

## **ELIANA APARECIDA DE CARVALHO FANTUCCI**

### **Formação acadêmica**

Especialização em Administração Hospitalar – Centro Universitário São Camilo - SP 2001

Graduação em Desenho Industrial – UNG Universidade de Guarulhos – Guarulhos - SP – 1985

### **Cursos extras curriculares**

Yellow Belt – Metodologia Lean/Six Sigma – Junho 2008

Green Belt – Metodologia Lean/Six Sigma – dezembro 2008

### **Resumo das qualificações**

Gestão das atividades dos Serviços de Diagnóstico por Imagem, revisão de processos de atendimento ao cliente com foco na qualidade e humanização.

### **Experiência profissional**

**Hospital e Maternidade São Camilo – Chefe do Departamento de Diagnóstico por Imagem** – novembro 2008 até o momento

Hospital e Maternidade São Camilo – Chefe do Setor de Diagnóstico por Imagem – outubro 2007/ outubro/ 2008

Hospital e Maternidade São Camilo – Supervisora de Atendimento – maio 2003/ setembro/ 2007

Hospital e Maternidade São Camilo – Auxiliar Administrativo – abril 2002 / abril 2003

Hospital e Maternidade São Camilo – Auxiliar de Atendimento – março 1998/ março 2002

## **Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia**

### **Quem somos (Histórico de fundação do hospital)**

Tudo começou com a vinda dos padres Inocente Radrizzani e Eugênio Dallagiacoma da Itália para o Brasil em 1922, com a missão de implantar a Província Camiliana com todo o seu carisma, baseado na filosofia de São Camilo de Lellis.

Em 1928, foi fundado o Ambulatório São Camilo no bairro da Pompéia com o objetivo de oferecer atendimento de saúde de qualidade a população, prestando atendimento, humanizado e espiritualizado.

Reformado e ampliado aos poucos com a ajuda da Ordem camiliana e da própria comunidade, o Hospital e Maternidade São Camilo - Pompéia foi inaugurado em 23 de janeiro de 1960. Hoje, em fase de ampliação, é um hospital geral, que realiza de partos até transplantes e oferece um completo centro de diagnósticos, realizando cerca de 800 mil exames por ano, além de atendimento ambulatorial e de emergência em todas as especialidades. Possui 213 leitos para internação sendo 31 de terapia intensiva adulto, 13 leitos de terapia intensiva infantil, 6 terapia intensiva neo-natal, 14 salas cirúrgicas, com capacidade para realizar cerca de 9.000 cirurgias, pronto-socorro adulto, infantil e Ginecológico, além do ambulatório que oferece atendimento em todas as especialidades e Centro de Diagnóstico de Imagens.

Em março de 2008 iniciou a 2ª fase de ampliação, com término previsto para agosto de 2009: serão mais 11 andares, com 77 leitos e 7400 m².

O Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia, no 1º semestre de 2008, conquistou o Certificado de Acreditação com Excelência nível 3, concedido pela ONA (Organização Nacional de Acreditação). O selo revela o comprometimento da instituição com os procedimentos, a segurança e a ética profissional. Atualmente, encontra-se no processo de certificação internacional conduzido pela Acreditação Canadense, organização independente sediada no Canadá.

Enfim, o sonho de oferecer atendimento humanizado, baseado nos princípios de São Camilo de Lellis, tornou-se uma forte realidade, permitindo que a Província Camiliana Brasileira contribua para a saúde do país.

### **Nossa Missão**

Proporcionar serviços na área da saúde, superando expectativas dos clientes, alicerçados na competência, tecnologia. Humanização e valorização da vida.

## **Nossa Visão**

Ser reconhecido como Rede de hospitais de alta qualidade no atendimento médico hospitalar, consolidando-se como primeira opção em urgência e emergência nas áreas de abrangência e como uma das cinco melhores opções para tratamentos eletivos na região metropolitana de São Paulo.

## **Nossos valores**

- Espiritualidade
- Comprometimento profissional e social
- Princípios éticos nas ações
- Desenvolvimento profissional.
- Valorização de vida e da saúde
- Qualidade e humanização do atendimento
- Integração institucional
- Gestão auto sustentável

**Localização e identificação:** Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia

Av Pompéia 1178, Vila Pompéia, São Paulo.

Número de habitantes da região que abrange: 102.445 mil habitantes

Número de leitos do hospital: 213 leitos

Número de colaboradores: 1 425 colaboradores

Número de médicos: 3410 cadastrados (corpo clínico aberto)

Quantidade de Instituições de saúde do mesmo setor na região: 12

Tipos de serviços prestados: hospital geral (clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica, terapia intensiva adulto e infantil, ambulatório de especialidades e diagnóstico por imagens)

## Resumo

Os hospitais brasileiros buscam a cada dia aumentar a qualidade nos serviços prestados e reduzir os custos. Com este intuito as ferramentas de qualidade são utilizadas cada vez mais. *Lean* é uma metodologia que busca eliminar desperdícios nos sistemas de produção fazendo com que o cliente seja sempre ouvido e o colaborador tenha padronização na sua produção e com isso toda atividade que não agrega valor ao cliente seja eliminada.

É muito utilizadas em indústrias, principalmente as automobilísticas para reduzir custos, otimizar tempo de trabalho e aumentar a lucratividade. Visualizando o sucesso nesse setor as Instituições de saúde optaram por conhecer e adaptar essa metodologia.

O estudo foi realizado no Departamento de Diagnóstico por Imagem no Hospital e Maternidade São Camilo Pompéia, no município de São Paulo, no período de abril a dezembro de 2008, utilizando a metodologia para a melhoria do fluxo de todos os processos que envolvem a realização de exames de RX.

Para a implantação foi necessário um treinamento prévio de 7 colaboradores do setor que tiveram uma formação *belt* (profissionais do nível operacional da empresa que são treinados nos fundamentos da metodologia para que possam dar suporte a implantação dos projetos). Após treinamento os *belts* desenharam o “mapa de fluxo de valor” do Departamento identificando as oportunidades de melhoria. Estas por sua vez foram transformadas em projetos desenvolvidos com base na metodologia *Lean* para eliminar os gargalos do processo.

Foram respeitadas as etapas definir, medir, analisar, melhorar e controlar em todos eles. Após o término da primeira fase dos projetos identificaram-se diversas melhorias. Do primeiro atendimento ao paciente até a entrega de exames o fluxo foi definido e melhorado, gerando um potencial de lucro de aproximadamente \$200.000,00/ano ao Departamento.

A metodologia *Lean* proporcionou refinamento dos processos, eliminação de valor não agregado, quebra de paradigmas. Os clientes foram beneficiados reduzindo o tempo de espera e aumentando a qualidade dos serviços prestados. A instituição obteve ainda economia de materiais, espaços e equipamentos e conheceu sua demanda de atendimentos. O estudo foi realizado no fluxo de todos os exames do Departamento facilitando a visualização do processo como um todo, promovendo inovações, gerenciando conflitos e oferecendo treinamento a todos os colaboradores.

O estudo teve início no RX e no decorrer do projeto identificou-se várias fases do processo que eram comuns aos outros exames como por exemplo Tomografia

Computadorizada , Ressonância Magnética e Ultrassonografia com isto optou-se por ser estendido a todos os exames.

#### **a) Liderança**

O projeto foi desenvolvido por uma equipe de 7 colaboradores do Departamento de Imagem e coordenado pela Chefia deste Departamento. Contou com o apoio do Departamento de Qualidade e de uma consultoria externa, respaldados integralmente pelas diretorias do hospital.

Os colaboradores inclusive a Chefia do Departamento, foram treinados sobre a metodologia, sua importância para a melhoria dos processos e sua aplicabilidade, dessa forma todos estavam envolvidos e foi possível a divisão de função entre eles.

#### **b) Planejamento estratégico**

As estratégias são traçadas pelas diretorias e as diretrizes normalizadas pelo Departamento de Qualidade com o objetivo de alcançar as metas do planejamento estratégico.

As metas traçadas visam o desenvolvimento da administração focada na contínua melhoria dos processos de trabalho, entendido como um conjunto coerente e integrado de sistemas e ações onde a política da qualidade baseia-se em referenciais estratégicos para a manutenção da garantia da qualidade e segurança no atendimento dos nossos clientes.

O objetivo das estratégias é garantir a manutenção do crescimento sustentado e a qualidade dos serviços prestados, com amplo controle técnico, administrativo, estatístico e de custos.

Após definir a missão, os valores e a visão a Rede São Camilo decidiu utilizar a ferramenta BSC (*Balanced Scorecard*) para colocar o seu planejamento em prática, traduzido no Mapa estratégico abaixo:

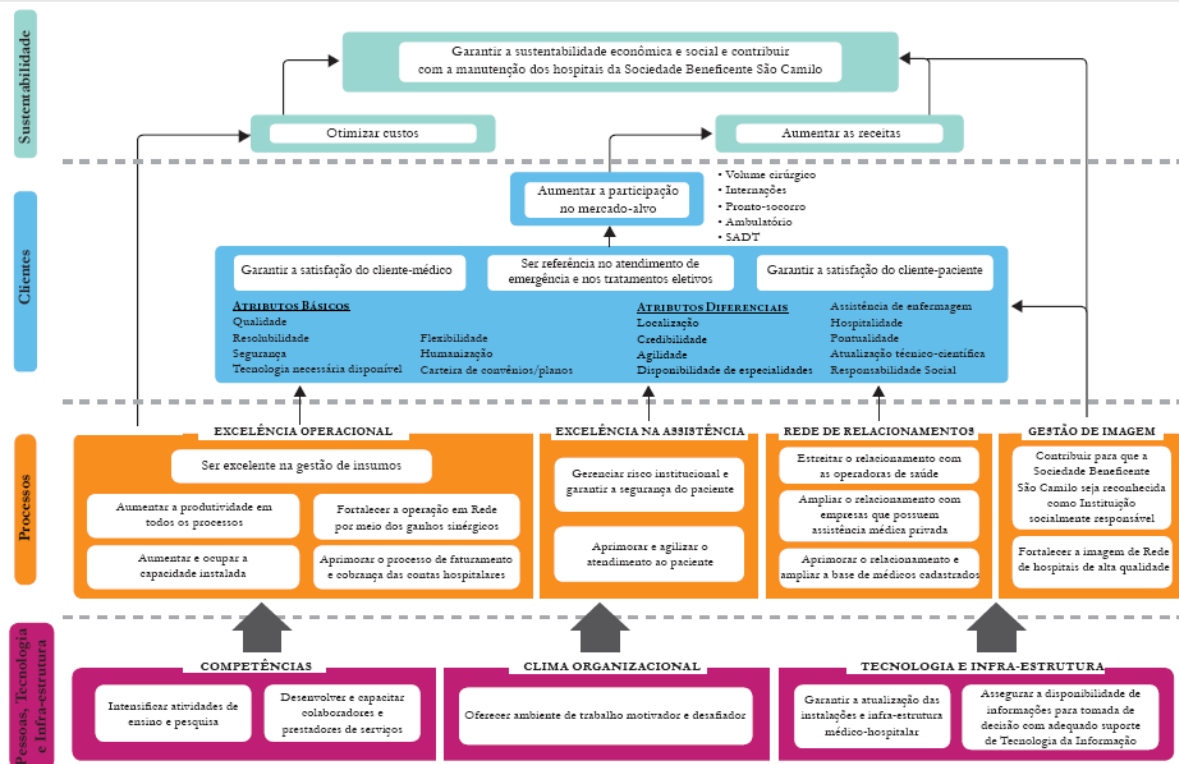


Figura 1: Mapa estratégico

A estrutura clássica do BSC contempla quatro perspectivas: financeira, clientes, processos internos, aprendizado e crescimento. No caso do São Camilo foram: Sustentabilidade, Clientes, Processos e Pessoas, Tecnologia e Infra-estrutura.

O Departamento de Imagens está inserido na perspectiva de processos com o objetivo de aprimorar e agilizar o atendimento ao paciente, aumentar e ocupar a capacidade instalada e na perspectiva de clientes temos o objetivo estratégico de aumentar a participação no mercado-alvo.

A adoção da metodologia Lean é uma estratégia para nos permitir alcançar nossos objetivos.

Os projetos definidos dentro da metodologia e que veremos adiante com maior contribuição para atingir este objetivo são: Melhoria no processo de cadastro, Implementar um planejamento *Lean* na realização dos exames de Raios X, pois com a diminuição do tempo de espera para cadastro e realização de exames podemos captar mais clientes.

### **C) Foco no cliente**

Foram realizadas pesquisas com clientes externos e internos utilizando a ferramenta VOC (é utilizado para descrever as necessidades dos clientes e a percepção que eles têm serviço ou dos produtos oferecidos) onde foram identificadas as necessidades dos clientes.

Todos os entrevistados internos descreveram a resistência das pessoas como a maior dificuldade encontrada, porém o sucesso dessa implantação conforme bibliografia estudada dependeu exclusivamente do empenho das pessoas envolvidas no fluxo de trabalho, pois somente os colaboradores sabem qual a melhor forma de realizar suas atividades.

Os entrevistados consideram as mudanças propostas pela metodologia *Lean* grandiosas com reflexo direto no ambiente organizacional conforme opinião dos entrevistados.

Ao serem questionados sobre os pontos positivos na implantação observamos que os entrevistados internos enxergaram diversas melhorias no processo e o que Departamento é visto como um novo local de trabalho organizado, agradável e com metas definidas.

Os clientes externos foram beneficiados, com as reduções do tempo de espera e a qualidade do serviço prestado. A instituição obteve economia de materiais, espaços e equipamentos e também foi possível conhecer sua demanda de atendimento não só por grandes números em seus indicadores no final do mês, mas hora a hora no momento em que acontece, facilitando a tomada de decisões.

O foco principal da produção *Lean* é a eliminação sistemática dos desperdícios, ou seja, de tudo aquilo que não agrega valor às atividades.

Os desperdícios identificados pelos entrevistados com a realização acontecem em diversas Instituições, porém em poucos casos é realizada a análise de suas causas e a busca por soluções.

### **d) Gestão de processos**

Todos os processos foram mapeados e redesenhados para melhoria do fluxo.

Através de ferramentas da metodologia foi realizado o mapeamento de fluxo de valor (um método gráfico que auxilia a ver e entender o fluxo de informações), onde foram identificadas oportunidades de melhoria com possibilidade de eliminar as 08 grandes perdas de um negócio (superprodução, defeito, retrabalho, movimentação, transporte, espera, estoque e desperdício de talento)

Foi feito também o mapeamento do processo na área estudada, conforme abaixo:

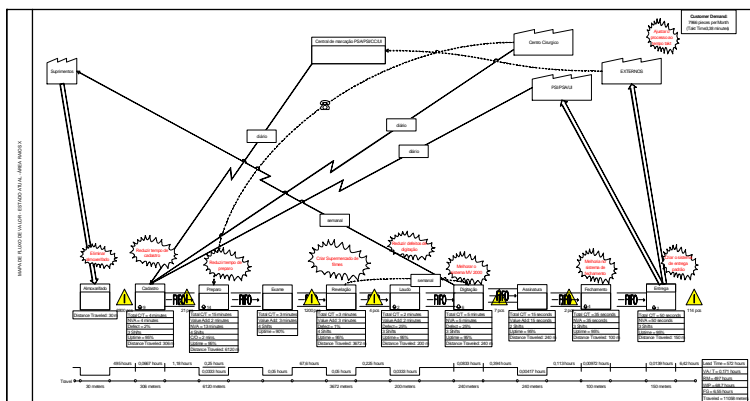


Figura 2: Mapa de Fluxo de valor – Estado Atual

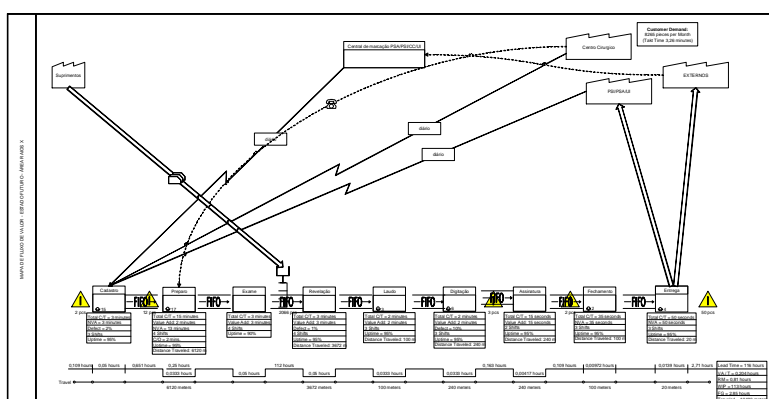


Figura 3: Mapa de Fluxo de valor – Estado Futuro

Foram identificados 7 gargalos no processo que geraram projetos com objetivo de eliminar desperdícios, excluir o que não tem valor ao cliente e aumentar a lucratividade do setor.

Para cada projeto foi estipulado prazo, meta, definido um responsável (veremos cada etapa mais detalhadamente adiante) e um *Sponsor* conforme a seguir:

| Projeto  | Responsável pelo projeto                 | Sponsor                |
|--|--|------------------------|
| Melhoria no processo de cadastro                                     | Chefe do Setor de Diagnostico por Imagem | Diretor Administrativo |
| Melhoria no processo de fechamento de exames                         | Assistente Administrativa                | Diretora de Apoio      |
| Padronização no Fluxo de Entrega de Exames                           | Biomédica                                | Diretora de Apoio      |
| Redução do defeito e retrabalho na digitação do laudo médico         | Médica Radiologista                      | Diretora Assistencial  |
| Reduzir estoque de filmes  | Farmacêutica                             | Diretor Administrativo |
| Utilizar a T.I no processo de melhoria continua                      | Analista de sistemas                     | Diretora Assistencial  |
| Implementar um planejamento Lean na realização dos exames de Raios X | Gerente Técnico SADT                     | Diretor Médico         |

A Chefia do Departamento de Imagens, o Departamento de Qualidade e a consultoria externa monitoraram as etapas. Para a elaboração de cada projeto foi utilizada a ferramenta DMAIC (Definir, medir, analisar, melhorar e controlar):



Foi calculado o TEMPO TAKT para cada tipo de exame, que é um tempo que dita o ritmo para não haver “atropelos” no atendimento e facilitar a todos do setor a identificação de um evento e como atuar nele diminuindo ou eliminando as filas de paciente.

Foi desenvolvida uma gestão visual para controlar pacientes que aguardam a realização de exames de RX como, por exemplo: supermercado de filmes controlados por KANBAN (dispositivo sinalizador que autoriza e dá instruções para a produção ou para a retirada de itens em um sistema puxado, o termo significa "sinal" em japonês), sinalizador de resultados de exames de Tomografia dos pacientes de Pronto Socorro a serem fechados, tempo TAKT na Tomografia e na Ressonância e priorização de entrega de exames de USG (através de pastas coloridas).

Outra ferramenta utilizada foi o “Diagrama de espaguete” (cálculo de distância percorrida X tempo utilizado para realização de determinada atividade) sendo possível identificar os quilômetros de movimentação que os colaboradores fazem por mês e então, realizar estudos de fluxo e layout para reduzir estas perdas.

Realizou-se um 5S, agendado em um Sábado. Cada colaborador veio com uma camiseta alusiva ao dia, denominado o Dia D (dia da Grande faxina). A presença não foi obrigatória, porém houve grande participação dos colaboradores.

Seguindo os princípios do 5S apresentados na metodologia foi possível descartar objetos inutilizados, realizar doações para outros setores e organizar as áreas de trabalho (coletamos 1 tonelada de materiais em desuso) e foram feitas marcações no solo e nas estações de trabalho para padronização dos processos.

O 5 S é um método cujo objetivo é promover e manter a limpeza e a organização das áreas de trabalho, tanto administrativas, quanto de manufatura, funcionando como um pilar básico do *Lean Manufacturing*. A sigla 5 S é derivada de cinco palavras japonesas que começam com a letra S.

| <b><i>Palavra Japonesa</i></b> | <b><i>Tradução</i></b>                         | <b><i>Significado</i></b>   |
|--------------------------------|--|---|
| Seiri                          | Senso de Utilização<br>(Sort-Classificar).     | Separar o necessário do desnecessário.<br><br>Otimizar a alocação e utilização de móveis, que esteja no local somente necessário. |
| Seiton                         | Senso de Organização<br>(Set in Order-Ordenar) | Organizar o necessário, definindo um lugar para cada item.  |

|          |  |   |
|----------|--|---|
| Seiso    | Senso de Limpeza<br>(Shine-Limpar).                | Limpar e identificar cada item.   |
| Seiketsu | Senso de Padronização<br>(Standardiza-Padronizar). | Criar e seguir um padrão resultante do desempenho adequado nos três primeiros 5S. |
| Shitsuke | Senso de autodisciplina<br>(Sustain-manter).       | Estabelecer a disciplina para manter os quatro primeiros S ao longo tempo.        |

## **A SEGUIR UMA DESCRIÇÃO DETALHADA DO DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS**

### **Melhoria no processo de cadastro**

O projeto tem como objetivo a redução do tempo de espera e cadastro na recepção do Departamento de Diagnóstico por Imagem.

Após a aplicação da ferramenta de qualidade Lean, reduzimos o tempo de espera para o cadastro em 8 minutos (anteriormente 13min após a metodologia 5min) e o tempo de cadastro em 4 min (anteriormente 11min após a metodologia 7min)

Houve a adequação do tempo de cadastro ao tempo takt para manter o ritmo do fluxo contínuo.

Foram implantadas ações de melhoria como a criação de um Setor de confirmação de exames e pré-autorizações dos exames eletivos, fatores que demandavam grande parte do tempo dos recepcionistas, dessa forma os pacientes já chegam, hoje, à recepção com as senhas de autorização diminuindo o tempo de atendimento.

Os questionários de Segurança que são necessários para a realização dos exames foram todos registrados no sistema informatizado visando também a diminuição do tempo de cadastro.

Foram implantadas pastas coloridas para os exames de Ultra-sonografia, diminuindo o tempo de procura e priorizando a digitação dos exames, sendo as pastas verdes (Pronto

Socorro), vermelhas (Internados), Amarelas (Aguardando laudo no local) e Brancas (Eletivos) conforme figura abaixo:

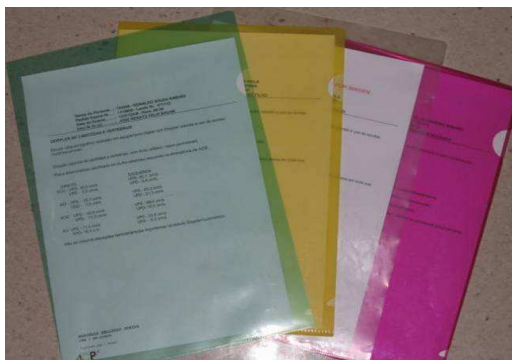


Figura 4: Pastas coloridas priorizando os exames

Os horários de alguns colaboradores foram reestruturados com o objetivo de atender os picos da demanda de atendimento.

### **Melhoria no processo de fechamento de exames**

Esse projeto iniciou-se a partir da assinatura do médico responsável pelo laudo disponibilizando dessa forma o exame para ser fechado e despachado a área de entrega de exames.

As ações de melhoria implantadas foram desde a organização dos exames a serem fechados até a adequação do layout, visando à organização do espaço de trabalho e diminuição dos desperdícios de tempo com a movimentação desnecessária dos colaboradores conforme figura abaixo:



Figura 5: Adequação do layout

Os exames passaram a ser rastreados com uma listagem fornecida pelo sistema informatizado, conforme a data estabelecida de entrega 1 dia antes, garantindo que todos os exames estejam disponíveis para a entrega no tempo preconizado.

Esse projeto foi desenvolvido junto ao projeto de padronização na Entrega de Exames, haja vista que os fluxos de trabalho são dependentes.

### **Padronização no Fluxo de Entrega de Exames**

O objetivo do projeto foi padronizar o tempo de entrega de todos os exames para pacientes externos e Internos (Unidades de Internação e Pronto Socorro).

No Pronto Socorro o foco principal foi a redução do tempo de entrega dos exames de Tomografia. Antes da implantação do projeto esses exames eram entregues em aproximadamente 180 minutos e após o estudo foi possível reduzir para 80 minutos esse prazo. Para que este tempo fosse atingido houve a implantação de um sinalizador conforme figura 6, desenvolvido pelos próprios colaboradores.

Objetivando essa redução ficou estabelecido o seguinte fluxo: após a realização do exame o Biomédico da Tomografia leva a etiqueta do paciente até o fechamento de exames, nesse momento o status é verde (40 minutos), esse é o tempo de revelação dos filmes e laudo médico após esse tempo o colaborador da área de fechamento passa a etiqueta para o status amarelo (20 minutos) que é o tempo destinado a digitação do laudo e assinatura médica, já realizada essa etapa novamente o status é trocado para o vermelho (20 minutos) onde é realizada a finalização desse processo, fechamento do exame e entrega ao Pronto Socorro esse momento por sua vez significa sinal de alerta pois o tempo está no limite do tempo para a entrega.

Foi necessária a negociação com as Unidades de Internação e reestruturação do fluxo de entrega de exames para esses pacientes. Foi acordado horários para entrega de exames, e são realizadas listagens às 7:00, 12:00, 15:00 e às 18:00 e o colaborador responsável distribui os exames nos andares.

Os colaboradores da área foram treinados, flexibilizando os mesmos em diversas funções.



Figura 6: Sinalizador do Tempo de Entrega de exames de Tomografia

Com esta implantação foi possível diminuir em 80% os problemas com a entrega desses exames.

### **Redução do defeito e retrabalho na digitação do laudo médico**

Esse projeto teve como prioridade identificar as maiores fontes de defeitos nos laudos (correções ortográficas, letras dos médicos ilegíveis, problemas com o sistema entre outros). A métrica utilizada foi a análise dos erros (motivo) x colaborador do período.

Houve a adequação do *layout*, pois as digitadoras questionavam o barulho no ambiente de trabalho, foram inseridas máscaras dos laudos no sistema evitando erros e otimizando o tempo de digitação e foi implantado o sistema de digitalização de voz onde o médico grava o laudo e por um comando é enviado direto para o computador da digitadora, com uma excelente resolução.

Após a aplicação da ferramenta de qualidade Lean, reduzimos o defeito em 8,2% (anteriormente 22,9% após a metodologia 14,7%)

### **Reduzir estoque de filmes**

O objetivo foi diminuir o estoque de filmes de raios-X em 73%, minimizando custos com economia de R\$ 71.500,00/ano, inventário e espera na entrega. Também foi possível a

liberação de espaços, 1 sala de 4,5 m<sup>2</sup> ( onde ficava o almoxarifado) e outra de 4 m<sup>2</sup> onde os filmes eram armazenados no suprimento, espaço esse estimado em R\$ 22.100,00.

O projeto começou com o recebimento da planilha de saídas de filmes e terminou com a reposição do estoque.

Os filmes eram comprados 1 ou 2 vezes por mês de acordo com planilha repondo o estoque máximo.

Com o projeto a compra passou a ser realizada com o Kanban, através de cartões que são entregues direto para o setor de suprimentos, reduzindo o tempo de compra, entrega e estoque. Os filmes ficam direto nas salas, liberando dessa forma o espaço do almoxarifado do setor de diagnóstico por Imagem e espaço no Setor de Suprimentos, destinados para outros fins.

### **Utilizar a Tecnologia da Informação no processo de melhoria contínua**

Este projeto teve como objetivo utilizar o sistema informatizado já existente (MV) facilitando os fluxos de trabalho e extraindo informações necessárias para o desenvolvimento das melhorias.

Com esta iniciativa foi possível inserir os questionários de segurança no sistema, criar listagens de controle para a entrega e fechamento de exames, diminuir o tempo de movimentação dos colaboradores com informações mais elaboradas disponíveis para consulta, além da economia de materiais de escritório.

### **Implementar um planejamento *Lean* na realização dos exames de Raios X**

O foco principal desse projeto foi diminuir o tempo de realização do exame, verificando as atividades que não agregam valor e melhorando o processo.

Foi necessária a criação de um sinalizador (figura 7) para o controle dos exames a serem realizados.



Figura 7: Sinalizador de tempo para realização dos exames

No status verde a tolerância são de 4 pacientes aguardando, quando chega até o amarelo soma-se mais 4, totalizando 8 e ao chegar no vermelho status de atenção contabiliza-se uma fila de 10 pacientes aguardando, nesse momento os técnicos são orientados a chamar qualquer pessoa do Departamento para auxiliá-los independente de sua função ( médicos, recepcionistas, biomédicos, enfermagem entre outros...) nas etapas que não são técnicas por exemplo: etiquetar envelopes e entrega de exames, dessa forma é possível administrar as oscilações na demanda de atendimento.

Os técnicos foram reorientados quanto às técnicas de exames padronizando a realização destes e quais ações devem ser tomadas nos períodos de alta demanda de atendimento.

#### **e) Gestão de pessoas**

Em novembro de 2007, foram realizados treinamentos gerenciais para 32 colaboradores *sponsors* e líderes de processo e treinamentos operacionais para 16 colaboradores (formação dos “*Yellow Belts*”), incluindo também o mapeamento do processo na área estudada, com a empresa contratada. Para a implantação foi necessária a formação de 7 colaboradores do Departamento de Imagens como “yellow belts” (profissionais do nível operacional da empresa, que são treinados nos fundamentos da metodologia para que possam dar suporte a implantação dos projetos)

Após 9 meses de projeto identificou-se a necessidade de realizar um treinamento de Green Belt para aplicação de estudos estatísticos nos projetos.

Os 110 colaboradores do Departamento de Diagnóstico por Imagem foram treinados para a aplicação do 5S pela equipe de *belts* que desenvolveram os projetos para a área. As aulas ministradas tiveram duração de 02 horas e para o treinamento de 95% da equipe foram necessárias três semanas.

Um dos princípios mais básicos do sistema é o de respeitar a força do trabalho. Outro é o fato de não atribuir culpas. Os colaboradores são estimulados a avaliar o fluxo de trabalho em que estão envolvidos melhorando o processo e a qualidade, reduzindo atrasos para os pacientes e, a sua essência em Hospitais, é desenvolver um processo de melhoria de gestão do sistema.

Desde os passos iniciais da implementação até a sustentação da transformação *Lean*, a mudança nas atitudes e os novos tipos de comportamento requeridos são fundamentais para determinar o sucesso da jornada *Lean*.

A Instituição está desenvolvendo após a implantação da metodologia Lean um sistema de gratificação e capacitação para todos os colaboradores envolvidos.

#### **f) Relação com fornecedores**

Os prazos para entrega de insumos foram renegociados com os fornecedores, diminuindo o prazo de entrega e contribuindo com o estoque mínimo que é premissa da metodologia. Identificamos esta oportunidade de melhoria com o projeto de Criar um Supermercado de Filmes.

Foi realizado um 5S onde coletamos 1 tonelada de materiais em desuso e foram feitas marcações no solo e nas estações de trabalho para padronização dos processo, para o sucesso desta operação contamos com a colaboração dos Setores de Hotelaria e Manutenção.

#### **g) Responsabilidade Social**

A Instituição foi uma das pioneiras na aplicação dessa metodologia no Brasil. O projeto contribuiu para o desenvolvimento interno das atividades sem reflexo mensurável no desenvolvimento sustentável da comunidade.

#### **h) Resultados econômicos e financeiros**

Após o término da primeira fase dos projetos identificaram-se diversas melhorias. Do primeiro atendimento ao paciente até a entrega de exames o fluxo foi definido e melhorado com a obtenção de resultados a seguir:

| <b>Projeto</b>   | <b>Resultado Financeiro</b> | <b>Como foi obtido</b>   |
|--|-----------------------------|--|
| Melhoria no processo de cadastro                                     | R\$ 79.076,00               | Não contratação de 2 colaboradores e insumos                   |
| Melhoria no processo de fechamento de exames                         | R\$ 5.956,00                | Insumos  |
| Padronização no Fluxo de Entrega de Exames                           | R\$ 23.520,00               | Insumos e liberação de leitos no Pronto Socorro                |
| Redução do defeito e retrabalho na digitação do laudo médico         | R\$ 8.262,00                | Insumos e diminuição de retrabalho                             |
| Reduzir estoque de filmes  | R\$ 98.096,00               | Liberação de espaço físico e criação de supermercado de filmes |
| Utilizar a T.I no processo de melhoria continua                      | R\$ 4.320,00                | Insumos  |
| Implementar um planejamento Lean na realização dos exames de Raios X | R\$ 198.000,00              | Não contratação de 5 técnicos de RX (prevista para 2008)       |

Este foi o resultado efetivo obtido. Existe um potencial de lucro de R\$ 2.419,000,00 em relação ao aumento projetado de demanda que serão desenvolvidos na 2ª fase do projeto que mantém o ideal da metodologia em busca do aperfeiçoamento contínuo.

#### **i) Obtenção de prêmios e certificados**

A metodologia escolhida pelo hospital foi a do manual brasileiro de acreditação, da ONA – Organização Nacional de acreditação. Iniciamos o trabalho de resolução das não conformidades em junho 2003. Em dezembro de 2007, iniciamos a implantação da metodologia Lean no Departamento de Diagnóstico por Imagem e em março/2008 recebemos uma nova visita da ONA e conquistamos nível 3, Excelência da acreditação. O projeto LEAN contribuiu muito com este prêmio, pois a metodologia tem foco na melhoria contínua e os auditores comprovaram a implantação no Departamento.

Estamos em processo de um dos melhores e mais rigorosos certificados de qualidade para hospitais em todo o mundo. Todo o processo de certificação é conduzido pela Acreditação Canadense, organização independente sediada no Canadá, no Brasil a implantação da Acreditação Canadense é feita em parceria com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG) é o primeiro certificado internacional.

O resultado é uma transformação cultural que além de ser melhor para o cliente é mais rentável para os fornecedores e mais enriquecedora aos colaboradores. No entanto, esse tipo de mudança não pode ser alcançado de um dia para o outro e é indispensável a colaboração de toda estrutura organizacional.

## **Conclusão**

A metodologia *Lean* proporcionou refinamento dos processos, eliminação de valor não agregado, quebra de paradigmas. Os clientes foram beneficiados reduzindo o tempo de espera e aumentando a qualidade dos serviços prestados. A instituição obteve ainda, economia de materiais, espaços e equipamentos e conheceu sua demanda de atendimentos.

É válido citar que ainda há muitas melhorias e desafios a serem realizados mas, ao se trabalhar em um lugar estruturado, onde se sabe que as lideranças estão empenhadas em oferecer bom atendimento e qualidade aos clientes, os colaboradores também se sentem satisfeitos e essa busca pela perfeição se torna um vício.

Verificou-se que o objetivo de compreender a utilização da metodologia *Lean* em uma organização hospitalar, identificando sua relevância na tomada de decisões; e sua aplicabilidade com uma ferramenta da gestão estratégica foi atingido.

Oportunidades de melhorias em 2009: Definir, estabelecer e monitorar indicadores de performance e refinar a metodologia de qualificação para prestadores de serviços.

A facilidade para a tomada de decisões com a aplicação da metodologia é o ponto forte foi a gestão visual implantada permite a todos os colaboradores interpretarem o que está ocorrendo no momento e a melhor atitude a ser tomada.