

idp

idp

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO LEAN NAS
EMERGÊNCIAS:** CASE DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

LUCIANA MARA DA SILVA CAIXETA MENDES

Brasília-DF, 2023

LUCIANA MARA DA SILVA CAIXETA MENDES

**BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO LEAN NAS
EMERGÊNCIAS: CASE DO HOSPITAL REGIONAL DO
GAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Professor Doutor Pedro Luiz Costa Cavalcante

Brasília-DF 2023

LUCIANA MARA DA SILVA CAIXETA MENDES

BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO LEAN NAS EMERGÊNCIAS: CASE DO HOSPITAL REGIONAL DO GAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 13/ 06/ 2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. Pedro Luiz Costa Cavalcante - Orientador

Prof. Dr. Paulo Alexandre Batista de Castro

Prof. Dr. Fernando Kleiman

M538b Mendes, Luciana Mara da Silva Caixeta
Barreiras para implementação do lean nas emergências: case do hospital regional do Gama / Luciana Mara da Silva Caixeta Mendes. – Brasília: IDP, 2023.

83 p. : il. color.
Inclui bibliografia.

Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, Curso de Mestrado Profissional em Administração Pública, Brasília, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Luiz Costa Cavalcante.

1. Saúde Pública - Brasil. 2. Serviços públicos - inovação. 3. Administração Pública. I. Título.

CDD: 353

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa

DEDICATÓRIA

Marcus, Mari, Rafa e João...
Minhas grandes fontes de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Por mais que seja clichê, não dá para começar esse texto sem agradecer primeiramente a Deus, minha fortaleza, meu alicerce, meu porto seguro nas tempestades que me afligiram durante esse período.

Agradeço ao Marcus, amor da minha vida, meu maior fã e incentivador. Aquele que sempre me vê melhor do que realmente sou, aquele que me impulsiona, me lança sem medo de me ver voar alto.

Agradeço aos meus filhos: Mariana, Rafaela e João Marcus. Minhas grandes razões para crescer, para lutar e para acreditar que amanhã será melhor do que hoje.

Agradeço à minha família, à memória do meu pai Mauro, que tanto se orgulhava de mim. À minha mãe, Terezinha, que sempre foi desbravadora, inconformada e valente. Trilhou os caminhos para que eu pudesse chegar mais longe.

À minha sogra Márcia, por me ensinar tanto sobre resiliência e coragem. Às minhas cunhadas Juju e Bibia, tão únicas, tão amadas. E ao meu cunhadinho Luís também, por levar a vida com tanta leveza.

Agradeço ao meu irmão Edilson, pela ajuda mais inusitada dessa dissertação, e pelo incentivo. À Aline, Pedro e Mateus, por encherem nossa vida de alegria.

Ao Dr. Allan Duailibe, chefe querido, homem ímpar, grande incentivador.

Ao Professor Pedro, por sua assertividade, cuidado e orientações na medida perfeita.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal, por ser meu lugar de plenitude e realização profissional.

Por fim, agradeço aos mestres e colegas do mestrado no IDP, por transformarem meu modo de ver o mundo, e por contribuírem tanto para a pessoa e profissional que sou hoje.

Eu poderia agradecer a tantas outras pessoas que me inspiraram e me motivaram a buscar esse título, mas iriam faltar páginas. A verdade é que ninguém se torna mestre sozinho, a verdade é que pra ser mestre a gente tem mesmo é que ser aprendiz.

┌

**“Acima de tudo, inovação não é invenção. É
mais um termo de ECONOMIA do que de
tecnologia”**

Peter Drucker

RESUMO

A presente Dissertação aborda aspectos e condições que funcionaram como barreiras para implementação do Lean nas Emergências no Hospital Regional do Gama - HRG, umas das maiores unidades de saúde do Distrito Federal e que foi desligada do projeto em 2021. Ao promover a análise do case de insucesso do HRG, a pesquisa visa analisar as barreiras e fatores dificultadores de diferentes ordens que inviabilizaram a consecução do programa na unidade de saúde. A metodologia selecionada foi a de Estudo de Caso, realizada através de entrevistas qualitativas semiestruturadas com servidores e/ou ocupantes de cargos comissionados diretamente ligados à tentativa de implementação do projeto no hospital. O referencial teórico aborda a metodologia Lean e sua adaptação para contextos de saúde no Brasil e no mundo. Sobre a implementação de inovações nos serviços públicos, o levantamento bibliográfico identificou uma escassez de estudos que abordem falhas e obstáculos para implementação, o que permite à dissertação abordar meandros e nuances pouco explorados e que orbitam os desafios para que as inovações se tornem parte do funcionamento das instituições públicas. Por fim, a análise dos resultados permite traçar um panorama sobre o protagonismo das barreiras internas como obstáculos à consecução do projeto. Ao analisar a percepção de gestores e profissionais da assistência, foi possível identificar as barreiras pessoais e elementos de uma cultura organizacional resistente a mudanças como os principais dificultadores da implementação do programa no hospital.

Palavras-Chave: Administração Pública, Lean Healthcare, Saúde Pública no Brasil, Inovação nos Serviços Públicos, Barreiras para Implementação de Inovações.

ABSTRACT

This Dissertation addresses aspects and conditions that acted as barriers to the implementation of Lean in Emergencies at the Hospital Regional do Gama - HRG, one of the largest health units in the Federal District and which was dismissed from the project in 2021. By promoting the analysis of the case of failure of HRG, the research goal to analyze the barriers and hindering factors of different orders that avoided the accomplishment of the program in the health unit. The methodology selected was the Case Study, by semi-structured qualitative interviews with public workers and/or occupants of commissioned positions directly linked to the attempt to implement the project at the hospital. The theory is based on the Lean methodology and its adaptation to health contexts in Brazil and worldwide. On the implementation of innovations in public services, the bibliographical survey identified a shortage of studies about failures and impediments to implementation, which allows the dissertation to address complexity and nuances that are little explored and that orbit the challenges for innovations to become part of the operation of public institutions. Finally, the analysis of the results allows an overview of the protagonism of internal barriers as obstacles to the achievement of the project. By analyzing the perception of managers and care professionals, it was possible to identify personal barriers and elements of an organizational culture resistant to change as the main obstacles to the implementation of the program in the hospital.

Keywords: Public Administration, Lean Healthcare, Public Health in Brazil, Innovation in Public Services, Barriers to implement innovations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de e Teses Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBAS	Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
DMAIC	Definir, Medir, Analisar, Melhorar (Improve, em inglês) e Controlar
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
RA	Região Administrativa
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
HRG	Hospital Regional do Gama
HRL	Hospital da Região Leste
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
HSL	Hospital Sírio Libanês
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MFV	Mapa de Fluxo de Valor
NEPS	Núcleo de Ensino e Pesquisa
NPM	New Public Management
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
PDCA	Plan, Do, Check, Act, ou em português, Planejar, Fazer, Verificar e Agir
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RUE	Rede de Urgências e Emergências
SES-DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SRSSU	Superintendência Regional de Saúde Sul
SUS	Sistema Único de Saúde



USP

Universidade de São Paulo

UTI

Unidade de Terapia Intensiva



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1

Tipos de barreiras para implementação de inovações

44

Organograma 1

Resumo do organograma da SES-DF

27

LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Resolutividade do pronto-socorro na solução de demandas do paciente

.....24

Quadro 2

Guia para elaboração do roteiro de entrevistas

.....37

Quadro 3

Resumo das barreiras identificadas em instituições do Brasil e de Portugal

.....44

Quadro 4

Divisão entre tipos de barreiras, problemas gerados e técnicas sugeridas

.....46

Quadro 5

Consideração para experiências futuras de implementação do Lean em hospitais

.....49

Quadro 6

Ferramentas do Lean Healthcare

.....50

Quadro 7

Categorias de análise dos resultados

.....55

SUMÁRIO

1. CAPÍTULO I 18

1.1 Introdução	18
1.1.1 Justificativa	18
1.1.2 Problema da Pesquisa	21
1.1.2.1 Lean nas Emergências no Distrito Federal	21
1.1.2.2 Hospital Regional do Gama	21
1.1.2.3 Lean nas Emergências no HRC	22
1.1.2.4 Indicadores do projeto Lean nas Emergências	24
1.1.2.5 Lean nas Emergências e Planejamento Estratégico Institucional	26
1.1.3 Estrutura da Dissertação	28
1.1.4 Objetivo Geral	30
1.1.5 Objetivos Específicos	30
1.1.6 Teoria	30
1.1.7 Hipóteses	31

2. CAPÍTULO II 32

2.1 Metodologia	33
2.1.1 Abordagem	33
2.1.2 Finalidade da pesquisa	33
2.1.3 Método	34
2.1.4 Participantes	35
2.1.5 Técnicas de Coleta	36
2.1.6 Técnicas de Análise dos dados	38
2.1.7 Questões de Natureza Ética	38

3. CAPÍTULO III 41

3.1 Referencial Teórico	41
3.1.1 Inovação no Setor Público	41
3.1.2 Barreiras e Fracassos na Implementação de Inovações no Setor Público	43

SUMÁRIO

3.1.3 Cultura Organizacional	47
3.1.4 Lean Healthcare	48
3.1.5 Lean nas Emergências	50

4. CAPÍTULO IV..... 54

4.1 Resultados.....	54
4.1.1 Conhecimento sobre o Lean nas Emergências	56
4.1.2 Percepção sobre a própria participação	60
4.1.3 Percepção sobre a participação de terceiros na implementação.....	60
4.1.4 Expectativas iniciais sobre o projeto.....	62
4.1.5 Barreiras	63
4.2 Discussão dos resultados.....	65

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 69

5.1 Considerações Finais	69
5.2 Lições Aprendidas.....	71

REFERÊNCIAS..... 74

APÊNDICES..... 80



1

CAPÍTULO I**1.1 Introdução****1.1.1 Justificativa**

A necessidade de melhorias e aprimoramentos na oferta dos serviços públicos brasileiros protagoniza os mais heterogêneos debates e tem sido amplamente discutida na produção científica da última década. Acadêmicos e profissionais têm dispendido esforços para compreender e difundir estratégias que permitam que os serviços públicos custem menos e gerem resultados mais satisfatórios para a população (BRANDÃO, BRUNO-FARIA, 2017; CAMPOS, 2019; CAVALCANTE, CAMÕES, 2017; COSTA, MONTE, ESPOSTO, 2015; GUIMARÃES, 2018; OLIVEIRA, AFFONSO, 2017; PESTANA, 2013; REGIS, GOHR & SANTOS, 2018; ROCHA, 2014; dentre outros).

De acordo com a última Pesquisa Nacional do IBGE sobre os gastos com saúde no país, os investimentos do Governo Federal em Saúde Pública superam a casa dos R\$283 bilhões de reais, ou cerca de 3,8% do Produto Interno Bruto - PIB (IBGE, 2019). Isso deixa evidente a necessidade de estudos e discussões mais aprofundadas sobre estratégias que promovam a utilização mais eficaz desses recursos.

A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) aponta que sete a cada dez brasileiros dependem exclusivamente do SUS para resolução de suas demandas de tratamento ou atendimentos de saúde. São brasileiros e brasileiras que não têm nenhum tipo de acesso privado à saúde, como convênios ou planos, dependendo exclusivamente do Sistema Único de Saúde.

Esses dados antecedem a Pandemia de COVID-19, seus agravos nas condições de saúde da população e a recessão econômica, o que faz da otimização dos gastos públicos necessidade emergente para um Estado mais eficaz. Com uma demanda que cresce desproporcionalmente à capacidade do Estado de promover investimentos, a melhoria de processos e a eliminação de desperdícios surge como uma categoria de inovação de baixo custo, configurando

uma opção mais viável e factível para as instituições de saúde pública brasileiras.

O fomento de melhorias contínuas na prestação de serviços em saúde tem a capacidade de gerar resultados satisfatórios com custo reduzido, e pode gerar efeitos positivos tanto para os usuários quanto para os profissionais implicados no processo de implementação (GUIMARÃES, 2018; OLIVEIRA & AFFONSO, 2017; REGIS, GOHR & SANTOS, 2018).

A metodologia Lean, da qual a Lean Healthcare é derivada, é uma filosofia de melhoramento de processos e de eliminação de desperdícios (COSTA, MONTE, ESPOSTO, 2015). Importada das linhas de produção automotiva japonesas como a fábrica de veículos Toyota, foi adaptada para utilização nos mais diversos contextos, inclusive de saúde. A aplicação da filosofia Lean nas instituições de saúde públicas e privadas, ou Lean Healthcare, é uma abordagem com baixo custo de implementação e com potenciais ganhos na qualidade, segurança e eficiência dos serviços prestados à população (BERTANI, 2012; CAMPOS, 2019; COSTA, MONTE, ESPOSTO, 2015; PESTANA et al, 2013; OLIVEIRA, AFFONSO, 2017).

A produção científica sobre a aplicação do Lean Healthcare no Brasil é significativa, tema (VIEIRA, MENEZES, PIMENTEL & JUVENTINO, 2020; SANTOS et al, 2023; REGIS, GOHR & SANTOS, 2018) especialmente nos últimos cinco anos, havendo a disponibilidade de interessantes perspectivas sobre a implementação da metodologia no contexto brasileiro.

Contudo, mesmo nos estudos dedicados à revisão bibliométrica do tema (VIEIRA, MENEZES, PIMENTEL & JUVENTINO, 2020; SANTOS et al, 2023; REGIS, GOHR & SANTOS, 2018) é difícil padronizar e estabelecer comparações entre os resultados apresentados nas pesquisas. Isso se deve à ampla diversidade de enfoques e temáticas relacionadas ao Lean Healthcare e à não padronização das métricas de resultado e dos contextos de aplicação.

Ainda assim, é possível compilar resultados de melhorias como redução do tempo de espera, gestão de prazos (COSTA, MONTE, ESPOSTO, 2015), aumento da segurança do paciente, diminuição do tempo de permanência (GUIMARÃES, 2018), redução dos custos financeiros e melhoria dos processos de trabalho (BERTANI, 2012; BUZZI, PLYTIUK, 2011; CAMPOS JUNIOR, 2019).

Com reconhecida expertise e excelência na prestação de serviços de saúde, grandes redes de hospitais privados que já implementaram o Lean Healthcare em suas unidades, passaram a ser multiplicadores da metodologia para hospitais municipais e estaduais do Brasil em troca de incentivos fiscais como a Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), (BRASIL, 2021) conforme estabelece normativa a seguir:

As entidades detentoras do CEBAS, em contrapartida às bolsas de estudo concedidas, podem desfrutar de isenção do pagamento das contribuições sociais incidentes sobre a remuneração paga ou creditada aos seus empregados e trabalhadores avulsos, como também receber transferências de recursos governamentais a título de subvenções sociais, nos termos do art. 30 da Lei nº 12.465, de 12 de agosto de 2011 (Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO). O CEBAS é um dos documentos exigidos pela Receita Federal para que as entidades privadas gozem da isenção da cota patronal das contribuições. (BRASIL. Ministério da Educação, 2022)

Após alcançar êxito na implementação da metodologia em suas unidades, o Hospital Sírio Libanês passou a ser multiplicador do Lean Healthcare em hospitais públicos de todo o Brasil através do programa *Lean nas Emergências*, que utiliza a metodologia Lean para redução da superlotação das alas de emergência dos hospitais de grande porte do país.

Desde o seu início, em 2018, o projeto já passou por aproximadamente 102 hospitais em 24 estados brasileiros. Os hospitais participantes do Lean nas Emergências são escolhidos pelo Ministério da Saúde junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) a partir de um processo seletivo, e são acompanhados por um período de doze meses, sendo seis meses de consultorias quinzenais e presenciais e seis de acompanhamento remoto dos indicadores e resultados BRASIL, (2018).

Num total de doze encontros presenciais, dez encontros remotos e seis workshops, as equipes de gestão e assistência dos hospitais selecionados para o projeto passam por tutorias e capacitações sobre ferramentas de processos ágeis com o objetivo final de reduzir a superlotação das emergências (BRASIL, 2018).

Além da manifestação do interesse em participar, existem critérios de elegibilidade (BRASIL, 2018) para participação no projeto,

tais como: serem hospitais de referência para uma parcela significativa da população da região, com pelo menos 150 leitos, possuírem leitos de terapia intensiva – UTI, serem hospitais públicos ou filantrópicos, pertencerem a regiões metropolitanas e/ou capitais ou que sejam referência regional, terem portas abertas para o SUS e que sejam integrados à Rede de Urgência e Emergência - RUE e/ou Regulação.

1.1.2 Problema da Pesquisa

1.1.2.1 Lean nas Emergências no Distrito Federal

No caso do Distrito Federal, quatro hospitais regionais de grande porte já foram selecionados para receber a consultoria: o Hospital Regional de Taguatinga- HRT, em 2018, o Hospital Regional da Ceilândia - HRC, em 2019 e em 2021 o Hospital Regional do Gama - HRG e o Hospital da Região Leste – HRL, todos matriciados e capacitados pelos consultores do Hospital Sírio Libanês - HSL.

O presente estudo se dedicará à análise do case do Hospital Regional do Gama – HRG, desligado do projeto em fevereiro de 2022. A pesquisa visa analisar as barreiras e fatores dificultadores de diferentes ordens que inviabilizaram a consecução do programa na unidade de saúde.

O HRG foi um dos 20 hospitais selecionados dentre os seiscentos inscritos para o ciclo 5 do programa em 2021. Além de cumprir os pré-requisitos para inscrição como porte, área de abrangência e número de leitos, o HRG é referência distrital nas especialidades de Ortopedia, Cardiologia e Obstetrícia. Outro fator determinante para a seleção foi o fato de que a unidade de saúde tem na superlotação da emergência seu principal ponto de debilidade.

1.1.2.2 Hospital Regional do Gama

De acordo com informações da Agência Brasília (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2018), o HRG foi fundado em 1967 para atender à população da região administrativa do Gama, uma das cidades satélites do Distrito Federal que até então possuía aproximadamente dez mil habitantes.

Sendo um dos primeiros hospitais regionais inaugurados desde a transição da capital do país para Brasília, o HRG é um dos hospitais mais conhecidos do Distrito Federal e RIDE. Com o crescimento da

população adstrita, a unidade de saúde passou a ser referência para outras regiões administrativas como Santa Maria e Recanto das Emas, além de municípios da região metropolitana de Brasília, como Novo Gama, Valparaíso, Cidade Ocidental, Luziânia, Cristalina, dentre outros.

Atualmente o HRG faz parte da Superintendência Regional de Saúde Sul - SRSSU, que engloba as regiões administrativas de Gama e Santa Maria, que também possui um hospital de grande porte para atendimento à população. Além dos hospitais regionais, a SRSSU também engloba as Unidades Básicas de Saúde – UBS, a Unidade de Pronto Atendimento do Gama – UPA Gama, o Centro de Atenção Psicossocial de Santa Maria – CAPS e a Policlínica do Gama.

Por sua localização estratégica na parte sul do Distrito Federal, o hospital passou a atrair profissionais que residiam em regiões com maior distância geográfica do plano piloto, como moradores do entorno sul, da região de Anápolis, Goiânia e de outros municípios da região metropolitana da capital de Goiás.

É importante contextualizar que, em conjunto com o Hospital Regional de Santa Maria – HRSM, a área de abrangência do HRG vai muito além de sua Região Administrativa – RA e da SRSSU, sendo a principal referência de hospital de média e alta complexidade para cidades como Novo Gama, Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental, Luziânia, Cristalina, Águas Lindas, Padre Bernardo, Corumbá e outros municípios pertencentes à Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE que ficam distantes dos hospitais de grande porte da capital goiana.

Não é incomum o usufruto da unidade por pacientes de estados como Bahia, Mato Grosso, além de municípios de Goiás e Minas Gerais não pertencentes à RIDE. Fato esse que dificulta o planejamento de ações e a gestão de recursos para que os serviços oferecidos pelo hospital alcancem a excelência necessária para um cuidado adequado em saúde (AGÊNCIA BRASÍLIA, 2018).

1.1.2.3 Lean nas Emergências no HRG

Após a seleção do Hospital Regional do Gama para a participação no projeto ser efetivada, parte da equipe estratégica do hospital foi à unidade de ensino e pesquisa do Hospital Sírio Libanês na cidade de São Paulo para uma Imersão com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a metodologia Lean, sua potencialidade para aplicação em serviços de saúde e a possibilidade de promoção de mudanças nos processos de trabalho ofertados pela unidade de saúde.

Em seguida, as oficinas presenciais no HRG passaram a ser realizadas no Núcleo de Ensino e Pesquisa - NEPS com a participação de profissionais de setores diversos da instituição. Por mais que o projeto tenha como foco a redução da superlotação do Pronto Socorro Adulto – PSA, setores como recepção, classificação de risco, enfermarias, centro cirúrgico, laboratório, unidade de terapia intensiva e ambulatório de egressos são fundamentais para o sucesso em sua implementação.

Portanto, os participantes das oficinas eram muito diversos e heterogêneos, ocupando as múltiplas categorias profissionais que compõem o corpo técnico de um hospital. Havia técnicos de enfermagem, auxiliares de laboratório, enfermeiros, médicos, administradores, técnicos administrativos, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros.

Durante as oficinas, os consultores apresentavam aulas expositivas sobre a metodologia, suas ferramentas e seu potencial para aplicação no SUS, além de trabalhos práticos de intervenção. Ou seja, ao final de cada oficina era possível obter um produto direto das intervenções realizadas pelo grupo no hospital.

Ademais, foram realizados workshops online com as outras unidades hospitalares participantes do mesmo ciclo. Durante esses momentos, eram apresentados os resultados de cada hospital e experiências positivas com potencial de replicação. Também era sutilmente estimulado um clima de competitividade para se alcançar os melhores resultados dentre os hospitais participantes.

No último dia de oficina presencial, após seis meses de intervenção, os consultores comunicaram o desligamento do hospital e atribuíram o rompimento à falta de engajamento e legitimação por parte da alta gestão da unidade de saúde. Os documentos referentes ao processo de desligamento e as entrevistas oficiais com os

colaboradores do HSL não foram disponibilizados para construção dessa pesquisa.

1.1.2.4 Indicadores do projeto Lean nas Emergências

Como o objetivo do projeto é a *Redução da Superlotação das Emergências*, a mensuração dos resultados é realizada a partir de indicadores como Giro de Leitos e Tempo Médio de Permanência.

O giro de leitos se refere à quantidade de vezes que um mesmo leito de observação é utilizado por diferentes pacientes num determinado período de tempo (Brasil, 2002). Ou seja, esse indicador demonstra a resolutividade em unidade de tempo no cuidado prestado ao paciente que procura um serviço de emergência.

É importante ressaltar que os leitos de observação são aqueles localizados no pronto-socorro dos hospitais e que são destinados à supervisão e avaliação profissional num período inferior a 24 horas (BRASIL, 2002). Esses leitos deveriam ser utilizados para tomada rápida de decisão, como acontece em hospitais de excelência. Na prática, muitas vezes eles são utilizados como leitos de longa permanência, tornando o pronto socorro menos resolutivo e eficiente.

Quadro 1 – Resolutividade do pronto-socorro na solução de demandas
1. Atende, avalia, prescreve medicação e libera o paciente para tomá-la em casa;
2. Atende, avalia, medica na unidade, reavalia e dá alta ao paciente no mesmo dia;
3. Atende, avalia, medica na unidade, reavalia e admite (interna) o paciente na enfermaria ou UTI. Também pode transferi-lo para outro hospital ou encaminhá-lo para intervenção no centro cirúrgico.

Fonte: Elaborado pela autora

O quadro 1 demonstra como a resolutividade de um pronto socorro pode ser mensurada. É importante salientar que apesar da resolutividade ser medida com unidade de tempo, é a tomada de decisão seguida da resolução da demanda que define se uma unidade de pronto atendimento é ou não é resolutiva. (CBA, 2011).

Desse modo, os padrões internacionais de Acreditação Hospitalar apresentados no Congresso Brasileiro de Acreditação (2011) definem que a resolutividade do pronto socorro é observada quando o

cuidado correto é ofertado ao paciente, ou seja, quando o paciente recebe o tratamento adequado e não permanece na unidade nem ocupa um leito por mais tempo que deveria.

Entende-se por Acreditação Hospitalar (BONATO, 2011) um conjunto de ações e movimentos institucionais que vão desde a avaliação dos serviços prestados até orientações de mudanças que melhorem o desempenho e promovam a adequação aos padrões de qualidade validados internacionalmente.

A melhoria dos processos de trabalho e a utilização de ferramentas como as do Lean Healthcare são opções validadas para que hospitais de grande porte como o HRG consigam melhorar a resolutividade de suas demandas, reduzindo ou realocando seus custos de operação (BUZZI, PLYTIUK, 2011).

Outro indicador relevante para implementação do Lean Healthcare é o Tempo Médio de Permanência – TMP, ou Média de Permanência Geral, que permite uma estimativa entre o tempo em que o paciente leva desde seu primeiro contato com o hospital, no preenchimento da ficha de atendimento, até a completa resolução de sua demanda, ou seja: sua alta, evasão ou óbito (BRASIL, 2002).

Entende-se por alta hospitalar a finalização da assistência prestada ao paciente e acontece quando a condição de saúde que levou à internação esteja curada, melhorada ou inalterada (BRASIL, 2002). Esse paciente pode seguir necessitando de cuidados profissionais domiciliares ou ambulatoriais, mas sua passagem pelo pronto socorro se dá como finalizada no momento da alta hospitalar.

O tempo médio de permanência “é um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional. O leito hospitalar deve ser gerenciado como um recurso caro e complexo, o qual deverá ser utilizado de forma racional e com a indicação mais apropriada” (BRASIL, 2013).

No estudo realizado por Martins et al (2004), foi identificado que o tempo médio de permanência nos hospitais públicos é consideravelmente superior ao TMP nos hospitais privados. Pendências muito simples como o parecer de um especialista ou um exame laboratorial rápido podem passar despercebidas por equipes sobrecarregadas e aumentar significativamente o tempo em que um paciente permanece no hospital.

Isso não é preocupante unicamente pelo ponto de vista dos custos envolvidos, mas pela correlação entre o tempo médio de permanência superior a sete dias e o aumento do risco de infecções hospitalares (BRASIL, 2013).

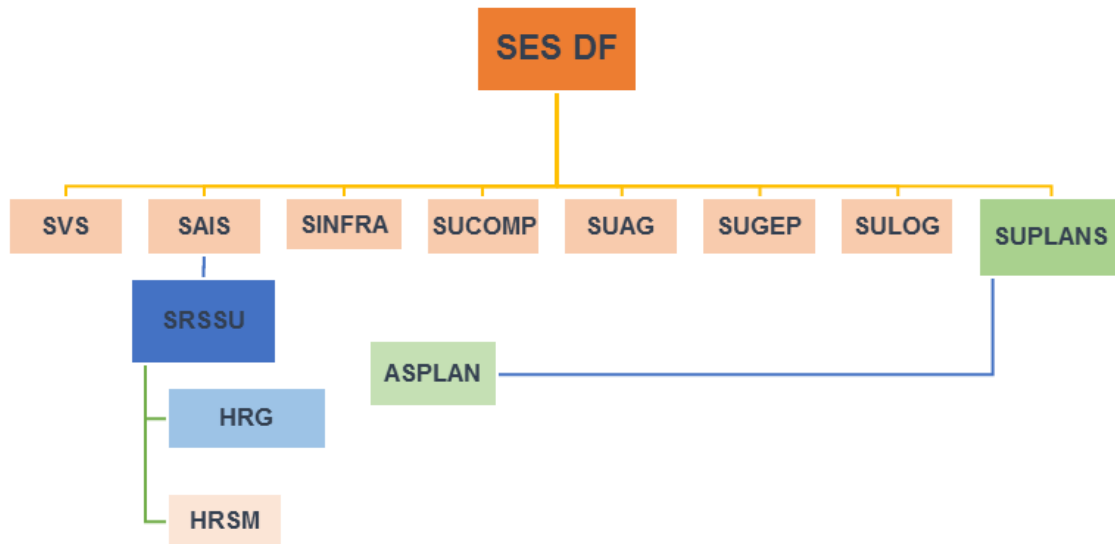
1.1.2.5 Lean nas Emergências e Planejamento Estratégico Institucional

Para que a implementação do Lean Healthcare obtenha êxito, é essencial o comprometimento da alta gestão, legitimando as mudanças e fornecendo subsídios para que elas se perpetuem. A adequação do Lean ao planejamento estratégico da instituição também é apontada na literatura como fator determinante de sucesso na implementação (BERTANI, 2012; CAMPOS JUNIOR, 2019).

No caso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o planejamento estratégico e as diretrizes de funcionamento são estabelecidos pela Subsecretaria de Planejamento – SUPLANS, de acordo com as prioridades estabelecidas no Plano Plurianual – PPA. Os hospitais regionais podem e devem elaborar o planejamento de suas ações utilizando as mais diversas ferramentas. Isso é realizado através da Assessoria de Planejamento - ASPLAN, contudo esses planejamentos necessitam contemplar prioritariamente as diretrizes do planejamento estratégico macro desenhado pela SUPLANS anualmente.

Para facilitar a compreensão das camadas hierárquicas que envolvem a construção do planejamento estratégico institucional dos hospitais regionais e o estabelecimento de novas práticas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal, segue organograma resumido:

Organograma 1 – Resumo do organograma da SES-DF



Fonte: Elaborado pela autora

O organograma 1 é um resumo do organograma completo da SES-DF. Nesse caso, o resumo se dá pela necessidade de contextualização para que se entenda como se dá o processo de construção do planejamento estratégico dos hospitais gerais do Distrito Federal, em especial o do HRG.

A SUPLANS é uma das oito subsecretarias da Secretaria de Saúde e “é a unidade responsável por planejar e controlar ações relacionadas à gestão estratégica orientada para resultados e à inovação da gestão pública” (DISTRITO FEDERAL, 2023). A esta subsecretaria cabe a função de propor normas complementares sobre a organização e funcionamento de atividades relativas ao planejamento, orçamento e desenvolvimento organizacional da Secretaria, respeitadas as orientações definidas pelos órgãos centrais do Poder Executivo.

Ainda é função da SUPLANS coordenar o processo de elaboração e realizar o acompanhamento e a avaliação do orçamento anual e plurianual da Secretaria e suas reformulações, como também coordenar o processo de sistematização de dados e informações estratégicas da Secretaria (DISTRITO FEDERAL, 2023).

Além dos direcionamentos da SUPLANS, cada Superintendência Regional de Saúde conta com sua própria Assessoria de Planejamento-ASPLAN. É essa equipe que irá construir o planejamento estratégico da

Superintendência Regional nos três níveis de atenção à saúde: A Atenção Primária, que contempla as Unidades Básicas de Saúde, a Atenção Secundária, que contempla as UPA's, Policlínicas e os Caps, e a Atenção Terciária, que contempla os Hospitais Regionais (DISTRITO FEDERAL, 2013). Como foi enfatizado anteriormente, a construção do planejamento estratégico individualizado segue os critérios e diretrizes do planejamento orçamentário e estratégico da SUPLANS.

Compreender a complexidade da construção desse planejamento faz-se necessário para entender as camadas hierárquicas envolvidas nas instituições de saúde pública, especialmente no governo do Distrito Federal. Apesar de cada região administrativa ter seu próprio administrador, elas não podem ser comparadas com as cidades que compõem os estados brasileiros, dado seu nível de dependência do governo central. Os administradores regionais, inclusive, são fruto de indicação do próprio governador, diferentemente dos prefeitos dos municípios que se submetem a um pleito.

A mesma coisa acontece na saúde. Apesar da figura do Superintendente ser parecida com a posição ocupada pelos Secretários de Saúde dos municípios, sua autonomia é limitada e diretamente influenciada pela Administração Central – ADMC da Secretaria de Saúde -SES.

É importante essa contextualização tanto para compreender a complexidade da construção do planejamento estratégico institucional nas unidades de saúde do DF, quanto para se assimilar que o cenário de implementação de políticas públicas nesse caso é extremamente singular.

Ou seja, quando a teoria aponta a necessidade de comprometimento da alta gestão na implementação do Lean nas Emergências (BERTANI, 2012; CAMPOS JUNIOR, 2019), no caso do Distrito Federal é necessário compreender que não estamos falando exclusivamente da gestão da própria unidade de saúde ou superintendência regional.

1.1.3 Estrutura da Dissertação

Na revisão de literatura, serão apresentados estudos sobre a implementação de políticas públicas e do Lean Healthcare em instituições de saúde no Brasil e em diversos lugares do mundo. Também serão discutidos conceitos sobre Barreiras para implementação de políticas nas instituições governamentais. A literatura sobre implementação de inovações nos serviços públicos possui uma gama de estudos de caso que abordam iniciativas bem-sucedidas, que fornecem um panorama extremamente relevante para identificação de indutores e facilitadores da implementação de políticas de inovação (CAVALCANTE e CAMÕES, 2017). Mas os estudos sobre barreiras que dificultam a implementação de políticas públicas ainda são escassos, especialmente em contextos singulares com o do Distrito Federal.

Conhecer resultados positivos da aplicação da metodologia Lean Healthcare é importante para maximizar seu alcance e para favorecer sua replicação em mais unidades de saúde. Por outro lado, os resultados positivos têm uma limitação evidente: não apresentam soluções nem questionamentos sobre as barreiras que podem dificultar ou inviabilizar sua implementação nos mais diversos contextos de saúde pelo país.

Estudar e identificar essas barreiras é transcender os manuais de boas práticas, iniciativas premiadas e de resultados de excelência. Discutir sobre falhas é falar sobre aquilo que a maioria dos profissionais e pesquisadores querem evitar, é colocar em perspectiva as tentativas mal sucedidas que acabam indo para debaixo do tapete e terminam por cair no esquecimento.

Deixar de analisar as falhas não impede que elas voltem a acontecer, muito pelo contrário, quando a reflexão sobre os caminhos que levaram ao insucesso não acontece, se dispersa uma excelente oportunidade de crescimento e aprendizado institucional.

Através de entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais participantes das oficinas de implementação na unidade de saúde, o problema de pesquisa irá orbitar sobre as barreiras e entraves para implementação de inovações nos serviços públicos, usando como exemplo o case da tentativa infrutífera de implementação do projeto no Hospital Regional do Gama.

Além conhecer dimensões de apoio e/ou resistência às mudanças, a pesquisa também busca identificar se profissionais da

assistência e gestores perceberam algum legado da tentativa de implementação na unidade de saúde.

1.1.4 Objetivo Geral

A presente dissertação tem o objetivo geral de identificar e analisar as barreiras que prejudicaram a implementação do projeto Lean nas Emergências no Hospital Regional do Gama e que acabaram resultando no desligamento do hospital.

1.1.5 Objetivos Específicos

Descrever o projeto Lean nas Emergências e as razões que resultaram na seleção do HRG para implantação da iniciativa;
Analisar as dimensões de apoio e resistência dos servidores envolvidos diretamente no projeto sobre processos de inovação nas quatro unidades de saúde;
Conhecer a percepção de profissionais da assistência e gestores sobre algum tipo de mudança ou legado depois da tentativa de implementação;
Identificar e descrever as barreiras que impediram a consecução do projeto no HRG.

1.1.6 Teoria

A fundamentação teórica da dissertação é amparada pela literatura sobre barreiras para implementação de inovações. Entende-se como barreira os obstáculos de naturezas diversas que podem atrasar, prejudicar ou impedir a implementação de inovações ou mudanças nas instituições (BRANDÃO, BRUNO FARIA, 2017; HADIJAMANOLIS, 2003; RESENDE JUNIOR, et al, 2013; ROCHA et al, 2014).

Hadijamanolis (2003) considera que barreira à inovação é “qualquer fator que influencie negativamente o processo de inovação”. De acordo com o autor, podem considerar-se barreiras: falhas em processos, custos de implementação, déficit de habilidades, falta de comprometimento de dirigentes, contexto socioeconômico e político.

Para Santos et al (2022), além dos benefícios promovidos pela implementação do Lean, em serviços de saúde, existem diversas barreiras que podem atrapalhar sua implementação. Os autores reconhecem como barreiras até mesmo a escassez de estudos que

contemplem as dificuldades e as falhas na consolidação do Lean Healthcare no contexto brasileiro.

Além disso, apresentam cinco categorias de barreiras para implementação do Lean Healthcare em hospitais: 1) Complexidade dos Sistemas de Saúde, 2) Fatores humanos, 3) falta de metodologia *lean* específica para operações de saúde, 4) cadeia de suprimentos, 5) ausência de cultura e visão de longo prazo (REGIS, GOHR & SANTOS, 2018).

1.1.7 Hipóteses

Barreiras internas, como a cultura de resistência a mudanças prejudicaram a implementação da inovação.
Lideranças estratégicas foram passivas e não suscitaram o engajamento das equipes para que o projeto obtivesse êxito e continuidade.
A rotatividade dos cargos estratégicos foi prejudicial para continuidade da implementação
Apesar do desligamento, as ferramentas ofertadas nas oficinas foram implementadas e deixaram algum tipo de legado na organização dos serviços, melhorando os processos de trabalho e reduzindo a superlotação do setor de emergência.





2

CAPÍTULO II



2.1 Metodologia

2.1.1 Abordagem

A pesquisa foi delineada tendo como referência a abordagem qualitativa, que considera que o ser humano se diferencia por refletir sobre as próprias ações e seus resultados em sociedade. A abordagem qualitativa propicia a captação de percepções, valores, crenças e compreende o pesquisador como parte integrante e criativa no processo de construção do conhecimento (MINAYO, 2001).

De acordo com GODOY (1995), os fenômenos podem ser melhor compreendidos no contexto em que acontecem, e do qual fazem parte. O pesquisador ocupa, portanto, o papel de quem pretende “captar” a percepção e a perspectiva dos atores envolvidos no fenômeno estudado.

A autora acrescenta que a pesquisa qualitativa permite identificar e analisar em profundidade fenômenos de difícil mensuração, do ponto de vista dos participantes da ação (MINAYO, 1995). Ou seja, a percepção dos participantes pode fornecer parâmetros mais aprofundados de como se deu a tentativa de implementação da metodologia na unidade de saúde em questão.

2.1.2 Finalidade da pesquisa

No que se refere à finalidade, a pesquisa possui caráter descritivo exploratório. Apesar da literatura científica sobre implementação do Lean Healthcare ser vasta, tanto no contexto brasileiro quanto em outras partes do mundo, a pesquisa busca se aprofundar na singularidade apresentada pela percepção dos atores sobre a implementação das ferramentas na instituição de saúde HRG.

Pesquisas qualitativas que têm por finalidade o caráter descritivo exploratório permitem ao pesquisador a exploração do problema de forma aprofundada, respeitando sua singularidade e considerando a complexidade envolvida na apreensão dos fenômenos. Isso pode ser

realizado através de entrevistas, observações ou análises de documentos (TOLEDO, SHIAISHI, 2009).

Ainda que a possibilidade de generalização seja limitada, pesquisas descritivo exploratórias podem ser de grande valia para compreensão de fenômenos complexos e para a construção de hipóteses a serem confrontadas no futuro (MINAYO, 2001).

2.1.3 Método

O método utilizado para desenhar a pesquisa realizada foi o de Estudo de Caso, que é definido por GIL (2008) “como um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível a partir outros delineamentos de pesquisa”.

A pesquisa retrata um Estudo de Caso Histórico-Organizacional (GIL, 2008; MINAYO, 2001), considerando o contexto e a percepção atores envolvidos para a construção e detalhamento do fenômeno estudado. Nesse caso, as barreiras que dificultaram a implementação do Lean Healthcare são consideradas o fenômeno e hospital e seus profissionais configuram, respectivamente, o contexto e a percepção sobre como o fenômeno se deu na instituição.

O HRG é a unidade de análise (GIL, 2008) que delimita o caso e direciona a coleta dos dados na pesquisa. A contextualização sobre suas especificidades como porte, organização hierárquica, funcionamento, localização e características do corpo técnico é fundamental para compreensão das barreiras visíveis e invisíveis que dificultaram a implementação da política. A escolha do hospital se deu de forma intencional devido ao vínculo funcional da pesquisadora com a instituição.

De acordo com GIL (2008) e TOLEDO, SHIAISHI (2009), pesquisas descritivas que utilizam como método de exploração o Estudo de Caso apresentam características como: estímulo à descoberta, apreensão contextualizada do fenômeno, apresentação de uma multiplicidade de percepções e dimensões apresentadas em uma mesma situação, exposição e reflexão sobre contradições.

Além disso, é uma modalidade de estudo com linguagem mais acessível do que outros produtos de pesquisa. Isso faz com que as generalizações, ainda que resguardadas as proporções, sejam

favorecidas. Ou seja, os produtos de estudo de caso como hipóteses para novas pesquisas e compilados de lições aprendidas podem servir de guia para instituições similares que estejam vivenciando fenômenos parecidos.

2.1.4 Participantes

A pesquisa foi realizada através de entrevistas qualitativas semiestruturadas com servidores e gestores do HRG diretamente implicados na tentativa de implementação do Projeto Lean nas Emergências em 2021.

A amostra delimitada para as entrevistas foi, portanto, intencional e pautada na disponibilidade e facilidade de acesso aos participantes. Apesar de não probabilística, essa definição de amostra permite que os indivíduos entrevistados sejam aqueles com os atributos necessários à compreensão do problema da pesquisa (MINAYO, 2010).

Foram observados os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde ou apoio diretamente relacionados à tentativa de implementação de Lean nas Emergências no HRG em 2021, profissionais que participaram de pelo menos três oficinas presenciais ofertadas pela consultoria, profissionais que atuassem nas áreas afins do pronto-atendimento da unidade ou que exercessem posições de liderança vinculadas ao serviço.

Como os critérios de inclusão foram bem delimitados, o único critério de exclusão foi a recusa individual para participação na pesquisa. Nem idade, gênero ou tempo de serviço foram considerados para a construção da amostra.

No total, foram realizadas oito entrevistas: quatro com profissionais da assistência e quatro com gestores, sendo dois gestores estratégicos e dois gestores operacionais. Por questões de escala e rodízio entre as equipes de trabalho, o número de profissionais que se enquadravam nos critérios de seleção da amostra foi pequeno.

A descrição de gênero, idade e ocupação dos entrevistados poderia fornecer dados importantes para a análise e interpretação dos resultados. De forma menos aprofundada, esses dados poderiam situar e contextualizar as respostas dos participantes. Por outro lado, por se tratar de um Estudo de Caso com uma amostra reduzida, o cuidado

com o sigilo e a proteção dos entrevistados para garantia do anonimato se sobrepõe à necessidade do detalhamento dos dados dos participantes.

2.1.5 Técnicas de Coleta

No que se refere aos procedimentos técnicos, a pesquisa foi realizada através de revisão de literatura subdivida nas temáticas: inovação no setor público, barreiras e fracassos na implementação de inovações, Cultura Organizacional, Lean Healthcare e Projeto Lean nas Emergências.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de levantamento nas bases de dados como o catálogo de teses e dissertações da USP, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Scielo, Capes, ENAP, Google Scholar, além de livros e artigos de outras instituições de referência.

As palavras-chave utilizadas na busca: inovação em serviços públicos, Lean Healthcare, gestão em saúde, administração pública, política de saúde no Brasil.

Para as entrevistas, foram utilizados roteiros semiestruturados mediante instrumentos disponibilizados nos anexos I e II da dissertação. Foram elaborados instrumentos diferentes para facilitar a compreensão das barreiras e fatores dificultadores sob a perspectiva das diferentes categorias de entrevistados.

Os entrevistados foram divididos em duas categorias de análise: gestores (servidores estatutários ou comissionados que ocupavam cargos de direção, assessoramento ou chefia na unidade) e servidores ligados à assistência ao usuário (profissionais de saúde). Tal divisão teve o objetivo de facilitar o processo de análise das entrevistas e a compilação dos resultados.

Durante a análise dos resultados, foi demonstrada a necessidade de subdividir a categoria dos gestores. Isso permitiu uma análise diferenciada para interpretação dos conteúdos das entrevistas. Os gestores, portanto, foram subdivididos entre estratégicos e operacionais.

Com o intuito de facilitar a compreensão do leitor e ainda resguardando a garantia de anonimato dos participantes, eles serão

identificados na análise dos resultados como: *gestor estratégico 1*, *gestor estratégico 2*, *gestor operacional 1*, *gestor operacional 2*, *profissional 1*, *profissional 2*, *profissional 3* e *profissional 4*.

Para que a construção do roteiro das entrevistas pudesse servir como guia e trouxesse informações que contemplassem os objetivos da pesquisa, foram elencados elementos-chave para cada categoria de entrevistados, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Guia para elaboração do roteiro de entrevistas	
Gestores	
	Motivação para participar do processo de seleção
	Expectativas sobre os resultados que o projeto poderia proporcionar
	Percepção sobre as barreiras que inviabilizaram a implementação
	Percepção sobre a existência de um legado deixado pelas oficinas realizadas
Servidores Assistenciais	
	Motivação para participar das oficinas
	Expectativas sobre os resultados que o projeto poderia proporcionar
	Percepção sobre as barreiras que inviabilizaram a implementação
	Percepção sobre a existência de um legado deixado pelas oficinas realizadas

Fonte: Elaborado pela autora

O projeto de pesquisa original elencava outra categoria de entrevistados: os consultores do Hospital Sírio Libanês. Todavia, apesar das reiteradas tratativas para realização das entrevistas e para disponibilização de documentos oficiais, a equipe de Compliance da instituição não autorizou a colaboração dos consultores nem a disponibilização dos documentos requeridos pela pesquisadora.

Foram solicitados via email, whatsapp e presencialmente na unidade do HSL da cidade de São Paulo: o documento de inscrição do HRG, a análise dos resultados da unidade de saúde, os dados sobre a implementação em outras unidades do Distrito Federal e os documentos que formalizaram o desligamento da instituição. A avaliação e análise das implicações da recusa do hospital para

participação na pesquisa será aprofundada na discussão dos resultados.

2.1.6 Técnicas de Análise dos dados

As entrevistas foram realizadas de forma presencial ou remota, conforme a disponibilidade dos participantes. Houve gravação autorizada das entrevistas e transcrição completa pela pesquisadora. Após leitura e análise das transcrições, foi realizado o agrupamento de respostas similares ou conflitantes que pudessem configurar categorias de análise do conteúdo.

As categorias de análise foram definidas *a posteriori*, conforme a pesquisadora se aprofundava na análise dos conteúdos apresentados nas transcrições e promovia sua interlocução com os objetivos da pesquisa e a teoria.

As categorias de análise que fundamentaram e organizaram a interpretação do material para construção dos resultados foram as seguintes:

- a) Conhecimentos sobre o Lean nas Emergências**
- b) Auto-análise sobre seu próprio comprometimento**
- c) Percepção sobre a participação de terceiros na implementação**
- d) Expectativas**
- e) Barreiras**

Por último, a pesquisadora promoveu a análise das categorias de conteúdo à luz do referencial teórico.

2.1.7 Questões de Natureza Ética

Apesar de ser desenhada para promover a captação de percepções subjetivas de fenômenos complexos (GODOY,1995), a pesquisa qualitativa descritiva exploratória não se isenta de resguardar o rigor na coleta e análise dos dados. Ainda que o fenômeno não seja passível de estudo em laboratório e que a captação da informação receba a influência dos conhecimentos prévios do pesquisador, a condução da coleta e análise dos resultados deve se dar de forma cautelosa e ética (MINAYO, 2001).

Como servidora da instituição e observadora-participante na tentativa de implementação do Lean no HRC, a pesquisadora não deixa de ter suas próprias hipóteses e concepções sobre o fenômeno. Para mitigar os possíveis vieses, a busca do rigor metodológico foi um dos maiores desafios e metas durante todas as etapas da elaboração dessa pesquisa.

Os participantes foram informados sobre a pesquisa, sobre a proteção de sua imagem e dados pessoais e sobre os aspectos éticos e legais de sua participação voluntária na pesquisa realizada.



3

3

CAPÍTULO III

3.1 Referencial Teórico

3.1.1 Inovação no Setor Público

Desde meados dos anos 80 até os dias atuais, as administrações públicas de todo o mundo têm passado por profundas transformações e reformas. Tais reformas agregam saberes e práticas da iniciativa privada para aprimorar a gestão de todas as esferas de governo (SECHI, 2009).

O caminho da modernização da Administração Pública brasileira é permeado por críticas ao modelo burocrático ortodoxo e por uma busca incessante por modelos de administração mais eficientes e centrados na população. Apesar das críticas ao modelo burocrático, Bresser (2002) destaca que o modelo gerencial não visa superar ou se opor ao modelo burocrático, mas procura se centrar numa gestão mais transparente, eficiente, orientada pelas necessidades da população e outorgada pelo controle social.

Quando se refere à Nova Gestão Pública ou Administração Gerencial, faz-se necessário compreender que ela "(...) constituiu um amplo movimento reformista no aparelho do Estado que, em linhas gerais, propagava um conjunto de mudanças deliberadas de estruturas e processos nas organizações do setor público com o objetivo de obter melhores desempenhos" (CAVALCANTE, 2017).

Para a consolidação de uma administração pública orientada para resultados foram introduzidos modelos e instrumentos utilizados na iniciativa privada para mensuração do desempenho das instituições (SECHI, 2009). No Brasil, esse movimento ganhou protagonismo no governo Fernando Henrique Cardoso, que transformou a antiga Secretaria de Administração Federal no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, aumentando não somente as atribuições da pasta, mas explicitando a prioridade de promover a reforma da máquina pública (Pereira, 1996).

Em 1995, foi debatida e apresentada ao Congresso Nacional a emenda constitucional da reforma Administrativa, seguida do Plano Diretor da Reforma do Estado: “cuja proposta básica é a de transformar a administração pública brasileira, de burocrática em administração pública gerencial” (PEREIRA, 1996). O objetivo de transformar o Estado brasileiro em menor, mais eficiente e mais voltado às demandas do cidadão ganhou status de prioridade nacional.

De acordo com Dias (2015), o reflexo das transformações da administração pública pôde ser percebido no advento de projetos, instrumentos e iniciativas para fazer com que a saúde pública se tornasse mais eficiente e orientada para resultados.

O mesmo autor relata que a experiência europeia para promoção da sustentabilidade dos sistemas de saúde envolveu diversas iniciativas e mudanças na cultura de investimentos, como reforço à atenção primária e a cooperação intersetorial para a promoção da saúde.

Dias (2015) destaca que a criação de inovações e a extração do máximo potencial das tecnologias permitem que os sistemas de saúde sejam capazes de se adaptar e de aplicar soluções para enfrentar os novos desafios, independente das condições econômicas vigentes.

Bonato (2011) ressalta que a avaliação da qualidade em instituições de saúde precisa enfatizar a qualidade do serviço prestado, independentemente dos recursos tecnológicos disponíveis. “Sendo assim, tanto o hospital público quanto o hospital privado, localizados em uma metrópole ou na zona rural, terão que se adaptar aos mesmos padrões de qualidade” BONATO (2011).

E é esse contexto de transformações sociais, econômicas e de disparidades entre os serviços de saúde que se configura como solo fértil para a adaptação de ferramentas e metodologias da manufatura para aprimoramento dos serviços de saúde, como é o caso da filosofia Lean. (REGIS, GOHR & SANTOS, 2018).

O campo da saúde, indubitavelmente reconhecido pela desproporcionalidade entre as demandas da população e a viabilidade de recursos por parte do Estado, acaba encontrando nas iniciativas inovadoras “a única forma de o sistema de saúde poder responder às necessidades de saúde sem racionalizar serviços ou aumentar de forma dramática os custos” (DIAS, 2015).

Profissionais e acadêmicos da administração pública atualmente parecem ter superado as estratégias de reforma globais e estão concentrando a sua atenção nas pequenas alterações na administração pública que geram resultados em curto prazo com menores custos transacionais. CAVALCANTE e CAMÕES, 2017

De acordo com BERTANI (2012), através de instrumentos de Produção Enxuta - PE é possível melhorar o desempenho das instituições de saúde. A PE ou pensamento enxuto é um conceito utilizado na manufatura para caracterizar a eliminação de desperdícios e a priorização de ações ou atividades que agreguem valor ao cliente, ou no caso da saúde, ao paciente.

A entrega de valor nos serviços de saúde é o que realmente interessa aos usuários, é o que faz diferença na vida da população que utiliza os serviços e dos profissionais que trabalham para o Estado. “Se a inovação traz valor, os cidadãos, os profissionais de saúde, os financiadores e as empresas de tecnologia podem beneficiar do seu impacto, assegurando em simultâneo a sustentabilidade econômica do sistema de saúde” (DIAS, 2015).

Compreender, portanto, a implementação de inovações nos serviços públicos de saúde como um processo interativo, interdependente e complexo é fundamental tanto para entender os facilitadores quanto as barreiras que podem dificultar sua implementação.

3.1.2 Barreiras e Fracassos na Implementação de Inovações no Setor Público

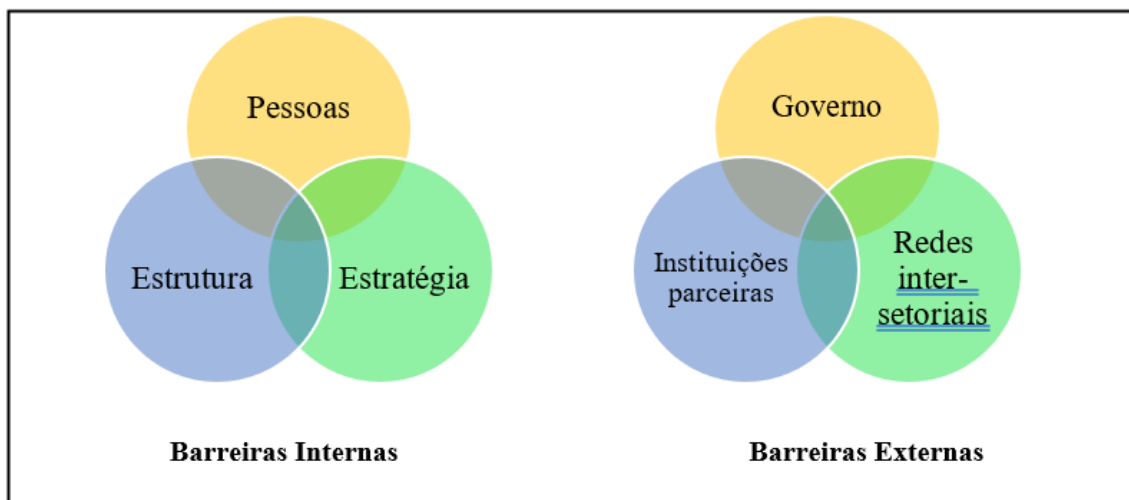
De modo geral, a produção científica sobre implementação de inovações no setor público é escassa e há a necessidade de explorar e conhecer os tipos de inovação, o perfil dos atores, os incentivos e principalmente as barreiras existentes para que inovações sejam implementadas na administração pública (BRANDÃO; BRUNO-FARIA, 2017).

Partindo do pressuposto de Hadijamanolis (2003) de que barreira à inovação é “qualquer fator que influencie negativamente o processo de inovação”, entende-se como barreiras: falhas em processos, custos de implementação, déficit de habilidades, falta de comprometimento de dirigentes, contexto socioeconômico e político.

Esses são apenas alguns dos entraves que podem prejudicar o processo de implementação de inovações.

O autor propõe, portanto, uma subdivisão entre barreiras internas e externas. Considera que as barreiras externas são aquelas de origem no ambiente externo, sem possibilidade de intervenção da organização. Já as barreiras internas, que podem estar relacionadas às pessoas, à estrutura e à estratégia da instituição, podem ser objeto de ação direta por parte da instituição, isso é demonstrado na figura 1.

Figura 1: Tipos de barreiras para implementação de inovações



Fonte: elaborada pela autora com base em Hadijamanolis (2003)

Resende Junior, Guimarães e Bilhim (2013) analisaram o comportamento reativo à inovação e identificaram as seguintes características comuns a diversas instituições no Brasil e em Portugal que funcionam como barreiras:

Quadro 3 – Resumo das barreiras identificadas em instituições do Brasil e de Portugal
Práticas culturais de resistência ao novo
Lideranças passivas
Ausência de práticas de fomento à inovação
Resistência à mudança de paradigmas

Descontinuidade das equipes e dos projetos exitosos devido à alternância do poder na gestão pública
Ausência de planejamento para transferência de conhecimento
Falta de políticas de incentivo ao desenvolvimento de um processo inovador e de lideranças com perfil inovador

Fonte: RESENDE JUNIOR, GUIMARÃES & BILHIM (2013)

Em suma, as barreiras que prejudicam e até inviabilizam a implementação de inovações na administração pública variam tanto quanto pela origem, que pode ser interna ou externa à organização (HADIJIMANOLIS, 2003), quanto por sua natureza, que pode ser estrutural, social, política, processual, de recursos ou individual (VANGUNDY, 2007).

De acordo com Vangundy (2007), as barreiras processuais são aquelas relacionadas a procedimentos e regulamentações ao passo que as barreiras de recursos estão relacionadas à carência de pessoal, de recursos financeiros e informações. De acordo com o autor, as barreiras individuais estão relacionadas às atitudes dos atores envolvidos no processo de implementação das inovações, como aversão ao risco ou falta de flexibilidade.

A OCDE elenca no Manual de Oslo (2018) uma série de fatores que podem ser motivos para que as atividades de inovação não se iniciem ou para que as propostas não alcancem os resultados esperados, dentre eles: fatores econômicos (como custos elevados, riscos excessivos, retorno em longo prazo), fatores da empresa (como potencial de inovação insuficiente, falta de pessoal qualificado, resistência a mudanças, falta de oportunidades para cooperação) e outras razões (como falta de oportunidade tecnológica, falta de infraestrutura, legislação e normas, dentre outros).

Sobre a implementação do Lean Healthcare no Brasil, Santos et al (2022) promoveram uma análise da literatura produzida sobre barreiras para implementação da metodologia Lean em instituições de saúde, chegando às seguintes considerações: que existem muito mais produções científicas sobre as melhorias alcançadas com a implementação da metodologia do que sobre as barreiras e dificuldades de implementação, e que reconhecer essas barreiras pode viabilizar esforços e técnicas para mitigá-las.

Os autores ainda propõem uma categorização para as barreiras encontradas especificamente na implementação do Lean Healthcare, os problemas gerados por elas e sugestões para enfrentá-las, conforme quadro a seguir:

Quadro 4 – Divisão entre tipos de barreiras, problemas gerados e técnicas sugeridas		
Barreiras	Problemas	Princípios e Técnicas
Complexidade dos sistemas de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de padronização das atividades - Recursos limitados - Grande número de processos e operações, que podem levar a erros de diferentes procedimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Decisões de longo prazo - Fluxo contínuo - Padronização de tarefas - Uso do kanban - Tecnologias confiáveis - Decisões colegiadas - kaizen, DMAIC, PDCA 5 s e outras ferramentas Lean
Fatores Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de investimento em equipes de melhoria - Falta de participação da direção durante o processo de mudança - Falta de liderança - Gestão top down - Desconfiança da metodologia 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivelar carga de trabalho - Trabalho em equipe / equipes multifuncionais - Liderança - Kaizen - Gestão Visual - 5s
Falta de um modelo específico para saúde, casos de sucesso e visão de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de um modelo específico para implementação em contextos de saúde - Medição de desempenho - Pressão por resultados rápidos em detrimento do pensamento em longo prazo e da cultura de melhoria contínua 	<ul style="list-style-type: none"> - DMAIC - Decisões de longo prazo - Kaizen - Padronização de tarefas

Cadeias de suprimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Níveis de estoque, custo de compras 	<ul style="list-style-type: none"> - Just in time - Kanban - Kaizen - VSM - Integração da cadeia de suprimentos
Cultura e visão de longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de pensamento de longo prazo - Implementação imediata com dificuldade de sustentar o pensamento lean 	<ul style="list-style-type: none"> - Liderança - Decisões de longo prazo - Trabalho em equipe

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Santos et al. (2022)

3.1.3 Cultura Organizacional

Schuldt e Gomes (2020) abordam a relação entre cultura organizacional, inovação e desempenho organizacional e apontam que uma cultura organizacional que fomente criatividade e inovação propicia ambiente engajado e fértil para que as mudanças implementadas alcancem melhoria do desempenho organizacional. Por outro lado, a mais brilhante ideia somente se traduz em inovação quando implementada, e sua implementação está diretamente relacionada à cultura organizacional.

O estudo da psicodinâmica do trabalho em saúde considera que a estrutura organizacional e o modelo de gestão adotado por uma organização determinam os processos de trabalho e o comportamento dos trabalhadores. Além disso, existem valores, crenças, hábitos e práticas implícitas nos ambientes de trabalho que são compartilhadas pelos membros de uma organização, definindo normas de comportamento e formas de organização do trabalho. (ROCHA et AL, 2014 p.311)

Bernardes et al (2020) apresenta uma diferenciação entre culturas organizacionais mais flexíveis e culturas organizacionais predominantemente hierárquicas, principalmente no que se refere ao engajamento dos indivíduos, no envolvimento das equipes e na superação das limitações organizacionais para melhoria dos serviços.

Bonato (2011) ressalta que as ações e posições socioculturais dos gestores de instituições de saúde são preponderantes nas escolhas metodológicas para melhoria dos processos de trabalho. Também ressalta que a “aproximação das áreas técnica e estratégica é essencial para o sucesso das ações de Qualidade, pois envolvem mudanças estruturais e paradigmáticas” (BONATO, 2011).

A partir disso, é possível reconhecer que a cultura organizacional pode funcionar como indutora, quando cria um ambiente flexível, motivacional e aberto à expressão da criatividade. E também pode funcionar como barreira à implementação de inovações nos serviços de saúde, quando apresenta rigidez hierárquica, centralização do poder e individualismo (ROCHA et al, 2014).

3.1.4 Lean Healthcare

O pensamento Lean, ou pensamento “enxuto” em sua tradução literal, se desenvolveu após a Segunda Guerra Mundial nas indústrias automobilísticas japonesas e foi adaptado para implementação em diversos contextos, inclusive de saúde (BERTANI, 2012; BUZZI, PLYTIUK, 2011). Desenvolvido num período caracterizado por escassez de recursos e pela necessidade de retomada da produção pela indústria automobilística, a metodologia tem como seus principais pilares a melhoria de processos e a eliminação de desperdícios (COSTA; MONTE; ESPOSTO, 2015).

Desenvolvido na Toyota, a metodologia ou filosofia Lean busca melhores resultados com menos espaço, esforço, dinheiro e tempo. Tudo isso eliminando desperdícios e etapas desnecessárias, isso é, com um processo de produção mais “enxuto” (PESTANA et al., 2013). Não demorou para que a filosofia Lean fosse incorporada em outros contextos, especialmente na produção de bens e serviços.

Os conceitos Lean são derivados do Sistema Toyota de Produção (TPS), focado na identificação dos desperdícios pertinentes à produção e no seu combate por meio de uma série de ferramentas, possibilitando uma redução do Lead Time e permitindo maior flexibilidade para atender volatilidades do mercado. (BERTANI, 2012)

Lean Healthcare é a proposta da aplicação da metodologia Lean nas organizações de saúde. Ela é caracterizada como uma filosofia de gestão que emprega diversas ferramentas de melhoria contínua, para

otimizar processos de trabalho e principalmente para evitar desperdícios (BUZZI, PLYTIUK, 2011; CAMPOS JUNIOR, 2019; GUIMARÃES, 2018).

Instituições de saúde mais preparadas e com processos mais estruturados asseguram aos pacientes melhor assistência e pleno reestabelecimento de sua saúde. Além disso, promovem segurança e qualidade das ações (BONATO, 2011).

Buzzi (2011) afirma que os conceitos e ferramentas da filosofia Lean são aplicáveis no contexto hospitalar com o potencial de alcançar ganhos em qualidade, segurança e eficiência. Com o foco no cliente e atendendo às exigências do mercado, o Lean Healthcare surge como uma solução gerar melhorias nessas instituições (SOUZA, 2008).

REGIS (2015) analisou a implementação do projeto em três hospitais pioneiros no Brasil e chegou a algumas considerações para experiências futuras da filosofia Lean em hospitais.

Quadro 5 – Consideração para experiências futuras de implementação do Lean em hospitais	
CONSIDERAÇÕES PARA EXPERIÊNCIAS FUTURAS	
A contratação de uma consultoria especializada é fator chave para o sucesso da implementação da metodologia	
O estabelecimento de equipes de melhoria (ad hoc) e equipe fixa para gestão do projeto aumentam o engajamento e o comprometimento das equipes	
A implantação deve abranger fluxos de pacientes, insumos e informações	
O projeto deve estar vinculado ao planejamento estratégico da instituição	
Devem ser realizados treinamentos teóricos e práticos	
Definir escopo e metas de melhorias	
A cultura de melhoria contínua PDCA ou DMAIC deve ser desenvolvida	
Iniciar pelas técnicas Kaizen e Mapa de Fluxo de Valor – MFV	

Fonte: Elaborado pela autora com base em REGIS (2015)

Considerando a eliminação de desperdícios um das principais estratégias da metodologia Lean, Guimarães (2018) elenca os principais problemas dessa natureza no ambiente hospitalar: superprodução,

estoque excessivo, transporte excessivo, movimentação excessiva, espera, processamento excessivo (retrabalho e inspeções) e defeitos. A eliminação desses desperdícios melhora os processos de trabalho, evitando gastos e passos desnecessários e permite foco no que de fato irá gerar valor para o paciente.

Baseada na filosofia oriental *kaizen* de melhoria contínua, o Lean Healthcare conta com uma série de ferramentas e sistemas de otimização da produção, como destacado na figura abaixo:

Quadro 6 – Ferramentas do Lean Healthcare
I. Mapa de fluxo de valor: é o mapa visual dos processos de assistência ao paciente. Permite que a equipe identifique etapas desnecessárias e pontos de melhoria
II. Diagrama Espaguete: desenho do roteiro de insumos e clientes dentro da instituição. Permite a visualização dos trajetos e oportuniza melhorias que reduzam o transporte desnecessário.
III. Ferramenta 5s: técnica de organização japonesa dividida em 5 etapas <ul style="list-style-type: none"> • <i>Seiri</i> – eliminação do que é desnecessário • <i>Seiton</i> – organização do que é necessário de forma ordenada e de fácil visualização • <i>Seiso</i> – senso de limpeza • <i>Seiketsu</i> – elaboração de procedimentos para limpeza e organização • <i>Shitsuke</i> – senso de autodisciplina
IV. Diagrama de Ishiwaka: diagrama que facilita a organização do raciocínio para priorizar o que é mais importante no momento, também conhecido como diagrama de causa e efeito ou diagrama de espinha de peixe
V. Matriz de esforço e impacto: ferramenta que auxilia na priorização de tarefas

Fonte: elaborado pela autora com materiais (cartilhas e slides) disponibilizados nas oficinas do HSL.

3.1.5 Lean nas Emergências

Os primeiros hospitais do Brasil a implementarem essa filosofia de melhoria contínua e eliminação de desperdícios foram a rede São Camilo e o Instituto de Oncologia do Vale do Paraíba, que iniciaram o processo em 2007 (OLIVEIRA; AFFONSO, 2017).

A maioria das produções científicas referentes ao tema ainda estão restritas às regiões centro-oeste, sudeste e sul (VIEIRA et al., 2020) e grande parte das pesquisas trata das iniciativas bem sucedidas principalmente em hospitais privados ou filantrópicos. Poucos estudos se concentram no processo de implementação do Lean nos grandes hospitais públicos do país e nas barreiras que podem dificultar sua concretização (SANTOS et al, 2022).

O Lean nas Emergências é um projeto derivado da metodologia Lean Healthcare e é difundido pelo Brasil através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), que é uma parceria entre hospitais que almejam a certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) e hospitais públicos de todo o Brasil (Brasil, 2022).

Seis hospitais de excelência participam da consultoria, transmitindo seus conhecimentos através de projetos de educação, pesquisa, gestão e assistência especializada com o objetivo de fortalecimento do SUS em todo território nacional.

Desde o seu início, em 2018, o projeto já passou por mais de 100 hospitais em 24 estados brasileiros. Os hospitais participantes do Lean nas Emergências são escolhidos pelo Ministério da Saúde junto ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e são acompanhados por um período de doze meses, sendo os seis primeiros com consultorias presenciais e os outros seis de monitoramento dos indicadores (BRASIL, 2022).

No caso do Distrito Federal, quatro hospitais regionais de grande porte foram selecionados para receber a consultoria: o Hospital Regional de Taguatinga - HRT, em 2018, o Hospital Regional da Ceilândia - HRC, em 2019 e em 2021 o Hospital Regional do Gama - HRG e o Hospital da Região Leste - HRL.

Há uma gama significativa de estudos sobre a eficácia do Lean Healthcare nas mais diversas áreas da saúde e que apontam resultados satisfatórios como aumento da produtividade e diminuição dos desperdícios (COSTA; MONTE, ESPOSTO, 2015; PESTANA et al, 2013; OLIVEIRA, AFFONSO, 2017), mas poucas produções (CAMPOS JUNIOR, 2019) se dedicam à visão subjetiva e ao aprofundamento sobre as barreiras que podem atrapalhar ou inviabilizar sua implementação, motivo pelo qual esse estudo foi desenhado.

Além disso, é preciso considerar que o contexto dos hospitais públicos de grande porte das capitais é muito diferente do contexto de hospitais privados e filantrópicos que são objeto de estudo de boa parte dos pesquisadores (BERNARDES, 2020; BERTANI, 2012; BUZZI, PLYTIUK, 2011; CAMPOS JUNIOR, 2019; GUIMARÃES, 2018).

Assim como as considerações de Regis (2015) podem facilitar experiências futuras de implementação do Lean Healthcare, a presente dissertação pretende demonstrar que o conhecimento sobre as dimensões de resistência também pode contribuir para que outras instituições reconheçam suas vulnerabilidades e possíveis barreiras.



4

4

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

Com o objetivo de identificar dimensões de apoio e/ou resistência que possam ter interferido ou prejudicado a implementação do Lean nas Emergências no Hospital Regional do Gama, foram realizadas oito entrevistas com profissionais da assistência e gestores diretamente vinculados à tentativa de consecução do projeto na unidade.

Para captar a percepção do fenômeno por parte dos entrevistados, foi realizada entrevista semiestruturada de forma presencial ou através de vídeo chamada conforme a disponibilidade dos participantes. As entrevistas tiveram duração aproximada de quinze minutos. O roteiro das entrevistas está disponível na sessão dos anexos, incluindo as perguntas que seriam direcionadas aos consultores do HSL.

Os roteiros de entrevista disponibilizados na sessão dos anexos I, II e III foram construídos de forma diferenciada para cada grupo de entrevistados, mas as categorias de análise são semelhantes para os dois grupos entrevistados (gestores e profissionais da assistência).

Para contextualizar falas e aprimorar o aprofundamento da análise dos resultados, a categoria dos gestores foi subdividida entre gestores estratégicos e operacionais. Foram realizadas duas entrevistas com cada uma das categorias de gestores. Essa subdivisão não havia sido planejada inicialmente, mas demonstrou-se importante para a contextualização da análise dos conteúdos das entrevistas.

As perguntas selecionadas foram embasadas pelo referencial teórico sobre Barreiras na Implementação de Inovações e foram distribuídas de modo a começar pelas perguntas mais simples e generalistas, até conseguir se adentrar pelos temas mais sensíveis e delicados, como as barreiras.

Após transcrição das entrevistas, os conteúdos apresentados foram organizados em categorias de análise para que fosse possível a

comparação, interpretação e interlocução dos resultados à luz da teoria sobre Barreiras (BRANDÃO, BRUNO FARIA, 2017; HADJAMANOLIS, 2003; SANTOS, 2022; SCHULDT, GOMES, 2020).

As categorias de análise dos resultados foram definidas após a compilação dos resultados, ou seja, *a posteriori*. Porém, foram congruentes com o esperado *a priori* e com os elementos-chave pré-definidos na construção dos roteiros de entrevista. Foram elencadas as seguintes categorias:

Quadro 7 – Categorias de análise dos resultados
Conhecimento sobre o Lean nas Emergências
Nível de comprometimento com o projeto
Percepção sobre a participação de terceiros na implementação
Expectativas
Barreiras

Fonte: Elaborado pela autora

No projeto de pesquisa, a visão de gestores e profissionais seria comparada à percepção dos consultores do Hospital Sírio Libanês. Essa contraposição poderia proporcionar uma perspectiva externa com maior grau de neutralidade, mais isolado da cultura organizacional da instituição. Além disso, a expertise dos consultores sobre a implementação da metodologia em outros hospitais brasileiros poderia ser utilizada para a compreensão das barreiras que dificultaram a consecução do projeto.

Contudo, apesar de reiteradas tentativas de contato, inclusive presenciais no setor responsável pela implementação do Lean em São Paulo, não houve a liberação por parte do HSL para participação de seus consultores na pesquisa e nem a disponibilização dos documentos oficiais solicitados.

É importante ressaltar que essa recusa não foi expressa verbalmente ou por meio de documentos oficiais da instituição, mas foi subentendida pela pesquisadora a partir de inúmeras tratativas que não obtiveram resposta ou que se mostraram infrutíferas.

A partir disso, a pesquisa foi redesenhada para a exploração e descrição a partir dos dados disponíveis, sem a fase de análise documental e se limitando à percepção de gestores e profissionais de saúde sobre as barreiras que dificultaram a implementação do Lean no HRG. Mesmo fornecendo um produto satisfatório, a dissertação poderia ter mais dimensões a serem exploradas caso os consultores tivessem participado e caso o HSL tivesse disponibilizado os documentos solicitados.

4.1.1 Conhecimento sobre o Lean nas Emergências

Tanto os profissionais da assistência ao usuário, quanto os ocupantes de cargos de liderança entrevistados, demonstraram conhecer a metodologia Lean e suas principais ferramentas. Também evidenciaram em suas falas o potencial da metodologia para transformar a realidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos.

Isso demonstra que a amostra selecionada compreende os atributos necessários para compreensão do problema de pesquisa, assim como indica Minayo (2010). O conhecimento sobre o Lean Healthcare explicitado pelos entrevistados reforça e dá sustentação às percepções relatadas nas entrevistas.

“O Lean qualifica muito a assistência, o que faltou foi apoio” afirma profissional 2

O termo “qualifica” utilizado pelo profissional 2 na fala acima remete aos padrões internacionais de qualidade na assistência ao usuário, que foca muito mais na qualidade dos serviços prestados do que nos recursos tecnológicos disponíveis (BONATO, 2011). O entendimento de que o Lean nas Emergências “qualifica a assistência” deriva-se da compreensão de que ele é mais focado em processos do que em recursos (BUZZI, PLYTIUK, 2011).

A segunda parte da fala da profissional 2 denota queixa sobre a “falta de apoio” para implementação do Lean. Isso apareceu tanto na fala de profissionais, quanto na fala de gestores. Mas essa temática será mais aprofundada nas categorias de análise *participação de terceiros* e *barreiras* mais adiante.

Tal percepção coaduna com a hipótese de que lideranças estratégicas tenham sido passivas no processo de implementação da metodologia da instituição. Como a queixa apareceu tanto na fala de gestores quanto de profissionais, é possível observar que não houve uma promoção de engajamento entre líderes e equipes de trabalho.

“Com o Lean a gente consegue fazer mais gastando menos. Isso é fundamental para que os serviços públicos funcionem” relata gestor 1 do nível estratégico.

A percepção demonstrada na fala do gestor estratégico 1 ao considerar que o Lean permite “que se possa fazer mais gastando menos” está alinhada aos fundamentos da metodologia no que se refere à economicidade e melhor utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis (BUZZI, PLYTIUK, 2011).

Um dos entrevistados, identificado na pesquisa como gestor estratégico 2, teve experiência anterior em outra unidade hospitalar do Distrito Federal que recebeu a consultoria do HSL para implementação do Lean. Ao entrevistá-lo, foi possível se aprofundar nas semelhanças e diferenças entre a aplicação nos dois contextos.

“O HRG e o HRC são muito mais parecidos do que se imagina. Os dois sofrem do mesmo mal (superlotação). Mas o HRC conseguiu legitimar o processo e levá-lo até o fim, no HRG não tivemos a mesma sorte” palavras do profissional. (Gestor estratégico 2)

O HRC, ao qual o gestor estratégico 2 se refere acima, é o Hospital Regional de Ceilândia. Ele recebeu a consultoria do HSL em 2019 para implementação do Lean nas Emergências. O HRC é um hospital de porte semelhante ao HRG e faz parte da Superintendência Regional de Saúde Oeste, sendo a principal referência de hospital geral e pronto atendimento para as regiões administrativas do DF: Ceilândia, Sol Nascente, Pôr do Sol e Brazlândia, além de absorver demandas de municípios da RIDE (DISTRITO FEDERAL, 2022).

É interessante observar que o gestor estratégico 2 percebe as similaridades entre as duas unidades de saúde mas reconhece que a “legitimação” do processo é parte fundamental para que a iniciativa seja bem sucedida. Nesse caso, entende-se como legitimação o apoio das instâncias superiores. Mais uma vez, a percepção de que o processo não alcançou “legitimação” demonstra passividade ou falta de habilidade das lideranças estratégicas, corroborando uma das hipóteses da pesquisa.

Vale ressaltar que essa fala partiu de um gestor estratégico, ou seja, integrante do primeiro escalão do hospital. Portanto, a “legitimação” a qual o gestor estratégico 2 cita refere-se ao apoio da gestão central da Secretaria de Saúde. Na literatura, autores como (BERTANI, 2012 e CAMPOS JUNIOR, 2019) apontam a importância do Lean ser integrado ao planejamento estratégico da instituição. Foi explicitado na introdução do presente estudo o processo pelo qual se dá a construção do planejamento estratégico institucional na SES-DF.

Ainda dentro da categoria de análise “Conhecimento sobre o Lean nas Emergências”, foram realizadas perguntas relacionadas à compreensão dos problemas enfrentados pelo setor de emergência do hospital. É interessante promover essa subdivisão dentro da mesma categoria, porque pôde-se observar divergência entre a perspectiva de quem atua na ponta e de quem coordena as ações (gestão).

“Sem apoio a gente não faz nada. Não tem como melhorar o serviço se a gestão não se preocupa com nossas condições de trabalho. Enquanto eu estava no curso, tinha um colega trabalhando dobrado no meu lugar. Quando eu voltava ninguém se interessava pelo que eu aprendi lá...” afirma profissional 3

“Quando eu cheguei (no HRG) era cenário de guerra. Agora já melhorou muito” diz o gestor estratégico 2

Essa diferença entre percepções sobre um mesmo setor, num mesmo período de tempo é extremamente enriquecedora. Não da perspectiva do juízo de valor, mas compreendendo que por mais que pareçam opostas, tratam do mesmo fenômeno e podem gerar grande

aprendizado. A riqueza e a multiplicidade de interpretações de um mesmo fenômeno faz da pesquisa qualitativa um instrumento importante para apreensão da realidade (MINAYO, 2010).

Gestão e assistência ao usuário são complementares, elas podem e devem caminhar juntas, intercambiando conhecimentos, percepções e soluções. Bertani (2012) elenca dentre as lições aprendidas na implementação do Lean o caráter tático e operacional. Isso permite que as melhorias alcançadas sejam sustentáveis e duradouras.

O autor também reforça a ênfase nas pessoas, bem como a importância do trabalho em equipe e a necessidade de criação de uma equipe interna com a função de promover a sustentabilidade das ações (BERTANI, 2012). A sustentabilidade das mudanças nos processos de trabalho alcançadas por lideranças preparadas e trabalhos em equipe também são evidenciadas por Santos et al (2022).

Quando o profissional da assistência (profissional 3) enfatiza que não houve apoio da gestão ao mesmo tempo em que o gestor (estratégico 2) afirma que “melhorou muito”, pode-se identificar claramente um desencontro na percepção de categorias diferentes sobre a tentativa de implementação do Lean. Ao mesmo tempo, o próprio gestor estratégico 2 já havia se queixado da falta de “legitimação” por parte das instâncias superiores.

Esse paradoxo de visões demonstra de forma muito evidente a existência de Barreiras relacionadas aos *fatores humanos*. Santos et al (2022) descreve que a ausência de equipes de melhoria, a falta de participação da direção no processo de implementação e a tomada de decisões *top down* são importantes entraves para que a implementação do Lean obtenha êxito.

As barreiras internas relacionadas aos fatores humanos apareceram tanto na fala dos gestores quanto dos profissionais da assistência, o que corrobora duas das hipóteses da pesquisa: a hipótese das barreiras internas de uma cultura organizacional resistente a mudanças e a hipótese de passividade das lideranças estratégicas na integração das equipes.

4.1.2 Percepção sobre a própria participação

Ao analisar os resultados, foi interessante perceber que, apesar da falha na implementação do Lean no hospital, tanto os profissionais quanto os ocupantes de cargos comissionados compartilharam a percepção de que seu engajamento individual foi satisfatório.

“Eu me dediquei, estudei e levei para os meus colegas. Não sei porque não seguiu adiante” relata profissional da assistência 4.

“Eu quis muito que o Lean desse certo, mas não dependia só de mim” diz gestor operacional 1.

Ao promover autoanálise sobre a própria participação, tanto gestores quanto servidores demonstraram a percepção de que seu próprio engajamento foi satisfatório. Mas não se pode ignorar o viés de seleção da amostra, que acabou contemplando muito mais aqueles que de fato estavam engajados. Isso inclusive demonstra uma limitação para promover generalizações dentro da própria unidade de saúde, até porque só foram entrevistados os profissionais que estavam diretamente relacionados à tentativa de implementação da metodologia.

4.1.3 Percepção sobre a participação de terceiros na implementação

Quando se migra da perspectiva do “eu” para a percepção do outro ou do coletivo, é preciso ter cuidado para não avançar para o campo minado da acusação mútua. Esse foi um dos principais desafios metodológicos ao promover a coleta e a interpretação dos resultados. Sempre que as respostas caminhavam para um viés acusatório, as perguntas eram reformuladas a fim de captar as barreiras de forma mais acurada.

Tanto profissionais quanto gestores demonstraram nas entrevistas suas frustrações e percepções sobre falhas que podem ter atrapalhado o processo de implementação do Lean. Um desafio

importante foi conduzir a realização das entrevistas sem sugerir pautas e buscando garantir a impessoalidade necessária para compreensão do fenômeno.

É importante ressaltar que por mais que a pesquisa qualitativa admita a figura do pesquisador como parte criativa no processo de construção da pesquisa (GODOY, 2015), isso não isenta a necessidade de rigor metodológico na coleta e interpretação dos dados.

“A gente precisava de mais apoio da gestão, isso faltou” disse profissional 1

“O que estava ao nosso alcance a gente fez, mas não somos nós que atendemos ao paciente” afirma gestor operacional 1

Mais uma vez, o contraponto entre as falas dos profissionais e gestores demonstra que as queixas por falta de apoio foram mútuas. Contudo, isso demonstra muito mais falhas na comunicação e no engajamento entre diferentes atores, do que falta de comprometimento dos dois grupos de entrevistados. Percebe-se que os *fatores humanos* (SANTOS et al, 2022) foram percebidos pelos dois grupos de entrevistados como determinantes para o insucesso na implementação da metodologia no HRC. Isso tanto reforça a hipótese sobre os fatores humanos e a cultura resistente a mudanças quanto a hipótese sobre a passividade das lideranças estratégicas.

Santos et al. (2022) discorrem sobre as barreiras que podem dificultar a implementação do Lean Healthcare e destacam que a *complexidade dos sistemas de saúde* e os *fatores humanos* como grandes entraves para a implementação da metodologia em instituições de saúde. Para que essas barreiras sejam transpostas, sugerem princípios como: decisões colegiadas e de longo prazo, além de trabalho em equipe.

Vale destacar que é preciso considerar a complexidade dos sistemas para compreender que os fatores humanos tanto podem funcionar como barreiras quanto como impulsionadores do processo. Pensar em equipes de melhoria e sobre o engajamento direto de

gestores na implementação do Lean é considerar a existência dessas barreiras como oportunidade de construção de uma cultura de melhoria contínua (SANTOS, 2022).

4.1.4 Expectativas iniciais sobre o projeto

É difícil captar as expectativas iniciais dos sujeitos envolvidos depois que o processo já foi finalizado. É desafiador até mesmo revisitar o que eles imaginavam que seria o projeto agora que a tentativa de implementação já aconteceu. Ainda assim, a pesquisadora entendeu como relevante buscar conhecer as expectativas para compreender as possíveis frustrações.

De modo geral, os quatro gestores afirmaram que tinham expectativas muito positivas sobre a implementação na unidade de saúde. Demonstraram nas entrevistas que acreditavam que o Lean seria um grande aliado para promover melhorias necessárias ao hospital.

Por outro lado, somente um dos profissionais (profissional 2) relatou ter expectativas positivas sobre o projeto. Os outros dois demonstraram desconfiança e descrédito ao dizer como esperavam que seria o Lean no HRG. A desconfiança sobre a metodologia é apontada por Santos et al (2022) como barreira relacionada aos *fatores humanos*.

“Eles sempre inventam coisas, mas nunca vão pra frente porque sempre muda o diretor e começa tudo de novo” disse profissional 3.

Essa fala é interessante porque aborda uma *Barreira Externa*, o *Governo* e a alta rotatividade dos cargos comissionados. Especialmente no campo da saúde, a resposta dada por muitos governos para os problemas enfrentados parece ser a publicação de um novo Diário Oficial. Raros são os hospitais do Distrito Federal que sejam dirigidos por uma mesma equipe por períodos superiores a doze meses.

É interessante observar que a fala do profissional 3 trata de três das quatro hipóteses da pesquisa: os fatores humanos, a limitação das lideranças estratégicas e a rotatividade dos cargos comissionados. Isso

demonstra que a subdivisão das barreiras funciona muito mais para fins didáticos do que para evidenciação do fenômeno.

Mesmo não sendo objeto de estudo dessa dissertação, a rotatividade de cargos de confiança pode ser considerada uma barreira importante para a continuidade e para a tomada de decisões de longo prazo. Lopes e Silva (2020) analisaram os quadros do executivo federal no período compreendido entre 1999 a 2017 e consideram que para a implementação e o planejamento de políticas públicas seja eficiente, é requerido um certo grau de previsibilidade e estabilidade temporal dos quadros essenciais.

Como a implementação da metodologia Lean e a transição de uma cultura resistente a mudanças para uma cultura de melhoria contínua na busca de melhores resultados requer um lapso considerável de tempo, a rotatividade das lideranças dos cargos comissionados funciona como importante barreira para a continuidade e perpetuação das mudanças.

4.1.5 Barreiras

O objetivo do estudo foi a identificação das barreiras que prejudicaram a implementação do Lean nas Emergências no HRG. Mas esse foi propositalmente um dos últimos tópicos abordados nas entrevistas realizadas. Isso vai de encontro a Godoy (2015) que considera que os estudos qualitativos devem partir de “questões mais amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação”

Assim como foi feito para captar a percepção sobre o engajamento de terceiros, para investigar as barreiras foi necessário um cuidado maior na condução das perguntas para que os entrevistados demonstrassem suas percepções de modo impessoal e mais aproximado da realidade.

A riqueza desses resultados se deu porque apesar de ocuparem posições diferentes e enxergarem as barreiras sob a ótica do lugar que ocupam na instituição, tanto gestores quanto profissionais demonstraram percepções muito parecidas e complementares.

“É difícil mudar quando nem todo mundo pensa do mesmo jeito” afirma um gestor operacional 1

“Esqueceram de considerar que existem três hospitais dentro do mesmo: ele é um em horário comercial, outro no período da noite e mais outro nos finais de semana. Conseguiram chegar no hospital de segunda à sexta, mas não chegaram no noturno nem no final de semana. Por isso não deu certo” afirma profissional 4

Nas falas acima é possível identificar que tanto gestores quanto profissionais identificam os *fatores humanos* (SANTOS, 2022) como principal barreira para implementação do Lean. Isso vai de encontro com a própria proposta metodológica do Lean, muito mais direcionada a processos do que a recursos (REGIS, 2015; BUZZI, PLYTIUK, 2011).

Os fatores humanos são considerados por Hadijamanolis (2003) barreiras internas, que podem funcionar como entraves para que uma inovação seja implementada. A divisão das barreiras como internas e externas vai além da didática, mas direciona o alcance das intervenções possíveis. Ou seja, as barreiras internas podem ser transpostas pela própria instituição.

Santos et al (2022) cita estratégias como nivelamento da carga de trabalho, trabalho em equipe, equipes multifuncionais, liderança, decisões de longo prazo e padronização de tarefas como importantes aliadas para superar as barreiras relacionadas aos fatores humanos. Também sugere a utilização de ferramentas de melhoria contínua como kaizen, gestão visual e 5s para facilitar a transposição dessas barreiras.

Outra barreira identificada pelos entrevistados foi a interferência política e a falta de autonomia ou descentralização para a tomada de decisões de longo prazo. As mudanças requeridas pelo projeto não dependiam somente da gestão local e dos servidores envolvidos, mas precisariam estar alinhadas com o planejamento estratégico da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

“Faltou respaldo da SES para tornar os processos de trabalho institucionais. Tudo que não é formalizado acaba caindo no esquecimento” disse gestor estratégico 1

“Quando as coisas começaram a funcionar, exoneraram o Dr. XXX (superintendente). afirma profissional da assistência 2.

Para Hadijamanolis (2003), o governo e as interferências políticas são considerados *Barreiras Externas* e encontram-se fora do alcance da intervenção da própria organização. A tomada de decisão centralizada e a indicação dos cargos de confiança podem funcionar como entraves, e isso é denotado nas falas dos entrevistados acima.

Sobre barreiras, a fala dos entrevistados se demonstra muito alinhada às hipóteses iniciais da pesquisa.

4.2 Discussão dos resultados

A amostra da pesquisa é relativamente pequena, mas sua delimitação permite um aprofundamento que dificilmente seria alcançado em amostras maiores ou estudos quantitativos. O viés de seleção da amostra (disponibilidade para participação voluntária) bem como os critérios de inclusão dos participantes permitiram um panorama representativo do fenômeno estudado. A garantia de anonimato funcionou como proteção para os servidores e permitiu que as temáticas sensíveis fossem alcançadas em suas falas.

Por tratar de Estudo de Caso, a pesquisa permite que o leitor se aprofunde no contexto, nas nuances e nas particularidades da implementação da metodologia na unidade de saúde. De acordo com Godoy (1995), o Estudo de Caso permite uma apreensão mais completa do fenômeno estudado, pois explora as variadas dimensões em que ele se apresenta.

Considerando a complexidade dos Sistemas de Saúde (BUZZI, PLYTIUK, 2011) e as particularidades do modelo de gestão do Distrito Federal em relação aos outros estados da federação, um dos achados mais relevantes da pesquisa foi a consonância entre as barreiras identificadas na tentativa de implementação no HRG e as barreiras identificadas na literatura, especialmente em Santos (2022), sobre o processo de implementação em outras unidades de saúde.

Esse dado se torna relevante porque o alcance de generalização dos Estudos de Caso possui um alcance limitado, principalmente quando o objeto de estudo possui excepcionalidades (GODOY,1995).

Contudo, a análise dos resultados das entrevistas demonstra muito mais similaridades do que diferenças no que se refere à origem (HADIJAMANOLIS, 2003) e à sua natureza (VANGUNDY, 2007).

Ao promover a interpretação do conteúdo das entrevistas, foi possível identificar com clareza *barreiras* que funcionaram como dificultadores do processo de implementação do Lean nas Emergências no HRG. Tanto nas falas dos gestores quanto nas falas dos profissionais da assistência, foi possível observar um conjunto variado de barreiras que podem estar relacionadas ao fracasso da iniciativa.

Ainda que isso tenha sido demonstrado sobre diferentes óticas e perspectivas, é interessante considerar que os dois grupos atribuíram maior peso às barreiras internas relacionadas aos *fatores humanos*. Isso também aparece em outros estudos relacionados às barreiras para implementação do Lean, como na revisão bibliométrica de Santos et al (2022), além das próprias hipóteses dessa pesquisa.

A perspectiva da empresa que prestou a consultoria seria importante para compreensão do insucesso na implementação do projeto e talvez tivesse demonstrado barreiras de diferentes origens ou naturezas. Também seria possível explorar perspectivas menos imersas na cultura organizacional. Não é possível inferir sobre isso. Mas sua recusa não impediu que a pesquisa fornecesse um panorama sobre a tentativa de implementação no hospital.

É sempre um desafio para o pesquisador manter o distanciamento necessário para coletar dados e informações sem comprometer o rigor científico. O fato da pesquisadora ter participado ativamente do processo de implementação permitiu uma visão mais contextualizada do fenômeno, mas a busca pelo distanciamento e pela mitigação dos vieses foi exaustiva e acompanhou todo o processo de construção da pesquisa.

Contudo, as entrevistas forneceram panoramas muito enriquecidos pela experiência profissional e acadêmica da amostra, além da disposição dos entrevistados para contribuir para essa construção mútua de conhecimento.

Todos os profissionais entrevistados apontaram em suas falas as Barreiras Internas como importantes dificultadores do processo. Tanto nas entrevistas com os profissionais da assistência ao paciente quanto com os gestores ficou evidenciado que os Fatores Humanos foram

determinantes para que o projeto não seguisse adiante. Isso é similar aos achados de Santos (2022) sobre os relatos de implementação do Lean Healthcare em outras unidades de saúde.

Isso diz muito mais sobre oportunidades do que sobre barreiras. Compreender que qualquer mudança institucional depende muito mais de pessoas do que de recursos (BONATO, 2011) é uma grande oportunidade de construção de conhecimento. A identificação de barreiras é um passo fundamental para que estratégias de mitigação sejam adotadas (SANTOS, 2022).

O foco do presente estudo não é sobre os resultados alcançados ou sobre o legado deixado pela consultoria na instituição. Nas falas dos entrevistados não foi possível identificar se as ferramentas de melhoria seguem sendo utilizadas no hospital. A pesquisadora também já se encontra lotada em outra unidade de saúde e desconhece essa informação.

Portanto, não foi possível identificar na fala dos entrevistados informações sobre a hipótese de pesquisa relacionado à continuidade do uso das ferramentas ou sobre um possível legado deixado pela intervenção.



5

5

CONSIDERAÇÕES FINAIS**5.1 Considerações Finais**

A ideia inicial da pesquisa era de transmitir o relato de experiência na implementação do Lean nas Emergências no HRG. Seriam apresentados os dados, métricas e resultados no que se refere à redução da superlotação da emergência do pronto-socorro adulto da unidade de saúde antes e depois da intervenção. Contudo, durante a construção do projeto de pesquisa, a instituição foi desligada do convênio e a pesquisa precisou ser redesenhada. O ímpeto foi de substituir completamente o tema de pesquisa, mas durante tratativas com o orientador, foi ressaltada a importância de relatos de experiências não exitosas e de identificação de possíveis barreiras.

Confesso que os relatos exitosos me despertavam muito mais interesse do que aqueles que tratavam de barreiras, mas enquanto a pesquisa avançava e meus conhecimentos sobre barreiras se ampliavam, o interesse sobre a temática cresceu. Fato é que hoje tenho como queixa a acanhada quantidade de pesquisas sobre barreiras no contexto brasileiro.

Santos et al (2022) produziu uma revisão sistemática da literatura sobre a implementação do Lean Healthcare e considerou que uma das barreiras à sua implementação é justamente a carência de relatos e estudos que demonstrem resultados, especialmente dos resultados não exitosos. Em suma, a maior parte das pesquisas se dedica aos fatores necessários para a implementação, aos princípios e métodos e aos benefícios do Lean Healthcare.

Outro dado interessante é o grande número de pesquisas sobre a metodologia a partir da ótica da engenharia de produção e da administração utilizadas para a produção desse material (BERTANI, 2012; BUZZI e PLYTIUK, 2011; COSTA, MONTE e ESPOSTO, 2015; OLIVEIRA e AFFONSO, 2017; REGIS, GOHR & SANTOS, 2018; RESENDE, GUIMARÃES & BILHIM, 2013; SANTOS et al, 2013; SCHULDT & GOMES, 2020). Apesar de tratarem do mesmo fenômeno a partir de diferentes perspectivas, esses trabalhos demonstram mais enfoque nos

processos, métodos e requisitos necessários para que o Lean seja implementado.

Por outro lado, autores como (BERNARDES et al, 2020; CAMPOS JUNIOR, 2019; PESTANA et al, 2013) têm demonstrado que o interesse dos profissionais de saúde pela metodologia Lean tem crescido. As pesquisas produzidas por profissionais de saúde demonstraram-se mais interessadas pelos processos e vivências do que pelas ferramentas em si.

A possibilidade de explorar conhecimentos produzidos por diferentes campos do saber oportunizou reflexões importantes sobre a quantidade e a natureza dos estudos sobre o Lean e sua implementação no contexto brasileiro. Por mais que a literatura sobre Lean no Brasil não possa ser considerada escassa, ainda existem muitas oportunidades de pesquisa e de produção de conhecimento sobre o tema.

A diferença sobre a implementação em hospitais públicos e privados, estudos longitudinais sobre resultados, os cases de fracasso, as ferramentas que melhor se aplicam ao contexto brasileiro e a percepção dos usuários são apenas algumas das incontáveis possibilidades de pesquisa na área.

A literatura sobre barreiras para implementação de inovações nos serviços brasileiros é limitada e de acordo com Brandão e Bruno-Faria (2017) apresenta particularidades que não têm sido exploradas em outras pesquisas. Nas entrevistas realizadas pelas pesquisadoras no artigo *Barreiras à inovação em gestão em organizações públicas no governo federal brasileiro*, foram identificadas barreiras pouco estudadas, como: dificuldade de articulação intersetorial, baixa capacidade técnica de estados e municípios, rotatividade de dirigentes e diversidade cultural, social e econômica do país.

Essa comparação é interessante porque nas entrevistas realizadas no HRG a única barreira em comum com as citadas acima é a de troca de dirigentes. Isso demonstra que mesmo se tratando de uma mesma cidade, a percepção de profissionais do executivo federal e do executivo distrital carrega mais disparidades do que semelhanças e que esse pode ser um tema relevante para pesquisas futuras.

O case da tentativa frustrada de implementação do Lean nas Emergências no HRG denota o caráter exploratório e descritivo da

pesquisa. Foram identificadas nas entrevistas barreiras de diferentes origens (HADIJAMANOLIS, 2003) e naturezas (VANGUNDY, 2007).

Todos os entrevistados citaram as barreiras internas relacionadas aos fatores humanos como grandes obstáculos para o sucesso do projeto. Foram apontadas questões relacionadas à falta de apoio da gestão, a falta de envolvimento da direção e a falta de respaldo e legitimação por parte das instâncias superiores.

A identificação das barreiras não é importante para que sejam alocados motivos para o insucesso de uma iniciativa. Ao contrário, quando as barreiras são identificadas e os problemas oriundos a elas são explicitados é possível desenvolver estratégias para superá-las. Santos et al (2022) demonstra que para cada tipo de barreira relacionada à implementação do Lean, é possível pensar num conjunto de soluções.

5.2 Lições Aprendidas

Como os fatores humanos protagonizaram os resultados da pesquisa e permearam os relatos de cem por cento da amostra, é relevante considerar que estratégias como nivelamento da carga de trabalho, trabalho em equipe e liderança (SANTOS, 2022) poderiam ter facilitado a implementação do Lean e talvez pudessem evitar o desligamento do hospital.

Como não é possível prever cenários baseados em suposições, essa dissertação se limita a ressaltar que a implementação do Lean deve considerar as possíveis barreiras e desenvolvimento de estratégias para mitigá-las.

Como se trata de uma metodologia voltada para a melhoria dos *processos*, principalmente dos processos de trabalho que envolvem os profissionais de saúde, os fatores humanos são centrais para que o Lean seja implementado. Diferentemente do contexto da manufatura, há muito mais nuances e subjetividade na implementação do Lean nos contextos hospitalares.

A complexidade dos sistemas de saúde (SANTOS, 2022) não pode deixar de ser considerada no planejamento e implementação das ações. No case do HRG é possível observar com clareza o quanto a falta de descentralização das ações e planejamentos influenciou a tentativa frustrada. Um dos entrevistados chegou a citar a falta de

institucionalização das mudanças como responsável pela falta de continuidade e sustentabilidade das transformações.

Ainda que os casos de fracasso sejam objetos de estudo que despertam pouco interesse dos pesquisadores, tratar sobre falhas nos permite uma refletir sobre desafios e oportunidades. Os casos exitosos nem sempre demonstram as barreiras e fatores dificultadores e acabam demonstrando muito mais manuais de implementação do que reflexões críticas.

Esse trabalho não teve a pretensão de ser modelo de intervenção, mas de demonstrar que as tentativas frustradas de implementação de inovações podem ser excelentes oportunidades para promover reflexões críticas e construir conhecimentos.

Ainda que a metodologia Lean seja uma metodologia estruturada, com substancial embasamento científico e boas perspectivas de resultados nas instituições de saúde, faz-se necessária a consideração da complexidade do contexto e dos fatores humanos intrincados no processo de implementação. Barreiras podem ser enxergadas como obstáculos intransponíveis, mas também podem ser tratadas como potência, especialmente no que se refere ao que move o Sistema Único de Saúde, os recursos humanos.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

LOPEZ JUNIOR, Felix. **A meritocracia possível**. Sociedade e Estado, Brasília, v. 21, n. 3, p. 773-779, set./dez 2006.

AGÊNCIA BRASÍLIA, 2018. Site <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/hrg-completa-51-anos-como-referencia-interestadual> acessado em 07/02/2024.

BERNARDES, Andrea et al. **Organizational culture, authentic leadership and quality improvement in Canadian healthcare facilities**. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2020, v. 73, n. Supl 5 [Accessed 19 June 2022] , e20190732. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0732> .

BERTANI, T. M. **Lean healthcare**: recomendações para implantações dos conceitos de produção enxuta em ambientes hospitalares. Dissertação (Mestrado em Processos e Gestão de Operações) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2012. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18156/tde-29102012-235205/pt-br.php>

BONATO, V. L. **Gestão de Qualidade em Saúde**: melhorando a assistência ao cliente. O mundo da saúde, São Paulo: 2011; 35 (5): 319-331 [gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf](#)

BRANDÃO, S. M., BRUNO-FARIA, M. F. **Barreiras à inovação em gestão em organizações públicas no governo federal brasileiro**: análise da percepção de dirigentes. Inovação no Setor Público: teoria, tendências e casos no Brasil. Organizadores: Pedro Cavalcante et al, Brasília, ENAP: IPEA, 2017, p. 145-164.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Média de Permanência Geral**. VI, 02. Janeiro de 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss->

[programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-05.pdf](#)

BRASIL, Ministério da Saúde. Site <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus/sobre-o-programa> acessado em 07/02/2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Site <https://www.leannasemergencias.com.br/> acessado em 04 de maio de 2023.

BRASIL, Ministério da Educação. Site <https://cebas.mec.gov.br/conheca-o-cebas> acessado em 13 de abril de 2022.

BUZZI, D., PLYTIUK, C. F. **Pensamento enxuto e sistemas de saúde:** um estudo da aplicabilidade de conceitos e ferramentas lean em contexto hospitalar. Revista Qualidade Emergente, 2011, 2(2):18-38. <https://revistas.ufpr.br/qualidade/article/view/25187/16832>

CAMPOS JUNIOR, J. O. **Metodologia Lean Healthcare:** vivências de gestores no contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2019.

CAVALCANTE, P. **Gestão pública contemporânea:** do movimento gerencialista ao pós-NPM. Brasília: Ipea, 2017.

CAVALCANTE, P., CAMÕES, M. R. S. **Public Inovation in Brazil:** an overview of its types, results and drivers. Brasília: Ipea, p. 1-36, 2017.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais.** 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011

COSTA, L. B. M., MONTE, V. M., ESPOSTO, K. F. **Mapeamento de fluxo de valor:** um estudo de caso em uma farmácia hospitalar. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP), 35, out. 2015, Fortaleza

DIAS, C. C. **O valor da inovação:** criar o futuro do sistema de saúde. Edições Almedina. Coimbra, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa**. Tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, p. 20-29, 1995.

GUIMARÃES, L. M. **Análise de eficiência de um Centro Cirúrgico Hospitalar com abordagem Lean Healthcare**. Monografia Universidade de Brasília. Repositório Institucional da UNB, 2018.

HADJIMANOLIS, A. **The barriers approach to innovation**. In: SHAVININA, L. V. (Org). The International Handbook of Innovation. Oxford: Elsevier Science, p. 559-571, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Acessado em julho de 2023.

LOPES, F., SILVA, T. (2020). **O carrossel burocrático nos cargos de confiança**: análise de sobrevivência dos cargos de direção e assessoramento superior do Executivo Federal brasileiro (1999-2017). IPEA – Brasília. Rio de Janeiro: IPEA, 2020.

MARTINS, M. BLAIS, R. & LEITE, I. DA C. (2004). **Mortalidade hospitalar e tempo de permanência**: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, s268-282

MINAYO, M. C. S. (2001). **Pesquisa social**. Teoria, Método e Criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OCDE, **Oslo Manual 2018**: Guidelines for collecting, reporting and using data on innovation. União Europeia: Eurostat, 4ª edição, 2018.

OLIVEIRA, A. C., AFFONSO, R. N. **Aplicação do Lean no setor de saúde**: estudo de caso em um hospital. *Journal of Lean Systems*, 2 (2) 46-67, 2017.

PEREIRA, L. C. B. **Administração Pública Gerencial**: estratégia e estrutura para um novo Estado. Brasília: MARE/ENAP, 1996.

PESTANA, A. L. et al. **Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos.** Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 258- 264, 2013.

RÉGIS, T. K. O., GOHR, C. F., & SANTOS, L. C. **Implementação do Lean Healthcare:** Experiências e lições aprendidas em Hospitais brasileiros. *Revista de Administração de Empresas*, 58(1), 30-43,2018.

RESENDE JUNIOR, P., GUIMARÃES, T. A., BILHIM, J. **Inovação no setor público:** análise comparativa entre organizações do Brasil e Portugal. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, out/dez, 2013.

ROCHA, F. L. R. et al. **The organizational culture of a Brazilian public hospital.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2014, v. 48, n. 02 [Acessado 19 Junho 2022] , pp. 308-314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>>. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>.

SANTOS, L.C. et al. **Barreiras para implementação do Lean Healthcare: uma revisão sistemática da literatura.** *Journal of Lean Systems* [online]. 2022, v. 7, nº 1, pp. 15-36. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/lean/article/view/4987> Acessado em 13 de abril de 2023.

SECHI, L. **Modelos organizacionais e reformas da Administração Pública.** *Revista de Administração Pública FGV*, Rio de Janeiro, v.43, p 347-369, 2009.

SOUZA, L. B., ARCHIBALD, A. **The use of Leanthinking to reduce LOS in elderly care.** *Proceedings of the operational research applied to health services conference*. Toronto, 2008, ON, P. 61.

SCHULDT, K. S. e GOMES, Giancarlo. **Influência da cultura organizacional sobre os ambientes de inovação e desempenho organizacional.** *Gestão & Produção* [online]. 2020, v. 27, n. 3 [Acessado 19 Junho 2022], e4571. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-530X4571-20>>. Epub 15 Jun 2020. ISSN 1806-9649. <https://doi.org/10.1590/0104-530X4571-20>.

TOLEDO, L. A., SHIAISHI, G. F.. **Estudo de caso em pesquisas exploratórias qualitativas:** um ensaio para a proposta do estudo de caso. *Revista da FAE*, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 103-119, 2009.

VANGUNDY, A. B. **Getting to innovation:** how asking the right questions generates the great ideas your company needs. New York: American Management Association, 2007.

VIEIRA, L. C. N, MENEZES, M. O., PIMENTEL, C. A., JUVENTINO, G. K. S. **Lean Healthcare no Brasil:** uma revisão bibliométrica. Rev. Gest. Sist. saúde, São Paulo, 2020, 9 (3), 381-405. [Lean healthcare no Brasil: uma revisão bibliométrica | Vieira | Revista de Gestão em Sistemas de Saúde \(uninove.br\)](#)



APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice I: Roteiro de entrevista – Consultores

1. O que fez do HRG um hospital elegível a receber a consultoria para implementação do projeto Lean nas Emergências?
2. Você percebe alguma especificidade na implementação do Lean relacionada ao Distrito Federal como um todo?
3. Qual sua percepção sobre o engajamento das equipes de trabalho na implementação do projeto no HRG?
4. Esse engajamento (ou falta dele) é semelhante ao observado na implementação em outras unidades que você tenha trabalhado?
5. Como você percebeu o engajamento das lideranças e gestores da unidade?
6. Como você avalia a participação da alta gestão da Secretaria de Saúde?
7. Durante o processo de implementação você percebeu alguma mudança no funcionamento da instituição?
8. Tem conhecimento se alguma das metodologias segue sendo utilizada pela instituição?
9. Em sua opinião, quais foram os dificultadores da implementação do projeto?
10. Tem algo mais a acrescentar?

Apêndice II: Roteiro de entrevista – Gestores

1. Como você soube do que se tratava o projeto Lean nas Emergências?
2. O que motivou a inscrição da unidade para participação no projeto Lean?
3. Como se deu sua participação na implementação do projeto?

4. Quais eram os principais problemas do setor de emergência quando a inscrição foi realizada?
5. Quais eram as suas expectativas sobre os resultados da implementação do Lean nas Emergências no HRG?
6. Como você percebe o engajamento dos outros gestores do hospital?
7. Qual foi a participação da administração central da secretaria de saúde?
8. Qual sua percepção sobre a participação e o engajamento dos servidores assistenciais na implementação do Lean?
9. Quais foram as barreiras ou obstáculos que atrapalharam a implementação do Lean?
10. Sabe dizer se alguma das metodologias apresentadas pelos consultores segue sendo utilizada na rotina do setor de emergência?
11. Tem algo mais a acrescentar?

Apêndice III: Roteiro de entrevista – Profissionais da assistência

1. Como você ficou sabendo sobre o projeto Lean nas emergências?
2. O que te motivou a participar das oficinas de implementação do projeto?
3. Quais eram suas expectativas sobre a implementação do Lean no HRG?
4. Como se deu sua participação na implementação do projeto?
5. Como você avalia o engajamento de seus colegas de trabalho na implementação do Lean?
6. Qual sua percepção sobre a participação dos gerentes, diretores e do superintendente do hospital?

7. Quais foram as barreiras ou obstáculos que atrapalharam a implementação do Lean?
8. Sabe dizer se alguma das metodologias apresentadas pelos consultores segue sendo utilizada na rotina do setor de emergência?
9. Você identifica que o projeto Lean deixou algum legado na organização do setor de emergência do HRG?
10. Tem algo mais a acrescentar?



idn

Bo
pro
cit
ref
Ness
são e

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO