

‘Desperdício é problema grave na Saúde brasileira’

Autor: **Redação**

Fonte: Publicado em 20 de Agosto de 2014 às 09h45

Segundo Carlos Frederico Pinto, oncologista e autor de livro sobre o Sistema Lean, 40% de tudo o que se faz na Saúde no País é desperdiçado



Fundador da rede de clínicas do Instituto de Oncologia do Vale, no Vale do Paraíba, interior de São Paulo, o oncologista Carlos Frederico Pinto é um crítico enfático da gestão da saúde no Brasil. Desperdiçadora e, por isso, de má qualidade, diz ele, que há mais de 7 anos pesquisa a implementação do Lean, filosofia de gestão nascida na fabricante japonesa de automóveis Toyota, mas atualmente adotada por empresas de diversos setores.

Pinto, ao aplicar o Lean em sua rede de clínicas, obteve resultados positivos que incluem um aumento de mais de 170% na capacidade de atendimento. A experiência está sendo narrada pelo médico no livro *Em busca do cuidado perfeito – aplicando lean na saúde*, obra que tem como objetivo disseminar uma nova forma de pensar a gestão, eliminando desperdícios e melhorando o cuidado com os pacientes.

Segundo o autor, a obra é a primeira sobre a aplicação do Lean na gestão da saúde brasileira - as obras anteriores, diz, foram traduzidas de outros países – editada pelo Lean Institute Brasil, de São Paulo. Até então apenas livros e manuais de autores estrangeiros haviam sido publicados.

Há muito desperdício de recursos na gestão da saúde no Brasil?

Carlos Frederico Pinto: O desperdício de recursos é hoje um problema grave no sistema de saúde. Certamente, 40% daquilo que se faz é desperdício. Pelo menos. Em alguns locais, muito mais. Esse desperdício ocorre de várias formas: exames e procedimentos desnecessários, uma quantidade assustadoramente grande de retrabalho gerado por cancelamentos e atrasos que exigem reiniciar todo um processo, repetições desnecessárias de entrevistas feitas por médicos e assistentes... Isso sem contar infecções adquiridas em hospitais – que é uma forma muito grave de desperdício, pois é um tratamento que não precisaria ser realizado se a pessoa não tivesse adquirido a infecção hospitalar – e também os erros médicos. Enfim, há uma enormidade de etapas e processos assistenciais que são absolutamente desnecessários e, portanto, são desperdícios de recursos. Poderiam ser simplesmente eliminadas ou prevenidas, como as infecções hospitalares. Assim, os custos cairiam muito e poderia haver mais atendimentos e com mais qualidade. Erros nos processos – incluindo os erros médicos e as infecções hospitalares – podem ser vistos só como desperdícios se não fossem algo muito mais grave: colocam vidas em risco. Mas todo esse desperdício é um problema, pois no sistema de saúde brasileiro o “cobertor” é curto, o sistema tem poucos recursos disponíveis para uma população que não para de crescer e, felizmente, envelhecer, pois nós estamos vivendo mais. O que implica também em mais gastos com saúde.

No setor público isso aumenta?

Pinto: Não acredito que haja, nesse caso do desperdício de recursos, uma diferença grande entre setor público e

privado. A cultura do desperdício é comum ao sistema de saúde. No privado, temos mais recursos disponíveis, é claro, mas talvez o desperdício seja também mais exuberante.

Sobre a prática de se exigir muitos exames, há uma “cultura” que estimula isso? Que diz que “médico bom é aquele que pede mais exames”?

Pinto: Há sim, no sistema de saúde brasileiro, um volume grande de exames que são realizados sem necessidade, mas que geram uma quantidade de gastos desnecessários ao sistema. Isso ocorre porque consultas que são geralmente mal remuneradas induzem o médico a querer gastar menos tempo com o paciente. E uma maneira mais “fácil” de fazer isso é pedindo uma enormidade de exames. Outra maneira mais trabalhosa é realizando um exame clínico mais demorado, mais detalhado, uma entrevista cuidadosa e pedindo apenas os exames realmente necessários. Ao longo do tempo, os pacientes passaram a se sentir mais confortáveis com a ideia de ter ido ao médico e ter feito um check-up completo. Mas do ponto de vista clínico, isso talvez não tenha significado algum: não ajuda, nem atrapalha, mas custa muito mais caro ao sistema. O paciente fica com uma falsa sensação de segurança. Assim como o médico se sente mais “protegido” dos riscos legais de não ter feito um diagnóstico detalhado. Um exemplo muito comum disso na oncologia é o uso de cintilografia óssea para diagnosticar metástases nos ossos de pacientes com câncer de mama. A única indicação desse exame no acompanhamento dessas pacientes, após o tratamento inicial, é quando ela tiver alguma queixa de “dor nos ossos”. No entanto, milhares de pacientes fazem esse tipo de exame anualmente sem necessidade real.

Então, “gastar muito” não significa, necessariamente, melhor cuidado com a saúde?

Pinto: Exatamente. Existe hoje um movimento nos EUA chamado “choose wisely” – que pode ser traduzido por “escolha sabiamente”, que busca refletir sobre isso. Há diversos tipos de exames complementares, como tomografias, densitometrias ósseas ou procedimentos clínicos ou cirúrgicos, que não melhoram a qualidade de vida dos pacientes, nem aumentam a chance de um diagnóstico precoce de alguma doença. Há também discussões sobre procedimentos que não melhoram a qualidade de vida dos pacientes. Por exemplo, a discussão corrente sobre operar ou não uma hérnia de disco lombar (problema de coluna). Muitos pacientes melhoram disso sem tratamento cirúrgico e muitos pacientes operados não melhoram nada, com uma diferença de custos de dezenas de milhares de reais.

O fato do sistema de saúde ser, também, um “mercado” que movimenta muito dinheiro também agrava isso?

Pinto: Sim. Acredito que um grande problema é que o sistema de saúde está muito organizado num modelo de “pagar por procedimentos”. Ou seja, eu só ganho se operar ou se “executar algum procedimento”. Isso também contribui para o aumento dos custos do sistema. Há decisões técnicas que podem produzir resultados similares com custos dramaticamente menores. Alguns tratamentos de câncer, por exemplo, podem produzir o mesmo resultado, mas com custos substancialmente menores, com diferenças superiores a 100%. Isso também é válido para outras especialidades, como cardiologia e endocrinologia. Outra área de controvérsia, por exemplo, é o uso de stents para doença coronariana (angina de peito). Existe uma grande discussão se a quantidade dessas indicações é, hoje, capaz de trazer algum benefício de expectativa de vida para os pacientes com “angina de peito”. Mas esses procedimentos custam de 30 mil a 50 mil dólares nos EUA, onde são realizados perto de um milhão de procedimentos por ano, 30% considerados “inefcazes ou desnecessários”. Uma revista médica muito importante dos EUA chamada JAMA publicou em 2013 um estudo comparando os custos de uma cirurgia ortopédica para implantar uma prótese de quadril. Entre os 20 melhores hospitais americanos especializados nesse tipo de cirurgia, o preço variou de 12 mil dólares até 120 mil dólares. Como explicar essa diferença? Um hospital é dez vezes melhor que outro? Ou tem instalações dez vezes mais caras?

De que forma essa gestão tradicional, desperdiçadora, da saúde contribui ou estimula o erro médico?

Pinto: Uma característica básica de um ambiente onde a segurança é uma prioridade é o compartilhamento da responsabilidade em times. Nesses ambientes, a liderança não é impositiva ou autocrática. Todos são responsáveis. Por isso, há mais segurança. O problema é que a autocracia é uma característica do sistema de saúde. Ou seja, nosso sistema reside na autoridade médica como autoridade máxima. Assim, a autonomia do médico se sobrepõe aos padrões de segurança. Sabemos que o uso do checklist da Organização Mundial da Saúde de “cirurgia segura” é capaz de reduzir a mortalidade e os índices de complicações pós-operatórias em até 30%. Mas, mesmo com essas informações, às vezes não é possível “dobrar” a autoridade do cirurgião. Em alguns hospitais, cirurgias são simplesmente canceladas quando o cirurgião se recusa a cumprir esse checklist, que seria a coisa certa a ser feita. Mas a autocracia do médico sempre vence, na marra. Então, a gestão tradicional dos serviços de saúde tem um modelo cultural propenso ao erro, no qual apenas a opinião da autoridade máxima tem valor. Na “cultura da segurança”, a opinião de todos tem valor – e as decisões são tomadas ouvindo a opinião de todos. Dessa forma, os riscos são mais facilmente identificados e mitigados. Em nossas clínicas, no Instituto de Oncologia do Vale, no Vale do Paraíba, enxergamos que erros – defeitos nos processos – são problemas que comprometem a qualidade e a eficiência dos nossos processos, mas, fundamentalmente, precisam ser evitados porque podem colocar em risco vidas humanas. E isso é a base da busca do “defeito zero”. Com essa mentalidade e compartilhando responsabilidades,

colhemos ótimos resultados. O segredo é tornar cada vez mais fácil identificar os defeitos nos processos, de forma precoce, sem permitir jamais que cheguem ao paciente.

Você acredita que o Sistema Lean tem realmente a capacidade de diminuir, minimizar ou até eliminar os erros médicos?

Pinto: Quando se fala em buscar a perfeição, está se falando sobre eliminar defeitos dos processos produtivos. Isso significa executar correto da primeira vez que se faz uma coisa, sem defeito. Se isso pode ser padronizado numa indústria – executar corretamente, sem erros, da primeira vez – também pode ser replicado no hospital, em que é muito mais fundamental fazer tudo certo da primeira vez. Para nós da área da saúde, o “defeito” é muito cruel porque ele pode significar uma vida perdida. Um erro básico, por exemplo, de trocar os nomes dos pacientes pode significar matar uma pessoa involuntariamente. Por isso, é necessário aplicar técnicas lean que podem, sim, aumentar e muito a segurança do processo, para eliminar o defeito. Por exemplo, quando nós aplicamos na gestão da saúde conceitos e “ferramentas” lean como jidokas e poka-yokes (métodos da gestão lean para prevenir erros em qualquer coisa que se produza). Com isso, conseguimos aumentar e muito a segurança do processo.

Detalhe um pouco mais de que forma os desperdícios na gestão da saúde podem aumentar custos, ao mesmo tempo em que pioram os cuidados com o paciente.

Pinto: Muitas etapas do processo assistencial estão desconectadas entre si e demandam muito mais tempo e processamento para produzirem os mesmos resultados. Em um de nossos projetos, nas clínicas do IOV, apenas conectando as informações necessárias para a execução do atendimento, fomos capazes de aumentar a capacidade de atendimento de 12 para 15 pacientes por médico por período. Muito do tempo do atendimento é consumido com tarefas que tem pouco a ver com atendimento ou com assistência – como procurar exames, entender um histórico mal redigido, coletar informações repetidas vezes. Ao se criar um processo organizado para tarefas como essas, somos capazes de produzir mais com menos – ou com a mesma estrutura. Também é importante deixar claro que há falta de recursos no sistema de saúde. Não faz sentido “produzir mais com menos”. Mas faz sentido produzir mais com os mesmos recursos. Mais recursos são necessários no sistema de saúde, mas sem organizar e administrar melhor os processos, eles não serão utilizados de forma efetiva, que é o que acontece com uma parte dos recursos dirigidos à saúde.

Quais são os maiores desperdícios “tradicionais” de uma gestão tradicional da saúde que o Sistema Lean pode minimizar ou eliminar?

Pinto: A lista é gigantesca. Tomemos um exemplo básico do sistema: há uma ideia geral de que faltam vagas para atendimento à saúde – e é verdade. Mas das consultas marcadas, há uma taxa muito alta de não comparecimento – que em alguns locais é superior a 30%. Então, faltam vagas, mas das que foram agendadas, 30% ficam ociosas. E isso é um “padrão” Brasil a fora. Poucos são os serviços de saúde com um sistema de agendamento capaz de administrar esse problema de “não comparecimento”, o que poderia aumentar a capacidade. Outro exemplo: o sistema de entrega de medicamentos. Há alguns anos participei de um projeto de farmácia em um município da região da região do Vale da Paraíba, onde havia um desperdício assustador de medicamentos, pois muitos deles ficavam estocados e parados na farmácia central e, ao mesmo tempo, estavam em falta nos postos de saúde. Além disso, havia postos de saúde com excesso de determinados medicamentos que estavam em falta em outros postos. Promovemos uma melhor gestão disso, e em poucos meses o projeto gerou uma significativa melhora da qualidade do serviço prestado ao paciente, além de uma economia de um milhão de reais para o município (10% do orçamento da saúde), apenas com medicamentos básicos de dor, diabetes e pressão alta.

E a burocracia típica dos hospitais com “papelada”: formulários, fichas, relatórios... Poderia ser minimizada?

Pinto: Sim, poderia. Criar um “fluxo único” de informações no processo assistencial pode eliminar entre 50% a 60% desse tipo de papelada. Muito do que está sendo preenchido hoje nesse processo tradicional são apenas “dados” que já foram preenchidos por outra pessoa anteriormente. Mas as pessoas preenchem mais uma vez e mais uma vez e mais uma vez... É necessário, então, redesenhar o fluxo informacional da assistência à saúde para criar um processo mais enxuto, mais “lean”. E ainda existe uma ilusão, um pensamento mágico, de que informatizando o processo isso acaba. Bem, no nosso caso, em nossas clínicas do IOV, só piorou. E todo mundo que converso que informatizou seu sistema também acha que piorou. O ganho foi na maioria das vezes no processamento de contas, no faturamento, na contabilidade, mas raramente na assistência à saúde.

Como o Sistema Lean pode “liberar” o médico desses serviços administrativos para focá-lo no norte verdadeiro da medicina?

Pinto: Quando entendemos quais são, efetivamente, as informações importantes e quais as que não são importantes, a gente consegue criar um processo que deixa a relação médico-paciente ou enfermeiro-paciente livre de processamentos informacionais que são desnecessários, de vai e vem, de movimentações desnecessárias. Esse tipo de repadronização, de reorganização do local de trabalho e dos processos aumenta substancialmente a disponibilidade

do profissional de saúde de se relacionar com o paciente visando o que realmente importa: o cuidado.

Para se fazer essa mudança de gestão na saúde é também preciso mudar a mentalidade das pessoas que atuam nessa área?

Pinto: Sim. A grande diferença de um sistema de gestão lean para um sistema tradicional é a forma de enxergar os problemas. Todos têm por objetivo cuidados melhores e mais qualidade nos processos. Mas num sistema de qualidade comum não fica claro que a principal causa da baixa qualidade está intimamente ligada ao desperdício. Enquanto um projeto lean foca em aumentar a qualidade ao mesmo tempo em que elimina custos desnecessários ligados ao desperdício, um projeto de qualidade comum pode, inclusive, implicar em aumento dos custos, impondo novos recursos ao sistema e que serão desnecessários. O modo de pensar lean é muito diferente. Uma das grandes qualidades do pensamento lean é o objetivo de tornar os problemas visíveis. E, além disso, promover um esforço diário para resolvê-los no ponto mais próximo da origem desses problemas, o que definitivamente melhora a qualidade do atendimento e reduz também os custos associados a esses problemas ou defeitos. Num sistema de gestão lean todos os envolvidos são "resolvedores de problemas", todos participam do processo de qualidade. Além disso, no sistema lean há um claro esforço para padronizar e nivelar os processos, produzindo um "fluxo suave" no processo assistencial. Com a padronização, é possível investir em melhorar ainda mais os processos, e é possível também identificar mais facilmente os problemas, como um moto-contínuo.

Há um movimento de aplicação do Sistema Lean na gestão da saúde no Brasil ou ainda são casos isolados?

Pinto: Está se tornando um movimento, mas os casos mais avançados ainda são isolados. Mas eu tenho percebido que muita gente do setor está olhando para os resultados que alguns têm conseguido. Estão ganhando confiança em cima desses resultados e partindo para esses projetos. Então, eu acredito que nós estamos no começo de um novo movimento, sim. Lean é de fato uma forma de você olhar para o sistema de saúde de maneira inovadora. Isso já é realidade para muitas organizações nos EUA, na Escócia, no Canadá, na Austrália...

E na saúde pública brasileira? O Sistema Lean poderia ser adotado rapidamente?

Pinto: Acho que o sistema público vai demorar a absorver esse pensamento. Mas já há uma percepção de que isso é importante. Há uma resistência natural em aplicar o Sistema Lean na gestão da saúde, pois é um modelo de gestão que nasceu na Toyota, ou seja, vem da indústria automotiva. E isso cria resistências entre os profissionais da saúde que são de uma área bem distinta. Mas nós precisamos trabalhar para quebrar isso e mostrar que o modelo lean pode e deve ser aplicado em qualquer tipo de processo produtivo – incluindo na gestão da saúde.