

Revista Científica Faculdade Unimed

Periódico Interdisciplinar em Saúde, Cooperativismo, Gestão e Educação Superior



Faculdade
UNIMED

UMA INSTITUIÇÃO DA
FUNDAÇÃO UNIMED



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 Muinos 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, Brasil



Comitê Científico / Scientific Committee

Prof. Ms. Antônio Pereira de Faria, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Msª. Sara Rios Bambirra Santos, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Msª. Renata Mafra Giffoni, Faculdade Unimed, Brasil

Profª. Drª. Eliana Bernadete Caser, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Profª. Ms. Denise Pimenta, Faculdade Unimed, Brasil

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

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

Profª. Drª. Maria da Penha Pereira de Melo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Profª. Drª. Cleia Marcia Gomes Amaral, Universidade de São Paulo, Brasil

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

Profª. Drª. Flávia Amaral Rezende, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

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

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

Profª. Drª. Suzana Schwerz Funghetto, Universidade de Brasília, 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	7
APRESENTAÇÃO / PRESENTATION	
Editorial	8
Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino	
ENTREVISTA / INTERVIEW	
Entrevista com Renato Nobile	11
Fernanda Maria Pereira	
RELATO DE EXPERIÊNCIA / EXPERIENCE REPORT	
Uma nova plataforma produtiva de cuidado em saúde.....	16
Fernando Torelly	
ARTIGOS / PAPERS	
Fatores psicológicos associados à falta de memória em idosos: Programa Zen Sênior como recurso terapêutico – revisão narrativa e análise descritiva.....	21
Juliana Morgana Stedile, Marluci Camila Gomes e Tamiris Nunes Markoski	
Desenvolvimento do programa de qualidade e capacitação da rede prestadora.....	32
Diego Augusto Lopes Oliveira, Marília Fernanda Dantas Florêncio, Célia Maria Lopes de Souza e Jean Charles Santos	
Importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos em saúde suplementar.....	41
Adriana Paula de Souza Oliveira e Ronaldo Radicchi	
RN 443/2019: estruturação estratégica da governança corporativa pela alta direção Unimed Governador Valadares Cooperativa de Trabalho médico.....	54
Anderson Pereira dos Santos, Paulo Roberto de Azevedo Bicalho, Paulo Roberto Fontes, Edelimar Figueiredo Rosa e Danilo dos Santo Matos	
Cuidado Paliativo na Unidade de Terapia Intensiva: Estado da Arte.....	68
Raquel Melânia de Jesus Tassini, Joseph Fabiano Guimarães Santos e Maria Emília de Melo Coelho	
NORMAS / GUIDELINES	96



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



Caro (a) leitor (a),

A Revista Científica da Faculdade Unimed continua com sua missão de disseminar pesquisas científicas desenvolvidas nas áreas de Educação Superior, Saúde, Gestão e Cooperativismo. Mais do que nunca, acreditamos que o conhecimento é o caminho para ir mais longe. E que é preciso compartilhá-lo para que se possa gerar resultados que transformem a sociedade.

A entrevista deste segundo número com o superintendente do Sistema OCB (Organização das Cooperativas Brasileiras), Renato Nobile, reforça justamente os ganhos proporcionados pelas pesquisas acadêmicas, já que a aproximação das instituições de ensino com o cooperativismo tem contribuído para o crescimento do segmento de forma segura e sustentável.

Pensando em sustentabilidade e em gestão na saúde, convidamos o assessor técnico da Presidência da Central Nacional Unimed, Fernando Torelly, para compartilhar suas experiências profissionais e reflexões sobre o cenário que vivemos. Em seu artigo de opinião, ele lança dois desafios: mudar o modelo de cuidado em saúde e eliminar os desperdícios nos sistemas de saúde, públicos ou privados.

Para a seção de trabalhos científicos, reunimos cinco exemplares sobre temas diversos, mas que convergem para um ponto em comum: debater ideias e buscar respostas que tenham aplicabilidade dentro de seus campos de atuação.

Há o relato da experiência de uma operadora de planos de saúde no desenvolvimento do programa de capacitação e qualificação de sua rede prestadora.



Além disso, a estruturação estratégica da governança corporativa pela alta direção da Unimed Governador Valadares, conforme a Resolução Normativa 443/2019, da Agência Nacional de Saúde (ANS), se tornou objeto de estudo para os profissionais da cooperativa.

Também está disponível uma revisão bibliográfica sobre a importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos em saúde suplementar para gerenciar custos de uma operadora, possibilitando uma melhora na saúde geral dos seus beneficiários.

No ramo da saúde, os artigos tratam de assuntos ligados à longevidade do ser humano, uma preocupação cada vez mais presente na atualidade. Foram abordados os fatores psicológicos associados à falta de memória em idosos e as iniciativas desenvolvidas pelo programa Zen Sênior da Unimed Litoral, voltado ao gerenciamento de estresse e ansiedade dessa faixa etária. Já o cuidado paliativo na unidade de terapia intensiva foi a base para a criação de um estado da arte, por se tratar de uma opção eficiente para dar suporte na assistência aos pacientes.

Esperamos que o material apresentado seja fonte de inspiração, ofereça novas perspectivas e agregue mais entusiastas a esse movimento de evolução por meio da educação.

Boa leitura!

*Prof. Dr. Eudes de Freitas Aquino
Diretor Geral da Faculdade Unimed*



entrevistas



Por Fernanda Maria Pereira

 **Renato Nobile**

Engenheiro civil e produtor rural, Nobile tem longa experiência no setor cooperativo, tendo se associado à Cooperativa Agroindustrial (Coopermota), localizada na cidade de Cândido Mota (SP), em 1988. Foi presidente da singular e ocupou outros diversos cargos em diferentes instituições do ramo até chegar à OCB, em 2008. Lá, atua pelo fortalecimento da imagem e pelo desenvolvimento do cooperativismo no país, por meio de iniciativas como o Encontro Brasileiro de Pesquisadores em Cooperativismo (EBPC). O evento tem como propósito reafirmar a premissa de que teoria e prática podem – e devem – caminhar de mãos dadas.



A IMPORTÂNCIA DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE COOPERATIVISMO NO BRASIL

Como a pesquisa científica pode fortalecer o cooperativismo? Segundo o superintendente do Sistema OCB, Renato Nobile, o incentivo à produção acadêmica tem impulsionado o crescimento do segmento de um modo sustentável e seguro. Confira a entrevista.

Como superintendente da OCB, qual a sua análise sobre o cenário da produção de conhecimento sobre o cooperativismo no Brasil?

O cooperativismo vive um cenário de plena expansão e vem transformando realidades em mais de 100 países. De acordo a Aliança Cooperativa Internacional (ACI), entidade da qual a OCB faz parte, uma em cada sete pessoas no mundo está ligada a uma cooperativa. Uma prova desse sucesso são os números positivos com relação à geração de emprego e renda nos diversos setores econômicos.

Com esse crescimento, o cooperativismo tem inspirado cada vez mais a realização de pesquisas, o que vem gerando mais dados sobre o setor. Quanto mais informações, mais as cooperativas se tornam atraentes para a investigação acadêmica. Daí a importância na disponibilidade de acesso às informações.

Pensando nessa relação entre os ambientes acadêmico e cooperativista, o Sistema OCB estimula a pesquisa como meio de geração de conhecimento e para dar visibilidade e transparência aos resultados de cada ramo de atividade. Uma estratégia para isso é a realização de grandes eventos como o Encontro Brasileiro de Pesquisadores em Cooperativismo (EBPC), que já está em sua quinta edição.

Quais são os temas de interesse mais abordados e quais demandam mais incentivo?

Não é de hoje que o cooperativismo tem chamado a atenção do meio acadêmico. Em São Paulo, o atual Instituto de Cooperativismo e Associativismo (ICA) já foi um órgão de governo vinculado à USP. Hoje não é mais. E a Universidade Federal de Viçosa, em Minas Gerais, desde a década de 1960 se dedica a pesquisar a rotina das cooperativas, por meio do Programa de Pós-Graduação em Economia Aplicada e de Extensão Rural.



O que se observa, em geral, dessas pesquisas é que a maior parte delas está direcionada à performance financeira e à eficácia econômica. Pouco se sabe sobre os aspectos de performance social, especialmente as que mensuram a importância da cooperativa para a vida do associado. Essa parte do conhecimento ainda é muito embrionária e seria muito importante termos uma comprovação técnico-científica a esse respeito. Creio que, a título de sugestão, os pesquisadores poderiam centralizar esforços nesta área.

Considerando o quinto princípio do cooperativismo (Educação, formação e informação), qual a importância de aproximar as instituições de ensino das cooperativas?

O que se tem constatado é que o incentivo à pesquisa impulsiona o crescimento do cooperativismo de um modo sustentável e seguro. Essas pesquisas são fundamentais para demonstrar a eficiência socioeconômica do nosso modelo de negócios. Por isso, o Sistema OCB deve continuar estimulando o trabalho dos pesquisadores, interessados em atuar com foco nas cooperativas. E os resultados dessas pesquisas têm sido muito úteis também para apurar o que precisa ser aprimorado no cooperativismo e o porquê.

De que forma o investimento em formação reflete na profissionalização da gestão das cooperativas brasileiras?

A OCB entende que quanto mais dados consistentes a respeito do movimento cooperativista estiverem disponíveis, maiores são as chances de crescimento desse modelo de negócio. Por isso, a entidade incentiva a produção científica tanto por meio da disponibilização de informações como pelo fornecimento de bolsas de estudos para pesquisadores.

Embora mais barata, a primeira medida é a mais complexa porque esbarra no fornecimento de informações da cooperativa e parte desse conteúdo pode tratar de assunto estratégico não compartilhável.

Então, a OCB tem a segunda opção da bolsa de estudos que, se por um lado demanda a aplicação de um recurso, por outro resulta na geração desses dados científicos que poderão ser utilizados no processo de desenvolvimento do cooperativismo.



É um incentivo à pesquisa com objetivo de gerar o conhecimento teórico a ser usado na solução de problemas empíricos identificados nas cooperativas. Portanto, a OCB investe na pesquisa teórica que é diretamente desenvolvida para ser aplicada em um caso empírico de seu interesse.

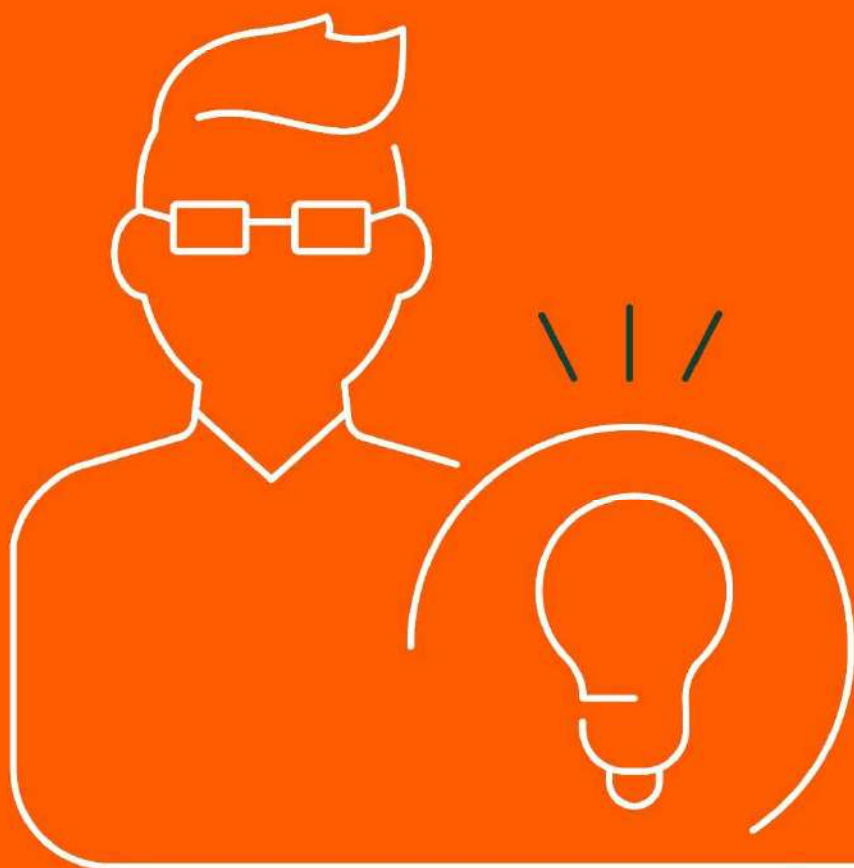
Qual o papel do cooperado nessa relação de troca entre teoria e prática?

O cooperado é um elo fundamental nessa dinâmica com os pesquisadores universitários. Ele é a alma dessas pesquisas, pois é ele que toma as decisões ora na cooperativa, ora na propriedade, na sala de aula, no garimpo, no consultório, no caminhão etc. Se por um lado o cooperado é o gerador da informação, por outro ele é o consumidor dos dados que os pesquisadores geram. Então, cooperar com as pesquisas é se fazer presente numa relação de ganha-ganha.

Quais ensinamentos o cooperativismo pode compartilhar com os outros setores da sociedade?

Os diferenciais do cooperativismo são seus valores, são as pessoas que se preocupam em transformar não só a própria realidade, mas transformar a realidade de uma cidade, de um estado e, assim, de um país. Esse é o nosso objetivo de contribuir com a transformação do nosso país em um lugar mais justo, feliz, equilibrado e com melhores oportunidades para todos.

Se temos algo para ensinar aos modelos econômicos, seria a confiança nas pessoas. É a confiança que nos mantém ligados numa cooperativa, com a finalidade de solucionar uma questão em comum. Foi assim com os pioneiros do cooperativismo, há quase 200 anos e, certamente, será assim por todo o sempre.



**relatos de
experiência**



UMA NOVA PLATAFORMA PRODUTIVA DE CUIDADO EM SAÚDE

Fernando Torelly

Economista pós-graduado em Administração Hospitalar, Administração de Recursos Humanos e mestre em Administração de empresas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Atualmente, ocupa o cargo de assessor técnico da Presidência da Central Nacional Unimed, onde tem agregado com sua experiência na área de gestão em saúde de hospitais públicos de Porto Alegre e São Paulo.



Quando nasci, em 1964, a expectativa de vida no Brasil era de 56 anos. Hoje, aos 55 anos, certamente estaria escrevendo meus últimos textos. A evolução da Medicina, melhor gestão hospitalar, novos medicamentos, inovações tecnológicas, avanços no cuidado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento das cooperativas médicas contribuíram para o aumento da longevidade. Hoje, a expectativa se aproxima dos 76 anos.

Essa evolução de transição demográfica modificou o perfil de saúde. Como consequência da maior longevidade não associada aos hábitos de vida mais saudáveis, ocorreu o aumento das doenças crônicas: a transição epidemiológica. Duas transformações que alteraram e continuarão a mudar rapidamente o Sistema de Saúde público e privado no País.

Porém, ainda não fizemos a transição do modelo de cuidado. Tratamos pacientes crônicos em uma plataforma construída/mantida para doenças agudas. Emergências e prontos atendimentos possuem alto fluxo de crônicos que, por falta ou má qualidade de acompanhamento, necessitam frequentemente de atendimentos a episódios agudos.

Nossa geração tem dois grandes desafios e compromissos:

- Primeiro, **mudar radicalmente a plataforma produtiva de cuidado em saúde**, com a implantação urgente (e em larga escala) de modelos baseados em gestão populacional, medicina da família, coordenação do cuidado, redes de referência e contrarreferência. Também melhorar o incentivo financeiro para remuneração da cadeia produtiva a partir de indicadores de saúde e desfecho clínico, não na frequência/uso dos serviços.

O novo sistema deve integrar as informações em um único repositório de dados. Isso permitirá aos profissionais de saúde — das atenções primária, secundária e terciária — acompanhar atendimentos e ações de saúde de forma integrada.

Outro ponto é a formação médica e da equipe de saúde para garantir profissionais em número e qualidade necessários. A porta de entrada do novo sistema será a atenção primária também aos pacientes com planos de saúde. E temos a obrigação de transformar rapidamente mais uma questão: tratar as doenças crônicas em uma plataforma de serviços para doenças agudas — sem informações integradas, ou coordenação de cuidado — é financeiramente inviável e um risco à saúde da população.



▪ O segundo desafio é **eliminar o desperdício no Sistema de Saúde (público e privado)**. Estima-se que 30% do atual gasto no Brasil e no mundo pode ser considerado desperdício, classificado como cuidados desnecessários e ineficiências do sistema. Muitas instituições implementam centros de excelência em determinadas especialidades (ou patologias) para revisar indicações cirúrgicas e tratamentos.

Quanto à ineficiência, podemos identificá-la de várias formas:

1. No Brasil, são cerca de 6 mil hospitais. Parte importante deles tem menos de 50 leitos, ou seja, sem condição mínima de escala para operação com bons níveis de eficiência e/ou eficácia;
2. Redes importantes de instituições com mesmo propósito insistem em trabalhar de forma isolada, fora de uma rede integrada. Estima-se a perda operacional em termos de custos próxima ou acima de 30%;
3. Hospitais de alta complexidade realizam procedimentos simples, que poderiam ser efetuados em hospitais vocacionados para média complexidade. Por exemplo: cirurgias de hérnia em uma sala cirúrgica preparada para realização de transplantes.

Ao citar instituições com os mesmos propósitos que se atuassem de forma integrada eliminariam parte importante do desperdício em saúde, me refiro as que foram (e são) grandes responsáveis pelos avanços da Saúde no País:

1. **Hospitais filantrópicos de imigrantes** - trouxeram excelência ao sistema de saúde;
2. **Santas Casas de Misericórdia** - possuem hospitais em todo o território nacional e são responsáveis pela universalização do cuidado — no passado, eram o único recurso para pessoas carentes;
3. **Sistema Unimed** - organizou grupos médicos de forma cooperativa em praticamente todas as regiões do Brasil. Ao longo de 52 anos, leva cuidado qualificado à parte da população.

Hoje, são 120 hospitais e mais de 200 prontos atendimentos no Sistema Unimed. Muitos ainda realizam processos de compra de forma isolada: aquisições de equipamentos, contratos de manutenção e compras de insumos. Porém, sem o diferencial competitivo de atuação em rede.



As estratégias e estruturas que nos trouxeram até aqui com sucesso não serão suficientes no futuro. Potencializar sinergias, formando novas redes de saúde, são fatores de sobrevivência no cenário econômico atual. Nossa geração não conseguirá fazer as três transições de padrão da saúde. Fizemos a demográfica e a epidemiológica. Agora, iniciamos a transição do modelo de cuidado baseado na medicina de família e gestão populacional em larga escala.

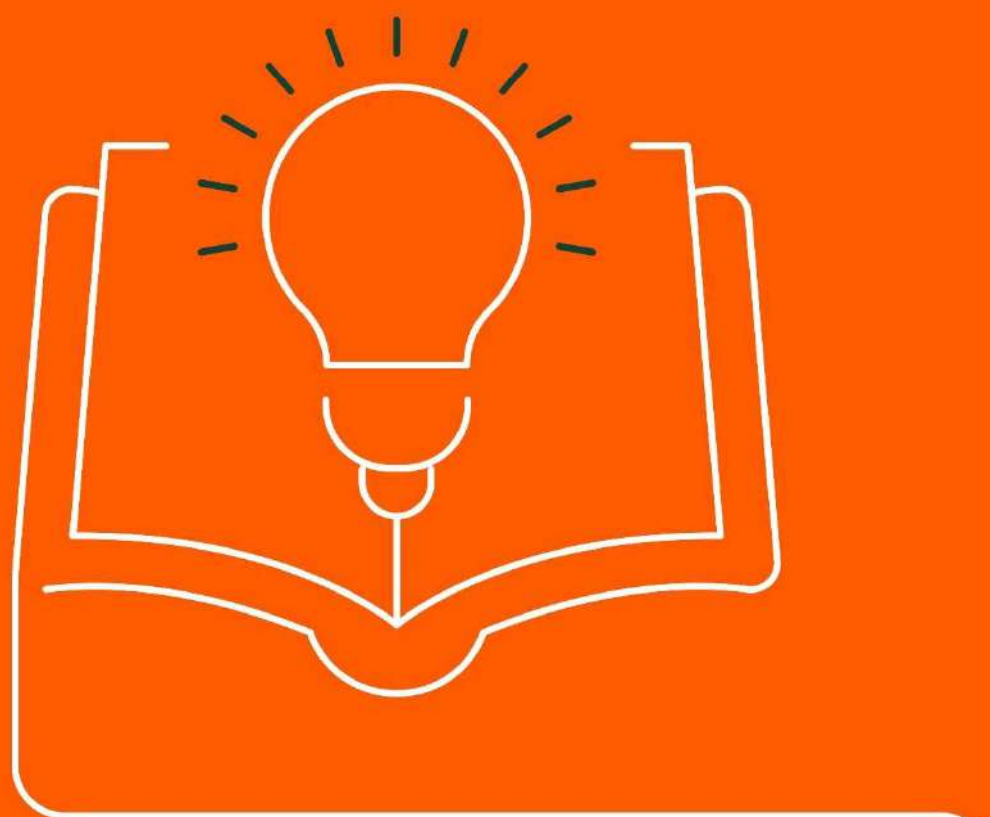
Mas temos um compromisso: reduzir e, se possível, eliminar o desperdício existente no atual sistema de saúde motivado pelo modelo de relacionamentos institucionais, que venceram em um cenário de saúde que não existe mais. Enfrentaremos resistências de quem utiliza o sucesso do passado como defesa do atual modelo.

Nossas ineficiências contribuem para a formação de “ilhas de excelência”, onde em uma mesma cidade a expectativa de vida do bairro rico é 40% maior do que a do bairro pobre. Somente uma nova visão sistêmica, integrada e fortalecida fará as instituições trazerem a esperança de uma saúde melhor, mais humana, menos desigual e com acesso a um número significativo de brasileiros.

Enfrentar mudanças requer mais do que coragem e determinação. Requer humildade em reconhecer o que os outros estão fazendo melhor, espírito público e desconforto com os níveis de desigualdade de acesso e qualidade de atendimento.

Saúde não é um negócio simples. Queremos e devemos ter resultados financeiros positivos, mas precisamos entender o propósito maior de quem buscou como profissão “cuidar de vidas”, em qualquer área da Saúde.

Esse é o compromisso de uma geração.



artigos



FATORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À FALTA DE MEMÓRIA EM IDOSOS:
programa Zen Sênior como recurso terapêutico – revisão narrativa e análise descritiva

PSYCHOLOGICAL FACTORS RELATED TO MEMORY LOSS IN ENDERLIES: Zen Sênior program as a therapeutic resource – narrative revision and descriptive analysis

📍 **Juliana Morgana Stedile**

Psicóloga de Atenção Integral à Saúde, especializada em Neuropsicologia, atua na Unimed Litoral com grupos de promoção à saúde.

📍 **Marluci Camila Gomes**

Psicóloga de Atenção Integral à Saúde, especializada em Neuropsicologia, atua na Unimed Litoral com grupos de promoção à saúde.

📍 **Tamiris Nunes Markoski**

Nutricionista de Atenção Integral à Saúde, Mestre em gerontologia UFSM-RS, atua na Unimed Litoral com grupos de promoção à saúde



RESUMO

O envelhecimento pode provocar alterações cognitivas em idosos, especialmente na memória. O objetivo deste estudo foi identificar os principais fatores psicológicos associados à falta de memória em idosos através de artigos publicados nos últimos dez anos disponibilizados nas principais plataformas de pesquisa do país e relatar as experiências vivenciadas com o programa Zen Sênior, voltado ao gerenciamento de estresse e ansiedade desta faixa etária. Nos artigos selecionados foram identificados ansiedade, estresse, depressão, autoeficácia e metamemória como os principais fatores psicológicos relacionados à falta de memória em idosos, sendo estes o foco principal quando este tema é investigado. Em seguida, foram apontados os fatores socioeconômicos e clínicos. Entretanto, as pesquisas não apontaram dados significativos para respaldar os efeitos destes no uso na memória. Face a esta dubiedade de fatores, torna-se essencial que as práticas de saúde voltadas ao idoso atuem na interdisciplinaridade focando essencialmente na saúde mental. Para tal, o programa Zen Sênior da Unimed Litoral contribui neste aspecto com o intuito de amenizar os impactos dos fatores psicológicos no desempenho da memória dos idosos.

Palavras-chave: Fatores psicológicos. Queixas de memória. Dificuldade de memória. Idosos.

ABSTRACT

Aging may cause cognitive disorders in the elderly, especially in memory. The objective of this study was to identify key psychological factors associated with memory loss in the elderly through articles published in recent ten years available in the main research platforms in the country and report the experiments from Zen Sênior program, which objective was stress and anxiety management. In the selected articles the main psychological factors related to memory loss was anxiety, stress, depression, self-efficacy and metamemory, these being the main focus when this topic is investigated. Then, it was appointed the socioeconomic and clinical factors. However, the research showed no significant data to support the effects of these in memory. Due the dubiousness of these factors, it is essential that health practices aimed at the elderly act on interdisciplinarity, focusing primarily on mental health. To this end, the program Zen Sênior from Unimed Litoral contributes to soften the impact of psychological factors on the memory performance of the elderly.

Keywords: Psychological factors. Complaints of memory. Memory difficulties. Elderly.



1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2010 a idade de 65 anos como início da senescência para os países desenvolvidos e 60 anos para os países em desenvolvimento. O crescimento da população idosa brasileira representou mais que o dobro do crescimento da população total no ano 2008. Estima-se que a média de vida do brasileiro chegará a 81 anos em 2050, apontando que o país se encaminha para um perfil de população cada vez mais idosa. Apesar de ser uma conquista relevante, que resulta da crescente atenção dada ao idoso, este avanço traz consigo, ao mesmo tempo, o desafio de descobrir como este estágio de vida pode ser melhor usufruído a nível individual, social e psicológico (FERREIRA & BARHAN, 2011).

No decurso do envelhecimento, os idosos apresentam maior vulnerabilidade a doenças e uma parcela significativa desta população é acometida por alterações cognitivas. Para Carvalho, Neri & Yassuda (2010) o envelhecer implica na redução da velocidade de processamento da informação, que afeta o desempenho cognitivo, especialmente atenção, memória operacional e memória declarativa. Estas dificuldades refletem um descontentamento em relação às habilidades do sujeito e podem causar diversos prejuízos, especialmente na esfera social, visto que está presente em quase todas as atividades desenvolvidas no cotidiano.

No decorrer das duas últimas décadas, foram elaboradas diversas hipóteses com o objetivo de explicar este declínio no desempenho de idosos em tarefas de memória. Para Yassuda *et al.* (2005), a primeira hipótese, a do desuso, indica que o estilo de vida do idoso pode não favorecer o funcionamento integral da memória, devido a aposentadorias, mudanças de papéis sociais e afastamento da estimulação necessária. A outra hipótese indica o envelhecimento biológico cerebral, que pode ser responsável pela lentificação, causada pela perda de neurônios ou a redução de conexão entre eles. Ainda, para os autores algumas hipóteses sugerem que o estilo cognitivo do idoso seja menos eficiente por falta de estimulação adequada.

Estas mudanças neuropsicológicas, principalmente os déficits cognitivos, podem se relacionar a diversos fatores, dentre eles, sintomas demenciais. A demência é uma síndrome caracterizada especialmente pelo declínio da memória associado ao déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, agnosias, apraxias, funções executivas) com intensidade capaz de interferir na funcionalidade e no desempenho social (APA, 2002). Resultados de uma pesquisa que envolveu avaliações neuropsicológicas de indivíduos com demência, apontam que



o desempenho cognitivo cai rapidamente em todas as áreas (CHARCHAT-FIHMAN *et al.*, 2005).

As queixas de dificuldade de memória podem indicar de fato uma dificuldade cognitiva, entretanto, estudos sugerem que as queixas estão principalmente associadas a fatores psicológicos, como ansiedade, depressão, alta exigência pessoal, metamemória, além dos níveis de escolaridade (PAULO & YASSUDA, 2009). Outras pesquisas corroboram a ideia de que transtornos psicológicos como, por exemplo, o Transtorno Depressivo Maior, podem vir acompanhados de prejuízos cognitivos, e vice-versa, e que as queixas de memória podem também estar relacionadas à traços de personalidade, estados emocionais e estresse, sendo este último, de natureza comportamental, hormonal e autoperceptiva (SANTOS *et al.*, 2012). Para Huf, Lopes & Rozenfeld (2000), as dificuldades de memória podem também ser associadas a reações adversas a grupos farmacológicos, com destaque os benzodiazepínicos que além do risco de dependência, podem gerar prejuízos cognitivos, mesmo após a interrupção do medicamento. Ainda, as falhas na memória podem estar associadas aos distúrbios do sono (MULLER & GUIMARÃES, 2007), desta forma, manter-se ativo através da prática regular de atividade física, reflete na autonomia e na obtenção da qualidade de vida, vindo a interferir de maneira positiva para minimizar os declínios de memória declarativa (CODEIRO *et al.*, 2014).

Frente a esta situação, a realização de programas neuropsicológicos para idosos, com intervenções holísticas integradas pelas áreas cognitiva, emocional e social, contribuem para a prevenção de declínios cognitivos, como sistemas de memória, promovendo saúde mental, maior autonomia e independência funcional. Ainda, para Amodeo, Maria Netto & Fonseca (2010), estas atividades realizadas no contexto grupal favorecem maior motivação e integração social para seus participantes.

Devido ao impacto das queixas de memória nas pessoas idosas, o presente artigo busca apresentar os principais fatores psicológicos associados à falta de memória em idosos, e apresentar como uma possibilidade de recurso terapêutico o programa Zen Sênior de Gerenciamento de Estresse e Ansiedade que vem sendo realizado na Unimed Litoral, para idosos com médio e alto nível de estresse e ansiedade e queixas de falta de memória.

O primeiro e segundo capítulo deste artigo apresenta um estudo diacrônico sobre os principais fatores psicológicos, socioeconômicos e clínicos que influenciam na queixa de memória em idosos. O terceiro capítulo apresenta o relato de experiência do programa Zen Sênior com recurso terapêutico para esta demanda.



2 METODOLOGIA

A busca pelos referenciais teóricos ocorreu em bases de dados eletrônicas como SciELO Brasil e Lilacs e foram selecionados 12 artigos de natureza empírica e de revisão bibliográfica. A análise considerou os objetivos dos estudos, amostras e principais fatores associados à queixa de memória em idosos. A partir da leitura destas publicações selecionadas, foi identificado que os fatores psicológicos são os mais evidentes e presentes nas queixas de falta de memória em idosos. Desta forma, o programa Zen Sênior será apresentado como um relato de experiência de recurso terapêutico para esta demanda.

3 FATORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUENCIAM NA QUEIXA DE FALTA DE MEMÓRIA

Os fatores psicológicos são o foco central quando se pesquisa sobre as dificuldades de memória. Idosos que apresentam queixas de dificuldades de memória, podem de fato indicar uma real dificuldade cognitiva, entretanto, estudos sugerem que estas queixas estejam mais associadas a depressão, estresse, ansiedade, autoestima, qualidade de vida, autoeficácia e metamemória (PAULO & YASSUDA, 2009). Um estudo realizado com amostra de 67 idosos, apontou que a frequência de esquecimentos relatadas, esteve mais associada a sintomas de ansiedade do que de sintomas depressivos. Os resultados também apontaram que quanto maior a frequência de esquecimentos, maiores os sintomas de ansiedade. Além disto, os resultados apontaram que a autopercepção subjetiva de perda de memória dos idosos pesquisados, estaria mais associada à depressão e a traços de personalidade que ao desempenho objetivo nos testes neurológicos realizados (PAULO & YASSUDA, 2009). Um dos achados do estudo de Santos *et al.* (2012), realizado com amostra de 204 idosos participantes saudáveis, foi a associação entre a percepção de estresse e a queixa subjetiva de comprometimento de memória. Foi verificado que quanto maior o nível de estresse informado pelos idosos, maior era a queixa de comprometimento de memória. Entretanto, é possível que a percepção de perda do funcionamento da memória constitui-se como um fator estressor, mediante o medo de vir a desenvolver demência. Entretanto, os autores identificaram que os idosos com maior queixa de comprometimento de memória apresentaram mais sintomas de depressão e pior autoestima do que os idosos sem queixa.

Quanto às queixas subjetivas de dificuldade de memória e traços de personalidade, os autores apontam que os dados apresentados são inconclusivos, uma vez que sujeitos com um traço afetivo mais depressivo e que referem sentimentos negativos em relação às suas



habilidades com maior frequência, são mais propensos a relatarem pior funcionamento da memória em atividades cotidianas. Outros pesquisadores corroboram esta ideia, inclusive, é considerada a hipótese de que o desempenho ou as queixas subjetivas de dificuldade de memória também podem ser negativamente influenciada por atitudes e crenças a respeito de sua capacidade de memorização.

Apesar da limitação de literatura sobre este tema, Yassuda *et al.* (2006) realizaram uma pesquisa com 33 adultos e 27 idosos e corroboraram achados internacionais a respeito da autoeficácia, que, para os idosos foi mais baixa do que para os adultos. Entretanto, quando esta diferença é calculada de maneira geral, torna-se estatisticamente insignificante. Neste estudo, o fator ansiedade, esteve presente na amostra da população idosa. Demais autores, como Pergher, Stein & Wainer (2004) e Melo *et al.* (2013) corroboram a ideia de que eventos estressores prejudicam não apenas a cognição de maneira geral, mas também a qualidade de vida.

3 FATORES SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À FALTA DE MEMÓRIA EM IDOSOS

As funções cognitivas refletem amplamente as circunstâncias ambientais e a classe social que o idoso está inserido. Souza & Wescher (2013) especificam que os níveis de escolaridade, habilidades intelectuais e qualidade de vida exercem significativa influência na memória dos idosos. No que se refere à qualidade de vida, idosos que mantinham preservadas a autonomia, independência e participação em atividades, apresentaram melhores resultados nas funções cognitivas, bem como é considerado que os idosos que mantiverem a prática regular de atividade física poderiam minimizar os declínios da memória declarativa (CORDEIRO *et al.*, 2014).

Charchat-Fihman *et al.* (2005) realizaram uma revisão de estudos sobre processos fisiológicos do envelhecimento normal. Os autores identificaram que as variáveis demográficas, clínicas, ambientais e genéticas influenciam o desempenho dos idosos nos testes neuropsicológicos.

As comorbidades físicas estão associadas aos idosos e, assim, deixa-os cada vez mais expostos a polifarmacoterapia, definida pelo uso de cinco ou mais medicamentos por indivíduo (ROBERTI, 2017). Achados da revisão bibliográfica desta autora apontam que os medicamentos da classe dos betabloqueadores prejudicam a memória e que o uso de benzodiazepínicos são potencialmente nocivos à saúde, bem como alguns antidepressivos



tricíclicos que possuem efeitos colaterais e geram efeitos anticolinérgicos, o que pode agravar quadros de confusão mental em idosos.

4 PROGRAMA ZEN SÊNIOR COMO RECURSO TERAPÊUTICO

A partir de uma perspectiva multicausal dos fenômenos relacionados aos diferentes graus de agravos à saúde, o estresse pode ser visto como um construto capaz de ampliar o grau de compreensão sobre a influência de processos sociais e psicológicos nos processos de adoecimento e de controle da saúde. No Brasil, segundo publicações do Instituto de Psiquiatria do HC (USP), aproximadamente 12% da população sofre de ansiedade, o que representa quase 24 milhões de brasileiros com ansiedade patológica (TAMAYO *et al.*, 2004).

A interação social, sobretudo com pessoas da mesma geração, possibilita ao idoso construir novos laços de relação, favorecendo o bem-estar físico, psicológico e social. Desta forma, o programa Zen Sênior enfatiza em suas práticas a importância de adotar hábitos de vida saudáveis (físicos e emocionais) para a promoção de saúde mental.

Este programa tem como público-alvo adultos a partir de 55 anos que tenham queixas de estresse, ansiedade e dificuldades de memória e/ou atenção. Em um grupo de 8 participantes, são realizados 8 encontros semanais com duração de 60 minutos, facilitado por uma psicóloga em todos os encontros, e conta com o auxílio de uma nutricionista e um médico da Atenção Personalizada à Saúde – APS.

A Psicologia contribui com o acompanhamento dos beneficiários, orientando sobre o processo terapêutico, e técnicas para gerenciamento de estresse e ansiedade com foco em Atenção Plena (*Mindfulness*). As práticas são realizadas focadas no momento presente por meio de atenção na respiração, nos sons do ambiente e a utilização constante dos cinco sentidos para observar o contexto (visão, audição, tato, olfato e paladar). São realizados momentos de autocompaixão – regaste da história de vida com olhar de carinho e acolhimento – aceitação e diversas outras técnicas voltadas para ressignificar crenças limitadoras em relação a si mesmo e sua condição cognitiva e assim trabalhar sentimentos como autoestima e autoeficácia (HIRAYAMA *et.al.*, 2014).

Na perspectiva da psicologia, a prática meditativa (*mindfulness*) tem sido definida como um treino sistemático da regulação atencional e emocional e possibilita o desenvolvimento de habilidades para mudar o foco de pensamentos e sentimentos, atuando essencialmente no controle da ansiedade, estresse e nas crenças relacionadas a autoeficácia e metamemória (CARPENA & MENEZES, 2018).



A nutrição participa de um encontro e contribui com atividades educativas voltadas a sensibilização do processo de alimentação, resgatando o controle e o prazer pela alimentação sem culpa, desconstruindo estigmas e crenças limitadoras, valorizando o momento da refeição e conscientizando sobre hábitos alimentares voltados à Atenção Plena na alimentação – *Mindful eating* (SILVA & MARTINS, 2017).

O médico da Atenção Primária à Saúde realiza a aplicação do questionário sobre o perfil saúde e doença, identificação dos fatores de risco e acompanhamento da evolução dos pacientes durante o programa, visando a integralidade do cuidado (MENDES, 2010). Como instrumento de medida de desempenho e evolução do participante do programa, é utilizado a escala MAAS- *Mindful Attention Awareness Scale* (FIGURA 1), composta por quinze itens com o objetivo de avaliar a atenção voltada para a consciência do momento presente e avalia, exclusivamente, o aspecto atencional da atenção plena (BARROS, 2015).

Escala de Atenção e Consciência Plenas (MAAS)						
Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1 a 6 abaixo, por favor, indique a frequência com que você tem cada experiência, atualmente. Por favor, responda de acordo com o que realmente reflita a sua experiência, ao invés de o que você pensa que a sua experiência deveria ser. Por favor, pense em cada item separadamente dos outros.						
1	2	3	4	5	6	
Quase sempre	Muito Frequentemente	Relativamente Frequente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca	
1)				1	2	3 4 5 6
2)				1	2	3 4 5 6
3)				1	2	3 4 5 6
4)				1	2	3 4 5 6
5)				1	2	3 4 5 6
6)				1	2	3 4 5 6
7)				1	2	3 4 5 6
8)				1	2	3 4 5 6
9)				1	2	3 4 5 6
10)				1	2	3 4 5 6
11)				1	2	3 4 5 6
12)				1	2	3 4 5
13)				1	2	3 4 5 6
14)				1	2	3 4 5 6
15)				1	2	3 4 5 6



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo apontaram fatores importantes que influenciam nas queixas de dificuldade de memória em idosos na esfera psicológica, socioeconômica e clínica/funcional. Os fatores ansiedade, estresse, traços de personalidade, declínio funcional e envelhecimento, foram indicados pelos estudos com forte associação às queixas de dificuldades de memória. Em contrapartida, sentimentos de autoeficácia, metamemória, qualidade de vida e prática de exercícios físicos foram apontados como fatores “fortalecedores” ao desempenho da memória em idosos. Quanto à depressão e ao uso de benzodiazepínicos, embora cotidianamente estejam associados às queixas, as pesquisas atuais não apontaram dados significativos para respaldar os efeitos destes nas queixas de memória.

O programa Zen Sênior surge como um recurso terapêutico a adultos e idosos que desejam melhorar sua qualidade de vida, nas esferas emocionais e cognitivas, com práticas meditativas, de autoconhecimento e de gerenciamento de estresse e ansiedade. Uma das limitações deste estudo refere-se a falta de materiais de avaliações pós-grupo para mensurar quantitativamente as melhoras dos beneficiários, uma vez que até o momento os relatos de melhora foram subjetivos, porém expressivos, pois o programa teve seu início em janeiro de 2019.

Este artigo procurou fazer uma breve descrição dos fatores associados à queixa de dificuldade de memória em idosos, onde enfaticamente os fatores psicológicos ficaram evidentes. Observa-se a necessidade da implementação de programas interdisciplinares, voltados a este tema para adultos e idosos no âmbito preventivo e de promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

AMODEO, M. T.; NETTO, T. M.; FONSECA, R. P. Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idosos: modalidades da Literatura e da Neuropsicologia. *Letras de Hoje*. Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 54-64, 2010.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª edição revisada, Porto Alegre, Artmed, 2002.

BARROS, V. V.; KOZASA, E. H.; SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T. M. Evidências de Validade da Versão Brasileira da Escala de Atenção e Consciência Plena (MAAS). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 28, n. 1, p. 87-95, 2015.

BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosos institucionalizadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 2, p. 133-138, 2008.



CARPENA, M. X.; MENEZES, C. B. Efeito da Meditação Focada no Estresse e Mindfulness Disposicional em Universitários. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. v. 34, 2018.

CARVALHO, F. C. R.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 2, p. 317-323, 2010.

CHARCHATT-FITMAN, H. *et al*, Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.

CORDEIRO, J. *et al.*, Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos, *Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

ROBERTI, F. Medicamentos em idosos que causam prejuízo à memória. In: XVIII JORNADA DE EXTENSÃO, 18, 2018, Ijuí. *Anais...Ijuí: Salão do Conhecimento*, 2017.

HIRAYAMA, M. S. *et al.* A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do *Freiburg Mindfulness Inventory*. *Ciênc. saúde coletiva.*, v. 19, n. 9, p. 3899-3914, 2014.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 2, p. 351-362, 2000.

FERREIRA, H. G.; BARHAN, E. J. O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 3, p. 579-590, 2011.

MELO, R. L. P. *et al.* O Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: O Papel Moderador do Sentido de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, n. 2, p. 2297-2305, 2010.

MULLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estudos de Psicologia*, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória em idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2009.

PERGHER, G. K.; STEIN, L. M., WAINER, R. Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 2, p. 82-90, 2004.

SANTOS, A. T., *et al.* Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima, *Revista da escola de Enfermagem da USP*, v. 46, 2012.



SILVA, B. F.; MARTINS, E. S. Mindfulness na nutrição comportamental. In: *Anais IX Simpoc. Revista Científica Univiçosa* – n. 1, Viçosa/MG, 2017.

SOUZA, A. A. F.; WECHSLER, S. M. Inteligência e criatividade na maturidade e velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 4, p. 643-653, 2013.

TAMAYO, A. (Org.) *Cultura e saúde nas Organizações*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004. 255p.

YASSUDA, M. S.; LASCA, V. B.; NERI, A. L. Meta-memória e auto-eficácia: Um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 1, p. 78-90, 2005.

YASSUDA, M. S. *et al.* Treino de memória em idoso saudável. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 19, n. 3, p. 470-481, 2006.



DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE QUALIDADE E CAPACITAÇÃO DA REDE PRESTADORA

DEVELOPMENT OF QUALIFICATION AND CAPACITATION PROGRAM FOR THE PROVIDER NETWORK

📍 Diego Augusto Lopes Oliveira

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pelo programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem UPE/UEPB. E-mail: diegoaugusto.enf@gmail.com. Endereço: Avenida Portugal, nº 1290, bloco 1, apto. 502. Bairro Universitário. CEP: 55016-400, Caruaru – PE.

📍 Marília Fernanda Dantas Florêncio

Coordenadora Operacional. Unimed Caruaru Cooperativa de Trabalho Médico. E-mail: marilia.dantas@unimedcaruaru.com.br

📍 Célia Maria Lopes de Souza

Gerente Operacional. Unimed caruaru Cooperativa de Trabalho Médico. E-mail: celia.lopes@unimedcaruaru.com.br

📍 Jean Charles Santos

Gerente Operacional. Unimed caruaru Cooperativa de Trabalho Médico. E-mail: celia.lopes@unimedcaruaru.com.br



RESUMO

Estudo com objetivo de relatar a experiência de uma operadora no desenvolvimento do programa de capacitação e qualificação de sua rede prestadora. Utilizou-se metodologia qualitativa para abordar as ações na implementação de atividades pautadas na pesquisa com beneficiários e com os requisitos de qualidade. Desenvolveram-se palestras, workshops, minicursos e visitas de avaliação por facilitadores com formação e experiência nas temáticas. Estas ações oportunizaram maior vinculação dos prestadores, fortalecimento do relacionamento com a rede, crescimento mútuo e satisfação dos clientes.

Palavras-chave: Serviços de saúde. Saúde suplementar. Qualidade da assistência em saúde.

ABSTRACT

This study aims to describe the experience of a healthcare insurance company on the development of a capacitation and qualification program to its network provider. The methodology employed was qualitative in order to approach the actions applied, which were based on research with the beneficiaries and on the quality requisites. Talks, workshops, minicourses and visits from Quality were developed. These actions made possible to increase the bond between the providers, to strengthen the relationship with the network, mutual growth and clients' satisfaction.

Keywords: Healthcare Services. Health System. Quality in healthcare.



1 INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde veio, historicamente, evoluindo e sendo aperfeiçoado para uma atenção pautada no fazer “o bem” aos indivíduos, famílias e comunidades ao qual era desenvolvido. Ao longo do tempo o ideal de segurança foi intrinsecamente atrelado à sua implementação, mesmo que empiricamente, garantindo ações baseadas em padrões de qualidade e na prevenção de erros, danos e possíveis sequelas nos grupos nos quais era aplicado (ANVISA, 2013) (MS, 2013).

Para Reis *et al.* (2013) a evolução tecnológica advinda da globalização garantiu avanços nos serviços de atenção à saúde, porém, como consequência, promoveu o afastamento dos profissionais do paciente, propiciando clima de insegurança e da ocorrência de Eventos Adversos em Saúde (EAS). Esse clima de insegurança despertou a preocupação com o tema segurança do paciente, que de acordo com Rigobello *et al.* (2012) pode ser definida, sucintamente, como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar.

No Sistema Nacional de Saúde complementar os serviços de atenção médico-hospitalar são caracterizados como Rede Prestadora, sendo esta indicada por uma Operadora de Planos de Saúde (OPS) para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (ANS, 2017).

O cuidado prestado ao cliente na rede prestadora de atenção é complexo, por isso os profissionais precisam dispor de conhecimento técnico-científico, ter competências e habilidades específicas e conhecer as normas da instituição, bem como os equipamentos utilizados e os procedimentos realizados. Na maioria das vezes o cuidado é prestado de forma bem-sucedida, no entanto, por mais preparada e capacitada que uma equipe de trabalho esteja, erros poderão acontecer, pois errar faz parte da natureza humana (FASSINI & HAHN, 2012). Nesse trajeto de ideias entende-se, de acordo com Ques (2010), que o sistema hospitalar precisa avançar no tocante a conhecer e reconhecer seus erros, além de propor medidas para evitá-los.

Marck & Cassiani (2005) levantam a importância do profissional de saúde como membro ativo no processo de estabelecimento de um clima de desenvolvimento de ações seguras, baseadas na promoção de um clima de segurança atrelado a realização de práticas baseadas em padrões de qualidade, na notificação de erros e na criação de cultura de melhoria contínua do processo de cuidado.



Nessa perspectiva, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no ano de 2011, publicou a Resolução Normativa nº 277 que institui o Programa Nacional de Acreditação de Operadoras de Planos de Saúde cujo objetivo é aumentar a qualidade da prestação dos serviços por meio de critérios de avaliação que possibilitam a identificação e solução de problemas por parte das operadoras de planos de saúde com mais consistência, segurança e agilidade. Quanto mais eficiente for a operadora, tanto em aspectos de gestão quanto no atendimento e na satisfação dos consumidores, melhor poderá ser percebida a qualidade dos serviços prestados. Ou seja, além de incentivar a busca pela eficiência, a norma busca oferecer informação capaz de dar ao consumidor maior percepção em relação à qualidade de uma operadora de plano de saúde (ANS, 2017). Para desenvolvimento dessa normativa e garantia da acreditação OPS é necessário o desenvolvimento de requisitos previstos em dimensões da qualidade, definidas em 7 contextos: 1 - Programa de melhoria da qualidade; 2 - Dinâmica da qualidade e desempenho da rede prestadora; 3 - Sistemáticas de gerenciamento das ações dos serviços de saúde; 4 - Satisfação do beneficiário; 5 - Programa de gerenciamento das doenças e Promoção à saúde; 6 - Estrutura e Operação e 7 - Gestão (ANS, 2011).

Em sua Dimensão 2, a RN nº 277 propõe o desenvolvimento de estratégias para desenvolvimento dos prestadores para entrega da segurança assistencial aos beneficiários durante a utilização dos seus serviços e, nesse sentido, incentiva as OPS a desenvolver a qualificação dos prestadores médicos e serviços de saúde através do desenvolvimento de programas específicos nos seguintes aspectos: atenção ao beneficiário, segurança nas ações assistenciais, segurança dos dados clínicos, educação permanente dos prestadores médicos e serviços para desenvolvimento de boas práticas.

Os serviços de rede prestadora em saúde ligados às OPS, que constituem o sistema de saúde suplementar no país, possuem relação comercial que estabelece o cumprimento de ações assistenciais aos beneficiários como meio da sustentabilidade dos negócios. O desenvolvimento desta relação promove a prestação dos serviços diretos ao usuário de forma prioritária reduzindo assim a incorporação do componente qualidade e segurança do paciente que expõe a população usuária a riscos assistenciais que repercutem na dinâmica dos serviços de saúde e na própria vitalidade da relação comercial existente.

Nesse sentido torna-se essencial o desenvolvimento de ações voltadas para respaldo e apoio à rede prestadora no sentido de potencializar as ações de cuidado pautada em boas práticas e segurança, para que a partir dessa conjuntura haja aumento no grau de qualidade, satisfação e experiências exitosas na atenção aos beneficiários do sistema de saúde suplementar.



Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de uma operadora de plano de saúde no desenvolvimento do programa de capacitação e qualificação em sua rede prestadora.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência acerca do desenvolvimento do programa de capacitação e qualificação da rede credenciada de uma operadora de plano de saúde no interior de Pernambuco. A atividade foi incorporada ao processo de trabalho das áreas de relacionamento com prestadores e gestão da qualidade em virtude do pleito deste serviço à certificação voltada ao Programa de Acreditação de Operadoras de planos de Saúde – proposto pela ANS através da RN nº 277/2011. Para desenvolvimento das ações foi instituído escopo baseado nos seguintes passos: 1 - planejamento e elaboração das prerrogativas do programa; 2 - Comunicação e divulgação do programa entre os prestadores; 3 - Desenvolvimento de Auditorias da Qualidade; 4 - Avaliação e pontuação dos prestadores; 5 - premiação dos prestadores com destaque na participação e avaliações.

Foram incluídos, no desenvolvimento desta proposta de programa, prestadores de serviços voltados à atenção ambulatorial, terapia renal substitutiva, terapia oncológica, clínicas multiprofissionais, clínicas de fisioterapia, clínicas de radiologia, clínicas de oftalmologia, unidades de pronto atendimento e hospitais de média e alta complexidade.

Ressalta-se que não houve necessidade de submissão ao Comitê em ética em pesquisa por tratar-se de um relato envolvendo dinâmicas de processo de trabalho de uma operadora de plano de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

1ª Etapa: Elaboração e Planejamento do Programa

O desenvolvimento do programa teve como objetivo potencializar as ações da rede prestadora e promover, sob apoio da OPS, ações para melhoria da qualidade dos serviços prestados aos beneficiários. O pleito a certificação proposta pela RN nº 277/2011 tornou-se essencial para definição dos passos a serem seguidos como meio de implementação das ações previstas no planejamento do programa.

No proposto pela RN nº 277/2011 os requisitos relacionados a essa dinâmica estão relacionados à Dimensão 2 - Dinâmica da qualidade na rede prestadora, especificamente os



requisitos 2.5 (A OPS viabiliza a participação em programas de capacitação e educação continuada em saúde, para sua rede prestadora, com o objetivo de melhorar os resultados da atenção à saúde); 2.6 (A OPS possui procedimento documentado de incentivos à acreditação/certificação de sua rede prestadora e mantém registros atualizados periodicamente sobre o grau de qualidade de sua rede) e 2.7 (A auditoria concorrente - própria ou terceirizada - possui procedimentos documentados de operação, no intuito de aferir a qualidade e adequação dos serviços prestados pela rede).

Foi otimizado grupo de trabalho envolvendo as áreas operacional, de relacionamento com prestadores, comunicação e marketing e gestão da qualidade com a finalidade de desenvolver estratégia e formulação de um programa voltado à inserção do componente qualidade e segurança do paciente na rede assistencial prestadora. Inicialmente foram otimizados encontros para definição dos objetivos do programa, levando em consideração principalmente os dados de pesquisa de satisfação relacionados às experiências vivenciadas pelos beneficiários na utilização dos serviços da rede.

A partir dessas prerrogativas foram instrumentadas as etapas de desenvolvimento do programa bem como as necessidades operacionais para sua implementação.

Para seguimento da primeira etapa, os prestadores da rede receberam convite formal, através de comunicação da diretoria presidente da OPS, informando sobre a importância do programa, bem como e-mail com briefing contendo as informações gerais e forma de participação nas ações. Aderiram a participação 30 prestadores das áreas de atenção ambulatorial, terapia renal substitutiva, terapia oncológica, clínicas multiprofissionais, clínicas de fisioterapia, clínicas de radiologia, clínicas de oftalmologia, unidades de pronto atendimento e hospitais de média e alta complexidade.

2ª Etapa: Desenvolvimento do Programa – Educação Permanente dos Prestadores

A segunda etapa do programa foi composta por 05 ciclos de atividades de educação permanente voltadas aos pontos críticos referenciados pelos beneficiários na avaliação de satisfação desenvolvida e com foco na melhoria contínua destes serviços. Essas atividades ocorreram de forma mensal, com programação prévia e divulgação entre os participantes, sendo instrumentadas na forma de palestras, oficinas e workshops, obedecendo a adequação a cada temática trabalhada. As atividades foram direcionadas para colaboradores das empresas da rede prestadora (secretarias, atendentes, recepcionistas, profissionais de saúde e gestores).



A implementação das atividades de educação permanente e capacitação da força de trabalho nos prestadores pode ser entendida como forma de aumentar a capacidade empreendedora destes serviços, dessa forma potencializando seus negócios e fortalecendo sua marca e a atividade produtiva em saúde na região. Esse foi o objetivo da criação de parceria junto ao Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) como órgão colaborador no sentido de apoiar as ações de melhoria contínua e elucidar a importância do empreendedorismo na área de saúde com foco na qualidade. A parceria foi de grande valia para organização do programa e captação de facilitadores com alta expertise a fim de fomentar eventos com maior atratividade, fundamentação científica e que oferecessem contribuições para melhoria dos serviços.

3ª Etapa: Visitas da Qualidade

A terceira etapa do programa foi composta por atividades intituladas como “Visitas da Qualidade”, estas com objetivo de realizar auditoria concorrente dos serviços a fim de avaliar suas práticas e promover ações de melhoria nos processos com apoio da operadora, fortalecendo o vínculo com os prestadores e melhorando a entrega ao cliente da OPS. As visitas foram organizadas em cronograma definido pela área de gestão da qualidade e com agendamento prévio junto aos serviços e foram orientadas a partir de instrumentos de auditoria elaborados pela área baseado nos padrões reconhecidos nacionalmente para as especificidades dos prestadores. A operacionalização das visitas se deu por profissionais com *know-how* na área e com formação em auditoria interna da qualidade.

Após desenvolvimento das visitas foram elaborados relatórios de feedback das visitas de qualidade realizadas aos prestadores. Esse documento continha os dados relacionados a operacionalização da visita com destaques aos pontos positivos, não conformidades e oportunidades de melhoria sendo estas embasadas nos dispositivos legais e de boas práticas validadas. O envio dessas informações ao participante teve a intenção de formalizar e garantir maior respaldo à avaliação realizada bem como criar vínculo com a OPS de forma a desenvolver, junto ao prestador, ações de consultoria e orientação para implantação dos requisitos necessários a agregação do componente segurança as suas ações assistenciais.

4ª Etapa: contabilização das pontuações e premiações do programa



Na última etapa de desenvolvimento do programa foram contabilizadas as pontuações obtidas na participação dos eventos do programa. Durante toda a realização dos eventos a assiduidade, colaboração e desempenho dos prestadores foi traduzida em pontuações que somadas geraram um coeficiente geral de participação e indicavam o participante a premiação em uma categoria, dentro da sua especificidade, sendo destacados: *Categoria Ouro*: prestadores com desempenho pontuado acima de 80 pontos; *Categoria Prata*: entre 41 e 79 pontos e *Categoria Bronze*: pontuados em até 40 pontos.

O evento de encerramento do ciclo do programa promoveu atividade educativa e comemorativa das ações desenvolvidas, onde foi divulgado o resultado final do programa com premiação aos participantes que atingiram o selo Categoria Ouro.

Os prestadores referem alta satisfação no desenvolvimento do programa por permitir trabalhar suas potencialidades dentro das necessidades expressas pelo cliente e com apoio do órgão regulador, nesse caso a OPS. Outro aspecto pontuado é a melhora da relação com a OPS através da oferta de parcerias para desenvolvimento do prestador e, em especial, das ações de qualificação com foco na segurança do paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de desenvolver um programa de fortalecimento da rede prestadora agrega às atividades da operadora por fornecer subsídios que superam a relação contratual e busca benefício direto aos beneficiários. Esses subsídios vão além da informação científica e se estendem a melhora da relação, da criação de canais de comunicação e troca de informações qualitativas em saúde que contribuem substancialmente para manutenção dos serviços na oferta de experiências cada vez mais positivas ao usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa nº 277 de 2011- Institui o programa de acreditação de operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <https://bit.ly/2ml80k3>. Acesso em 06 abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Anexo da Resolução Normativa nº 277. Disponível em: <https://bit.ly/2kEJlLb>. Acesso em: 06 abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acreditação de Operadoras. Disponível em: <https://bit.ly/2kmmfo9>. Acesso em 06 abr. 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rede Prestadora de serviços de saúde. Disponível em: <https://bit.ly/2m086ND>. Acesso em 06 abr. 2018.



BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde. 1ª Edição, Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36/2013 – Institui Ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/2owS11u>. Acesso em 10 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 529/2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Brasil, 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2htwq8y>

FASSINI, Patricia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em uma unidade de internação hospitalar: Concepções da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm UFSM*. v. 2, n. 2, p. 290-299, maio/ago. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2kEVxaA>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MARCK, Patricia; CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Teorizando sobre sistemas: Uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 750-753, set/out. 2005. Disponível em: <https://bit.ly/2kP4UV2>. Acesso em: 10 abr. 2018.

QUES, Angel A. M. *et al.* Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 42-49, maio/jun. 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2mlr0Ps>. Acesso em: 10 abr. 2018.

REIS, Claudia Tartaglia; MARTINS, Monica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, set/out. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2kOIT9Z>. Acesso em: 10 abr. 2018.

RIGOBELLO, Mayara C. G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2nRVARv>. Acesso em: 10 abr. 2018.



**A IMPORTÂNCIA DO ENFOQUE PREVENTIVO NO ROL DE PROCEDIMENTOS
ODONTOLÓGICOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR**

**THE IMPORTANCE OF A PREVENTIVE APPROACH ON ODONTOLOGICAL
PROCEDURES IN PRIVATE HEALTHCARE SYSTEM**

📍 **Adriana Paula de Souza Oliveira**

Cirurgiã-Dentista graduada pela FOUFMG; Especialista em Odontopediatria pela PUC/MG; Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de pós-graduação em Auditoria Odontológica da Faculdade Unimed¹

📍 **Ronaldo Radicchi**

Mestre em Odontologia Legal – FOP/UNICAMP



RESUMO

Este estudo tem como objetivo levantar, por meio de revisão bibliográfica, a importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos para reduzir e/ou controlar os custos de uma operadora ao mesmo tempo em que se oferecem serviços de qualidade com melhora na saúde bucal de seus beneficiários. A metodologia utilizada foi o levantamento bibliográfico da temática proposta publicada no período de 2000 a 2019. O estudo mostrou que há uma necessidade de inversão do modelo assistencial hegemônico da odontologia para um modelo de atenção integral com tecnologias leves, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O desenvolvimento e a valorização de ações preventivas no rol de procedimentos odontológicos na saúde suplementar torna-se um importante instrumento de gerenciamento de custos a médio e longo prazo ao mesmo tempo em que possibilita uma melhora na saúde geral dos seus beneficiários.

Palavras-chave: Gestão. Odontologia. Saúde Suplementar. Prevenção.

ABSTRACT

The purpose of this study is to establish, through a bibliographic review, the importance of a preventive approach in the roll of dental procedures to reduce and/or control the costs of an healthcare company while offering quality services that improves the oral health of their beneficiaries. The methodology used was the bibliographic survey ranging from 2000 to 2019. The study showed that there is a need to reverse the hegemonic model of dentistry care for a model of integrated care with light technologies, health promotion actions and prevention of diseases. The development and enhancement of preventive actions in dental procedures in health systems becomes an important medium and long-term cost management tool while improving the overall health of its beneficiaries.

Keywords: Management. Dentistry. Health System. Prevention.



1 INTRODUÇÃO

O presente artigo de revisão foi direcionado para a área da saúde suplementar odontológica, com o objetivo de demonstrar a importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos para a redução e/ou controle dos custos de uma operadora, sem prejuízo para qualidade dos serviços prestados e da melhora na saúde bucal de seus beneficiários.

O atual modelo de atenção da saúde bucal é caracterizado pelo alto custo e baixa eficácia e efetividade, onde o atendimento odontológico, geralmente, ocorre em níveis mais complexos que o básico e de maneira centralizada com ações curativas focadas no tratamento da doença já instalada e não do doente (modelo flexneriano). Nos últimos anos, em particular antes de 1998, com o crescimento desordenado do número de operadoras e aumento da frequência de reclamações dos beneficiários tornou-se necessária a regulação Federal, a qual foi feita através da aprovação da Lei 9.656/98. Este documento legal foi criado com finalidade de regulação (habilidade de intervir nos processos de prestação de serviços, modificando ou guiando a sua execução) dos planos de saúde, incluindo aí os odontológicos. Com esta lei foi estabelecido um Rol de Procedimentos com uma cobertura mínima a ser oferecida pelas operadoras de planos (plano de referência). Porém, para as operadoras, a lei acarretou um acréscimo de custos e o aumento dos riscos do contrato.

Para minimizar os efeitos negativos sobre a sua organização, as operadoras de planos de saúde (OPS) vem se utilizando da auditoria como uma ferramenta de gestão e planejamento, com ações que possibilitam a redução ou manutenção dos custos ao mesmo tempo em que se mantém a qualidade dos serviços prestados e a promoção da saúde bucal. Neste contexto, a auditoria odontológica é um ramo da odontologia em expansão e cada vez mais necessária para o planejamento e gestão do Sistema de Saúde Suplementar seja sob forma de cooperativa, odontologia de grupo, seguradoras e autogestões.

Desta forma, foi utilizado para a realização do trabalho, um levantamento bibliográfico sobre o tema proposto através de consulta a periódicos científicos, sites de referência e acesso aos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi feita nas línguas português e inglês, abrangendo o período de 2000 a 2019. O trabalho possui uma estrutura básica: elementos pré-textuais; elementos textuais (introdução; desenvolvimento; conclusão) e elementos pós-textuais. As conclusões demonstram a importância da inclusão da prevenção no rol de procedimentos odontológicos na saúde suplementar.



2 SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Historicamente, a assistência odontológica pública no Brasil adquiriu estrutura a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares denominado sistema incremental. Para o restante da população a assistência se dava de forma disseminada entre as variadas instituições, dentre as quais as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas. No início dos anos 70 o modelo Incremental já se mostrava ultrapassado pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, bem diferente da concepção curativo-preventiva, o que provocou um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal (FERREIRA *et al.*, 2011).

Nos anos 70 surgiu a expressão Odontologia Simplificada que oferecia o aproveitamento racional do tempo do profissional de nível superior pelo surgimento, nesse período, do pessoal auxiliar. Segundo Ferreira *et al.* (2011), o número de consultas necessárias para chegar ao término do tratamento diminuiu ao mesmo tempo em que aumentava o número de usuários atendidos em função do aumento dos tratamentos concluídos. Embora essa odontologia discursasse sobre a importância da prevenção, sua prática priorizava o curativo, na medida em que não se transformavam os elementos estruturais da odontologia flexneriana (mecanicista, biologicista, individualista, especialista e curativista), mas apenas as racionalizavam (CALADO, 2002). Surgiu então a odontologia integral que enfatizava a mudança dos espaços de trabalho das escolas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e gerando uma assistência mais universal (FERREIRA *et al.*, 2011). Suas características principais foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar, porém baseava-se ainda no Sistema Incremental. No final dos anos 80 e início da década de 90, o Programa Inversão da Atenção (PIA), cujo princípio básico é a mudança do enfoque de cura da cárie para o controle da cárie, estabeleceu um modelo centrado em três fases interrelacionadas: a primeira fase (estabilização) visava reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não invasivas, para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão; na segunda fase (reabilitação) ocorria o restabelecimento da estética e função perdidas pelas sequelas da doença e a terceira fase (declínio), objetivava o controle da doença e da lesão e supondo-se trabalhar



com a população sobre os fatores condicionantes, com a introdução de noção e métodos de autocuidado (FERREIRA *et al.*, 2011).

Ao final da primeira década do século XXI, duas mudanças importantes ocorreram no âmbito dos serviços públicos e privados brasileiro: a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o forte crescimento das operadoras de planos odontológicos (NEUMANN *et al.*, 2017).

Entretanto, apesar dos investimentos federais na saúde bucal, o sistema público ainda apresenta dificuldade em atender as demandas odontológicas e devido aos altos valores do atendimento particular, o sistema de planos privados vem avançando significativamente no país. Se antes os planos odontológicos eram um complemento do plano médico, hoje é uma alternativa de acesso da população, principalmente aquela que já possui cultura de prevenção (ANS, 2009).

Entretanto, com o crescimento desordenado das operadoras de planos de saúde, foi necessária uma intervenção federal com instituição da Lei 9.656/1998, que estabelece normas de regulação para as pessoas jurídicas de direito privado que prestem serviço na área de saúde, bem como efetiva as garantias básicas para os beneficiários da saúde suplementar através da instituição de um rol de procedimentos e eventos em saúde com cobertura mínima obrigatória revista a cada dois anos (BRASIL, 1998).

Essa intervenção se dá por meio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores (SANTOS & MERHY, 2006). A Lei 9.656/98 serviu também para definir as relações entre operadoras (capacidade das operadoras de se manter no mercado), produtos (valores e coberturas) e beneficiários (direito do consumidor). Antes da referida lei, as seguradoras de planos de saúde não tinham uma legislação exclusiva e seguiam as regras determinadas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). As demais operadoras, que também não tinham regulamentação específica, criavam seus próprios contratos, definindo as regras sobre direitos e deveres de contratantes e contratados. Os consumidores somente podiam recorrer ao Código de Defesa do Consumidor (CDC) e aos Procons estaduais e municipais no caso de conflitos com operadoras e planos de saúde.

Em janeiro de 2000 através da Lei no 9.961, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde (MS) cuja missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar regulando (ato de regulamentar e de elaborar regras) as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores (FENASAÚDE, 2016).



Segundo Garbin *et al.* (2013), a odontologia no setor suplementar está direcionada ao atendimento à demanda espontânea, focada na crescente especialização e fragmentação do cuidado, no enfoque curativo e restaurador do processo saúde-doença, sem considerar os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças bucais. Ainda, segundo Garbin *et al.* (2013), os conceitos de acolhimento e vínculo são pouco compreendidos pelos CDs, e a produção do cuidado em saúde bucal nos espaços relacionais é moldada pelos limites contratuais (pela microrregulação praticada pelas operadoras), pela predominância no uso de tecnologias duras e leve-duras e pela descontinuidade da linha do cuidado. Tudo isso contribui para a baixa eficácia, a baixa eficiência e a baixa efetividade das ações praticadas no setor (ANS, 2009; GARBIN *et al.*, 2013).

A estrutura da Odontologia Suplementar está na base biológica e individual, bem como no modo de produção capitalista, ocasionando ao processo de trabalho importantes alterações mercantilistas e éticas (NARVAI, 2006). Os cuidados de saúde bucal são transformados em mercadorias e consumidos apenas por uma parcela da população. Devido principalmente as formas de remuneração ao prestador de serviço, ocorre um aumento na geração de procedimentos e no consumo de serviços sem que haja uma linha de cuidado voltada à integralidade da saúde, ocasionando uma ameaça ao valor clínico da atuação profissional (GARBIN, 2013).

As formas mais comuns de remuneração, na odontologia suplementar, são por taxas de serviço (*fee-for-service*) e captação. Na remuneração por taxa de serviço, a mais usada pelas operadoras, o prestador é remunerado pelo ato realizado. Não há risco financeiro para o profissional, ao contrário do que ocorre para as operadoras. Para muitos autores, o *fee-for-service* é uma prática indutora de demanda e conseqüentemente desestimuladora de práticas preventivas com um aumento de custo para a operadora; tratamentos desnecessários ao beneficiário e fonte de lucro do prestador (SORIA *et al.*, 2002). Já o sistema de captação funciona com um pagamento de valor mensal fixo ao dentista por cada paciente que compõe a sua rede, independentemente do tipo de tratamento que será realizado. O risco financeiro é transferido ao prestador de serviço. É um modelo incentivador da prevenção e indicado principalmente para planos de assistência odontológica a crianças, pois na prevenção em crianças os resultados são melhores, mais rápidos e duradouros (SORIA *et al.*, 2002).

O grande número de profissionais no mercado parece induzir à baixa remuneração, que por sua vez parece induzir às fraudes e às práticas de tratamento com ênfase curativa que, do ponto de vista das operadoras, aumentam os custos (SORIA *et al.*, 2002).



Atualmente poucas operadoras detêm grandes números de beneficiários, pois as políticas regulatórias e a quantidade de normas a serem cumpridas levam ao aumento dos custos operacionais e à extinção das pequenas operadoras (GARBIN, 2017). Para minimizar os efeitos negativos sobre sua organização, as OPS vêm se utilizando da auditoria como uma ferramenta de gestão, com ações que possibilitam a redução ou manutenção dos custos ao mesmo tempo em que se mantém a qualidade dos serviços prestados e a promoção de saúde bucal dos seus beneficiários. Entretanto ocorre fragmentação do cuidado, que gira em torno da demanda e da oferta do que foi contratado, e não na linha da produção da saúde e do cuidado (GARBIN *et al.*, 2013).

Segundo NEUMANN *et al.* (2017) para as operadoras que se mantêm no mercado, o segmento odontológico tem se mostrado cada vez mais lucrativo, pois a taxa de sinistralidade (relação entre as receitas e despesas assistenciais) é menos que 50% dos valores arrecadados pelas mensalidades dos beneficiários (receita de contraprestações) em assistência e aproximadamente a metade do que a encontrada na assistência médica. Nos planos médico-hospitalares, o custo cresce ao longo do tempo, devido ao aumento de idade dos associados combinado com a incorporação de novas tecnologias com valor elevado; já nos planos odontológicos, o custo assistencial tem forte crescimento no início do período contratual devido principalmente a incorporação de beneficiários sem histórico de cobertura anterior. Após o período inicial, o custo assistencial é reduzido até atingir um patamar de manutenção da saúde odontológica que tende a se manter estável (ODONTOPREV, 2017).

Segundo Alves (2007), é através do mutualismo (mecanismo de cooperação voluntária, onde muitos indivíduos contribuem para que alguns poucos possam utilizar os recursos de fundo mútuo) que ocorre a base de sustentação econômica do mercado da saúde suplementar.

Entretanto, o mercado de planos odontológicos apresenta especificidades expressas pelas relações contratuais e pelas imperfeições de mercado ocasionadas principalmente pela assimetria de informações entre beneficiários, operadoras e prestadores, onde as operadoras não conhecem perfeitamente o risco da população a que prestará seus serviços (ALVES, 2004). Como principais falhas no mercado podem ser observadas: o risco moral e a seleção adversa (MALTA *et al.*, 2004). Atualmente, existem ferramentas tecnológicas e auditores qualificados com capacidade para auxiliar as empresas a se programarem em relação aos gastos com o benefício saúde, inclusive antecipando e prevendo possíveis riscos. A gestão de riscos com foco no incentivo a cuidados preventivos tem se mostrado uma alternativa extremamente eficaz (ANS, 2011).



Com a proposta de incentivar as operadoras a atuar como gestoras de saúde, ou seja, incentivar as operadoras a criarem programas de promoção de saúde e prevenção, que enfatizem a atenção básica, aos prestadores a atuar como produtores do cuidado de saúde, e aos beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária, a ANS, desde 2004, tem desenvolvido o chamado projeto de qualificação da saúde suplementar (ANS, 2009).

Como parte de estratégia dessa política está a avaliação da qualidade, que segundo Ramos (2017), tem como princípios norteadores os 7 pilares da qualidade descritos por Donabedian: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A avaliação da qualidade das operadoras é feita em quatro dimensões: atenção à saúde; econômico-financeira; estrutura e operação e satisfação dos beneficiários que resultam em um índice denominado Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) (ANS, 2010). Entre os indicadores, dois se referem especificamente à saúde bucal: proporção de procedimentos preventivos em saúde bucal e número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário (ANS, 2010).

Para grande número de operadoras a responsabilidade na promoção e prevenção da saúde bucal recai sobre os profissionais, uma vez que sugerem que cabe a eles orientar os pacientes para evitar uma atuação curativa. Elas têm interesse em realizar atividades de promoção e prevenção à saúde, porém com foco na redução de custos, uma vez que consideram que todo procedimento preventivo visa reduzir tratamentos reparadores ou curativos no futuro, o que é economicamente vantajoso a estas empresas (NEUMANN *et al.*, 2017).

Com base na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) do MS, a ANS tem estimulado as operadoras de planos privados a mudarem sua maneira de pensar em relação ao processo de trabalho que envolve o cuidado e a organização dos serviços de forma a assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando-se o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde; a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, respeitando os limites da cobertura contratada. A utilização de protocolos para a indução das ações de promoção e prevenção com consultas educativas periódicas para todo o conjunto de beneficiários; utilização de informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas; criação de mecanismos de “porta de entrada” no acesso ao sistema, no âmbito da atenção básica, em que o beneficiário deverá ser orientado por um clínico geral ou odontopediatra que ficará responsável pela referência e contra referência do beneficiário nos diferentes estágios de complexidade do sistema (especialidades); criação de estratégias de busca



ativa e identificação dos grupos de risco; acompanhamento do impacto das ações em saúde bucal por meio de indicadores confiáveis e contínuos; definição de uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e à práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas que constituem as diretrizes da ANS (MINISTÉRIO DA SAÚDE – LAPPIS, 2007). Além da melhoria do cuidado, a implementação de estratégias de atenção primária contribui para a sustentabilidade do setor, já que são capazes de reduzir custos ao focar em prevenção e promoção da saúde.

A atenção básica faz parte do Rol de Procedimentos da ANS. Isto é, todos os planos odontológicos preveem a cobertura de consultas regulares ao dentista (consultas de manutenção preventiva), para raspagem supra gengival e profilaxia bucal (limpeza dos dentes), tratamentos simples como aplicação de flúor, para o controle de doença periodontal, para acompanhamento do desenvolvimento da oclusão e a interceptação de problemas oclusais; para se evitar a perda precoce de um dente e/ou a realização de procedimentos complexos e de altos custos. E isso se reflete na melhora da saúde bucal e na diminuição da incidência de certos agravos e torna-se condizente com a OMS que afirma ser a saúde bucal parte da saúde geral e essencial para o bem-estar das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANS, 2011).

2.1 IMPACTO POSITIVO DA PREVENÇÃO

Segundo Bussadori (2014), atualmente a Odontologia Baseada em Evidências demonstra ser a prevenção, a detecção precoce de doenças e por consequência a preservação das estruturas dentárias, o que há de mais moderno na odontologia. Ações de conscientização, educação da população e prevenção se tornam essenciais para o controle da cárie dentária e deve ser iniciado o mais precoce possível, através das gestantes e mães de recém-nascidos.

Analisando o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos ou obturados) que avalia a prevalência da cárie dentária em diversos países (principal agravo da saúde bucal) verifica-se que o Brasil obteve em 2010 o índice 2,1 de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010). O Brasil entrou para o grupo de países com baixa prevalência de cárie apesar de ainda não ter alcançado o recomendável (1,1). Ocorreu uma redução significativa de 25% no índice CPO-D entre os anos de 2003 e 2010. Este fato demonstra estar havendo uma mudança no modelo assistencial onde a prevenção tem se tornado a estratégia principal para a melhora da qualidade de vida e racionalização de custos assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE – Datasus, 2012).



O impacto da prevenção no nível de custos tem sido mais bem demonstrado através de estudos que se referem a pacientes hospitalizados. Em seu estudo, Bezinelli (2010) concluiu que a extensão e a severidade da mucosite oral estão correlacionadas com dias de internação e hospitalização e foram maiores no grupo sem atendimento odontológico. A autora concluiu ainda que o atendimento odontológico durante o tratamento oncológico é custo-efetivo, ou seja, os benefícios do atendimento odontológico excederam os custos e possibilitou uma melhor qualidade de vida ao paciente com economia para o hospital. Outro dado observado pela autora é que o atendimento odontológico utilizando-se de laserterapia foi capaz de controlar a mucosite oral com diminuição em torno de 13 vezes da chance do paciente apresentar graus severos de mucosite. Ainda segundo Bezinelli (2010), a diminuição de comorbidades (existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa) gera impacto no custo geral de tratamentos.

Segundo Rodrigues (2018), a higiene bucal adequada realizada em pacientes na UTI reduziu em 56% as infecções respiratórias.

Para Jardim *et al.* (2013), o risco de complicações sistêmicas em pacientes hospitalizados decorrente da má higiene bucal pode prolongar, em média, por 5 a 9 dias o tempo de hospitalização dos pacientes, o que provoca o aumento dos custos hospitalares.

2.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Sobre o aspecto preventivo na saúde suplementar, há um consenso entre os autores que cada vez mais se torna necessário a mudança do modelo curativo/restaurador para o modelo que utiliza a prevenção como a melhor estratégia para a melhora da saúde bucal e sistêmica da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANS, 2011; BUSSADORI, 2014).

Em relação ao controle de custos, a adoção de práticas preventivas poderia diminuir a sinistralidade das empresas através da diminuição de procedimentos complexos e de alto custo (NEUMANN *et al.*, 2017; BEZINELLI, 2010; JARDIM *et al.*, 2013). Consideram ainda que a auditoria odontológica seria uma ferramenta de gestão a ser utilizada na saúde suplementar para controle de qualidade e custos (GARBIN *et al.*, 2013).

3 CONCLUSÃO

Depois de realizadas a revisão bibliográfica, análise e interpretação dos dados, é possível observar que a auditoria odontológica como ferramenta de gestão de qualidade e custo para uma operadora de planos odontológicos é necessária devido principalmente ao modelo



predominantemente curativo que associado ao crescente número de dentistas, as formas de remuneração do prestador e as baixas tabelas que levam a um aumento da demanda ou a chamada demanda induzida de procedimentos para o profissional alcançar o seu ponto de equilíbrio financeiro com conseqüente aumento de custo para a operadora.

Em relação ao atual modelo assistencial, segundo os autores consultados, é necessário uma inversão do modelo hegemônico da odontologia para um modelo de atenção integral com tecnologias leves, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A prevenção dos principais agravos da saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, câncer bucal, má oclusão e edentulismo) cuida mais do que de dentes, pois tudo no organismo está interrelacionado, além de eliminar ou minimizar a grande demanda pelos procedimentos mais complexos, de maior risco e maior custo.

O desenvolvimento e a valorização de ações preventivas no rol de procedimentos odontológicos na saúde suplementar torna-se um importante instrumento de reordenamento da situação econômico-financeira das operadoras de planos, uma vez que reduz o grau de complexidade dos tratamentos e dos custos mais elevados, ao mesmo tempo em que possibilita modelos mais compatíveis com as necessidades e bem-estar dos beneficiários.

A este respeito, novos estudos e pesquisa de campo são recomendáveis para que fique bem definida e caracterizada a importância da prevenção na manutenção de saúde bucal dos usuários de planos de saúde, bem como na minimização da frequência de procedimentos complexos e de risco maior, e diminuição de custo para as operadoras.

REFERÊNCIAS

- ALVES, S. L. Entre a Proteção e a Eficiência: Evidências de Seleção Adversa no Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar Após a Regulamentação. *UC Berkeley: Berkeley Program in Law and Economics*. Disponível em: <https://bit.ly/2IKteaS>. Acesso em 19 fev.2019.
- ALVES, S. L. Estimando seleção adversa em planos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32, 2004. *Anais...*São Paulo: ANPEC, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2meYaAl>. Acesso em: 01 de jun.2018.
- BEZINELLI, L.M. *O Atendimento odontológico no transplante de medula óssea: impacto clínico e econômico*. 2010. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar*. ed. 4. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p.



BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação. 518p atualizada até a EC n. 97/2017, 2017.

BRASIL. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). *Modelos tecnoassistenciais na saúde suplementar, com base nas linhas de cuidado*. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: LAPPIS; 2007.

BRASIL. Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, Seção 1, 29 jan. 2000.

BRASIL. *SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSSADORI, S.K.; RAGGIO, D.P. Odontopediatria: prevenção e preservação das estruturas dentárias. *Conexão Unna*, out./nov./dez. 2014. p.8-11.

CALADO, Giselle Silva. *A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios*. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FENASAÚDE. *Sobre o Setor*. Disponível em: <https://bit.ly/2k9pqPM>. Acesso em: 02 de jun.2018.

FERRAZ JÚNIOR. Higiene bucal na UTI reduz em 56% infecções respiratórias. *Jornal da USP*, São Paulo, 19 jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2IQGTwQ>. Acesso em: 24 jun.2018.

FERREIRA, E. B.; ABREU T. Q.; OLIVEIRA, A. E. F. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Pesquisa Em Saúde*, v. 12, n. 3, 2011.

GARBIN, D. et al. Odontologia e saúde suplementar: marco regulatório, políticas de promoção de saúde e qualidade da atenção. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.441-452, fev.2013.

GARBIN, D. et al. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 453- 474, jul. 2017.

JARDIM, E. G. et al. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 11, n. 35, jan./mar. 2013.

MALTA, D.C et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p .433-444, 2004.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.



NEUMANN, D.G.; FINKLER, M; CAETANO, J.C. Relações e conflitos no âmbito da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 453-474, 2017.

ODONTOPREV. *Relações com Investidores*: mercado de odontologia. 26 de outubro de 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2lSf4UQ>. Acesso em 29 jun. 2018.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro - uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SORIA, M.L.; BORDIN, R; COSTA FILHO, L.C.; Remuneração dos Serviços de Saúde Bucal: Formas e impactos na assistência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p.1551-1559, nov./dez. 2002.




RN 443/2019: ESTRUTURAÇÃO ESTRATÉGICA DA GOVERNANÇA CORPORATIVA PELA ALTA DIREÇÃO UNIMED GOVERNADOR VALADARES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

RN 443/2019: CORPORATE GOVERNANCE'S STRATEGIC STRUCTURING BY UNIMED GOVERNADOR VALADARES COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

 **Anderson Pereira dos Santos**

Médico, Diretor Unimed Gov. Valadares 2017-2020

 **Paulo Roberto de Azevedo Bicalho**

Superintendente Unimed Gov. Valadares

 **Paulo Roberto Fontes**

 **Edelimar Figueiredo Rosa**

 **Danilo dos Santo Matos**

Orientador, Gestor de Governança Corporativa, estratégia e qualidade, Professor da Faculdade Unimed/ Fundação Unimed na área de Governança Corporativa, Compliance, Cooperativismo, planejamento estratégico e Sustentabilidade. Contato: danilo.matos@unimedgv.coop.br, (33) 9.9906-2650.



RESUMO

As organizações cooperativistas mundiais passam por constantes e rápidas novidades tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais, tornando imprescindível romper com as práticas gerenciais. O objetivo do trabalho foi desenvolver a estruturação estratégica da Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares como ferramenta de gestão da cooperativa para a alta direção com foco em programas de acompanhamento e desenvolvimento da gestão cooperativista e estruturação para evolução conforme RN 443/2019 da Agência Nacional de Saúde. O que está claro, é a necessidade de adesão às boas práticas de Governança Corporativa, mesmo que de forma não compulsória às empresas, decorrente do seu objetivo. Finalmente, pode-se considerar que na governança corporativa aliada ao papel estratégico da cooperativa, é possível avaliar os retornos dos investimentos e seu nível de *disclosure* (“desejo de informar”) e estrutura proprietária influenciam. A partir destas ideias, então, define-se que a sociedade do conhecimento tem como ponto central o “saber”, pois “o conhecimento, enquanto força de produção, representa o ponto muito importante de destaque entre os países centrais. Assim, é possível inferir que a Unimed Governador Valadares é uma cooperativa de trabalho médico sólida e socialmente responsável que zela pelos princípios de Governança Corporativa brasileiros e internacionais.

Palavras Chave: Governança Corporativa. RN 443/2019.

ABSTRACT

The worldwide cooperative organizations undergo constant and rapid technological, economic, social, political and cultural innovations, making it essential to break with management practices. The objective of the work was to develop the strategic structuring of Corporate Governance of Unimed Governador Valadares as a management tool of the cooperative for senior management focusing on monitoring and development programs of cooperative management and structuring for evolution as RN 443/2019 of the National Agency of Health. What is clear is the need to adhere to good Corporate Governance practices, even if not compulsory to companies, as a result of their objective. Finally, it can be considered that in corporate governance combined with the cooperative's strategic role, it is possible to evaluate the returns on investments and their level of disclosure (“desire to inform”) and proprietary structure influence. From these ideas, then, it is defined that the knowledge society has as its



central point the “knowledge”, because “knowledge, as a production force, represents the very important point of prominence among the central countries. Thus, it can be inferred that Unimed Governador Valadares is a solid and socially responsible medical work cooperative that upholds the Brazilian and international Corporate Governance principles.

Keywords: Corporate Governance. RN 443/2019.



1 INTRODUÇÃO

As organizações cooperativistas mundiais passam por constantes e rápidas novidades tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais, tornando imprescindível romper com as práticas gerenciais obsoletas, promovendo contínuas melhorias dos processos de gestão (PRESOT *et al.*, 2014).

Para esse rompimento, torna-se necessário o desenvolvimento de um conjunto de mecanismos de incentivo e controle para minimização falhas e conflitos. Essa relação, chamadas de governança corporativa, se tornou uma importante aliada da gestão das organizações com fortes apontamentos de gargalos, falhas e riscos gerenciais (SILVEIRA, BARROS & FAMÁ, 2003), plenamente ampliados e incorporados na resolução normativa 443 de 2019 instituída pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Desta forma, cooperativas com uma estrutura de governança mais adequada às práticas recomendadas pelos “Códigos das Melhores Práticas de Governança Corporativa” (Brasileiros e mundiais), são melhores avaliadas pelo mercado, seus cooperados e clientes, pois a estrutura de governança corporativa da cooperativa afeta seu valor de mercado de forma implícita (SILVEIRA, BARROS & FAMÁ, 2003).

Possivelmente, esta ligação está relacionada com os mecanismos de governança corporativa como instrumentos para a minimização dos custos decorrentes dos falhas e problemas do modelo cooperativista, minimizando a perda de valor oriunda de conflitos de interesse entre tomadores de decisão e cooperados (SILVEIRA, BARROS & FAMÁ, 2003), lembrando sempre da razão de ser de todos os negócios: a Cooperativa.

Esses requisitos possibilitaram dotar as organizações de mecanismos de proteção dos direitos de propriedade e os direitos dos interessados, como exemplo dessas práticas, pode-se citar a política de remuneração, a estrutura do conselho de administração e a transparência por meio de publicação de relatórios das atividades da cooperativa (FERREIRA *et al.*, 2013).

Entretanto, não há ainda modelos com fundamentação teórica segura que incluem prescrições para decisões ótimas acerca de termos-chave em governança corporativa, como estrutura de capital e conselho de administração, como também se verifica uma carência de fundamentação teórica sobre temas-chave da governança nas cooperativas, em especial a relação com o desempenho estrutural (FERREIRA *et al.*, 2013).

Desta forma, este trabalho tem como visão a estruturação do desenho estratégico de Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares para os anos de 2017 até 2020,



como foco em resultados concretos do Sistema de Gestão da Qualidade e de critérios nacionais de excelência da gestão cooperativista ampliado pela necessidade do mercado de saúde brasileiro que tem tomado patamares cada vez mais competitivos e com amplitude de profissionalização da gestão focado em grandes grupos mundiais em uma perspectiva puramente mercadológica da saúde.

2 GOVERNANÇA CORPORATIVA E SUA RELAÇÃO COM COOPERATIVISMO

Os resultados positivos da relação cooperativista com a Governança corporativa necessitam de maiores estudos quanto sua efetividade nas organizações. Saito e Silveira (2008) afirmam que não há ainda modelos com fundamentação teórica segura que incluam prescrições para decisões ótimas acerca de termos-chave em governança corporativa, como estrutura de capital e conselho de administração, em especial a relação com o desempenho (SANTOS *et al.*, 2013).

O que está claro, é a necessidade de adesão às boas práticas de Governança Corporativa, mesmo que de forma não compulsória às empresas, decorrente do seu objetivo de captar recursos próprios ou de terceiros a um menor custo (CASTRO JUNIOR, CONCEIÇÃO & SANTOS, 2011). Esta busca por resultados palpáveis permitem um novo ângulo de análise na avaliação das empresas (SANTOS *et al.*, 2013).

Assim, as boas práticas de Governança Corporativa são um conjunto de práticas, que, segundo a CVM (2002), tem por finalidade aperfeiçoar o desempenho de uma organização protegendo suas partes interessadas, tais como investidores, empregados e credores, facilitando o acesso ao capital. Boas práticas de Governança proporcionam aos acionistas ou quotistas das empresas uma maior gestão estratégica e o efetivo controle da direção executiva (CASTRO JUNIOR, CONCEIÇÃO & SANTOS, 2011).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 2009) a administração de uma empresa deve cultivar o desejo de informar, pois é com uma boa comunicação, interna e externa, que um clima de confiança com o mercado é alcançado *disclosure* pode ser definido como a ampla disponibilização de informações a respeito de empresas listadas e que é de interesse para os agentes do mercado (CASTRO JUNIOR, CONCEIÇÃO & SANTOS, 2011).

Esses interesses devem assegurar a capacidade de monitoramento e viabilizar a formação das expectativas dos investidores, ou no caso, cooperados – resguardando-os dos custos da assimetria informacional e do conflito (FONSECA & SILVEIRA, 2016).



De acordo com Leal (2007), existe um forte desejo de executivos, instituições e políticos que promovem boas práticas de governança corporativa em acreditar que elas levam a um maior valor agregado do negócio, destacando que diversas pesquisas ilustram a importância da governança corporativa em mercados desenvolvidos e emergentes.

A questão mais importante do uso boas práticas de Governança é a caracterização de uma medida de desempenho, que faz com que a decisão fique orientada por um indicador construído a partir de várias abordagens de desempenho diferentes. Destaca-se que isso facilita em muito o processo decisório, pois, ao invés de considerar vários índices para concluir a respeito do desempenho (FONSECA & SILVEIRA, 2016).

Desta forma, evita-se o conflito entre cooperados e diretores com a propriedade se concentrando nas mãos de um grupo de gestão, o poder leva à justaposição da propriedade e da direção. Esse é o conflito de agência entre cooperados e diretoria, característico dos modelos em desenvolvimento (SILVA JUNIOR, DA SILVA & DA SILVA, 2013). Portanto, este conjunto de mecanismos, tanto institucionais (internos) como de mercado (externos), induzem os tomadores de decisão (diretores e conselheiros) a buscarem a maximização da riqueza dos proprietários da firma (fornecedores de capital) (CAIXE, MATIAS & DE OLIVEIRA, 2013).

A estrutura de propriedade brasileira é marcada no controle das companhias por sua elevada concentração, sendo que nessa situação os custos de agência decorrem, principalmente, do conflito de interesses entre acionistas controladores e minoritários e não entre administradores e proprietários (CAIXE, MATIAS & DE OLIVEIRA, 2013).

Quanto à visão estratégica das organizações, explicações acerca do desempenho das organizações tendem a dar primazia ora aos aspectos ligados à posição de uma empresa no setor, uma visão microeconômica, ora às questões acerca de como as organizações combinam seus recursos, uma visão baseada em recursos. No entanto, tanto uma perspectiva quanto outra tendem a enfatizar os elementos relacionados à dimensão racional-utilitária, em detrimento dos aspectos sociais que envolvem a atividade empresarial (ROSSINI, 2012). Assim, a governança corporativa engloba a série de procedimentos mediante os quais uma sociedade anônima é dirigida, administrada ou controlada (ALBUQUERQUE, 2008).

A importância da governança corporativa é diretamente relacionada ao impacto que a adoção de seus mecanismos causa para as empresas. Desse modo, a existência de um mercado forte e confiável é imprescindível para a capitalização das empresas, representando uma mola propulsora para o desenvolvimento de um país (FERREIRA *et al.*, 2013).



Portanto na relação com cooperativismo, a preocupação com as formas de gestão das empresas, os direitos e os deveres de cooperados e administradores é muito importante para a maturidade da gestão das organizações, principalmente brasileiras (SANTOS *et al.*, 2013).

3 O MODELO DE GOVERNANÇA PARA ESTRUTURAÇÃO CONFORME RN 443/2019 DA ANS

A Unimed Governador Valadares atua em 53 municípios da região leste, contando com mais de 60 mil clientes onde grande parte destes está incluída na classe média alta e empresas da região. Os planos de saúde estão divididos entre planos individuais familiares, planos coletivos por adesão, empresariais e custo empresarial.

Análise dos concorrentes

A UNIMED Governador Valadares tem poucos concorrentes na região, podendo destacar: Plano de Saúde HOSPMED, Plano de Saúde do Hospital São Lucas e algumas empresas de Seguro de Saúde que atuam na região como Bradesco Saúde. Desta forma, a avaliação dos modelos de gestão estratégica, possibilitou a estruturação da Governança Corporativa e favorecimento do desempenho da cooperativa (ROSSINI, 2012).

Alinhados ao modelo do Sistema UNIMED, gera-se a soma uma série de conquistas, que garantem sua posição única no mercado. É a maior rede de assistência médica do País, com 106 mil médicos cooperados e 14,6 milhões de usuários. Uma análise minuciosa no mercado de saúde suplementar destaca-se algumas vantagens e desvantagens estratégicas, tais como:

Vantagens

Grande rede de cooperados; Sistema UNIMED (intercâmbio); Uma marca forte no mercado; ANS (regulamentação) – Tirárá do mercado todas as operadoras desqualificadas; Presença do dólar na região.

Desvantagens

Utilização irracional do plano de saúde – ocasionando aumento nos custos; Regulamentação do setor de saúde; Aumento da expectativa de vida da população; Desemprego e má distribuição



de renda; Evasão da população para os Estados Unidos e Portugal; Aumento da carga tributária; Desrespeito Judicial; Alta Sinistralidade.

Na governança corporativa aliada ao papel estratégico da cooperativa, é possível avaliar os retornos dos investimentos e seu nível de *disclosure* (“*desejo de informar*”) e estrutura proprietária influenciam diretamente a percepção dos cooperados, alterando a capacidade das empresas de acessarem o capital de terceiros, particularmente de longo prazo (FONSECA & SILVEIRA, 2016).

Destaca-se a sinistralidade crescente no mercado de saúde suplementar, determinada pelo avanço tecnológico, ao mesmo tempo admirável e custoso, pelo envelhecimento da população e pela desinformação médica no que se refere à realidade, vem somar a uma regulamentação onerosa e burocrática e uma reivindicação por direitos que extrapola o contratado, frequentemente respaldados pelas liminares judiciais, à luz de uma nova ordem em que o consumidor deve ser cada vez mais protegido.

O mapeamento desenvolvido (Figura 1), favorece o entendimento das operadoras de planos de saúde como empresas que operam no setor de saúde suplementar, oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. Com base nas informações recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras de serviços de saúde: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões, que podem ser patrocinadas ou não patrocinadas, seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo (PIRES, TORRES & ALMEIDA, 2013).

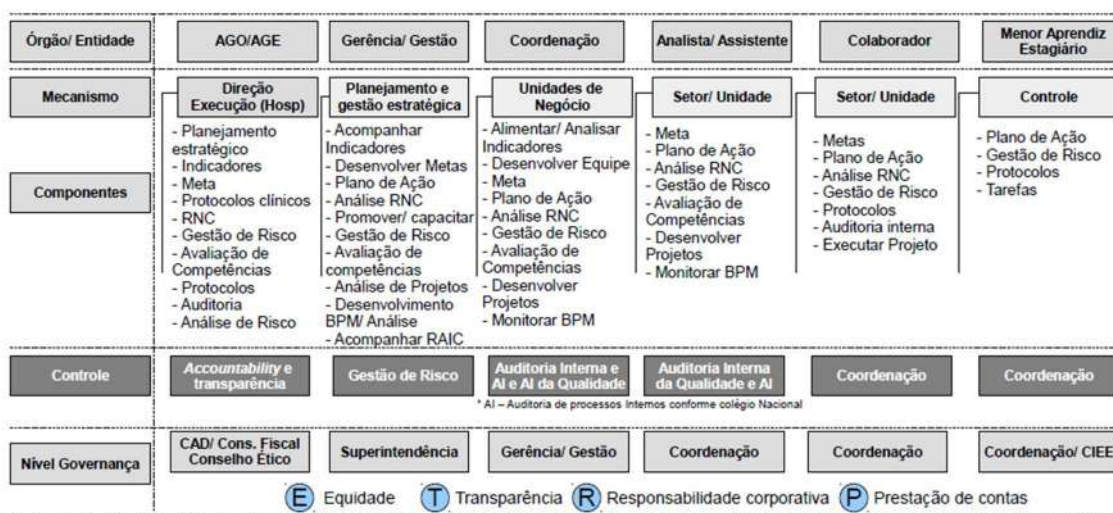


Figura 1: Organograma estratégico da estrutura de Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares (ano: 2019) como base para desenhos de governança. **Siglas:** AGO/AGE - Assembléia Geral Ordinária/ Extraordinária; **BPM** - Metodologia Business Process Manager (Gerenciamento de processos do negócio), **RNC** - Relatório de não conformidade; **AI** - auditoria interna; **RAIC** - Reunião de análise de itens de controle estratégico; **CIEE** - Centro de Integração Empresa-Escola. **Fonte:** os autores (2019).



Ademais, o relacionamento entre os mecanismos de governança e o desempenho corporativo (Figura 2) poderia decorrer da valorização dos papéis das organizações que adotam melhores práticas de governança, em função da maior demanda dos investidores pelas ações dessas companhias (CAIXE, MATIAS & DE OLIVEIRA, 2013). Entre os princípios apresentados pela Governança, o *disclosure*, ou transparência, é um fator importante para a adequada avaliação das oportunidades de investimentos no mercado financeiro. O *disclosure* busca prover maior e melhor informação aos acionistas e potenciais investidores, reduzir a assimetria informacional, e, conseqüentemente, reduzir o custo de capital próprio da empresa (CASTRO JUNIOR, CONCEIÇÃO & SANTOS, 2011).

Todos os serviços realizados pela Unimed Governador Valadares, em todas as modalidades, se dão de acordo com o padrão pré-definido em Procedimento Operacional Padrão, onde são estabelecidos os equipamentos e materiais necessários, suas atividades críticas, descrição das atividades e indicadores de monitoramento e medição do processo.

Todos os processos da Unimed Governador Valadares são possíveis de sua verificação durante o uso e antes da entrega, portanto este item será excluído do escopo do sistema de gestão da qualidade, sendo que os clientes admitidos pela Unimed Governador Valadares têm seu cadastro registrado em prontuários, de forma a permitir que seja identificado em qualquer fase de sua permanência na Unimed Governador Valadares e necessidades futuras.

A propriedade do Cliente que for formalmente entregue aos representantes da Unimed Governador Valadares deverá ser identificada como comprovante da entrega formal. Bens de uso do cliente, quando de sua estada nas dependências da Unimed Governador Valadares, são mantidos sobre o controle de forma a garantir sua integridade. No caso de perda, dano ou se a propriedade do Cliente for considerada inadequada, essa condição será a este formalmente comunicada e mantido seu devido registro.

A governança corporativa (Conforme figura 3), ao conferir mais transparência e eficiência à gestão das sociedades anônimas, dá uma nova dimensão ao relacionamento entre seus principais players, os acionistas, a Diretoria e o Conselho de Administração. Instrumentos de fiscalização e de controle da gestão das sociedades anônimas devem ser adotados, dentro de um contexto no qual seja prevista a atuação independente do Conselho de Administração, para que seja assegurada a fiscalização da Diretoria com ampla transparência e prestação de contas (ALBUQUERQUE, 2008).



Figura 2: Mapa da estrutura de Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares (ano: 2019). **Fonte:** os autores (2019).

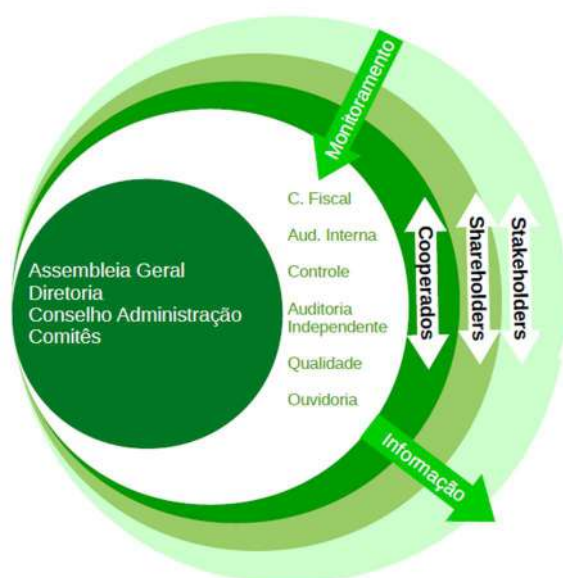


Figura 3: Mapa de centralidade da estrutura de Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares (ano: 2019). **Fonte:** os autores (2019).

A partir destas ideias, então, define-se que a sociedade do conhecimento tem como ponto central o “saber”, pois “o conhecimento, enquanto força de produção, representa o ponto muito importante de destaque entre os países centrais e periféricos (ANDRIANI & ZOMER, 2002). O caminho para atender a esses requisitos é dotar as empresas e o mercado de mecanismos que protejam os direitos de propriedade e os direitos dos credores (Figura 4). Os mecanismos representam um conjunto de padrões que têm por objetivo alinhar interesses de gestores, acionistas e credores. Como exemplos desses mecanismos, têm-se, entre outros, a estrutura de propriedade e controle, a estrutura de capital, a existência de um mercado de aquisições hostis, a política de remuneração, a estrutura do conselho de administração e a



transparência por meio de publicação de relatórios das atividades da empresa (SANTOS *et al.*, 2013).

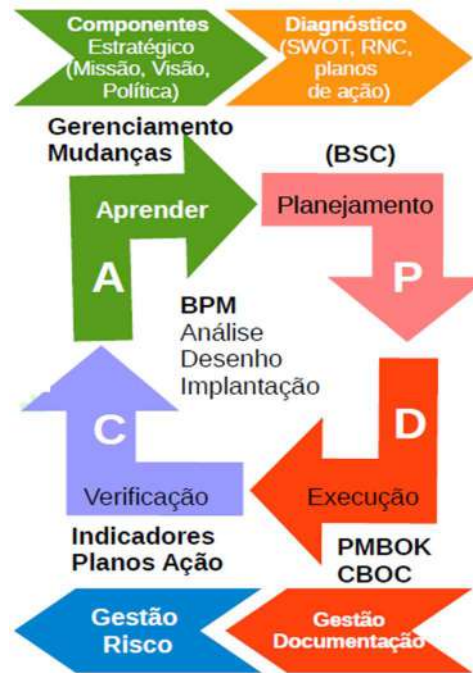


Figura 4: Fluxo do ciclo PDCA do Organograma estratégico da estrutura de Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares (ano: 2016) como base para desenhos de governança. **Siglas:** **CBOK** - Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio; **PMBOK** - Project Management Body of Knowledge (PMBOK) é um conjunto de práticas na gestão de projetos organizado pelo instituto PMI; **BPM** - Metodologia Business Process Manager (Gerenciamento de processos do negócio), **RNC** - Relatório de não conformidade; **SWOT**- A Análise SWOT ou Análise FOFA ou PFOA é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenário, sendo usada como base para gestão e planejamento estratégico de uma corporação ou empresa, mas podendo, devido a sua simplicidade, ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário **Fonte:** os autores (2019).

4 DISCUSSÃO: O PAPEL DA ALTA DIREÇÃO NA GOVERNANÇA CORPORATIVA

O papel da alta direção na estrutura de governança corporativa consiste em um fator essencial à eficiente alocação de recursos e desenvolvimento do mercado (FONSECA & SILVEIRA, 2016), interligando a estrutura de cooperados à estrutura de gestão estratégica da cooperativa. Aliado essa questão, desde a criação da agência nacional de saúde suplementar (ANS), as Cooperativas Unimed no Brasil passaram a valorizar a estrutura de governança sólida, pois fortalece contra o surgimento de concorrência por parte de outras grandes operadoras de saúde (PIRES, TORRES & ALMEIDA, 2013). Ainda de acordo com esses autores:

O setor de saúde suplementar no Brasil é considerado a principal fonte de financiamento para hospitais, redes de laboratórios de medicina diagnóstica e profissionais de saúde. Os planos de saúde privados receberam destaque a partir da década de 1960, com o objetivo de garantir assistência médica alternativa e de melhor qualidade (PIRES, TORRES & ALMEIDA, 2013).



Desta forma, uma estrutura de governança sólida, favorece até mesmo a política sucessória das organizações (NELSON & PIMENTEL, 2015), com o objetivo de aumentar o valor de mercado da sociedade, facilitando seu acesso ao capital disponível no mercado ao combater abusos e corrupção (ALBUQUERQUE, 2008).

A responsabilidade da alta direção em organizações cooperativistas exige uma distinção clara entre o indivíduo e o ambiente de trabalho. Assim, como as preferências pessoais e as inclinações egoístas são proibidas, as habilidades pessoais que não correspondam aos requisitos específicos solicitados em sua descrição de trabalho, embora potencialmente úteis, são ignoradas (NELSON & PIMENTEL, 2015).

É necessário que busque o estímulo à transparência como o principal objetivo de acordo com sua situação específica e mecanismos próprios de fiscalização (ALBUQUERQUE, 2008). Assim, a preocupação com as formas de gestão das empresas, os direitos e os deveres de acionistas e administradores é objeto no campo de grande preocupação em cooperativas (FERREIRA *et al.*, 2013)

O tema governança corporativa, associado ao importante papel da alta direção, tem sido destacado em diferentes programas de fomento e desenvolvimento do mercado de capitais brasileiro (ANDRADE *et al.*, 2008). Estudos permitiram identificar que empresas maiores tendem a ter maior número de conselheiros, simultaneamente com um percentual maior de conselheiros externos. Essa sensibilidade ocorre por causa das novas exigências do mercado acionário e, conseqüentemente, da necessidade de as empresas obterem novas fontes de financiamentos com custos relativamente menores aos capitais de terceiros comumente encontrados no mercado nacional (ANDRADE *et al.*, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que foram atingidos os objetivos do trabalho para estruturação do desenho estratégico de Governança Corporativa da Unimed Governador Valadares com foco em resultados concretos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) e de critérios nacionais de excelência da gestão cooperativista. Com um grande destaque para a participação dos cooperados, colaboradores e gestores de forma a ampliar a visão cooperativista do negócio, indo muito além de normas, regras e condutas.

Desta forma, a Unimed Governador Valadares busca continuamente melhorar a eficácia de seus processos com base na manutenção e gerenciamento das políticas, controles e acompanhamento dos resultados de auditorias (internas e externas), análise de dados e ações



corretivas, preventivas e de melhoria, e outras fontes de melhoria. As providências das melhorias contínuas estão evidenciadas nos Planos de Ação, nos Memoriais, dentre outros, mantidos pelos setores.

Neste trabalho foi possível registrar o estabelecimento da sistemática de Governança corporativa aplicada ao trabalho de gestão da diretoria da Cooperativa relacionada com os princípios de excelência da gestão cooperativa e seguindo atributos estabelecidos internacionalmente para a gestão em cooperativas.

Assim, é possível inferir que a Unimed Governador Valadares é uma cooperativa de trabalho médico sólida e socialmente responsável que zela pelos princípios de Governança Corporativa brasileiros e internacionais da base do modelo de Governança com foco em equidade, prestação de contas, transparência e responsabilidade corporativa. Esta relação foi comprovada na sistemática estabelecida e nos princípios de relação da diretoria com toda a organização com foco nas atividades a serem implementadas e validadas conforme RN 443/2019 (ANS).

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Lélis Pedro de *et al.* Governança corporativa: uma análise da relação do conselho de administração com o valor de mercado e desempenho das empresas Brasileiras. *RAM, Rev. Adm. Mackenzie* (Online), v.10, n.4, p.4-31, ago. 2009.
- ALBUQUERQUE, Roberto de A. C. A proteção ao investidor no Código de Governança Corporativa alemão. *Rev. direito GV*, v.4, n.1, p.29-48, jun. 2008.
- BRANDAO, Hugo P. *et al.* Gestão de desempenho por competências: integrando a gestão por competências, o *balanced scorecard* e avaliação 360 graus. *Rev. Adm. Pública* [online], v. 42, n. 5, p. 875-898, 2008.
- CAIXE, Daniel F.; MATIAS, Alberto B. & OLIVEIRA, Sonia V. W. B. Free Float valor de mercado corporativo: um estudo do período de 2001 a 2010. *Organ. Soc.*, v.20, n.67, p.733-751, dez. 2013.
- CASTRO JUNIOR, Francisco H. F.; CONCEIÇÃO, Paula M. & SANTOS, Débora A. A relação entre o nível voluntário de transparência e o custo de capital próprio das empresas brasileiras não-financeiras. *REAd. Rev. eletrôn. adm.* (Porto Alegre), v.17, n.3, p.617-635, dez. 2011.
- DRUCKER, P. F. *Desafios Gerenciais para o Século XXI*. 2. tiragem. São Paulo: Pioneira, 2000.
- DUARTE, Cristina M. R. UNIMED: história Características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 17, n. 4, p. 999-1008, 2001.



- FERREIRA, Roberto N. *et al.* Governança corporativa, eficiência, produtividade e desempenho. *RAM, Rev. Adm. Mackenzie*, v.14, n.4, p.134-164, ago. 2013.
- FISCHER, A. L. & ALBUQUERQUE, L. G. de. *Relatório de pesquisa tendências de mudanças na gestão de pessoas das empresas brasileiras: DELPHI RH-2010*. [São Paulo]: MBA, USP, 2001. 18 p.
- IBGC. *Código das melhores práticas de Governança Corporativa*, 4a ed. São Paulo: IBGC, 2009.
- LANGARO, Fabíola & SANTOS, Andrea H. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. *Psicol. cienc. prof.*, v.34, n.3, p.625-642, set. 2014.
- LEAL, R. P. C. Práticas de governança e valor corporativo: uma recente revisão de literatura. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 327-337, out./dez. 2004.
- LEAL, R. P. C. Práticas de governança e valor corporativo: uma recente revisão da literatura. In: SILVA, A. L. C.; LEAL, R. P. C. *Governança corporativa: evidências empíricas na Brasil*. São Paulo: Atlas, 2007. p. 130-148
- MAEKAWA, Rafael; CARVALHO, Marly M. & OLIVEIRA, Otávio J. Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. *Gest. Prod.* [online], v.20, n.4, p. 763-779, 2013.
- NELSON, Reed E. & PIMENTEL, Thiago D. Uma Perspectiva Weberiana para a Governança de Empresas Familiares: Notas a Partir de um Estudo com Empresas Longevas. *Organ. Soc.*, v.22, n.75, p.539-560, dez. 2015.
- PIRES, Juliana M.; TORRES, Alice S. V. & ALMEIDA, Victor M. C. Unimed Leste Fluminense: alinhando os canais para crescer. *REAd. Rev. eletrôn. adm.* (Porto Alegre), v.19, n.3, p.769-819, dez. 2013.
- PRESOT, Ivanete Milagres *et al.* Quality perception in research laboratories from Fiocruz after QMS implementation. *Rev. Adm. Pública* [online], v.48, n.1, p. 237-252, 2014.
- SILVA JUNIOR, Annor da; SILVA, Priscilla O. M. & SILVA, Alfredo R. Sistemas de valores e implicações na governança corporativa em um grupo empresarial familiar. *Organ. Soc.*, v.20, n.65, p.239-260, jun. 2013.
- SILVEIRA, Alexandre D. M.; BARROS, Lucas A. B. de C. & FAMÁ, Rubens. Atributos corporativos e concentração acionária no Brasil. *Rev. adm. empres.*, v.48, n.2, p.51-66, jun. 2008.



CUIDADO PALIATIVO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTADO DA ARTE

PALIATIVE CARE ON INTENSIVE CARE UNIT: STATE-OF-THE-ART

📍 **Raquel Melânia de Jesus Tassini**

Médica com título de especialista em Medicina Interna e Medicina Intensiva Adulto.

📍 **Joseph Fabiano Guimarães Santos**

Médico com título de especialista em Medicina Intensiva pela AMIB, doutor em epidemiologia

📍 **Maria Emília de Melo Coelho**

Professora da Pós-Graduação em Cuidados Paliativos da Faculdade UNIMED



RESUMO

No cotidiano da prática da medicina de urgência e emergência, mais especificamente na terapia intensiva, surgem diversas situações onde o paciente encontra-se na condição de um processo de morte inexorável, muitas vezes já com o suporte avançado de vida instalado. Diante desta realidade, cada vez mais presente, necessitamos de intervenções que amenizem os sofrimentos consequentes à mesma, em que a capacidade humana de compaixão e misericórdia possam prevalecer. Neste estudo fez-se revisão sistemática com descrição didática, avaliando-se a importância e necessidade da integração dos cuidados paliativos com a terapia intensiva, por se tratar de uma opção com elevada eficiência e eficácia para dar suporte na assistência aos pacientes, principalmente àqueles com doença terminal e seus familiares.

Palavras-chaves: Cuidado Paliativo. Serviço de cuidado paliativo. Unidade de Terapia Intensiva. Consultoria em cuidado paliativo. Terminalidade. Integrando o cuidado paliativo.

ABSTRACT

On the daily routine of urgency and emergency practice, more specifically on intensive care, there are many situations where the patient is in a situation of imminent death, many times with life support already applied. In such context, ever more present, we need interventions that soften its inherent suffering, where human compassion and mercy can prevail. In this study, we made a systematic bibliographic revision with a didactic description, evaluating the importance and need of the integration of palliative care with intensive care due its elevated efficiency and efficacy on patient support, especially the ones with terminal disease and their families.

Keywords: Palliative Care. Palliative Care Service. Intensive Care Unit. Palliative Care Consult. End-of-Life Care. Integrating Palliative Care.



1 INTRODUÇÃO

Em 1967, Cicely Saunders fundou em Londres o St Christhofer Hospice e deu início ao que hoje é conhecido como “Movimento *Hospice* Moderno”. O St. Christopher’s Hospice foi o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, desde o controle de sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico (GOMES, 2016; INSTITUTO PALIAR, 2019).

No início da década de 1970, Cicely Saunders juntamente com a psiquiatra norte-americana Elizabeth Klüber-Ross foram pioneiras no movimento *Hospice* nos Estados Unidos. Em 1982, uma lei americana permitiu o estabelecimento do que se chama de *Hospice Care* e promoveu ações especialmente de cuidado domiciliar através de um sistema de reembolso (GOMES, 2016).

O Reino Unido foi pioneiro ao ser o primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica, no ano de 1987 (GOMES, 2016). Na Inglaterra pacientes têm acesso gratuito a Cuidados Paliativos através de serviços custeados pelo governo ou por doações.

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer – INCA, do Ministério da Saúde, foi pioneiro na prática de Cuidados Paliativos (ANCP, 2019). Em 1986 iniciou atendimentos a pacientes fora da possibilidade de cura. Em 1998 inaugurou o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos. Em 1997 foi fundada a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos – ABCP – pela psicóloga Ana Geórgia de Melo (ANCP, 2019). Em 2005 foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, o que significou um enorme salto institucional, e em 2009, pela primeira vez o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo código de ética médica, os cuidados paliativos como princípio fundamental.

Os avanços da medicina que proporcionaram o prolongamento da vida, associado a uma mudança do perfil demográfico, resultaram no aumento do número de pessoas idosas com doenças crônicas degenerativas (transição epidemiológica). Doenças estas para as quais não existe tratamento curativo, e que podem prolongar-se por tempo indeterminado, como nas situações de câncer, demência, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, fragilidade entre outras. Este contexto tem contribuído para o aumento das hospitalizações e, principalmente, das internações nas unidades de terapia intensiva (UTI) (MORITZ *et al.*, 2008).

Historicamente, a terapia intensiva (TI) tem como objetivo primário salvar e prolongar a vida, enquanto a especialidade cuidado paliativo (CP) objetiva aliviar o sofrimento associado



aos problemas relacionados à doença, o que resulta na melhora da qualidade de vida dos pacientes com doenças agudas ou crônicas que ameaçam a vida ou com doenças incuráveis em fase avançada.

A prevenção e redução do sofrimento vai além de intervenções farmacológicas e são obtidas pela identificação precoce, manejo adequado e tratamento dos aspectos físico, psicossocial e espiritual dos indivíduos com doenças ou lesões graves, que ameaçam a vida ou são incuráveis.

Apesar desses objetivos inicialmente parecerem divergentes, o objetivo primário de uma é o objetivo secundário da outra, porque o prolongamento da vida, associado ao conforto e qualidade são compatíveis e complementares. Desta forma, o cuidado paliativo deve ser oferecido simultaneamente com o tratamento intensivo adequado e não ser apenas uma alternativa ao tratamento agressivo (BYOCK, 2006).

Nesta revisão objetivamos descrever de modo didático os principais conceitos e definições relacionados à prática do CP, e as principais estratégias atualmente sugeridas para a implementação da mesma, no ambiente da terapia intensiva.

2 METODOLOGIA

Revisão didática, construída a partir de uma revisão sistemática da literatura, na busca de estudos observacionais e intervencionistas, além de estudos de revisão sistemática e meta-análise, obtidos através de pesquisa eletrônica realizada no Pubmed e Medline. O período pesquisado foi entre 2006 a 2018. Os termos pesquisados foram: “*intensive care unit*”, “*critical care unit*”, “*palliative care*”, “*improving palliative care*”, “*palliative care service*”, “*palliative care consult*”, “*end-of-life care*”, “*comfort care*” e “*supportive care*”.

3 DISCUSSÃO

Muitos estudos demonstraram que o Cuidado Paliativo integrado à Terapia intensiva resulta no melhor controle de sintomas, na maior satisfação do paciente e seus familiares em relação ao tratamento recebido, na redução da mortalidade intra-hospitalar e da permanência hospitalar sem, contudo, aumentar a mortalidade, e na redução direta e indireta do custo hospitalar (PUNTILLO *et al.*, 2006; CAMPBELL, 2006; MULARSKI *et al.*, 2009; NORTON *et al.*, 2007; KYEREMANTENG *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2017; LIU *et al.*, 2017).

Devido à complexidade do tema muitos termos têm sido propostos para a descrição das condições e das intervenções no cuidado paliativo. Assim faz-se necessário definir os termos



comumente utilizados na prática diária. Aqui adotaremos as definições propostas por MORITZ *et al.*, 2008:

Ações Paliativas: são medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar dos pacientes e seus familiares.

Paciente em condição terminal: o paciente é considerado em condição terminal quando sua doença, independentemente da terapêutica adotada, evoluirá inexoravelmente para a morte. A irreversibilidade da doença é definida de forma consensual pela equipe médica, baseada em dados objetivos e subjetivos. Quando estabelecido esse diagnóstico, os cuidados paliativos se tornam o objetivo principal da assistência aos pacientes e familiares.

Cuidados ao fim da vida: são os cuidados prestados aos familiares e aos pacientes em fase aguda e de intenso sofrimento, na evolução final de uma doença terminal, em um período que pode preceder horas ou dias o óbito.

Tratamento fútil: é toda intervenção que não seja coerente ou que não atenda aos objetivos propostos no tratamento de um determinado paciente. Durante o tratamento de um paciente com doença terminal medidas curativas e restaurativas podem configurar tratamento fútil, tais como: suporte nutricional enteral ou parenteral; uso de drogas vasoativas; terapia de substituição renal; manutenção de ventilação mecânica invasiva e, inclusive, a própria internação ou permanência do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A identificação de medidas fúteis e a priorização dos cuidados paliativos devem ser estabelecidas de maneira consensual pela equipe multiprofissional em consonância com o paciente (se capaz), seus familiares ou o seu representante legal.

Cuidados paliativos na UTI: são os cuidados prestados dentro da UTI ao paciente crítico em condição terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser o foco da assistência. Tem como objetivo primário o bem-estar do paciente, permitindo-lhe uma morte tranquila e digna.

A seguir são descritos os principais e essenciais processos para a orientação das condutas na terminalidade no ambiente da terapia intensiva. Processos estes que sempre deverão ser lembrados pela equipe multidisciplinar.

3.1 Comunicação

Para que haja comunicação, faz-se necessário que o destinatário da informação a receba e a compreenda. A informação que foi apenas transmitida, mas não foi recebida ou compreendida, não foi comunicada.



A boa comunicação impacta na qualidade assistencial no final de vida, reduz a permanência na UTI, a mortalidade dentro da UTI e o custo assistencial sem, contudo, aumentar a mortalidade intra-hospitalar (PUNTILLO *et al.*, 2006).

No ambiente da terapia intensiva não é raro a ocorrência de má comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, entre equipe multidisciplinar e binômio paciente-família, e entre equipe e o consultor em Cuidados Paliativos (PUNTILLO *et al.*, 2006).

3.1.1 Comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar:

Alguns estudos têm demonstrado que a falta de comunicação e colaboração entre médicos e enfermeiros resulta em consequências negativas que afetam pacientes, familiares e equipe (PUNTILLO *et al.*, 2006).

Para o paciente, a má comunicação dentro da equipe pode significar que seus objetivos, desejos e preferências não serão respeitados. Para familiares, pode levar à falta de conhecimento e compreensão do plano terapêutico, desconfiança e sentimentos como culpa, ansiedade e depressão secundários à tristeza, o que tardiamente resultará em um processo de luto complicado. E para a equipe, pode gerar stress, raiva, frustração e insatisfação profissional, o que é um terreno fértil para o desenvolvimento da síndrome de Burnout (PUNTILLO *et al.*, 2006).

Atualmente, o mau relacionamento entre enfermagem e médico, agregado às diferentes filosofias de trabalho e de responsabilidades, são os principais motivos para a falta mútua de colaboração (PUNTILLO *et al.*, 2006).

As diferentes filosofias de trabalho têm origem no fato de os médicos serem tradicionalmente treinados para diagnosticar, tratar e curar. Ainda na faculdade aprendem a medicina que tem como foco o tratamento da doença, objetivando a cura acima de tudo, sem se atentarem adequadamente ao sofrimento causado pela doença per si.

Já os enfermeiros são treinados a enxergar o paciente como um todo, o que resulta em uma visão holística e menos otimista da situação. Visão esta agravada por lidarem com a morte na sua rotina diária, devido ao fato de estarem mais tempo com pacientes e familiares, o que faz com que vivenciem diretamente o processo ativo de morte (PUNTILLO *et al.*, 2006).

A qualidade do cuidado no final de vida é afetada de maneira prejudicial quando os médicos negligenciam as diretivas antecipadas do paciente; dão falsa esperança à família; evitam conversar com os familiares; não permitem que o paciente morra (no caso de morte inevitável) e têm divergência de opiniões e condutas entre si (PUNTILLO *et al.*, 2006).



Médicos e enfermeiros têm diferenças de responsabilidades. Aos médicos cabe o peso da tomada de decisões, enquanto aos enfermeiros cabe o peso de praticar decisões tomadas pelos médicos.

Visando evitar confrontos, decisões éticas e processos judiciais, principalmente quando existem conflitos familiares ou alta probabilidade da ocorrência de desfechos desfavoráveis, médicos tomam muitas decisões baseadas em resultados. Decisões estas, muitas vezes em desacordo com a opinião da enfermagem, que está mais preocupada com o sofrimento do paciente, o que pode resultar em frustração e atritos (PUNTILLO *et al.*, 2006).

Respeito mútuo, colaboração e envolvimento são essenciais para a boa comunicação. Quando ocorre diálogo a interpretação médica da doença e a visão holística da enfermagem se aproximam no curar e cuidar. O reconhecimento, compreensão e respeito pela perspectiva e responsabilidade do outro levam a tomada de decisão compartilhada. Consequentemente a prática ambiental que favorece a comunicação entre médicos e enfermeiros está fortemente relacionada ao melhor cuidado no fim de vida e satisfação profissional de enfermeiros e médicos (PUNTILLO *et al.*, 2006).

3.1.2 Comunicação entre equipe e binômio paciente-família:

Para que ocorra melhora da comunicação entre familiares e equipe multidisciplinar faz-se imprescindível comunicação precoce e intensiva (LEVY *et al.*, 2006; LAUTRETTE *et al.*, 2006).

A comunicação precoce e intensiva implica:

- i. Encontro já nas primeiras 24 horas, após a admissão na UTI, entre o médico coordenador e familiares. Este encontro é essencial para se identificar o principal responsável pela tomada de decisões, quando o paciente não é capaz de fazê-lo, informar sobre o diagnóstico e prognóstico, assim como sobre planos terapêuticos, avaliar a existência de diretivas antecipadas de vontade, e planejar reuniões subsequentes.
- ii. Boletim médico que inclua plano de cuidados atualizado fornecido pelo coordenador médico da UTI.
- iii. Enfermeiros especializados melhorando a comunicação e acolhendo paciente e familiares após o boletim médico.
- iv. Maior inclusão do enfermeiro na decisão clínica e na comunicação dos objetivos terapêuticos e do plano de cuidados para pacientes e familiares.



- v. Encontros regulares entre o médico coordenador, a equipe multidisciplinar e familiares com objetivo de dividirem a tomada de decisões (quando desejo da família) e melhorar o acolhimento visando evitar um luto complicado.
- vi. Conferência familiar. Deve ser realizada o mais cedo possível, de preferência nas primeiras 72 horas da admissão na UTI. Na conferência familiar a equipe multidisciplinar e os familiares conversam detalhadamente sobre diagnóstico, prognóstico e opções de tratamento, dando aos familiares oportunidades de questionarem, manifestarem preocupações e emoções dolorosas. Este processo intensivo de comunicação fornece empoderamento à família para lidar com suas crises de forma efetiva e não danosa. Fortalece sua autonomia ao lhes fornecerem informações e o suporte de que necessitam. Ajuda os familiares a entenderem a situação do paciente, participarem da tomada de decisões caso desejem e se prepararem para o luto (MORITZ *et al.*, 2008; COELHO *et al.*, 2017; LAUTRETTE *et al.*, 2006).
- vii. Comunicação pró ativa, que melhora a comunicação sobre o cuidado no final da vida, o que é essencial para melhorar a compreensão de familiares e pacientes, principalmente quando da tomada de decisões sobre limitação de tratamento (MORITZ *et al.*, 2008; COELHO *et al.*, 2017; LAUTRETTE *et al.*, 2006).
- viii. Sala que permita privacidade na conversa dos familiares entre si, e com a equipe.

3.1.3 Comunicação entre equipe e consultor em Cuidados Paliativos:

A qualidade do cuidado na Terapia Intensiva é embasada em dois objetivos: reestabelecer a saúde através de intervenções nos pacientes recuperáveis e, aliviar o sofrimento através da palição e cuidados que amenizam o sofrimento e sequelas, permitindo uma morte digna. Por isso é primordial que haja colaboração interdisciplinar e comunicação adequada entre a equipe da Terapia Intensiva e o consultor especialista em Cuidados Paliativos (MULARSKI, 2006).

A colaboração mútua e de qualidade resultará em menor fragmentação do cuidado. Fragmentação esta, secundária aos silos de categorias profissionais e especialistas que não se comunicam, resultando em informações inconsistentes, falta de consenso sobre plano de cuidados e alto nível de stress para todo (NELSON, 2006).

3.2 Autonomia do paciente



Todo paciente, independentemente da sua condição clínica, deve sempre ter a sua autonomia respeitada, devendo ser cuidado com ênfase e respeito aos seus valores, desejos e preferências terapêuticas, desde que em concordância com a legislação do país.

Esta maneira correta, consciente e humanizada do cuidar teve seu respaldo legal na resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM). A resolução tornou a Diretiva Antecipada de Vontade um documento legal e ético permitindo aos profissionais de saúde respeitarem a vontade do indivíduo.

Para sabermos sobre uma pessoa e, respeitá-la como indivíduo, faz-se necessário conhecê-la. Uma ferramenta simples, de alta eficiência, eficácia e baixo custo que permite que toda a equipe conheça um pouco sobre o paciente é a personalização do leito na UTI. Para isto, todo leito de UTI deveria conter um quadro ou pôster com informações sobre o paciente, incluindo fotos do mesmo e dos seus familiares, suas preferências, personalidade, ocupação, gosto musical e animais de estimação.

3.3 Qualidade de vida e funcionalidade do paciente

O foco para melhora da qualidade do cuidado paliativo e do cuidado no fim de vida inclui manutenção da melhor qualidade de vida para o indivíduo no seu tempo remanescente.

A manutenção da melhor qualidade de vida implica o manejo adequado dos sintomas e cuidados para o conforto, além da manutenção da funcionalidade do paciente e do respeito a sua identidade e autonomia (MULARSKI, 2006).

3.4 Paciente-família como uma unidade de cuidados

Cuidar de paciente com doença terminal significa cuidar da família. Importante lembrar que família não são somente os parentes sanguíneos, mas sim todas as pessoas próximas ao paciente (COOK *et al.*, 2006).

O cuidado da família é realizado via compreensão do stress que estão enfrentando, conversas regulares, suporte psicológico, espiritual, social; acolhimento ao enlutado, acesso a visita irrestrita, e sala de espera humanizada (TREECE *et al.*, 2006).

Inclui também a tomada de decisões centrada no paciente, na família e compartilhada com a família, quando desejo da mesma. Para isso é imprescindível entender como e em qual nível a família deseja participar da tomada de decisões. Estudos revelaram que a grande maioria das famílias deseja que o médico compartilhe a responsabilidade.



3.5 Cuidados Paliativos na Terapia Intensiva: quando iniciar?

A distinção entre doença crítica e doença terminal tem sido obscurecida e dificultada pelo avanço tecnológico e terapêutico, o que tem atrasado a indicação dos cuidados paliativos para doentes críticos, até que a morte se torne evidente (TREECE *et al.*, 2006).

O Cuidado Paliativo é um tratamento médico que objetiva aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida não só dos pacientes com doenças incuráveis, avançadas e cujo prognóstico é reservado, mas também de seus familiares (MULARSKI, 2006).

Aborda de maneira holística o cuidado do indivíduo incluindo mente, corpo e espírito. Substitui as terapias curativas e de prolongamento da vida quando as intervenções da terapia intensiva falham no restabelecimento da funcionalidade do paciente ou da qualidade de vida (TREECE *et al.*, 2006).

Frente ao prognóstico incerto de todo paciente agudo cirúrgico ou vítima de trauma, os princípios do cuidado paliativo devem ser aplicados e realizados simultaneamente com os outros tratamentos, e a sua prática incorporada ao cuidado crítico destes pacientes. Assim sendo, aliviar o sofrimento, manejo adequado de dor e outros sintomas e a tomada de decisões compartilhada devem estar integrados na prática médica, da enfermagem e na rotina de cuidados em toda UTI de trauma ou cirúrgica (MOSENTHAL *et al.*, 2006).

Quanto mais precoce forem identificados os critérios de terminalidade, mais rápida será confecção de um plano terapêutico proporcional para o paciente e seus familiares. Assim, faz-se necessária a estratificação precoce do Cuidado Paliativo em pacientes agudos ou crônicos gravemente enfermos, internados na UTI, visando ajudar na formulação de um plano de cuidados específico e proporcional para aquele paciente.

Esta estratificação classifica o Cuidado Paliativo em quatro níveis, que são:

3.5.1 Cuidado Paliativo Precoce:

- i. Iniciado no momento do diagnóstico de doenças incuráveis com prognóstico desfavorável ou lesão de órgão alvo.
- ii. Nestes pacientes está indicado o suporte avançado de vida, inclusive reanimação cardiopulmonar caso ocorra parada cardiorrespiratória (PCR).
- iii. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, plano de cuidados, condutas e prognóstico
- iv. Controle rígido da dor



- v. Assistência psicossocial e espiritual

3.5.2 Cuidado Paliativo Complementar:

- i. O paciente continua a receber todo o suporte avançado de vida necessário para manutenção da vida.
- ii. A evolução do quadro, bem como a resposta ao tratamento instituído devem ser rigorosamente monitorizadas e reavaliadas, geralmente em 24 a 48 horas. Dois desfechos podem ocorrer:
 - a) Paciente obtém melhora clínica com resposta satisfatória ao tratamento instituído: um evento adverso nesse contexto caracteriza-se como PCR, e deve-se proceder às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
 - b) Paciente obtém respostas progressivamente insuficientes ou aquém do esperado para o tratamento instituído: um evento adverso nesse contexto deve ser considerado como morte e não devem ser realizadas manobras de RCP.
- iii. Considerar evolução para Cuidado Paliativo predominante.
- iv. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico.
- v. Controle rígido da dor.
- vi. Assistência psicossocial e espiritual.

3.5.3 Cuidado Paliativo Predominante

O paciente já recebeu todo o suporte intensivo para manutenção da vida e apresenta falha ou resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao óbito. Neste caso:

- i. Não adicionar e/ou manter terapias fúteis.
- ii. Não reanimar caso haja evento que culmine com a morte.
- iii. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor.
- iv. Assistência psicossocial e espiritual.

3.5.4 Cuidado Paliativo Exclusivo



Para esse paciente, a morte está prevista para as próximas horas, dias ou poucas semanas. Neste caso:

- i. Suspender todas as terapias fúteis, enfocando o controle de sintomas.
- ii. Avaliar possibilidade da extubação paliativa.
- iii. Avaliar indicação de sedação paliativa caso haja refratariedade no controle dos sintomas.
- iv. Avaliar alta da UTI caso seja possível realização de Cuidado Paliativo de qualidade na unidade de internação.
- v. Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, plano de cuidados, condutas e prognóstico.
- vi. Controle rígido da dor.
- vii. Assistência psicossocial e espiritual.

Para ajudar na formulação do plano de cuidados de pacientes elegíveis para Cuidado Paliativo na terapia intensiva, cabe lembrar alguns conceitos (MORITZ *et al.*, 2008):

3.5.5 Paciente em processo ativo de morte

O paciente se encontra nas últimas semanas, dias ou horas de vida. Como sintomatologia pode apresentar fraqueza intensa e progressiva, limitação ao leito, dormir a maior parte do dia, indiferença a comidas e bebidas, dificuldade de deglutição, desorientação no tempo e desatenção, hipotensão não relacionada a hipovolemia, retenção urinária / oligúria, incapacidade de fechar os olhos, alucinações envolvendo pessoas já falecidas, referência a ir para casa ou temas similares, alterações no ritmo e padrão respiratório, respiração ruidosa e retenção de secreção, livedo e esfriamento da pele, pulso fraco e alterações do estado mental.

3.5.6 Limitação de tratamento

Equipe multidisciplinar determina a proporcionalidade entre os meios propedêuticos e / ou terapêuticos empregados e os resultados esperados para aquele paciente. À seguir, realiza-se conferência com paciente (se consciente) e familiares, objetivando conversar sobre esta proporcionalidade e conhecer os desejos e as expectativas do paciente e seus familiares. No final, equipe em conjunto com paciente e familiares, fazem o julgamento das intervenções médicas no que diz respeito aos riscos e benefícios da ação, a utilidade ou inutilidade da medida, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica.



3.5.7 Gravidade da doença

É definida baseada na avaliação das consequências da doença. É medida pela taxa de hospitalização, sequelas e letalidade da doença.

3.5.8 Prognóstico reservado

Prognóstico médico refere-se à previsão das alterações e/ou evolução que possam ocorrer no decurso de uma doença. Antecipa a possível evolução clínica da doença baseada nos sinais e sintomas evidenciados no paciente. Dá-se o nome de prognóstico reservado àquele que é incerto ou que pressupõe um desenlace negativo da doença no paciente.

3.6 Admissão na Unidade de Terapia Intensiva de paciente já com cuidados paliativos implementados: o que fazer?

Quando o paciente que já está com cuidado paliativo implementado é admitido na terapia intensiva, torna-se essencial a identificação do motivo de solicitação da vaga. Só assim será possível definir as prioridades, avaliar as demandas e formular um plano terapêutico proporcional as individualidades do paciente e seus familiares.

As cinco situações mais recorrentes que resultam no encaminhamento do paciente já com cuidado paliativo implementado para unidade de terapia intensiva são:

- i. Ocorrência de evento agudo, não relacionado à evolução natural da doença de base, mas que resulta em piora clínica ameaçadora da vida e que necessita de cuidados intensivos.
- ii. Paciente em cuidados paliativos precoce ou complementar, com terapêuticas associadas e necessidade de intervenções específicas.
- iii. Paciente em cuidado paliativo exclusivo cujo controle adequado de sintomas e conforto necessita da utilização de recursos não disponíveis na unidade de internação.
- iv. Paciente com doença terminal cuja situação real não foi abordada com familiares.
- v. Paciente com cuidados paliativos exclusivos implementados, cujos familiares apesar de estarem bem esclarecidos, não apresentam condições emocionais para acompanharem o processo ativo de morte.



Nas três primeiras situações acima descritas, o paciente se beneficia com a terapêutica específica da unidade de terapia intensiva. Na quarta situação o paciente comumente:

- i. Apresenta uma doença terminal avançada, cuja evolução natural e prognóstico não ficaram bem esclarecidos ou não foram bem assimilados pela família.
- ii. Ou vivencia alguma intercorrência aguda devastadora, relacionada a patologia de base e que piora muito o seu prognóstico, resultando em seu processo ativo de morte.

Nestes casos, imediatamente após admissão na UTI, é imprescindível a realização do acolhimento e esclarecimento da real situação aos familiares. Somente assim, será possível o não início das medidas de suporte avançado de vida, ou até mesmo a sua retirada, caso já tenham sido implementadas antes da admissão na UTI.

Na quinta situação, o paciente geralmente apresenta uma doença terminal avançada descompensada, com estadia prolongada na unidade de internação. Seus familiares têm completa compreensão da real situação e sobre a evolução esperada. Entretanto, quando o paciente entra no seu processo ativo de morte, estes se descobrem sem condições de acompanhá-lo, aumentando suas demandas emocionais. Os profissionais da assistência incapazes de oferecerem suporte à nova demanda emocional familiar, transferem o paciente para unidade de terapia Intensiva.

Neste caso, as ações esperadas na terapia intensiva são disponibilidade e destreza no acolhimento das necessidades do paciente e seus familiares.

3.7 Integração dos Cuidados Paliativos à Terapia Intensiva

Atualmente a Terapia Intensiva de qualidade deve ser e estar equilibrada entre medidas paliativas e curativas. Quando as intervenções da Terapia Intensiva falham no reestabelecimento da funcionalidade do paciente ou da qualidade de vida, o Cuidado Paliativo substitui as terapias curativas e de prolongamento da vida (MULARSKI, 2006; CAMPBELL, 2006).

A integração dos cuidados paliativos à terapia intensiva minimiza a diferença existente entre o cuidado que deveria ser fornecido ao paciente com doença terminal e seus familiares e o que realmente é realizado como o prolongamento da morte sem controle adequado de sintomas e sem o acolhimento aos familiares (MUN *et al.*, 2017; CAMPBELL, 2006).



Esta integração é essencial para a prática da ortotanásia, ou seja, do não prolongamento da vida de um paciente em condição terminal por meios artificiais. Por isso é uma estratégia útil para garantir ao paciente que está morrendo na UTI as mesmas intervenções de quem falece em casa ou no *Hospice* (NELSON *et al.*, 2013).

Na literatura tem sido proposto e estão descritos três grandes modelos para integração dos Cuidados Paliativos à Terapia Intensiva: o modelo integrativo, o modelo de consultoria e um modelo misto que incorpora ambas as estratégias de integração e consultoria (MUN *et al.*, 2017; ASLAKSON *et al.*, 2014; CAMPBELL, 2006).

O modelo integrativo aplica os princípios e intervenções do cuidado paliativo na prática diária da equipe multidisciplinar da UTI para todos os pacientes e familiares. O modelo de consultoria foca a maior presença e envolvimento do consultor em cuidados paliativos à assistência oferecida aos pacientes e familiares dentro da UTI. Este modelo é mais aplicável nas instituições que já possuem equipes de cuidados paliativos. Particularmente útil para pacientes identificados como sendo de alto risco ou com prognóstico reservado (MUN *et al.*, 2017; ASLAKSON *et al.*, 2014; CAMPBELL, 2006).

A intervenção proativa do consultor em cuidados paliativos reduz a utilização de intervenções sem benefícios, o retardo entre a definição de mau prognóstico e a implementação do plano de Cuidados Paliativos, a permanência na UTI ou hospital, e o custo do cuidado. Tudo isto sem aumentar a taxa de mortalidade (CAMPBELL, 2006; NELSON *et al.*, 2010).

Segundo CAMPBELL (2006) para que o modelo de consultoria funcione, faz-se primordial que o consultor em Cuidados Paliativos:

- i. Tenha uma intervenção proativa.
- ii. Tenha preocupação em conhecer o ambiente, o funcionamento e o corpo clínico da UTI antes de iniciar a interconsulta. Esta atitude facilita sua aceitação por parte da equipe, que ficará mais confortável quando indicada uma intervenção.
- iii. Seja grande conhecedor sobre a doença, sua fisiopatologia que conduz ao óbito na UTI e, sobre as intervenções de rotina na UTI, interpretando o benefício versus o peso de tais intervenções quando o paciente falece.
- iv. Participe diariamente das corridas de leito para compreender a evolução da doença, e seu prognóstico incerto. Isso demonstrará para a equipe da UTI boa vontade do consultor em aprender sobre o ambiente especial da terapia intensiva.



- v. Seja humilde o suficiente para solicitar e responder ao *feedback*. A satisfação da equipe resulta em solicitações futuras de interconsulta mais precoce do que a satisfação do paciente e familiar, porque estes últimos não sabem como fazê-lo.
- vi. Esteja disponível. Uma vez definido prognóstico reservado dentro da terapia intensiva, a fase terminal da doença evolui rapidamente, especialmente se as terapias que sustentam a vida forem retiradas.

Quando da suspensão do tratamento, o paciente, dependendo da sua condição clínica, poderá falecer em minutos a horas (Exemplo: pacientes dependentes da ventilação mecânica ou com disfunção orgânica múltipla), em dias (Exemplo: Pacientes com disfunção orgânica isolada ou com isquemia cerebral extensa sem morte encefálica) ou mesmo sobreviver até a alta da UTI (Exemplo: Pacientes com demência em fase terminal ou com câncer avançado). Esta imprevisibilidade torna a disponibilidade tão importante.

A equipe da UTI espera uma resposta rápida do especialista em cuidados paliativos, pessoalmente ou por telefone, quando solicita interconsulta. Para minimizar a falta de disponibilidade 24 horas / dia nos 7 dias da semana, o consultor poderá também assistir o CTI pelo desenvolvimento de protocolos e algoritmos de cuidados na terminalidade.

3.8 Plano de cuidados individualizado

Plano de cuidados individualizado gera um prolongamento da vida e alívio do stress físico do paciente, o que promove conforto e qualidade de vida. Deve estar pronto em 24 a 48 horas após admissão na UTI e ser apresentado à família, devendo sempre ser revisto e incorporar as preferências do paciente e seus valores de qualidade de vida (TREECE *et al.*, 2006).

Ao traçar o plano de cuidados individualizado é importante lembrarmos que este deve:

- i. Tratar das complicações agudas da doença, quando indicado.
- ii. Objetivar o alívio adequado da dor e dos outros sintomas.
- iii. Evitar prolongamento inapropriado da vida e do processo de morrer (Distanásia).
- iv. Dar suporte físico, emocional e espiritual ao paciente.
- v. Dar suporte aos familiares na adaptação à doença e sua realidade.
- vi. Permitir fortalecimento da relação do paciente com seus entes queridos.



3.9 Prognóstico e tratamento

O cuidado na terminalidade é um componente integral do cuidado na Terapia Intensiva (COOK *et al.*, 2006). Devido à medicina não conseguir precisar o real prognóstico dos pacientes, muitos são, e muitos outros ainda serão submetidos ao suporte avançado de vida na UTI.

As diferentes situações que levam o paciente à UTI (patologias agudas X crônicas agudizadas) e à dificuldade de definição prognóstica dificultam a decisão sobre o manejo, limitação ou suspensão do suporte avançado de vida. Agregado a isto, o avanço tecnológico, as atitudes médicas (negação e heroísmo) e a negação cultural, social e psicológica da morte tornaram conversas sobre o morrer e sobre a suspensão do suporte avançado de vida difíceis, muitas vezes impedindo um cuidado de alta qualidade na terminalidade (COOK *et al.*, 2006).

Em todo paciente na UTI que teve falência terapêutica deveria ser discutida a suspensão do tratamento que faliu (COOK *et al.*, 2006).

Quando o prognóstico de um paciente é incerto, ou se não for possível chegar a um consenso sobre o prognóstico entre os profissionais, a aplicação de uma terapêutica por um tempo limitado, com avaliação subsequente do seu resultado, pode ser considerada e discutida com a família, desde que sempre sejam levados em consideração os princípios éticos como autonomia do paciente, beneficência ao paciente, princípio da não maleficência e a proporcionalidade de tratamento (SCHNEIDERMAN, 2006).

A aplicação dos princípios éticos na tomada de decisão médica pode gerar conflitos quando a família do paciente com doença terminal, ou em processo ativo de morte, requer tratamento pleno ou não aceita os princípios éticos. A consultoria ética ajuda a resolver estes conflitos e outros como o que fazer pelo paciente com doença terminal incapacitado e que não tem um representante legal ou uma diretiva antecipada de vontade (SCHNEIDERMAN, 2006).

3.10 Controle adequado da dor e outros sintomas

É necessária a mudança de paradigma para que a equipe multidisciplinar da UTI perceba e compreenda o cuidado paliativo como parte integrante da prática clínica. Somente assim o foco incluirá aliviar o sofrimento, ao invés de tentar curar a doença do paciente a qualquer custo.

Segundo Campbell (2015), os cinco sintomas mais frequentes nos pacientes críticos que estão morrendo na UTI são dor, dispneia, ansiedade, delirium e respiração ruidosa. Outros



sintomas indesejados incluem fraqueza, fadiga, anorexia, constipação, náusea, tosse e secreção, depressão, agitação, sede e alterações do sono.

Na terminalidade a ênfase do cuidado é a avaliação e alívio dos sintomas. Independentemente do mecanismo utilizado, o controle adequado de qualquer sintoma inclui avaliação periódica, intervenção quando necessário e reavaliação sempre após cada intervenção.

3.10.1 Dor

Alívio da dor é o principal objetivo. Procedimentos dolorosos devem ser evitados.

Os opioides são ainda a principal opção para controle da dor em pacientes críticos. Morfina e Fentanil são os mais utilizados (CAMPBELL 2015). A pré-medicação com analgésico opióides é essencial antes da realização de procedimentos dolorosos que não podem ser evitados, tais como aspiração traqueal.

Uma dose inicial de Morfina (5mg) ou de Fentanil (0,05mg) é sugerida para pacientes que nunca utilizaram opioides (CAMPBELL 2015). A via de administração deve ser endovenosa. O bolus intravenoso está indicado para pacientes com dor episódica, enquanto a infusão contínua é utilizada quando a dor é frequente ou constante.

A constipação é um efeito colateral indesejável, porém comum dos opioides, devendo ser prevenida antes da sua ocorrência, com a prescrição de estimulantes ou laxantes osmóticos. Entretanto, quando o óbito é esperado em até 24 horas, os laxativos não estão indicados.

Outras formulações não opioides como anti-inflamatórios não esteroides (Exemplo: Cetorolaco) e anticonvulsivantes (Exemplo: Carbamazepina, Gabapentina) podem ser coadjuvantes aos opióides (Exemplo: No tratamento da dor neuropática) (CAMPBELL 2015).

3.10.2 Dispneia

Oxigênio suplementar reduz a dispneia apenas nos pacientes hipoxêmicos.

Para alívio da dispneia no final da vida ou refratária ao tratamento em outras enfermidades, os opioides são o medicamento de escolha. Todavia, as evidências estão limitadas ao uso oral ou parenteral da Morfina e Fentanil. O uso inalatório através da nebulização não foi rigorosamente estudado (CAMPBELL 2015).



A dose inicial utilizada geralmente é menor do que a dose inicial utilizada para controle da dor. Sugere-se dose inicial de Morfina de 2mg para via endovenosa ou 6mg para via enteral (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

Benzodiazepínicos não são medicamentos de primeira linha, mas podem ser utilizados como coadjuvantes aos opioides na tentativa de redução da ansiedade associada à dispneia (CAMPBELL 2015). Outros medicamentos que podem ser agregados são os diuréticos, corticoides e broncodilatadores.

3.10.3 Ansiedade

Apesar da intensificação da presença do médico e de familiares reduzirem a ansiedade, medicamentos podem ser necessários. A escolha do medicamento é baseada no objetivo terapêutico.

Para o alívio de ansiedade leve a moderada são utilizados benzodiazepínicos de ação curta, como o Lorazepam (1mg) ou Midazolam (0,5mg). Drogas sedativas como o Propofol (0,005mg/Kg/min) ou Dexmedetomidina (0,2 a 0,7 mg/Kg/min) podem ser necessárias para o alívio da ansiedade grave ou se o objetivo do tratamento é a sedação (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

3.10.4 Delirium

É um distúrbio da consciência caracterizado por um estado agudo de confusão mental, que apresenta alternância entre períodos de lucidez e momentos de exacerbação dos sintomas. Dentre as diversas manifestações clínicas do delirium as principais são déficit de atenção com dificuldade em manter diálogos ou obedecer a comandos simples, desorientação espacial e temporal, desorganização do pensamento com discursos incoerentes, alucinações e delírios, agressividade e alteração do ciclo sono-vigília com predomínio de sonolência diurna e agitação noturna (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

Quando acompanhado por alterações psicomotoras é definido com delirium hiperativo (Delirium com aumento da atividade motora como agitação) ou delirium hipoativo (Delirium acompanhado por lentificação da atividade motora) (CAMPBELL, 2015).

O delirium hiperativo frequentemente se apresenta associado com alucinações e delírios. Sua etiologia é multifatorial e inclui idade avançada, demência prévia, medicamentos



(Benzodiazepínicos e opioides), hipoxemia, privação do sono, alterações metabólicas, sedação prolongada e lesão cerebral dentre outras (CAMPBELL, 2015).

Intervenções ambientais como iluminação adequada, redução da poluição sonora e uso de óculos com lentes corretivas e aparelhos auditivos são eficazes na prevenção.

No delirium hiperativo faz-se necessário o uso de medicamento. Podem ser utilizados medicamentos antipsicóticos como Haloperidol (< 3,5mg/dose), Risperidona (comprimido 2 mg de dissolução oral), Quetiapina e Olanzapina (comprimido 5 mg de dissolução oral) (CAMPBELL, 2015).

No paciente acordado com delirium hiperativo e que interage com a família, o Haloperidol tem sido a droga de escolha pelo efeito menos sedativo, apesar de risco de prolongar o intervalo QT (CAMPBELL, 2015; TRUOG, 2008).

Para pacientes com delirium hiperativo muito agitados podem ser utilizadas drogas sedativas como benzodiazepínicos (droga de segunda linha por poder piorar ou causar delírio), Propofol e Dexmedetomidina (CAMPBELL, 2015).

3.10.5 Respiração ruidosa

Condição natural que ocorre nas últimas horas de vida. A expressão “respiração ruidosa” é utilizada para descrever o ruído produzido pelo acúmulo na faringe, de saliva ou secreção (CAMPBELL, 2015). É muito comum nos pacientes próximos da morte e que estão fracos ou sonolentos, tornando-se incapazes de limparem ou deglutirem inclusive pequenos volumes de saliva ou secreção.

3.11 Sedação Paliativa

Somente quando da incapacidade de controle adequado dos sintomas, mesmo após a utilização adequada de todos recursos e intervenções paliativas convencionais, devemos considerar e avaliar cuidadosamente a indicação de sedação paliativa (ASLAKSON *et al.*, 2014; CAMPBELL, 2015).

É um procedimento ético legal que visa: aliviar sintomas intoleráveis e refratários ao tratamento; minimizar o sofrimento; oferecer conforto e dignidade; e aliviar a angústia intolerável do paciente (MAZUTTI *et al.*, 2016).



É uma abordagem apropriada nos cuidados finais de vida não devendo em nenhuma hipótese ser confundida com a eutanásia e, nem ser utilizada antes de esgotados os recursos e intervenções paliativas convencionais para alívio dos sintomas e sofrimento.

Não é o uso de doses terapêuticas de sedativos para induzir o coma, controlar convulsões ou atingir sincronismo com a ventilação mecânica. Nem o uso titulado de opioides visando alívio da dor. Implica o uso de medicação tendo como objetivo sedar o paciente até a inconsciência, quando a analgesia e/ou sedação menos profunda foram incapazes de controlar e aliviar os sintomas (CAMPBELL, 2015).

3.12 Prolongamento inadequado e desnecessário da vida (Distanásia)

A constituição brasileira declara que a dignidade humana na morte é um direito primário, o que se alinha com a retirada do suporte de vida. A resolução número 1.805/2006 do CFM dá suporte à suspensão de tratamentos fúteis para doença grave e incurável, em fase terminal, se aceita pelo paciente ou por seu representante legal.

Na UTI, as limitações de suporte avançado de vida mais prevalentes são: ordem para não ressuscitar; suporte ventilatório; droga vasoativa; e terapia de substituição renal ⁽⁵⁾.

A decisão sobre limitação de tratamento que mantém a vida na UTI deve ser baseada em princípios éticos como (SCHNEIDERMAN, 2006):

- i. Autonomia do paciente
- ii. Não maleficência
- iii. Distribuição justa dos recursos, que devem ser utilizados de forma justa e equilibrada.

Razões para manter ou retirar o tratamento devem incluir a recusa do paciente, a futilidade do tratamento devido ao prognóstico reservado, qualidade de vida limitada, e a falência terapêutica. Nunca realizar distanásia diante da falência terapêutica (SCHNEIDERMAN, 2006).

Visando a não maleficência, o médico está autorizado a suspender intervenções fúteis, que somente prolongam o morrer, sem trazer benefícios para o paciente.

Quando indicada, a limitação ou retirada do suporte avançado de vida deve ser feita com o envolvimento da equipe multidisciplinar, do paciente (se capaz) e da família, para assegurar que a decisão seja coerente com os valores e objetivos daquele indivíduo.

O processo de retirada do suporte deve sempre ser supervisionado e realizado com preparação. Todos os esforços para evitar desconforto, manter analgesia e controle de sintomas



como dor, agitação e dispneia precisam estar assegurados. Exemplos são sedação e analgesia antes e durante retirada do suporte ventilatório e a não realização de procedimentos invasivos.

Quando discutir com o paciente e a família sobre deixar de oferecer novas terapias ou retirar as que estão em vigência, deixar claro que se continuará a fornecer ao paciente e familiares um tratamento de suporte que visa sobretudo ao conforto.

No ambiente da terapia intensiva, os suportes avançados que mais tem sua manutenção ou retirada discutidos são nutrição e hidratação artificial, terapia de substituição renal e suporte ventilatório.

3.12.1 Nutrição e hidratação artificial

Suporte nutricional enteral e hidratação artificial não melhoram os desfechos dos pacientes em fase final de vida, podendo inclusive piorar o desconforto (COELHO *et al.*, 2017). Deste modo, são intervenções clínicas que podem ser suspensas ou retiradas a qualquer momento durante o tratamento.

Esta decisão deve ser baseada em evidências, boas práticas e julgamento. Sempre se devendo ter e manter uma linha de comunicação efetiva com paciente e seus familiares e/ou responsável pelas decisões, e respeitar a autonomia do paciente.

3.12.2 Terapia de substituição renal:

No Brasil, o número de pacientes com doença renal crônica que precisam de diálise triplicou, aumentado de 42.695 pacientes no ano de 2000, para 122.825 no ano de 2016, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia. A maior prevalência ocorrendo na região sudeste (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2016). Muitos destes pacientes foram tratados na UTI.

Os nefrologistas têm domínio sobre as recomendações bem definidas para início e interrupção da diálise. Por este motivo, uma vez instituída a diálise os nefrologistas devem reavaliar continuamente a utilidade deste procedimento. A equipe da UTI deve discutir cada paciente individualmente com os nefrologistas e procurar chegar a um consenso.

Segundo COELHO *ET AL* (2017), uma prática amplamente aceita é a retirada de terapia de substituição renal, quando o tratamento já não mais é benéfico para o paciente. Já existem alguns protocolos que definem ser adequado não iniciar ou suspender a terapia de substituição renal em:



- i. Pacientes com capacidade de decidir, após terem sido plenamente informados e por escolha voluntária, recusam a diálise ou solicitam que ela seja descontinuada.
- ii. Pacientes que não mais tem capacidade de decidir e que previamente indicaram recusa da diálise em uma diretiva antecipada oral ou escrita.
- iii. Pacientes que não mais tem capacidade de decidir e cujo representante, legalmente aceito, recusa a diálise ou solicita que ela seja descontinuada.
- iv. Pacientes com comprometimento neurológico irreversível e profundo.
- v. Pacientes com lesão renal aguda, nefropatia crônica ou nefropatia terminal com prognóstico muito reservado ou para aqueles nos quais a diálise não pode ser conduzida com segurança. Nesta última categoria encontram-se pacientes incapazes de cooperar (Exemplo: paciente com demência avançada que remove o cateter ou circuito da diálise) ou pacientes clinicamente muito instáveis (Exemplo: Hipotensão grave e refratária).

Quando se decide pela retirada da diálise, tanto pacientes quanto familiares devem receber suporte emocional. Devemos estar atentos para controle adequado da dor, prurido urêmico, distúrbios do sono, náuseas, vômitos e constipação, que são os sintomas físicos mais comuns nos pacientes que tiveram a diálise suspensa (COELHO *et al.*, 2017).

3.12.3 Extubação paliativa

Outra tomada de decisão difícil se refere à retirada da ventilação mecânica.

A extubação paliativa deve ser considerada nos pacientes que não deveriam ter sido submetidos ao suporte ventilatório invasivo, porém foram entubados e encaminhados ao CTI devido à falta de comunicação prévia referente aos objetivos terapêuticos. Também deve ser considerada nos pacientes que apresentam evolução ruim de tratamentos associados à comorbidades prévias e, nos pacientes comprometimento cognitivo grave e irreversível (COELHO *et al.*, 2017).

Mundialmente tem ocorrido um crescimento progressivo na aceitação de que a retirada da ventilação mecânica pode ser parte de ações paliativas nas Unidades de Terapia Intensiva (BILLINGS, 2012).



Caso se defina pela extubação paliativa, visando assegurar a dignidade do paciente, faz-se imprescindível haver preparo da equipe de profissionais de saúde, da família e do próprio paciente (COELHO *et al.*, 2017).

O preparo da equipe é realizado através da revisão detalhada dos procedimentos e das medidas que serão realizados com a equipe ao redor do paciente.

O preparo da família pela retirada da monitorização, tratamentos e medicamentos desnecessários, permissão da visita irrestrita e acolhimento pela equipe multidisciplinar.

O preparo do paciente inclui várias etapas, dentre elas:

- i. A suspensão da dieta enteral 12 horas antes da extubação, caso a esteja recebendo.
- ii. Interrupção do uso de bloqueador neuromuscular.
- iii. Permanência da equipe próxima ao paciente.
- iv. Nos pacientes não comatosos e nos comatosos com sinais de sofrimento respiratório, assegurar que estejam recebendo opioides e/ou benzodiazepínicos via parenteral antes, durante e após a extubação, para controle e tratamento dos sintomas mais frequentemente relacionados à remoção da ventilação mecânica invasiva e volta à respiração natural como dispneia, ansiedade e agitação (CAMPBELL, 2015; BILLINGS, 2012).
- v. Manutenção de acesso venoso para administração de medicamentos para conforto do paciente. Nesta situação, não utilizar via subcutânea ou enteral por demorarem mais para agir.
- vi. Manter a cabeceira do leito elevada entre 30 a 35 graus.

Quando se conhece a proposta de extubação paliativa 24 a 48 horas antes da realização do procedimento, a administração de Dexametasona (4mg QID) pode reduzir a incidência de estridor após a extubação (CAMPBELL, 2015).

Já nos pacientes com edema pulmonar intersticial, detectados pela ausculta respiratória ou radiografia de tórax, a administração de diurético reduzirá o esforço respiratório e a retenção de secreção após a extubação. Oxigênio suplementar é desnecessário, a menos que o paciente esteja hipoxêmico com sofrimento respiratório (CAMPBELL, 2015).

Famíliares devem estar conscientizados sobre a possibilidade de o paciente falecer em minutos, na primeira hora após a extubação, ou manter a respiração natural por horas ou dias após à extubação paliativa.



4 CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade nas UTI de um modo geral ainda é elevada e a equipe multiprofissional frequentemente se depara com situações complexas de falência terapêutica, onde muitas vezes não se consegue evitar a morte e nem respeitar a vontade de pacientes e seus familiares. Alguns fatores como a cultura de salvar e prolongar a vida, falhas na comunicação, tomadas de decisões sem participação da família, cuidados no final de vida inconsistentes com os desejos do paciente, manejo inadequado da dor e outros sintomas durante o processo de morrer, associados ao prognóstico incerto do paciente, tornam a terminalidade na terapia intensiva uma experiência traumatizante. Somente com a incorporação e assimilação da filosofia, princípios e práticas dos cuidados paliativos pela equipe multiprofissional e especialistas envolvidos no cuidado do paciente, independentemente do prognóstico, pode-se superar os desafios impostos pela terminalidade no ambiente da terapia intensiva.

Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte (Cicely Saunders 1918-2005).

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Ancp e Cuidados Paliativos no Brasil*. ANCP, (s.d.). Disponível em: <https://bit.ly/2C0735q>.
- ASLAKSON, R. *et al.* Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *Journal of Palliative Medicine*, v.17, n.2, p. 219-235, 2014.
- BILLINGS, J.A. Humane terminal extubation reconsidered: The role for preemptive analgesia and sedation. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*. v.40, n.2, p. 625-630, 2012.
- BYOCK, I. Improving palliative care in intensive care units: Identifying strategies and interventions that work. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*. v.34, n.11, p.302-305, 2006.
- CAMPBELL, M.L. Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit: Managing Pain, Dyspnea, Anxiety, Delirium, and Death Rattle. *AACN Advanced Critical Care*. v.26, n.2, p.110-120, 2015.
- CAMPBELL, M.L. Palliative care consultation in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.355-358, 2006.
- COELHO, C.B.T & YANKASKAS, J.R. Novos Conceitos em Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Rev Bras Ter Intensiva)*, v. 29, n.2, p.222-230, 2017.



COOK, D. *et al.* Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p. 317-323, 2006.

CURTIS, J.R & ENGELBERG, R. Measuring success of interventions to improve the quality of end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*. v.34, p.11, p.341-347, 2006.

GOMES, A & OTHERO, M. Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados*, v.30, n.88, p.155-165, 2016.

INSTITUTO PALIAR. Cuidados Paliativos. Instituto Paliar, (s.d.). Disponível em: <https://bit.ly/326gCKu>.

KYEREMANTENG, K. *et al.* The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay: A Systematic Review and Cost Evaluation. *Journal of Intensive Care Medicine (J Intensive Care Med)*, v.33, n.6, p.346-353, 2018.

LAUTRETTE, A. *et al.* End-of-life family conferences: Rooted in the evidence. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p. 364-372, 2006.

LEVY, M. M & MCBRIDE, D.L. End-of-life care in the intensive care unit: State of the art in 2006. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.306-308, 2006.

LIU, X. *et al.* Effects of hospital palliative care on health, length of stay, and in-hospital mortality across intensive and non-intensive-care units: A systematic review and metaanalysis. *Palliative & Supportive Care (Palliat Support Care)*, v.15, n.6, p.741-752, 2017.

MARTINS, B. D. C. P. C. C; OLIVEIRA, R. A; CATANEO, A. J. M. Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: Systematic review and metaanalysis. *Palliative & Supportive Care (Palliat Support Care)*, v.15, n.3, p.376-383, 2017.

MARTINS, C.T.B. *Diálise no Brasil: cenário atual e desafios – Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia 2016*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2016.

MAZUTTI, S.R.G.; NASCIMENTO, A.F.; FUMIS, R.R.L. Limitação de Suporte Avançado de Vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Rev Bras Ter Intensiva)*, v.28, n.3, p.294-300, 2016.

MORITZ, R.D. *et al.* Terminalidade e Cuidados Paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Ver Bras Ter Intensiva)*, v.20, n.4, p. 422-428, 2008.

MOSENTHAL, A.C & MURPHY, P.A. Interdisciplinary model for palliative care in the trauma and surgical intensive care unit: Robert Wood Johnson Foundation Demonstration Project for Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.399-403, 2006.

MULARSKI, R.A. Defining and measuring quality palliative and end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.309-316, 2006.



MULARSKI, R.A. *et al.* Pain Management Within the Palliative and End-of-Life Care Experience in the ICU. *Chest*, v. 135, p.1360-1369, 2009.

MUN, E. *et al.* Use of Improving Palliative Care in the ICU (Intensive Care Unit) Guidelines for a Palliative Care Initiative in an ICU. *The Permanent Journal (Perm J)*, v.21, p.16-037, 2017.

NELSON, J.E. *et al.* Choosing and Using Screening Criteria for Palliative Care Consultation in the ICU: A Report From the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.41, n.10, p.2318-2327, 2013.

NELSON, J.E. *et al.* Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.38, n.9, p.1765–1772, 2010.

NELSON, J.E. Identifying and overcoming the barriers to high-quality palliative care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.324-331, 2006.

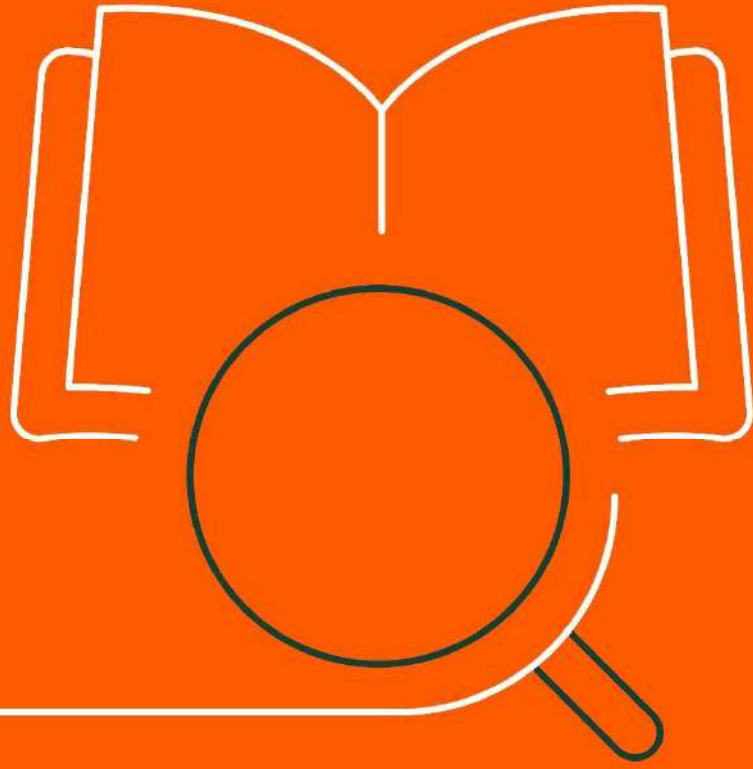
NORTON, S.A. *et al.* Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.35, n.6, p.1530-1535, 2007.

PUNTILLO, K.A; MCADAM, J.L. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.332-340, 2006.

SCHNEIDERMAN, L.J. Effect of ethics consultations in the intensive care unit. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.359-363, 2006.

TREECE, P.D. *et al.* Integrating palliative and critical care: Description of an intervention. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.34, n.11, p.380-387, 2006.

TRUOG, R.D. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine (Crit Care Med)*, v.36, n.3, p.953-963, 2008.



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.