

Programa de Certificação de Qualidade da Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico pela SBNO para Unidades de Saúde

Referencial Teórico

INTRODUÇÃO

A EVOLUÇÃO DA QUALIDADE NO MUNDO

O controle da qualidade moderno teve seu início na década de 1930, nos Estados Unidos, com a aplicação industrial do consagrado gráfico de controle criado por Walter A. Shewhart na empresa de telefonia “Bell Telephone Laboratories”. A partir da revolução industrial, com o desenvolvimento de ferramentas de trabalho e dos sistemas de unidades de medida, o controle de qualidade também foi adotado na Inglaterra. Em 1935, os trabalhos sobre controle da qualidade do estatístico E. S. Person foram utilizados como base para elaboração dos Padrões Normativos Britânicos (“British Standard BS 600”).

A Certificação da qualidade (Clark, G.B. 1988) é um processo pelo qual uma agência ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas. É diferente do primeiro, a “acreditação” (Washington D.C, 1998) é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos.

Os padrões podem ser os mais variados, mais simples ou mais complexos e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação.

E quanto a definição para Qualidade (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1992), é o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis que, em consequência, reduzem os desfavoráveis dado o presente estado da arte.

A prestação de serviço em saúde tem componentes de qualidade que incluem a gestão de processos.

GESTÃO DE PROCESSOS

Pode-se observar que os resultados dependem de processos que inevitavelmente estão na dependência da estrutura e do meio ambiente. (Fleming, G, 1981).

A estrutura é definida pelos insumos, incluindo-se a estrutura organizacional e os modelos teóricos aplicados na administração da instituição. Quanto ao processo, Fleming o define como toda tecnologia envolvida nos cuidados ao paciente.

Hammer, M. & Champy, J (1994) entendem processo empresarial como um conjunto de atividades com uma ou mais espécies de entrada e que cria uma saída de valor para o cliente. Pode também ser definido como um conjunto de atividades de trabalho inter-relacionados que se caracteriza por requerer certos insumos e tarefas particulares, implicando em um valor agregado com vistas a obter resultados.

É a forma que um conjunto de atividades cria, transforma insumos, entradas com a finalidade de produzir bens e serviços para serem entregues a clientes, saídas, sempre com agregação de valor. (NICOLUCI et.al,2012)

Todo processo é composto de elementos e objetivos, os elementos são: Insumos / Recursos/ Atividades/ Informações /Processo e tempo. Os objetivos dos processos são metas e clientes, as metas são os objetivos mensuráveis e os clientes são os internos que estão dentro do processo e os externos são os que vão comprar e receber o processo. (NICOLUCI et.al,2012).

As empresas organizadas por meio de processos de negócios passam a priorizar o cliente final, com destaque do trabalho em equipe e a colaboração, cooperação e a responsabilidade individual. A principal forma para o alinhamento das diferentes propostas de estrutura organizacional é a construção de uma nova cultura das pessoas que trabalham nas organizações e as que estão para ingressar (NICOLUCI et.al,2012). A Gestão por Processos é mais do que uma ferramenta de gestão que auxilia nas tomadas das decisões estratégicas e operacionais da empresa. Na verdade, trata-se de um novo conceito de gestão baseado na melhoria contínua dos processos críticos e com foco constante nas necessidades dos clientes (Kipper ,et.al 2011).

A identificação e mapeamento dos processos, principalmente daqueles considerados como processos essenciais para garantir a gestão de fatores críticos de sucesso da organização, podem ser orientados à atividade, definindo um processo de negócio como uma ordenação específica de atividades. Toda empresa é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar o produto (Porter 1985).

A gestão por processos inclui, planejamento estratégico, entendimento do Negócio, Identificação dos Processos Críticos, dos clientes e Fornecedores do Processo, análise do Processo Atual, Redesenho, Implantação, Gerenciamento do Processo.

A gestão de mudanças é um processo eficaz de alocação de recursos, de forma a transformar a organização, com o objetivo de melhorar a sua eficácia. Existem diversas condicionantes que influenciam o processo de mudança de uma organização, como o nível de recursos que a empresa dispõe, o setor onde se insere a maior ou menor necessidade de mudança, a qualidade da gestão e a atual envolvente política, econômica, social, tecnológica, ambiental e legal (SILVA, 2013).

A mudança organizacional é o resultado da alteração da estrutura organizacional, tornando a estrutura adequada ao desempenho das tarefas, e da mudança

comportamental ou atitudinal pela qual novos estilos administrativos são fixados e incorporados à organização (Bertero, 1976).

Um hospital é uma organização que presta serviços especializados e que apresenta funções diferenciadas, caracterizando-se, portanto, como uma organização bastante complexa. Essas organizações devem atender as necessidades do paciente oferecendo ações e serviços Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares qualificados. O processo de qualidade é essencial para realização de qualquer serviço de saúde, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativa das pessoas, diretamente relacionada com a missão institucional. Unidades prestadoras de serviços de saúde como, as organizações hospitalares, podem ser avaliadas levando-se em consideração a satisfação dos clientes/usuários, familiares e do mercado comprador de serviços hospitalares em geral, e também das pessoas ou organizações que financiam o funcionamento do hospital e que tem interesse nos indicadores de resultados, direcionadores da gestão da qualidade (Vidal, 2013).

Os Estados Unidos liderou a iniciativa destes modelos de programa, com a criação do Programa de Padronização Hospitalar (PPH) elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), em 1924, e em seguida com a criação do Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), em 1987.

No Brasil, as primeiras ações significativas em prol da qualidade dos serviços ocorreram em 1990, com a introdução de novos padrões para a avaliação hospitalar pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Novaes, 2007).

Em 1989 a Organização Mundial da Saúde iniciou trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a qualidade da assistência. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde (SCHIESARI, 2003).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu os critérios para a composição do Fator de Qualidade para o setor de saúde suplementar, conforme definido na Resolução Normativa RN da ANS nº 364/2014. A Instrução Normativa ANS nº 61/2015 propõe utilizar os programas de Acreditação já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como indicadores e os programas de indução e melhoria da qualidade desenvolvidos pela ANS como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.

O principal objetivo da Acreditação é a introdução de uma metodologia, seus conceitos e princípios, através de um conjunto de padrões que contempla um conjunto de processos, capazes de dotar a instituição de saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitam promover a melhoria do desempenho de seus serviços (Bispo, 2015).

No Brasil, as principais organizações acreditadoras são a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Joint Commission International (JCI). Ambas desenvolvem uma série de padrões orientados para processos (Ichinose e col., 2001).

Além dos processos de acreditação já mencionados acima, são encontrados outros sistemas de gestão da Qualidade nos hospitais Brasileiros, tais como as normas ISO, com

maior popularidade para a ISO 9001 e os critérios adotados pelo PNQ (Premio Nacional da Qualidade) baseados na metodologia MEG (Metodologia de Excelência em Gestão) alicerçada em fundamentos e critérios de excelência, este modelo é certificado pela Federação Nacional da Qualidade – FNQ e a Certificação da Qualidade da Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico.

O Programa de Certificação de Qualidade da Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico pela SBNO para Unidades de Saúde visa melhorar a qualidade da Assistência ao paciente oncológico no Brasil, que é um grande e crescente desafio.

A abordagem terapêutica destes pacientes é multimodal e multidisciplinar. Os aspectos nutricionais são determinantes do sucesso da terapêutica oncológica, devido a doença ou tratamento, sinais e sintomas de impacto nutricional estão presentes e determinam a necessidade de uma abordagem nutricional sistematizada.

O gestor em saúde deve compreender que a adequada Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico torna cada vez mais necessário a exigência de processos que possam certificar a qualidade exigida nestas áreas. A introdução de novas metodologias, de novas tecnologias, da especialização profissional e dos serviços, bem como o dinâmico aumento da complexidade nas atividades e processos integram os Serviços de Nutrição e Dietética, e condiciona o estabelecimento de um novo perfil para esses gestores, bem como um novo modelo de gestão.

A gestão destes processos ganha a real dimensão, já que se torna necessária a interação entre diferentes competências. A intrínseca e complexa inter-relação com suas instâncias superiores e as demais instituições da rede de serviços ao qual está vinculado, torna a tarefa de gestão mais complexa e desafiante.

A habilidade e competência para gerir os recursos se tornam mais eficazes na medida da qualificação e capacitação incorporada à formação básica e experiência do profissional. A tarefa principal se traduz no planejamento e utilização dos recursos financeiros, humanos e estruturais, gerando resultados e impactos positivos e sustentáveis, em especial no que se refere ao recurso público.

Desta forma, uma metodologia de certificação, baseada em critérios de excelência, traz para a assistência nutricional ao paciente oncológico, uma nova dimensão nos critérios de qualidade e segurança, possibilitando ao gestor incorporar conteúdos teóricos e práticos que o capacitem a planejar, organizar, definir, normatizar e implementar conceitos, técnicos, instrumentos e ferramentas relacionadas com sua tarefa diária. Destacam-se na construção deste modelo de certificação, conceitos, métodos e instrumentos que viabilizam a adoção de ações e mecanismos voltados para a melhoria de desempenho dos processos clínicos e gerenciais em Nutrição Oncológica.

Nesta proposta de trabalho, o conteúdo está baseado na metodologia da acreditação de serviços de saúde, hoje consolidada como uma eficiente ferramenta de implantação, desenvolvimento e manutenção da excelência de qualidade nas instituições de saúde, em diferentes países do mundo.

A certificação da qualidade da assistência nutricional ao paciente oncológico é um processo no qual a Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO) avalia a

instituição de saúde para determinar se ela atende a uma série de requisitos (padrões) criados para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado Nutricional ao paciente oncológico sendo esta qualidade certificada.

A busca pela certificação é geralmente voluntária e os padrões de certificação são considerados como ideais e concretizáveis. A certificação propicia um compromisso visível, por parte da instituição, de melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

Este processo de certificação foi desenvolvido para criar uma cultura de segurança e qualidade no interior de uma instituição que se empenha em aperfeiçoar continuamente os processos de cuidado ao paciente e os resultados obtidos e tem como base as diretrizes dos Consensos em Nutrição Oncológica, volumes I e II, ampliados e revisados, publicados em 2015 e 2016.

Através disso, as instituições elevam sua credibilidade junto à população no que diz respeito à sua preocupação com a qualidade do atendimento ao paciente, proporcionam um ambiente de trabalho eficiente, que contribui para a satisfação do trabalhador, criam uma cultura do controle da qualidade e estabelecem um estilo de liderança entre instituições.

A certificação corresponde a uma variedade de iniciativas criadas em resposta a uma demanda crescente no mundo inteiro por uma avaliação dos cuidados à saúde, com base em padrões. A intenção é, portanto, oferecer à comunidade processos objetivos, baseados em padrões, para a avaliação de instituições de saúde. O objetivo do programa é estimular a demonstração de uma melhoria contínua e sustentada nas instituições de saúde, através do emprego de padrões de consenso internacional, de metas Internacionais de assistência ao monitoramento com indicadores.

A SBNO desenvolveu padrões e programas de certificação para:

- 1) Atenção ao paciente oncológico clínico (quimioterapia e radioterapia isoladas ou combinadas);
- 2) Atenção ao paciente oncológico cirúrgico;
- 3) Atenção ao paciente com a doença oncológica avançada;
- 4) Atenção ao paciente e crítico;
- 5) Atenção ao paciente oncológico adulto, idoso e pediátrico;

Atenção ao paciente sobrevivente do câncer. A SBNO considerou pacientes em tratamento em Unidade de:

- -Cuidados nutricionais ambulatoriais;
- Cuidados nutricionais ao paciente internado;
- Cuidados nutricionais continuados (atenção domiciliar, assistência à realização de atividades diárias, cuidados prolongados e em instituições de longa permanência para idosos);

- Cuidados nutricionais em instituições de hospital dia (Unidades de Quimioterapia, Radioterapia).

A certificação da SBNO é caracterizada por:

- Padrões de consensos nacionais e internacionais em nutrição oncológica desenvolvidos e mantidos pela SBNO e demais Sociedades afins, e aprovados por um Conselho da SBNO, constituem a base do programa de certificação;
- Padrões são baseados em princípios de gestão da qualidade e melhoria continuada qualidade;
- Processo de certificação projetado para se adaptar às características individuais de cada instituição.

A equipe de avaliadores e a programação da avaliação presencial variam de acordo com o tamanho da instituição e com o tipo de serviço prestado. Uma grande Instituição com múltiplos processos de atendimento (quimioterapia, cirurgia, radioterapia, ...) e com atenção ao paciente internado, ambulatorial e internação domiciliar podem necessitar de uma equipe de avaliadores mais completa e por mais tempo de avaliação, conduzida por uma equipe composta por um nutricionista, um técnico em certificação e um administrador, enquanto que para um hospital menor e menos complexo, com uma só especialidade, uma avaliação mais curta com uma equipe menor de avaliadores pode ser adequada.

Para certificação da SBNO com base na análise dos achados da avaliação, as decisões finais de certificação são tomadas por um comitê de certificação da SBNO.

Nosso objetivo é a certificação de conformidades em **Assistência Nutricional ao Paciente Oncológico**, segundo o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica, baseada em critérios de excelência, bem como uma proposta de capacitação de profissionais nos critérios de avaliação, através de treinamento específico. Cabe observar que o desenvolvimento deste instrumento de Consenso Nacional em Nutrição Oncológica foi liderado pelo INCA e tem como facilitador nacional o atual presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncologia, Dr. Nivaldo Barroso de Pinho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clark, G.B. Laboratory regulation, certification and accreditation. In: Snyder, J.R.; Wilkinson, D. S. Management in laboratory medicine. 3. Ed. Philadelphia, Lippincot, 1988. P. 369-93.
2. Manual de acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Washington D.C., Organização Pan-americana de Saúde, 1998.
3. AMH: accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1992.
4. Fleming, G, Hospital structure and consumer satisfaction. *Health Serv. Res.*, 16 (1):43-63, 1981.
5. Hammer, M. & Champy, J., Reengenharia revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência. 22a ed., Rio de Janeiro, Campus, 1994.
6. NICOLUCI, M V, et al Gestão por Processos: Fluxo de Trabalho de Áreas Funcionais para Processos de Negócio da Organização RACRE - Revista de Administração, Esp. Sto. do Pinhal - SP, v. 12, n. 16, jan./dez.2012.
7. KIPPER L M, et al Gestão por Processos: Comparação e Análise entre Metodologias para Implantação da Gestão Orientada a Processos e Seus Principais Conceitos Rev. Tecno-lógica, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 2, p. 89-99, jul./dez. 2011.
8. PORTER, M.E. Vantagem competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1985. SCHIESAR L M C, et al A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros RAS Vol. 5,º 18 – Jan-Mar, 2003.
9. SILVA, M A, et al. Gestão de Processos de Negócios Alinhada à Gestão de Mudanças com Ênfase na Melhoria Contínua de Processos: Processo Folha de Pagamento Rev de Sistemas e Computação, Salvador, v. 3, n. 1, p. 54-65, jan./jun. 2013.
10. BERTERO, C O. Mudança organizacional e processo decisório. Rev. adm. empres., São Paulo,v.16,n.2,p.29-40,Apr.1976.
11. VIDAL, E C F, et al Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares 42º congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. belo horizonte 2013.
12. NOVAES, H. M. de. O processo de acreditação dos serviços de saúde. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v.9, n.37, p. 133-140, out./dez. 2007.
13. LAURA MARIA CÉSAR SCHIESARI; MARCOS KISILA . Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. RAS _ Vol. 5, Nº 18, p- 7-17– Jan-Mar, 2003.
14. BISPO, F C A Implementação de Metodologias e Ferramentas da Qualidade para a Melhoria da Gestão da Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.
15. ICHINOSE R. M.; ALMEIDA R.T. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. Memórias II Congresso Latino Americano de Engenharia Biomédica, La Habana, mai. 2001.