ao total, com 4% identificamos uma dúvida sobre a satisfação marcando a opção mais ou menos, menos de 1% respondeu sentir-se mal na atuação e nenhum profissional sente muito mal em atuar na sua profissão.

Para maior entendimento foi codificada as variáveis por M – Manhã, T – Tarde, N – Noturno, MT – Manhã e Tarde, MTN – Manhã, Tarde e Noite, MN – Manhã e Noite e TN –



Tarde e Noite. Foi identificado que grande parte não possui um período fixo de trabalho, com isso percebe-se que no período manhã existem 52 enfermeiros da amostra, 46 atuantes à tarde e 28 dos enfermeiros atuam no período noturno. Dos enfermeiros que atuam em mais de uma instituição o maior número está atuando no período de manhã e tarde com 28% do total.

3.1 Indicativos sobre a predominância dos sintomas físicos

Para uma verificação mais refinada sobre os dados adquiridos através do instrumento ISE, foi identificado como fundamental demonstrar através da tabela 1, alguns números levantados estatisticamente sobre os sintomas físicos. Primeiramente podemos destacar a predominância dos sintomas físicos como médio pelo resultado alcançado de 49% sobre as respostas coletadas e percebe-se que o nível baixo e alto se encontra no mesmo patamar com 25% para nível alto e 26% para o baixo.

3.2 Indicativos sobre a predominância dos sintomas psicológicos

Na mesma direção utilizada sobre a ilustração dos sintomas físicos é significativo executar sobre os sintomas psicológicos. O baixo nível de sintomas psicológicos foi encontrado com a marca de 38% em relação ao total pesquisado, mas um grande número se concentra no nível alto de sintomas psicológicos com 33%. Um índice considerável sobre o médio nível de sintomas psicológicos com 29% concluindo que existe uma disparidade sobre esses sintomas.

3.3 Resultado geral sobre sintomas físico e psicológico de estresse

Para finalização da análise dos dados identificamos através de um levantamento estatístico considerado pelo instrumento como forma de explicitar o resultado alcançado, o qual demonstrou que a pontuação é limítrofe para médio no caso de 1,99 para o físico e 1,95 para o psicológico sobre a média levantada.

No levantamento da mediana sobre os dados coletados observamos uma igualdade sobre a predominância dos sintomas, pois ambos alcançaram o valor 2. Diferentemente da moda que alcançou o valor 2 para o físico e apenas 1 para o psicológico.

Percebemos que ficou um desvio padrão mais leve para os sintomas físicos com 0,72 e não muito maior o desvio para os sintomas psicológicos foi de 0,84 sobre os dados tabulados



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de conclusão de curso se propôs a realizar um levantamento sobre a predominância de sintomas físicos e psicológicos de estresse nos enfermeiros dos hospitais pertencentes da cidade de Ponta Grossa/PR.

Através da aplicação dos instrumentos escolhidos podemos concluir que existem alguns aspectos relevantes identificados na execução da pesquisa que valem a pena destacar, são eles:

- Em relação aos dados sócios demográficos podemos dizer que existe a possibilidade de interferir o resultado final de sintomas devido algumas variáveis como: experiência como profissional de enfermagem; Idade; quantidade de instituições na qual atua e turno de trabalho que fazem.

- Sobre o levantamento dos sintomas físicos de estresse conclui-se que existe a tendência de alcançar o nível alto nos próximos anos, principalmente quando os profissionais alcançarem maior tempo de atuação, pois como explicitado, atualmente já se encontra no nível médio;

- Sobre a predominância dos sintomas psicológicos foi identificado um nível médio com grande possibilidade de chegar ao um nível alto devido ao resultado alcançado.

Por fim como forma de consolidar a conclusão podemos discorrer que através dos resultados alcançados a amostra possui indícios de estresse nível médio para sintomatologia física e psicológica o que é extremamente grave, pois dentro dessa média provavelmente existam pessoas com nível baixo e outras com nível elevado.

Com base neste cenário podemos afirmar que o número de pessoas com alto nível de sintomas de estresse tende a aumentar, pois os dados sócios demográficos deverão, ao longo do tempo, se estabilizar e assim a amostra ficará mais equilibrada.

5 CONCLUSÃO

O estresse na organização hospitalar pode ser considerado como uma fonte de pressão física e psicológica, assim como em outros âmbitos de trabalho como fonte de renda financeira. Pode ser relacionado ao grupo de trabalho, formato da organização ou do histórico emocional de cada profissional que se identifica com a área de enfermagem hospitalar.

É válido mencionar, que o estresse é um fenômeno subjetivo, relacionado a percepção de cada indivíduo; de forma que os fatores potencializadores do estresse quase sempre não são os mesmos para todas as pessoas.



No contexto do ambiente hospitalar, os profissionais inseridos neste grupo muitas vezes podem ser vistos como profissionais que possuem uma auto exigência, sonhadores com o mundo ideal, pessoas dedicadas e ao mesmo tempo com muitas dificuldades de blindar seu emocional mediante situações de enfermidade. Onde são vistos pela capacidade ou não de lidar com dificuldades, tristezas e desequilíbrios emocionais nos casos de doenças ou situações inesperados que levam pacientes no contexto hospitalar.

Outro ponto a ser avaliado, são as manifestações comuns nesses colaboradores, por apresentar irritabilidade, ansiedade, sem interesse pela vida ou outra situação de normalidade no contexto familiar ou profissional, pode reduzir seu comprometimento com o trabalho, deixando de lado seu compromisso com resultados da organização.

Pelo fato do trabalho ser exaustivo, fisicamente e emocionalmente, exige-se uma energia adicional para evitar um esgotamento emocional do profissional de enfermagem. Sugere-se uma flexibilidade de horários com redução de jornada de trabalho; assim pode-se ter um ganho em produtividade e atenção reduzindo a carga emocional afastando-o mais horas de suas atividades para descanso mental.

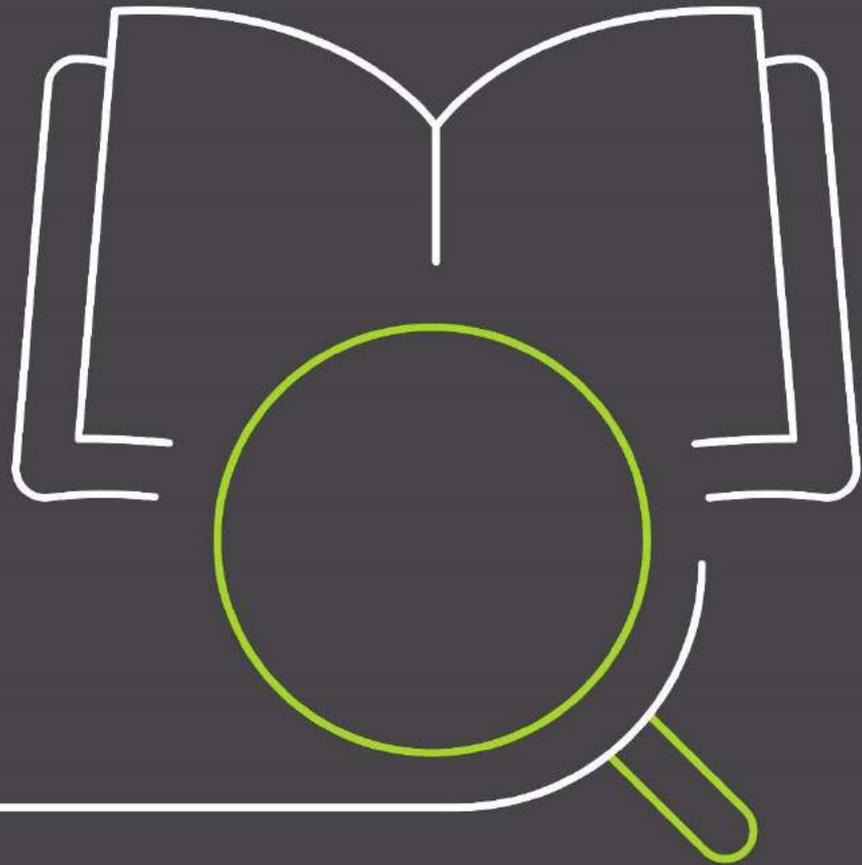
REFERÊNCIAS

SILVA, Damiana; SANTOS, Nadson Ricly & NASCIMENTO, Luzia Kelly Alves da Silva . Fatores que influenciam o Estresse Ocupacional na Enfermagem. *Revista Cultural e Científica do UNIFACEX [online]*, vol.14, n. 2, 2006. ISSN: 2237 – 8685. Disponível em: <https://bit.ly/2I88Qbi>. Acesso em: 16 fev. 2020

Ueno LGS,;Bobroff MCC & Martins JT. Estresse Ocupacional: Estressores Referidos pela Equipe de Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE [online]*, vol. L, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2VwyWgo>. Acesso em: 16 fev. 2020

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. *Estudo exploratório sobre suspensão de cirurgia: a comunicação da suspensão e a reação relatada pelo paciente frente ao fato*. 1983, (dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Escala Bianchi de Stress. *Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo [online]*, vol.43, n.spe, pp. 1055-1062, 2009. Disponível em: <https://bit.ly/2I3f50n>. Acesso em: 20 fev. 2020.



normas



A submissão a Revista Científica da Faculdade Unimed deve ser exclusiva, isto é, os textos não poderão ser enviados a outros periódicos simultaneamente.

Os manuscritos devem ser inéditos, ou seja, não podem ter sido publicados anteriormente com atribuição de DOI (*Document Object Identifier*), ISSN (*International Standard Serial Number*; sigla em inglês para Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas) ou ISBN (*International Standard Book Number*).

Todo artigo submetido à *Revista* é analisado em programa antiplágio antes de ser encaminhado para avaliação. A finalidade do procedimento é identificar plágio e autoplágio. É vetada a inclusão de novos autores após a aprovação do artigo. No ato da submissão, todos os autores deverão ser indicados.

As ideias e opiniões expressas nos artigos publicados são de exclusiva responsabilidade dos seus autores, não refletindo, necessariamente, a opinião do periódico.

A revista permite-se realizar, durante o processo de revisão, pequenas alterações formais no texto, respeitando o estilo e a opinião dos autores.

Os direitos autorais dos trabalhos publicados pertencem à Revista Científica da Faculdade Unimed que adota a licença Creative Commons BY-NC do tipo “Atribuição não Comercial”.

O artigo científico completo deve conter no **mínimo de 10 e no máximo de 15 páginas**, incluindo referências bibliográficas e notas. As citações de artigos (referências) no texto devem seguir as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

O trabalho deve ser apresentado em formato eletrônico (**.doc ou .docx; não serão aceitos arquivos em .pdf**), configurando a página para o tamanho de papel A4, com orientação retrato, margem superior e esquerda igual a (3cm), inferior e direita igual a (2cm). Deve ser empregada a fonte Times New Roman, corpo 12, espaçamento 1,5 linhas em todo o texto, parágrafo de 1,5 cm, alinhamento justificado, à exceção do título. As páginas devem ser numeradas embaixo e à direita, em algarismos arábicos.