

No Gemba do Hospital, acompanhando um paciente.

Alvair Silveira Torres Junior

Nos hospitais, os processos apresentam a particularidade das pessoas serem ao mesmo tempo recursos transformadores, através das ações de médicos, enfermeiras, técnicos, enfim, uma vasta diversidade de profissionais que agem sobre o paciente, e este, por sua vez, é o recurso humano em transformação por excelência. Sobre os corpos de nossos semelhantes, ações médicas processam modificações físicas e psicológicas. Diferente da manufatura, em que a observação direta do gemba se faz sobre o conjunto dos materiais em procesamento, em um hospital, além dessa possibilidade similar de observar o conjunto dos pacientes sendo atendidos ao longo de um fluxo específico, há outra oportunidade, na qual um paciente em particular - aquele que sofre a agregação de valor - pode ser acompanhado desde sua entrada no hospital até a alta, participando ao longo de sua jornada da análise do fluxo de ações sobre seu corpo. Mais trabalhoso, de fato, porém com grande poder de elucidar como tantos processos se articulam sobre o objetivo final da saúde do paciente.

Ao invés de apenas analisarmos cada fluxo de um processo em particular, tal como o fluxo da internação com seu mapa respectivo, ou, o fluxo na sala de cirurgia com acompanhamento das movimentações, a observação complementar focada sobre o paciente em todo seu ciclo na unidade hospitalar, permite avaliar no gemba a articulação e interfaces dos diversos procedimentos complexos, que combinados é que garantem o aspecto fundamental de segurança e efetividade do tratamento da saúde.

Ilustramos essa oportunidade de melhoria através de algumas impressões obtidas ao acompanhar o período de internação de uma pessoa, facilitado pela peculiar oportunidade do paciente ser um especialista em lean.

Logo na internação nosso herói e seu acompanhante, atreveram-se chegar ao hospital antes da hora marcada. Afinal não é sempre que se faz uma cirurgia. Uma hora antes do marcado, instalado em uma confortável e luxuosa recepção de um hospital de primeira linha em São Paulo, nosso paciente recebe a informação da impossibilidade em antecipar os trâmites administrativos. “Por que? O quarto está em preparação? Não! Se eu der entrada antecipada em 1 hora o senhor pagará mais uma diária.” Alheio à ansiedade do paciente, o recepcionista convida-o a esperar. Isso deu bastante tempo para observar como aquela área, com piso e decoração de muito bom gosto e caros, ocupava uma ampla extensão, porém sem valor objetivo sobre o tratamento para quem vai se internar ali. Esperando no convívio de toda aquela alvenaria, sem ninguém para acolher o paciente naquele momento de tensão – isso sim de valor – o luxo parecia mais opressor do que reconfortante.

Na hora marcada foi dada entrada à papelada e o paciente recebe uma longa lista de itens que o convênio não cobriria, junto com o pedido de sua assinatura para a devida concordância legal. Puxa!! Quem naquele momento discutiria tamanha lista com uma série de termos técnicos. Aliás, lembra o paciente, ninguém havia comentado sobre essa lista no momento do agendamento. Tudo assinado, subiram para o quarto. Um amplo espaço sem luxos, no fim do corredor. A central da enfermagem classicamente colocada no centro do corredor, de forma que o quarto do nosso paciente era o mais distante de todos, juntamente com seu par no outro extremo da ala. Um formato clássico que torna as movimentações mais longas nas pontas.

Logo em seguida a enfermeira entra no quarto e inicia um questionário. Muitas perguntas que precisam ser respondidas ali, sem demora, algumas fáceis, mas outras cujas informações de memória, nem sempre precisa, poderiam ter sido antecipadas. As preparações da cirurgia são explicadas e durante a madrugada executadas para que pela manhã a cirurgia se efetive.

Na cirurgia em si nosso paciente estava anestesiado. Aqui a análise depende de observadores externos em que o MFV seria de grande valia. De volta ao quarto, recomeçam as impressões do paciente, agora sobre a etapa crítica de pós-cirurgia.

1) Cada equipe de técnicos de enfermagem tem um estilo de cuidar : alguns tem espírito de cuidadores, fazem por você, põe a mão; outros apenas explicam e esperam que você faça - é o que eles chamam - descubri - de estimular o auto-cuidado; e o terceiro grupo é dos autômatos, que parecem estar ali apenas com o corpo, não se envolvem, “vou perguntar para enfermeira”, “volto já” e demora mais de 1 hora para voltar, coisas deste tipo. Até poderia ter os três estilos, porém cada etapa de recuperação deveria receber o que fosse mais adequado e poderia ser programado. Com nosso paciente foi ao contrário:

“Quando levantei no primeiro dia precisava de um estilo cuidador, entretanto veio alguém do estilo auto-cuidado - Vamos, faça !! É preciso aprender - (ghrrrr) sentia raiva. Depois quando já estava mais confiante veio alguém do estilo cuidador e dizia a boazinha - deixa que eu pego, e qualquer coisa pode chamar - aquele anjinho devia ter vindo antes, atrasou-se e conheci primeiro a mandona.”

2) Havia um quadro de Gestão Visual no quarto, do tamanho de uma folha A3, com espaço para anotar os nomes do técnico de enfermagem, da enfermeira e objetivos do cuidado em cada turno de trabalho, entretanto uma ou outra equipe anotava, e aqueles que escreviam tampouco compartilhavam os objetivos com o paciente. Parecia algo para mostrar ao auditor.

3) Depois de 24 horas o paciente foi incentivado pelo médico a andar pelo corredor. Isso permitiu que ele observasse diversas vezes o trabalho na central de enfermagem naquele andar. Ele confirmou nossa suspeita, o hospital tem certificado de acreditação de organizações internacionais. Como ele confirmou “Bom, deu para perceber que sempre havia médico e enfermeira digitando um mundo de coisas no computador. Como eu precisava andar de hora em hora no corredor, não falhava nunca : lá estava a enfermeira padrão digitando..... No quarto que é bom elas não apareceram quase nunca. Somente vinha o técnico de enfermagem.” A enfermeira - em quatro dias de internação - entrou no quarto apenas duas vezes.

4) A Nutrição no primeiro dia mandou uma bela refeição, entretanto o paciente estava de jejum e ninguém tinha avisado. Ainda bem que o médico havia informado na consulta duas semanas atrás, o que evitou a consumação do erro, isto porque nosso paciente estava consciente. No dia seguinte eles se redimiram e mandaram a refeição em duplicata!! Aqui haveria a conveniência de um quadro de Gestão Visual com informações mais completas – incluindo cuidados de nutrição – com envolvimento do paciente e acompanhante.

5) No segundo dia uma crise de dor levou nosso paciente a chamar a enfermagem. Via técnico de enfermagem, a enfermeira que não aparecia no quarto, autorizou ministrar o analgésico da lista de permitidos. Mais tarde, sofrendo de constipação intestinal o paciente soube pelo médico que aquele analgésico causava esse efeito colateral. Ora, porque tal medicamento estava na relação se isso prejudica os pacientes após cirurgia, em geral constipados. Solicitada a troca do medicamento, o técnico informou que não tinha no andar – não estava naquela lista – e solicitou à farmácia. Depois de 2 horas esperando o medicamento o paciente é informado que o mensageiro havia entregado no andar errado e estava voltando para corrigir o erro. Um retrabalho às claras, sem remorso.

6) Ainda naquele segundo dia um outro medicamento causou efeito colateral de pânico. O acompanhante surpreso pede socorro através da campainha. Aparece a técnica de enfermagem dizendo “Fique calmo. Não levante” como se o cérebro sob efeito daquela droga pudesse responder ao seu comando. Apertar novamente a campainha? Pedir socorro mais qualificado? Como ? Aquela campainha era a mesma seja para pedir um copo d’água ou se o sujeito estava em colapso. Ninguém é alertado pela gravidade. Uma bela oportunidade para um andom. Nosso paciente sobreviveu ao ataque.

Refletindo sobre tantos acontecimentos em um hospital de primeira linha, imaginamos o que acontece em hospitais públicos. A diferença está na demanda e nos recursos disponíveis. A formação e o pensamento da gestão são o mesmo: visão centrada em processos, procedimentos, mas não há combinação de trabalho padronizado com foco no paciente.

O trabalho padronizado são ações repetidas continuamente que devem sempre dar o mesmo resultado. Cada trabalho padronizado necessariamente precisa ser praticado igualmente por todos e combinados entre si, em equipe, de tal forma que as interfaces, as conexões entre si também devem ser padronizadas. É o que chamamos de combinação do trabalho padronizado (CTP). Médico – Nutrição - Enfermagem – Farmácia – Paciente – todos em seus diversos turnos precisam estar articulados por esta combinação de trabalho padronizado, assim como em uma corrida de revezamento a passagem do bastão é prevista e treinada em cada detalhe para não cair e ser feita sem hesitações.

Por sua vez, quando o resultado esperado da CTP não é atingido ou não está surtindo o efeito previsto durante sua execução, a contramedida de reação também precisa fazer parte de um trabalho padronizado. Seja a forma como pedir ajuda, ou a análise que será feita, quem fará e como a nova informação será disponibilizada. É o que John Toussaint, médico, CEO do conjunto de hospitais ThedaCare e pioneiro na aplicação do lean na saúde chama de trabalho padronizado flexível. Quando o CTP não surte efeito, rapidamente a equipe se reúne e estabelece um novo CTP para aquele caso em particular que não respondeu ao tratamento padronizado.

Portanto, gestão visual, listas de medicamentos, monitoramento de parâmetros clínicos, dentre outros procedimentos, de nada adiantam se forem vistos em si, isolados. A questão central no lean não é apenas assegurar que os procedimentos foram feitos, mas também como foram feitos, e, principalmente, como estão combinados entre si e se estão surtindo o efeito esperado. Segurança, conforto e tratamento do paciente precisam estar articulados nos procedimentos de médicos, enfermagem, nutrição, farmácia. Devem estar combinados em uma combinação de trabalho padrão. É preciso abandonar a postura de profissionais operando individualmente e setores como silos. Hoje dependemos de profissionais acima da média que rompem com essa lógica e fazem além de seus procedimentos. Em geral eles são encontrados nos hospitais de primeira linha. Isso é instável, depende de nossa sorte em eleger um médico acima da média e encontrar uma equipe de enfermagem que ao menos não comprometa o trabalho do médico. Estamos em perigo e nem sabemos. Precisamos de lean na saúde para estabilizar esta condição das coisas. No hospital de primeira linha para não dependermos desse esforço e padrão individual. Nos hospitais públicos para aumentarmos a capacidade em atender a demanda com qualidade. A observação do gamba com nosso paciente confirmou: apesar da gestão clássica ele sobreviveu e está bem em casa, graças ao esforço individual de poucos profissionais de excelência.