



Conectando as etapas do cuidado: um plano para cada paciente

Por Flávio Battaglia e Carlos Frederico Pinto

Um dos maiores desafios para garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente é conectar as diferentes etapas do cuidado, de modo que não haja rupturas, desconexões e perda de informações ao longo dos processos pelos quais passam os pacientes. Na área da saúde, uma das principais características da maneira como estão organizados os processos é a “especialização”: existe uma divisão muito clara na maneira como o trabalho está organizado, sendo que cada tipo de atividade encontra-se associada a uma determinada categoria profissional. Isso promove a consolidação de “silos”, ilhas isoladas de atividades, que funcionam, na maioria das vezes, independentes umas das outras.

Para atender um mesmo paciente, são necessários médicos (muitas vezes de diferentes especialidades), enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, equipes administrativas, etc. Portanto, as chances de se perderem informações valiosas ao longo do processo aumentam, já que nem sempre as diferentes etapas da “jornada do paciente” estão plenamente integradas e voltadas a suas necessidades específicas.

Para ilustrar a natureza desse desafio, segue um breve relato do ocorrido com um amigo de trabalho recentemente. Ele passou por um procedimento cirúrgico em um grande hospital da cidade de São Paulo (Brasil), que, vale mencionar, é considerado um dos melhores do nosso país. A série de acontecimentos descrita abaixo ilustra em que grau as etapas de um processo relacionado à experiência do paciente podem estar completamente desconexas.

Inicialmente, como não é todo dia que se passa por uma cirurgia, ele chegou ao hospital 1 hora antes do horário sugerido pelo agendamento, já que estava ansioso pelo procedimento e não queria correr o risco de atrasar (vale mencionar que o trânsito na cidade de São Paulo está entre os mais caóticos do mundo). Descobriu que não poderia dar andamento aos trâmites administrativos prévios à cirurgia, pois caso fosse admitido antes da hora, o “sistema de informações” cobraria, automaticamente, uma diária mais, que não seria coberta por seu seguro de saúde. Foi convidado a esperar. Só que, ao invés de esperar por 1 hora somente, esperou por 2 horas.

Uma vez no quarto, foi entrevistado às pressas por uma enfermeira, que o submeteu a uma série de questões. Muitas daquelas perguntas, que tiveram que ser respondidas prontamente, exigiam dele detalhes factuais que não conseguia lembrar com precisão. O curto espaço de tempo disponível (também em função

do atraso na etapa de internação) fez com que o questionário fosse executado às pressas, sem a certeza de que todas as informações estivessem completas e corretas. Será que essas perguntas não poderiam ter sido antecipadas? Será que o tempo consumido durante a espera na recepção não poderia ter sido usado para responder ao questionário?

Enquanto estava aguardando para ser levado para a sala cirúrgica, recebeu em seu quarto uma bela refeição, completa e balanceada: o detalhe é que ele deveria estar em jejum para a cirurgia! Ainda bem que ele estava consciente dessa necessidade, pois se lembrava das recomendações dadas pelo médico duas semanas antes, quando passou por consulta preparatória. Claro, não comeu, evitando assim complicações sérias ou mesmo o cancelamento de sua cirurgia. Claras evidências de que as etapas estavam absolutamente desconectadas, que não existia um plano integrado (que funcionasse) para cada um dos paciente. Informações fundamentais simplesmente estavam totalmente desarticuladas, fazendo com que cada um dos “silos” funcionasse independentemente. Mas não acaba aí..

Após a cirurgia, mais uma vez ficou evidente a falta de padrões e como as zonas de transição entre “especialidades” pode comprometer a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Sentindo na pele o que significa a falta de padronização, ele rapidamente percebeu que cada equipe de enfermagem tinha um estilo próprio de cuidar: alguns possuíam o real espírito de “cuidadores”, pois faziam por ele, tocavam-no; outros apenas explicavam e esperavam que ele mesmo fizesse - é o que chamam de “estimular o autocuidado”; e um terceiro grupo que parecia estar ali apenas com o corpo presente, simplesmente não se envolviam: “vou perguntar para enfermeira”, “volto já” e demoravam horas para voltar. Os “estilos”, poderiam até fazer algum sentido, mas deveriam estar associados a diferentes etapas do processo de recuperação. Mas, no caso dele, foi o contrário. Nas palavras dele:

“Quando levantei no primeiro dia, precisava de alguém com um estilo mais “cuidador”, entretanto veio alguém do estilo “autocuidado” - Vamos, faça, é preciso aprender - senti uma raiva imensa. Depois, quando já estava mais recuperado, confiante, veio alguém do estilo “cuidador” e dizia - Deixa que eu pego, e, se precisar de qualquer coisa, pode me chamar. Aquele anjinho devia ter vindo antes, mas infelizmente passei pela experiência do “autocuidado” exatamente quando, simplesmente, não tinha condições nenhuma de me cuidar”.

No segundo dia de recuperação, uma crise de dor levou-o a chamar a enfermagem. Mas a enfermagem nunca apareceu! Através do técnico de enfermagem, a enfermeira responsável autorizou administrar o analgésico da lista de medicamentos 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 de medicamentos permitidos se é prejudicial para os pacientes pós-cirúrgicos, em geral constipados? Solicitada a troca do medicamento, o técnico informou-o que tal

medicamento não estava disponível naquele andar – não estava naquela lista – e solicitou-o à farmácia central. Depois de 2 horas esperando o medicamento o paciente foi informado que o mensageiro havia entregado as doses no andar errado e estava voltando para corrigir o erro. Será que alguém tomou aquele medicamento equivocadamente? Nunca saberemos...

Esse caso nos dá uma dimensão de como etapas e procedimentos desconectados podem ser extremamente prejudiciais ao paciente, comprometendo sua recuperação e, muitas vezes, causando ainda mais danos à sua saúde.

Ter um plano para cada paciente significa pensar o cuidado com foco no paciente, buscando conectar de maneira inequívoca as diferentes etapas e procedimentos. Mas antes de pensar em “um plano para CADA paciente” é necessário pensarmos em um “plano para TODOS os pacientes”: o padrão do qual devem ser derivadas as customizações. Sem que haja um padrão claramente definido, fica difícil pensarmos em necessidades específicas. Na área da saúde, raramente encontramos padrões claramente definidos e que sejam seguidos disciplinadamente.

Portanto, antes de pensarmos em planos de cuidados customizados, devemos nos esforçar para estabelecer os primeiros esforços de padronização de maneira consistente. Quais devem ser as etapas e em que sequência devem ser desempenhadas para que o paciente “típico” tenha assistência segura, completa e correta? Uma vez definido o padrão, podemos então determinar em quais dessas etapas as especificidades podem (ou devem) ser levadas em conta.

Para ilustrar a importância de um termos um “plano para todos os pacientes” e, depois, um “plano para cada paciente”, segue o exemplo do Instituto de Oncologia do Vale (IOV), um centro de tratamento de câncer localizado no Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo – Brasil. Trata-se de um dos casos pioneiros de aplicação dos conceitos lean na área das saúde em nosso país e certamente um dos mais avançados.

O Instituto de Oncologia do Vale e sua jornada lean

O IOV é um de serviços de oncologia distribuído em três cidades do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, Brasil. As operações iniciaram-se há 18 anos e desde ano 2000 o IOV é responsáveis pelo serviço de oncologia dentro do Hospital Regional do Vale do Paraíba. O Hospital Regional é um hospital Estadual com 300 leitos, voltado à alta complexidade e é referência para oncologia numa região com 1,2 milhões de habitantes.

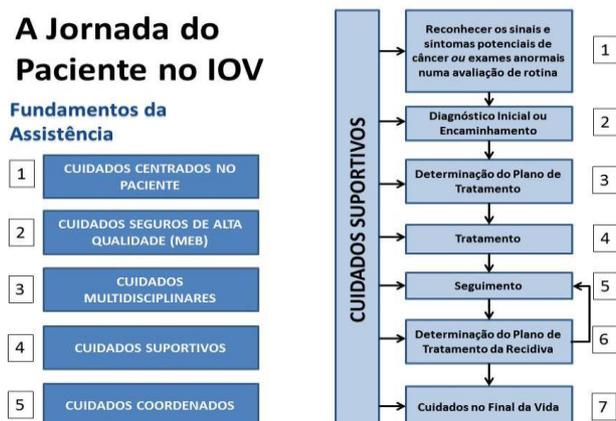
A jornada lean do IOV começou em 2008 e muitos projetos foram executados desde então, com ganhos expressivos em capacidade operacional e eficiência. A tabela abaixo exhibe os principais resultados com lean no IOV nos últimos anos. Em 2008, o IOV executava procedimentos para mais ou menos 70 pacientes por dia. Atualmente, realiza para aproximadamente 200 pacientes por dia, com praticamente a mesma quantidade de recursos alocados.

Não ampliaram-se as instalações, o crescimento de pessoal foi em torno de 18%, mas as horas extras caíram aproximadamente 40% entre 2010 e 2012. A segurança dos serviços também aumentou substancialmente, com redução de eventos sentinela na ordem de 75% e redução dos riscos associados aos procedimentos executados superior a 50%. Segue resumo dos resultados alcançados desde 2008:

Jornada <i>lean</i> no IOV	
Segurança (redução de eventos sentinela)	Menos 75 % (2010-2012)
Agilidade (sistema público)	90% dos casos novos atendidos em até 15 dias
Eliminação de desperdício em movimento e transporte	18.000 km (acumulado)
Eliminação de desperdício em horas através da eliminação de tarefas, movimento, etc.	13.000 horas por ano, ou 6,25 postos de trabalho
Ganho de produtividade anual por colaborador	12 dias por ano (5,4%)
Redução de horas extras	Menos 40 % (entre 2010 e 2012)
Redução do consumo de energia elétrica	Menos 16 % (2013)
Estoques	Menos 70 % (entre 2009 e 2013)
Ganho de capacidade associada aos projetos	Aproximadamente 170 % (entre 2008 e 2013)

Primeiro o padrão, depois a variação...

No IOV antes de se definir um plano individualizado para CADA paciente, foi definido o que se deseja como padrão para tratamento de TODOS os paciente, dentro do que foi designado como “jornada do paciente”. A figura abaixo ilustra todas as etapas envolvidas na “jornada”¹:



¹ A estrutura usada para ilustrar a “Jornada do Paciente no IOV” é inspirada no modelo da Província de Victoria na Austrália).

No IOV – conceitualmente – existem duas jornadas: uma “lógica”, que são as etapas que cada tratamento deve executar, e outra a “real”, o que acontece na

prática, no “fluxo de valor do paciente”. O objetivo é fazer com que a “jornada real” seja a mais próxima possível da “jornada lógica”. A jornada real é documentada através do prontuário do paciente e auditada através de controles tipo “*jidoka de inspeção e controle sucessivo*”, ou seja a cada nova etapa do processo há uma inspeção criteriosa. Cada doença (ou grupo de doenças, por exemplo: câncer de cólon, câncer de mama, câncer de próstata, etc.) tem uma “jornada lógica” ideal, definida através de nossos *Protocolos Gerenciados da Jornada do Paciente*. Através desse protocolo são definidas as barreiras (ou gatekeepers) que conectam as etapas e garantem uma passagem segura para a próxima etapa da jornada.

O mecanismo de “parada de linha” é um sistema de alerta de segurança monitorado através de controles sucessivos ou através de barreiras no sistema (verdadeiros *pokayokes*). Com cada paciente associado a uma “jornada lógica ideal” (ou seja, um padrão considerado adequado dentro de critérios baseados em evidências científicas), a jornada passa a ser adaptada “para cada pessoa”. Ou seja, somente após um procedimento padronizado de assistência ser designado é que o cuidado é individualizado – não se melhora o que não se padroniza.

Para ilustrar o que significa estabelecer conexões eficazes entre as etapas do cuidado, segue tabela que resume as barreiras (*gatekeepers*) associadas a cada uma das etapas da “jornada do paciente”, bem como os mecanismos utilizados para a realização do controle na prática:

Etapa	Descrição	Barreiras (<i>gatekeepers</i>)	Controle
2	Diagnóstico	- Trabalho padrão da primeira consulta médica - AJCC ²	Barreira: obrigatório até 3ª consulta
3	Plano terapêutico	- SBAR ³ (<i>checklist</i> do tratamento)	Não inicia tratamento
4	Tratamento	- Prescrições Médicas, - SAE de enfermagem ⁴ , - Trabalho padrão do atendimento multiprofissional	Não recebe tratamento “Tracer” de auditoria clínica
5	Seguimento	- Relatório de alta	Ainda pendente, maior desafio atualmente
6	Tratamento de recidiva	- Retorna ao SBAR	Retorna ao SBAR
8	Cuidados de suporte	- Prescrições médicas, - SAE de enfermagem, - Trabalho padrão do atendimento multiprofissional	Não recebe tratamento “Tracers” de auditoria clínica

² AJCC é um sistema de classificação desenvolvido pela “*American Joint Committee on Cancer*” para descrever a extensão da progressão da doença em pacientes com câncer.

³ SBAR é um anacronismo que resume: “*Situation, Background, Assessment, Recommendation*”, é uma técnica usada para garantir comunicação eficaz em organizações de saúde. Foi inspirada em modelos militares e adaptada por Michael Leonard, Doug Bonacum e Suzanne Graham do Kaiser Permanente (EUA).

⁴ SAE significa “*Sistematização da Assistência de Enfermagem*” e é fundamentada na administração da assistência ao paciente, sendo uma metodologia norteadora que o enfermeiro dispõe para a aplicação dos processos de enfermagem.

Uma vez definido o padrão, abre-se espaço para customizar o cuidado de acordo com necessidades especiais de cada paciente, como por exemplo: doenças com morbidades associadas (diabetes, doenças do coração, etc.), preferências ou limitações (como “não desejo usar medicamentos injetáveis ou que provoquem

queda de cabelo”, por exemplo), sempre balanceadas com as alternativas possíveis dentro de um escopo de tratamento baseado em evidências científicas.

Segue abaixo um exemplo de como a customização é praticada no IOV. A figura representa uma tela do sistema de informatizado utilizado para gerenciar os tratamentos e o fluxo dos pacientes. Cada linha representa um paciente, cujas necessidades individualizadas podem ser visualizadas através dos ícones a ele associados. Tratam-se de *poka-yokes* no sistema: os ícones indicam etapas específicas e bloqueios automáticos, que estão incorporados ao sistema: tratamento quimioterápico, utilização de cateter, administração de medicação oral, pacientes com períodos longos de tratamento, etc. Para cada uma dessas situações específicas, são associados cuidados especiais, permitindo assim que cada paciente possa receber a atenção necessária em cada uma das etapas do seu tratamento. Além disso, o sistema também permite gerenciar o tempo decorrido entre o horário planejado e o horário em que o paciente efetivamente chegou, o que traz maior precisão para as informações sobre atrasos e tempo real de execução dos tratamentos.

Horários já Marcados						
Tipo	Data	Hora Marcada	Hora Chegada	Triado	Status	
CONSULTA	27/05/2014	08:10	08:00:00	Sim		MARIA CECIL
CONSULTA	27/05/2014	08:20	08:30:40	Sim		MARGARETE
CONSULTA	27/05/2014	08:40	08:26:19	Sim		JOSE DE MAI
CONSULTA	27/05/2014	09:00	08:55:39	Sim		MARIA FORTI
CONSULTA	27/05/2014	09:20	09:26:42	Sim		ROBERTO AI
CONSULTA	27/05/2014	09:40	09:46:58	Sim		SANDRA MAF
CONSULTA	27/05/2014	09:50	09:48:13	Sim		EURYDES LC
CONSULTA	27/05/2014	10:00	09:16:22	Sim		JOSE SOARE
CONSULTA	27/05/2014	10:20	10:16:18	Sim		TEREZINHA #
CONSULTA	27/05/2014	10:30	10:33:41	Sim		SILVIA APARE
CONSULTA	27/05/2014	10:40	08:33:34	Sim		DIORANIR SC
CONSULTA	27/05/2014	11:00	11:00:05	Sim		ANA MARIA Q
CONSULTA	27/05/2014	11:10	10:53:08	Sim		ANA MARIA F
CONSULTA	27/05/2014	11:20	11:01:46	Sim		SIDNEY DA S
CONSULTA	27/05/2014	11:40	11:13:04	Sim		TERESINHA C
NAO COMPARECEU	27/05/2014	12:00		Nao		MARIA LIDIA I
CONSULTA	27/05/2014	12:20	11:53:56	Sim		MARIO JORG
CANCELADO	27/05/2014	12:30		Nao		SEBASTIANA

Retornos: 0 Consultas: 16 1º vez: 0 Total: 16

Conclusão

O exemplo do IOV nos dá uma clara noções da importância de estabelecermos critérios claros de conexões entre as etapas do tratamento. Sem que haja padrões inequívocos, regras claras e disciplina, dificilmente conseguiremos garantir a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Conectar as diferentes etapas do cuidado, de modo que não haja rupturas, desconexões e perda de informações ao longo dos processos pelos quais passam os pacientes talvez seja um dos grandes desafios quando pensamos na aplicação dos conceitos lean na área da saúde. Se conseguiremos caminhar nesse sentido, talvez sejamos capazes de minimizar o impacto e as consequências que os “silos”, as ilhas isoladas de atividades, trazem para o paciente. A partir da definição de um padrão consistente, que considere a experiência do paciente como um todo, com etapas

claras de conexão entre os processos, podemos começar a pensar em customizações, variações entono do padrão, que sejam pertinentes às necessidades específicas de cada paciente, individualmente. Sem que haja o padrão consistente, “um plano para TODOS os pacientes”, dificilmente conseguiremos administrar as variações e criar “um plano para cada paciente”.