

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DE EMPRESAS

MARIANA GUEDES VILAR

SERVIÇO LEAN: UMA REFLEXÃO SOBRE COMO A
FILOSOFIA LEAN PODE CONTRIBUIR PARA
ENRIQUECER A OFERTA DE VALOR DE EMPRESAS
DE SERVIÇO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE.

Rio de Janeiro

2016

MARIANA GUEDES VILAR

**SERVIÇO LEAN: UMA REFLEXÃO SOBRE COMO A FILOSOFIA LEAN PODE
CONTRIBUIR PARA ENRIQUECER A OFERTA DE VALOR DE EMPRESAS DE SERVIÇO
EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE.**

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão Empresarial.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Sarmento

Rio de Janeiro

2016

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Mario Henrique Simonsen/FGV

Vilar, Mariana Guedes

Serviço lean: uma reflexão sobre como a filosofia lean pode contribuir para enriquecer a oferta de valor de empresas de serviço em educação na saúde / Mariana Guedes Vilar. - 2016.

98 f.

Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa.

Orientador: Ricardo Sarmento Costa.

Inclui bibliografia.

1. Eficiência organizacional. 2. Produção lean. 3. Valor adicionado. 4. Indústria de serviços – Controle de qualidade. 5. Educação sanitária. 6. Serviços ao cliente. I. Costa, Ricardo Sarmento. II. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. III. Título.

CDD – 658.406

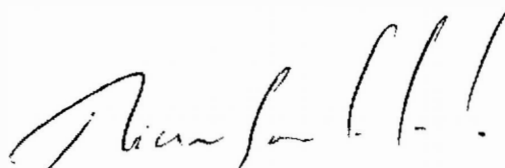
MARIANA GUEDES VILAR

**SERVIÇO LEAN: UMA REFLEXÃO SOBRE COMO A FILOSOFIA LEAN PODE
CONTRIBUIR PARA ENRIQUECER A OFERTA DE VALOR DE EMPRESAS DE
SERVIÇO DE SERVIÇO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional Executivo em Gestão Empresarial da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Data da defesa: 13/12/2016.

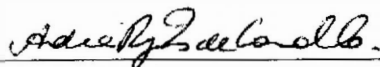
ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ricardo Sarmento Costa', is written over a horizontal line.

Ricardo Sarmento Costa
Orientador (a)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ana Paula Borges Gonçalves', is written over a horizontal line.

Ana Paula Borges Gonçalves

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrea Regina Nunes de Carvalho', is written over a horizontal line.

Andrea Regina Nunes de Carvalho

AGRADECIMENTOS

Tão desafiador quanto escrever esta dissertação, é utilizar apenas duas páginas para agradecer a todos que fizeram parte desta trajetória.

Aos meus pais Josier e Enoi, por todo o amor, apoio, incentivo e ensinamento sobre persistir em meus objetivos. Sem vocês, eu jamais conseguiria. À minha família, minha avó Babuska e minhas tias Ione, Dione e Beth, por todo o carinho, prontidão e acolhimento ao longo da vida. Ao meu irmão Rodrigo, apesar de distante, por ter sido em muitos momentos uma inspiração para os meus caminhos.

A toda a equipe do IBKL, pelo apoio fundamental para a conclusão deste projeto pessoal e profissional. Em especial ao Thiago Ungier pelo suporte e parceria, à Renata Aranha por toda a ajuda e incentivo, ao Cristiano Gloria pela disponibilidade e compreensão e à Tatiana Carvalho pela prontidão da ajuda em qualquer situação. Sem esse apoio de vocês, não teria sido possível.

Ao meu orientador, Professor Ricardo Sarmento, pelo tempo dedicado e pelas contribuições de sua ampla experiência acadêmica para a conclusão deste trabalho. Foram importantes o estímulo e os incentivos constantes para que eu seguisse adiante.

Aos amigos, sempre presentes nos melhores momentos compartilhando o drama e as muitas gargalhadas. Em especial, às queridas amigas, nunca ausentes, fiéis escudeiras, Julia Zylberberg e Ana Paula Damasio. Assim como, ao amigo Gustavo Moreira, por todo companheirismo, incentivo e ajuda, fundamentais ao longo desta dissertação. E também ao amigo Léo Martins pela força e carinho nos muitos desabafos.

Às amigas Julia Magalhães, Nathalie Felipe e Mariana Siqueira, que apesar de não tão presentes fisicamente, estão sempre em espírito me enviando boas vibrações e força.

Às minhas queridas Cida, Lene e Binha que estão diariamente na minha vida, cuidando de mim e me dando todo o suporte com todo o carinho.

Ao meu mestre João do Pulo, por ter me trazido o amor pela capoeira, esporte que me ajuda a ter tranquilidade, concentração e equilíbrio na vida, fatores fundamentais para a conclusão deste trabalho. Em especial aos amigos da capoeira Lobinho e Petróleo, sempre companheiros e disponíveis para um treino em momentos de maior agitação espiritual.

À coordenação da EBAPE, em especial ao Professor Joaquim Rubens, pelas suas valiosas contribuições ao longo do mestrado. À Aline Gouveia, pelo carinho e suporte ao longo

de todo o curso.

Aos colegas de turma do MEX e aos que se tornaram grandes amigos, Silvania, Gustavo, Marcela, Bruno, Andre e muitos outros que fizeram com que o desafio do mestrado se tornasse uma troca de experiência rica e prazerosa.

A todos os participantes da pesquisa, pela disponibilidade e colaboração. O estudo não seria possível sem essa participação.

A todos aqueles que, porventura, eu não tenha citado, mas que tenham contribuído de alguma forma com o desenvolvimento do meu estudo.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar como o pensamento enxuto pode contribuir para enriquecer a oferta de valor de empresas de capacitação profissional na área da saúde. Para responder a essa indagação, foi feita uma revisão de publicações recentes sobre o assunto. Em seguida selecionou-se uma empresa do setor para um estudo de caso aprofundado.

Com percepções oriundas da revisão bibliográfica e do estudo de caso foram então selecionados e entrevistados renomados especialistas da área médica e de operações.

Analisando-se o conteúdo desses depoimentos é possível identificar lacunas que sugerem caminhos e oportunidades para quem deseja ofertar treinamento para a saúde.

Para cada uma dessas lacunas, fez-se uma reflexão sobre os elementos do pensamento enxuto, cuja eventual adição pode trazer um valor distintivo para o futuro desse tipo de empresa.

Palavras-chave: serviço enxuto, filosofia enxuta, serviço de educação na saúde, valor para o cliente, competitividade, melhoria do serviço ao cliente.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze how the lean thinking can contribute to enrich the value offer of professional training companies in the health sector. In order to answer this question, a framework of recent publications on the subject has been researched. Thereafter a company from this industry was selected for an in-depth case study.

With perceptions both from the theoretical framework as from the above referred case study, we selected and interviewed renowned experts from the medical and operations sectors. Analyzing the content of these statements, it is possible to identify gaps that suggest ways and opportunities for those who want to offer training for healthcare professionals. For each of these gaps belongs a reflection on the elements of lean thinking whose eventual addition can bring a distinctive value to the future of this sort of company.

Keywords: lean service, lean philosophy, education service in healthcare, customer value, competitiveness, customer service improvement.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E RELEVÂNCIA.....	1
1.2. OBJETIVOS E QUESTÃO DA PESQUISA.....	4
1.3. ESTRUTURA DO TRABALHO	4
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. CONCEITO DO SERVIÇO LEAN	6
2.2. PRÁTICAS DO SERVIÇO LEAN.....	21
3. MÉTODO DE PESQUISA	24
3.1. TIPO DE PESQUISA	24
3.2. UNIVERSO DO ESTUDO	25
3.3. COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	26
3.4. LIMITAÇÃO DO MÉTODO	30
4. ESTUDO DE CASO - O IBKL.....	31
4.1. HISTÓRIA.....	31
4.2. LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE DADOS DA EMPRESA X.....	33
4.3. O IBKL	37
5. PESQUISA DE CAMPO.....	44
5.1. QUALIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	44
5.2. NECESSIDADE E BENEFÍCIOS DA CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	47
5.3. RESPONSABILIDADE DE INVESTIMENTO NO TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS	51
5.4. OBSTÁCULOS E DESAFIOS PARA O TREINAMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE.....	54
5.5. O MODELO IDEAL PARA O TREINAMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE	58

5.6.	VALOR PARA UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	72
5.7.	AVALIAÇÃO E SUGESTÕES AO MODELO DE NEGÓCIO APRESENTADO – O IBKL	73
6.	ANÁLISE E RESULTADOS.....	80
7.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	90
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Benefícios da prática <i>Lean</i>	20
Tabela 2 - Inibidores da prática <i>Lean</i>	20
Tabela 3 - Principais Práticas do Serviço Lean	22
Tabela 4 – Média mensal da quantidade de turmas realizadas por empresa e a representatividade para cada cliente de 2014 a 2015.....	34
Tabela 5 - Média total da quantidade de turmas realizadas por empresas de 2014 a 2015	34
Tabela 6 – Média mensal da quantidade de turmas realizadas pelas empresas menos representativas de 2014 a 2015.....	35
Tabela 7 - Média total da quantidade de turmas realizadas por empresas menos representativas de 2014 a 2015	35
Tabela 8 - Classificação das lacunas e oportunidades de melhorias encontradas pelo tipo de problema	80
Tabela 9 – Comparativo das lacunas encontradas à luz da teoria apresentada.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Consolidação das Principais Práticas do Serviço <i>Lean</i> (adaptação da autora de As “fundações” e as “colunas” da construção <i>Lean</i> do Costa e Jardim, 2015).....	23
Figura 2 - Quantidade de lacunas encontradas para cada uma das práticas <i>lean</i> (adaptação da autora)	83

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Roteiro Entrevista profissionais da área da saúde	95
Anexo 2 - Roteiro Entrevista profissional da área de operação	97
Anexo 3 - Fotos dos treinamentos utilizando a metodologia da simulação	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

EBAPE – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas

FEHOESP – Federação dos Hospitais de São Paulo

FGV – Fundação Getúlio Vargas

IDSUS – Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde

LSP – Práticas *Lean* de Suporte

LTP – Práticas Técnicas *Lean*

MEX – Mestrado Executivo em Gestão Empresarial

SINDHOSP – Sindicato dos Hospitais do Estado de São Paulo

SINDHRIO – Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

1. INTRODUÇÃO

Os tópicos a seguir apresentam: a contextualização do problema e a sua relevância para o setor de serviços de educação na saúde brasileira; o objetivo desse estudo; e a estrutura do trabalho, explicitando as principais etapas seguidas na pesquisa.

1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E RELEVÂNCIA

O atual cenário de grande complexidade tem cada vez mais exigido que as empresas pratiquem excelência em suas prestações de serviço e tenham diferenciação no mercado em que atuam. Tal fato é um desafio para as empresas que buscam sobrevivência, vantagem competitiva e longevidade em seus negócios.

Particularmente, um setor que aparenta ter peculiaridades na gestão é o de serviços, principalmente por apresentar dificuldades específicas nas tomadas de decisões. Zeithaml, Bitner e Gremler (2013) sustentam que as empresas de serviços têm características próprias e diferentes das empresas de produtos, pois os serviços tendem a ser mais heterogêneos, mais intangíveis e mais perecíveis, com produção e consumo simultâneos, tornando-se, então, mais difíceis de serem avaliados. A heterogeneidade deve-se à execução realizada por pessoas, normalmente o prestador e o cliente, dificultando a prestação de dois serviços idênticos. A intangibilidade torna a satisfação muito sensível às percepções de quem usa. A perecibilidade ocorre porque os serviços não podem ser estocados – uma vaga não preenchida de um curso realizado hoje não poderá ser vendida amanhã. E, por fim, serviços são vendidos com antecedência, porém são prestados e consumidos ao mesmo tempo.

A complexidade e o risco trazidos por tais fatores acentuam-se diante de um cenário de crescimento e ampliação do porte do negócio. O desafio está em como prestar serviços com qualidade atendendo à crescente demanda e à expectativa do cliente, sendo esse o principal motivo para que as empresas de serviços percebam a necessidade de renovar-se constantemente, buscando melhorias e revendo regularmente a estratégia de seu modelo de negócios e de seu produto.

A grande necessidade de mudança e melhoria na prestação de serviços pode ser percebida em todos os setores de prestação de serviço e, em particular, na saúde, que é uma área de risco social. Falar sobre saúde representa discutir a vida das pessoas, afinal ela é a base da vida dos indivíduos, tratando-se de um elemento insubstituível e fundamental. No entanto, a despeito de seu valor e importância não quantificáveis, a qualidade dos cuidados e tratamentos de saúde no Brasil parece aquém de sua importância.

Uma das formas de analisar a qualidade dos processos e desfechos clínicos dos serviços brasileiros de saúde pública prestados é utilizar o índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) – IDSUS – que compreende uma série de indicadores capazes de mensurar o acesso potencial e obtido, bem como a efetividade das ações e serviços de saúde incluídos no programa. Esse índice permite avaliar e monitorar o desempenho dos SUS em cada município brasileiro e produzir um diagnóstico da saúde. Com ele, avalia-se a evolução da saúde pública no país, assim como a situação relativa entre estados e municípios e o cumprimento dos princípios e diretrizes definidos pelo Ministério da Saúde do Brasil (2016).

Conforme demonstrado em um estudo publicado pelo Conselho Empresarial de Medicina e Saúde da Associação Comercial do Rio de Janeiro (2014), nenhum estado da federação atingiu a meta (nota 7) estabelecida pelo Ministério da Saúde. Essas inferências compactuam com a percepção da população, conforme apresentada pelo Datafolha em editorial para a Folha de São Paulo (2014), de que a principal preocupação dos brasileiros é com a saúde, apontada pelos entrevistados em primeiro lugar, com 34% dos votos, como o item de maior insatisfação. Em linha com o resultado dessa pesquisa, encontra-se o levantamento realizado pelo Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro – SINDHRIO (2012). Nesse levantamento, a população aponta a baixa qualificação dos profissionais de saúde, tanto do setor público quanto do privado, como um dos principais problemas dos serviços de saúde no país.

A formação do profissional da saúde é composta pelo aprendizado de diversos conteúdos e especializações que englobam grandes obstáculos e desafios. Durante e após sua titulação, em vista de suas responsabilidades, os profissionais da saúde precisam ter a atenção focada na entrega de melhores e mais seguros desfechos clínicos para seus pacientes e no cumprimento de protocolos clínicos que reduzam o risco de erro médico. Com a veloz e acelerada incorporação de novas tecnologias de investigação diagnóstica e terapêutica, os

métodos convencionais de treinamento podem não dar conta da necessidade de atualizações dos profissionais de saúde, os impossibilitando de estar permanentemente atualizados e capacitados para as melhores tomadas de decisão do ponto de vista técnico e comportamental. Dessa forma, o resultado do contexto atual cria a necessidade de novas formas de treinamento prático e fiel à realidade (Pereira, 2011).

Esses fatos e dados apontam para a necessidade de as instituições de saúde capacitarem continuamente seus profissionais com o propósito de garantir a segurança e a qualidade do seu serviço, a assistência à população. Porém é necessário executar essa tarefa dentro de suas muitas limitações orçamentárias e operacionais. Tal cenário cria oportunidades para um modelo de negócios que possibilite o treinamento e a capacitação dos profissionais da saúde, suprimindo as deficiências existentes e melhorando a qualidade do serviço à população assistida, e ainda atendendo às necessidades específicas e restrições desse mercado.

Um referencial útil nessa busca por aperfeiçoar a oferta de valor para o cliente e, ao mesmo tempo, aumentar a eficiência do processo, eliminando desperdícios, é o pensamento enxuto (*lean thinking*). Hadid e Mansouri (2014) indicam o método enxuto (*lean*) de produção e de prestação de serviço como um dos oito tópicos que têm o foco mais recente na pesquisa de gestão operacional. Na mesma ótica, Costa e Jardim (2015) defendem que, através da compreensão do que é valor para o cliente e da prática do pensamento *lean*, é possível se posicionar competitivamente no mercado, atendendo às expectativas do consumidor relacionadas a: velocidade e pontualidade no atendimento, flexibilidade para atender o seu desejo, qualidade e preço.

Com isso, a autora desta pesquisa percebeu a oportunidade de proporcionar à literatura e ao mundo corporativo um estudo que investiga como o pensamento *lean* pode ajudar a melhor atender a expectativa do cliente, ampliando o valor percebido por ele no setor de serviço de educação na saúde e propiciando a diferenciação estratégica das empresas no mercado contemporâneo.

1.2. OBJETIVOS E QUESTÃO DA PESQUISA

Este estudo visa investigar em que medida o pensamento *lean* pode contribuir para enriquecer a oferta de valor de uma empresa de serviço que se propõe a realizar capacitação na saúde, de forma relevante e contemporânea para o seu cliente. Em outras palavras, o trabalho tem como objetivo principal responder à seguinte pergunta: Como o *lean* pode colaborar para o pacote de serviços de uma empresa de capacitação profissional no setor da saúde no mundo de hoje?

Para auxiliar a condução deste estudo, as metas elencadas consistem em identificar:

- (i) as práticas *lean*, encontradas na literatura, relevantes e aplicáveis a empresas de serviços que operam no setor de educação na saúde;
- (ii) as melhores práticas e modelos, com foco no que é valor para o cliente, para um serviço que gera soluções na capacitação do profissional da saúde, tendo como base a experiência de renomados profissionais;
- (iii) os fatores mais relevantes para que o serviço prestado agregue valor na percepção do cliente à luz do estudo de caso escolhido;
- (iv) e, com base no cruzamento dessas informações, os elementos teóricos que possam contribuir, enriquecendo a proposta de valor de uma empresa com modelo de negócios de serviços educacionais na saúde, a fim de torna-la relevante, na visão do cliente, e competitiva, no mundo atual.

1.3. ESTRUTURA DO TRABALHO

Para apresentar a pesquisa realizada, esta dissertação foi organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo contém a contextualização do trabalho, enunciando os objetivos da pesquisa. No segundo capítulo, é apresentado o marco teórico, referente ao pensamento enxuto com foco em serviços. O terceiro capítulo apresenta a metodologia adotada para a pesquisa de campo composta por dois grandes blocos: o estudo aprofundado de um caso real e as entrevistas realizadas com renomados especialistas da área. Tais blocos serão detalhados nos capítulos quatro e cinco, respectivamente. No sexto capítulo, é apresentada uma análise do conteúdo das

entrevistas e as percepções obtidas do confronto dessas informações com aquelas selecionadas na literatura e no mundo real. Para encerrar a dissertação, o sétimo, e último, capítulo apresenta as principais conclusões obtidas.

2. MARCO TEÓRICO

Para subsidiar as análises a seguir, foram pesquisadas na literatura as principais práticas do serviço *lean* e os fundamentos conceituais do pensamento enxuto.

De forma resumida, em relação ao referencial teórico, pode-se dizer que o estudo foi pautado da seguinte maneira: (i) serviço *lean*; e (ii) práticas do serviço *lean*.

2.1. CONCEITO DO SERVIÇO LEAN

A globalização e o acirramento do mercado advindo dela demandam cada vez mais que empresas, dos variados setores, revejam suas estratégias e processos operacionais. Diante disso, diversos autores (Hadid e Mansouri, 2014; Malmbrandt e Ahlstrom, 2013; Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski, 2013; Cervone, 2015) sugerem o método de gestão *lean* como forma de revisão e melhoria do modelo estratégico e do serviço prestado, atendendo às necessidades e expectativas do cliente, eliminando desperdícios e aumentando a eficácia e eficiência do serviço.

Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013) relatam que o termo *lean* surgiu na década de 80 com a proposta inicial de aumentar a eficiência através da diminuição do custo com atividades que não agregam valor para o cliente. Os autores utilizam a Toyota como exemplo de empresa que teve sucesso na aplicação do *lean*.

Segundo Hadid e Mansouri (2014), o conceito *lean* foi primeiramente experimentado no setor industrial e, devido ao seu sucesso na aquisição de benefícios, obteve grande popularidade na prática e na literatura. Porém, apesar do êxito no setor industrial, as práticas *lean* foram, para os autores, introduzidas de forma atrasada ao setor de serviços, tendo sido incorporadas pelo setor mais recentemente. Hadid e Mansouri (2014) defendem que isso aconteceu devido a esse setor apenas ter começado a sofrer as necessidades de radicais mudanças estratégicas há pouco tempo. Além disso, os autores também apresentam que a aplicabilidade de *lean* ao setor de serviço foi durante algum tempo questionada devido às suas características específicas como intangibilidade, heterogeneidade, perecibilidade, simultaneidade, trabalho intensivo e a presença de clientes durante o processo de produção da maioria dos serviços. No entanto, para os autores, a necessidade e aplicação de *lean* no setor são demonstradas com a defesa de que o conceito tem

como objetivo a revisão de processos e não do produto, além disso, tanto as empresas industriais como as não industriais são compostas de um conjunto de diferentes processos, utilizados para atender às necessidades do mercado, ou seja, do cliente, sejam elas através de um produto ou de um serviço. Gupta, Sharma e Sunder (2016) destacam a aplicabilidade de *lean* aos serviços, porém a adaptação do conceito da indústria para o setor de serviços tem limitações devido às características específicas desse setor, por isso é necessário atentar-se às diferenças entre os processos de ambos os setores.

Dessa forma, o conceito serviço *lean* é recente na literatura e as aplicações mais populares no setor de serviços são referentes às práticas nas operações em saúde (Hadid e Mansouri, 2014; Malmbrandt e Ahlstrom, 2013; Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski, 2013; Gupta, Sharma e Sunder, 2016) e nas atividades administrativas (Hadid e Mansouri, 2014).

A utilização do conceito serviço *lean* é percebida por Cervone (2015) como uma importante forma das organizações melhorarem a satisfação do cliente e a qualidade do serviço permitindo também o progresso da organização através do aumento de poder individual.

Emiliani (1998) defende que o produto deve atender às necessidades do cliente na forma de entrega e no seu preço. Muitas empresas se dispõem a criar serviços e produtos incorporando altos níveis de tecnologia, complexidades e sofisticações, porém não se preocupam em entender se o que está sendo entregue é de fato o interesse do cliente ou o que ele precisa. Tal forma de pensar é um grande diferenciador comparado às empresas que criam um produto e melhorias para atender apenas a demandas internas, à visão e às necessidades dos seus próprios especialistas, ou seja, o que as áreas da engenharia, finanças, marketing e as demais acreditam ser valor. Dessa forma, o autor pondera que, para identificar o que é valor sob o ponto de vista do cliente, é necessário que as organizações estejam dispostas a um difícil e abrangente processo de reestruturação de pessoas, de processos, da forma de pensar e de seu comportamento.

Diante disso, a abordagem *lean* caracteriza o desperdício como qualquer tipo de ação que não agrega valor ao produto ou serviço, definido exclusivamente pelo cliente final. Nessa lógica, essas ações devem ser eliminadas. Assim, o desperdício é abordado como a principal ameaça para o sucesso de uma empresa, restringindo drasticamente o desempenho da mesma e, por isso, deve ser eliminado de todos os processos, a todo o momento e sistematicamente. A

busca pelo desperdício deve ser interminável por todos os colaboradores e envolvidos na empresa.

Emiliani (1998) defende que, para uma organização utilizar e aplicar o pensamento *lean*, ela precisa ter a capacidade de aprender que qualquer tipo de erro é visto como desperdício e, portanto, eles não podem ser repetidos, eles precisam ser identificados e eliminados. Assim, para uma organização ter a capacidade de aprender, ela precisa ter a capacidade de desaprender e mudar a forma de pensar.

A proposta *lean* sugere a existência de alguns tipos primários de desperdício como defeitos – erros nos trabalhos realizados, retrabalho, produção em excesso, atividades desnecessárias, deslocamento, movimentos e transporte desnecessários, espera, estoque e processos desnecessários. Sua eliminação pode não ser simples por enfrentar paradigmas consolidados e eficiências locais que, muitas vezes, não se justificam quando vistas sob uma ótica global. Por exemplo: parar uma máquina para evitar superprodução ou produção antecipada é uma boa prática *lean*, mas isso pode deteriorar alguns indicadores de desempenho locais ligados à utilização da máquina (que eventualmente seria mantida parada para evitar a formação desnecessária de estoque).

Gupta, Sharma e Sunder (2016) realizam, em seu estudo, um levantamento sobre as definições de serviço *lean* existentes na literatura. Além de o *lean* ser uma forma de ter um foco na necessidade do cliente, identificando o que é valor e eliminando os desperdícios, os autores tratam o conceito como uma abordagem multidimensional integrada que envolve uma grande variedade de práticas de gestão baseadas na filosofia de eliminar o desperdício através da melhoria contínua. Para os autores, *lean* é uma cultura, um modo de pensar, uma filosofia prática e não apenas uma caixa de ferramentas para a melhoria da qualidade. Dessa forma, a filosofia *lean* é uma maneira de pensar, enquanto as práticas e métodos são meios para a ação desses pensamentos.

Sob essa mesma ótica, Malmbrandt e Ahlstrom (2013) também definem o serviço *lean* como uma série de fundamentos que tem como objetivo a melhoria do serviço prestado.

Em seu estudo, Hadid e Mansouri (2014) tratam o serviço *lean* como um sistema sócio técnico que consiste em duas ideias, uma chamada de práticas técnicas *lean* (LTP) e a outra de

práticas *lean* de suporte (LSP). Os autores justificam que, para o atingimento de um melhor desempenho, deve-se haver uma ênfase simultânea nas duas práticas.

Entre as práticas de LTP destacadas pelos autores, dentre as quais muitas também são sugeridas por Malmbrandt e Ahlstrom (2013), estão:

- a utilização do modelo 5Ss que consiste em: (i) classificar (*sort*) os itens para definir o que pode ser reduzido e eliminado; (ii) organizar (*set in order*) os itens que precisam ser utilizados próximos à sua área de utilização, tornando-os visíveis; (iii) certificar (*shine*) que as condições de trabalho estão nas melhores condições; (iv) padronizar (*standardize*) o trabalho; e (v) sustentar (*sustain*) o que é feito e gerar melhorias;
- a consolidação, de forma clara e sistemática, em uma folha de papel A3, da descrição do problema e da solução para tal, ou seja, das práticas que podem ser usadas para eliminá-lo;
- a automatização tecnológica, substituindo o formato manual;
- a abordagem estruturada para realização de mudança na gestão;
- a melhoria contínua como filosofia, promovendo a mudança organizacional baseada em um modelo de planejamento, execução e avaliação dos resultados;
- a eliminação de retrocesso no desempenho de um processo via utilização de métodos para erradicar a possibilidade de o trabalho voltar ao nível da atividade anterior;
- a tecnologia de grupo que é um processo com formação de células de trabalho com localização próxima para reduzir locomoção e tempo de espera;
- a mudança da disposição das instalações, projetando-as de acordo com uma sequência operacional ótima ou de fluxo;
- a aplicação de Kaizen Blitz, projetos de curto prazo para melhoria contínua de processos de áreas específicas;
- a utilização do Kanban, sistema que indica quando a próxima atividade do processo deve ser iniciada;
- a implementação da prova de erro, um processo que ajuda a eliminar possíveis erros;
- o uso de célula modelo, que serve para criar um processo com prática de melhorias em parte do negócio, objetivando avaliar a efetividade da resolução do problema antes de colocá-la em produção;

- a terceirização da gestão das atividades que não são atividade fim através de contratação de terceiros;
- o ponto de uso para armazenamento, mantendo os itens mais utilizados sempre no mesmo local;
- a implantação de política através do processo de conexão da estratégia corporativa com os principais objetivos e recursos chaves incluindo as atividades diárias entre as funções;
- o processo de redesenho do conteúdo, do fluxo e da estrutura com objetivo de atingir um melhor desempenho operacional e um melhor atendimento ao cliente;
- o nivelamento da produção, equilibrando-a com a prestação de serviços;
- o emprego do sistema pull de produção de serviço de acordo com a demanda do cliente;
- a prática de círculos de qualidade, grupos formados para resolver problemas e criar melhorias na produção da organização;
- a implantação das funções de qualidade utilizando equipe multifuncional para construir as especificações do serviço de acordo com as necessidades do cliente;
- o rápido *set up* do tempo – capacidade rápida de reconfigurar uma área para fornecer um serviço diferente;
- a análise da causa raiz por meio de métodos que identifiquem a origem do problema de forma a evitar a repetição do mesmo. Um exemplo é a utilização dos 5 (cinco) porquês para um problema submetido;
- a segregação da complexidade por meio do agrupamento de tarefas com níveis semelhantes de dificuldade em grupos separados por metas próprias de desempenho;
- a auto inspeção, com cada um responsável pelo seu próprio trabalho;
- a simplificação da operação, eliminando etapas que atrasam a produção ou a entrega do serviço;
- o fluxo de peça única, passando o trabalho terminado para a próxima etapa sem aguardar a obtenção de um lote;
- o processamento das transações ou informações no menor lote possível para passar para a próxima etapa;

- a padronização, também abordada por Malmbrandt e Ahlstrom (2013), da realização das tarefas definidas como o procedimento mais garantido;
- o acompanhamento do tempo de ciclo, que é a definição da taxa de demanda do cliente para vincular a demanda de trabalho à do mercado;
- a manutenção preventiva total, programa que garante as boas condições e a disponibilidade dos equipamentos;
- a preocupação com a qualidade total, garantindo a construção da qualidade por todos em todo o processo;
- o uso de novas tecnologias com novos métodos e práticas que possibilitem desenvolver e melhorar os processos operacionais;
- o mapeamento do fluxo de valor no processo através da imagem visual do fluxo completo do material e das informações do fornecedor até o cliente, incluindo o mapa atual do estado e o mapa do estado futuro – prática que possibilita identificação do desperdício;
- o emprego do sistema de informação vertical, permitindo o fluxo da informação diretamente para os tomadores de decisão relevantes;
- a visualização das informações gerais e das melhorias, através de sinais visuais; e
- o balanceamento de carga de trabalho entre a equipe.

Hadid e Mansouri (2014) classificam as práticas de LTP seguindo a lógica *lean* de identificação e eliminação do desperdício, ou seja, das atividades que não geram valor. Dessa forma, tais práticas são segmentadas da seguinte forma:

- 1) práticas de identificação de desperdícios – possibilitam a exposição dos problemas e dos desperdícios em um processo, mas não os eliminam, como, por exemplo, o mapeamento do fluxo de valor;
- 2) práticas de eliminação de desperdício – têm como foco eliminar ou diminuir o desperdício identificado; e
- 3) práticas complementares – não identificam nem eliminam o desperdício de uma forma direta, porém colaboram para tal processo, como é o caso do relatório A3, que apenas consolida as informações necessárias para resolver o problema, garantindo que o objetivo seja atingido.

Das práticas de LTP listadas, apenas quatro proporcionam identificação e eliminação do desperdício simultaneamente. São elas: utilização de 5Ss, implantação de funções de qualidade, preocupação com qualidade total e visualização das informações gerais.

Para os autores, a prática de melhoria contínua não realiza identificação e eliminação de desperdícios de forma direta. Ela colabora com a fixação dos processos de forma cultural, uma vez que, gradualmente, passa a ser um padrão na instituição.

Um conjunto de práticas vincula-se ao processo de mudança cultural e ao esforço de envolvimento de toda a cadeia de suprimentos no processo de melhoria. Ou seja, às práticas LSP destacadas por Hadid e Mansouri (2014), que são:

- sistema de recompensa apropriado, alinhando os interesses dos funcionários aos da instituição, motivando o atingimento das metas pré-estabelecidas;
- envolvimento do cliente;
- sistema de comunicação efetivo que garanta a conscientização de todos os empregados sobre a necessidade e a importância da adoção do LTP;
- envolvimento dos funcionários;
- comprometimento dos funcionários;
- empoderamento dos funcionários;
- criação de ambiente para mudança;
- relação de longo prazo com os fornecedores;
- desenvolvimento de equipe multifuncional;
- melhoria do espírito da equipe de trabalho;
- desenvolvimento de liderança;
- modificação de terminologia para adequar serviços;
- suporte da gestão na execução das atividades;
- desenvolvimento de um sistema de medição de desempenho;
- divulgação dos resultados de desempenho para que todos possam visualizar;
- apresentação das justificativas para a implementação das práticas de modo que todos entendam sua importância; e
- treinamento de toda a equipe;

Malmbrandt e Ahlstrom (2013) abordam três fatores importantes para a implantação e sustentabilidade na mudança do processo e da forma de pensar ocasionada pela adoção do *lean*, são eles: fatores facilitadores para adoção do *lean*, fatores que focam na extensão do uso de práticas de *lean* e fatores que focam no desempenho operacional. Dessa forma, os autores defendem que, para a implantação ocorrer com sucesso, é importante que os três fatores sejam utilizados e avaliados simultaneamente.

Os autores descrevem os fatores facilitadores como aqueles que permitem a sustentabilidade para a mudança comportamental e cultural, dando um apoio estrutural para que qualquer melhoria aconteça. Tais fatores incluem:

- a) colaboradores treinados no assunto, compreendendo e comprometidos com o conceito;
- b) conhecimento do conceito e de sua aplicação pelos Gestores e o seu comprometimento na utilização – principalmente, na disponibilização de tempo e recursos para trabalhar o no projeto;
- c) elementos de infraestruturas: (i) tempo alocado para realização do trabalho de melhoria; (ii) recursos (investimentos ou alocação de recurso) dedicados para realização do trabalho de melhoria – Hadid e Mansouri (2014) também abordam a necessidade de haver a dedicação de tempo e recurso para que a atividade de melhoria contínua ocorra com sustentabilidade; (iii) agente de mudança (existência de um profissional especialista disponível para a equipe e responsável pela condução do processo de melhoria); e (iv) fluxo de informação bi-direcional (encaminhar formalmente a informação para os demais funcionários e diferentes níveis hierárquicos de gestão).

Os fatores da prática *lean* considerados por Malmbrandt e Ahlstrom (2013) como uma extensão dos princípios *lean* são:

- a) Valor para o cliente

- Identificação do que é valor para o cliente através da busca de quais atividades internas agregam valor na perspectiva do cliente. O valor é definido exclusivamente pelas necessidades do cliente final, assim como também defende Emiliani (1998).

- Caracterização do envolvimento do cliente, traçando em que e de que forma os clientes estão envolvidos no desenvolvimento do negócio. Ele pode ser feito por meio da cooperação estreita com os clientes, isto é, por meio de pesquisas periódicas, reclamações e criação de melhorias a partir das informações fornecidas pela participação do cliente.

- Identificação e eliminação do desperdício, também citadas por Emiliani (1998) e Hadid e Mansouri (2014). Deve ser feita a identificação do que não tem valor para o cliente por meio do mapeamento do processo e do desenho do fluxo de valor (mapeamento de fluxo de valor nos processos). Dessa forma, deve ser eliminado qualquer item ou atividade que não agregue valor ao produto ou serviço.

b) Fluxo

Os autores esclarecem que um serviço com fluxo significa que a prestação ocorre sem dificuldades do início ao fim da cadeia de valor e que isso pode ser medido através do local do trabalho e da conexão entre todas as variadas partes do processo.

- Local de trabalho projetado com fluidez. Dessa forma, o processo é organizado e percebido claramente, além de todos os recursos necessários ficarem acessíveis e serem facilmente encontrados. Aqui, o fluxo não se refere apenas à disposição dos equipamentos, mas à facilidade de acesso às ferramentas necessárias para o trabalho, como por exemplo, informações e material.

- Processo interligado, impedindo que a prestação de serviço pare ou fique em espera e possibilitando que o fluxo do processo escoe até a conclusão. Dessa forma, as metas estabelecidas são comuns entre as áreas da instituição e todas as equipes têm conhecimento do processo geral, possibilitando o trabalho conjunto entre as diferentes áreas vinculadas a um mesmo processo, de forma transversal.

c) Trabalho padronizado, ou seja, tarefas padronizadas e com padrões claros

- As tarefas são realizadas de forma padronizada em todas as áreas, existindo uma forma de trabalhar acordada, também utilizada como um padrão de questionamento caso haja divergências sobre a execução, como na qualidade e no tempo, por exemplo.

- Formalização dos padrões de trabalho com padrões claros, detalhados e formalizados.

Hadid e Mansouri (2014) também retratam que a padronização é a definição do melhor e mais confiável procedimento que deve ser seguido por todos os profissionais para cada processo.

d) Equilíbrio e nivelamento da carga de trabalho

- Planejamento antecipado dos recursos com o objetivo de suavizar a demanda com um fluxo de trabalho mais equilibrado, evitando: variações nos processos e nas entregas para o cliente (como, por exemplo, o tempo), falta de recursos e imprevistos.

Malmbrandt e Ahlstrom (2013) abordam que o grande envolvimento com o cliente, demandado em um serviço, pode ocasionar variações da carga de trabalho e dificuldades no seu nivelamento. Em função disso, é importante que o balanceamento do trabalho seja feito o mais próximo possível do equilíbrio, eliminando ou reduzindo variáveis.

Além disso, o balanceamento de carga de trabalho também realiza uma alocação equilibrada das tarefas entre os funcionários para evitar sobrecarga, gerando uma carga de trabalho nivelada (Hadid e Mansouri, 2014).

e) Qualidade e defeitos zero

- Tarefas de trabalho desenhadas de forma que possibilitem a criação e o desenvolvimento de algo com garantia de qualidade. São utilizados instrumentos e métodos para isso e, dessa forma, o gasto de tempo para checar a qualidade do que se faz é pequeno.

Certificar-se de que a qualidade é construída desde o início com o compromisso de todos os colaboradores da empresa em melhorar e manter a qualidade (Hadid e Mansouri, 2014), resultando em uma menor demanda de inspeções e controle de qualidade (Malmbrandt e Ahlstrom, 2013). Dessa forma, a responsabilidade pela qualidade está com quem executa a tarefa pela primeira vez. A garantia da qualidade ocorre ao fazer certo da primeira vez e na revisão automática de erros.

f) *Pull*

- Utilização do sistema de puxar entre as diferentes partes da cadeia do serviço, evitando desperdício relacionado à operação e ao estoque que não são demandados pelo cliente. Consiste, dessa forma, em iniciar o trabalho a ser executado para se entregar um serviço demandado.

Hadid e Mansouri (2014) definem o sistema de puxar como aquele que produz e entrega o serviço de acordo com a solicitação do cliente.

No entanto, Malmbrandt e Ahlstrom (2013) debatem a utilização do conceito *pull* em serviços, visto que a característica desse setor, que inclusive o diferencia do de bens, é que sua produção e seu consumo são simultâneos. Apesar disso, é possível utilizar o conceito, por exemplo, em uma empresa na qual cada parte do processo interno é considerada cliente da anterior e fornecedora da próxima, utilizando a ideia de cliente interno.

g) Visualização

- Utilização de sinais visuais em todo o processo.

- Visualização de informações gerais por todas as áreas da organização de forma sistemática e formalizada. As informações são diversificadas, ou seja, não são apenas instruções de segurança, por exemplo, mas também são expostos o desempenho da empresa e as situações críticas no padrão de trabalho. Tais dados também devem ser disponibilizados para outras pessoas envolvidas, com o objetivo de beneficiar o trabalho a ser realizado.

- Visualização formal das melhorias e reconhecimento das melhores práticas. Isso é feito através da exibição, para todos, das melhorias em curso e das recentemente realizadas.

Para Hadid e Mansouri (2014), os sinais visuais e a visualização de informações simplificam o ambiente de trabalho e facilitam o reconhecimento de anomalias.

h) Funcionários multifuncionais, também citados por Hadid e Mansouri (2014)

- Medição e acompanhamento dos trabalhos realizados pelos funcionários multiprofissionais no processo a partir de métricas de avaliação criadas com método. Quanto mais os funcionários forem incentivados à melhoria do processo e às atividades que eles desempenham, maior será o aumento da sua responsabilidade e do seu comprometimento. Essa transferência de responsabilidade e o aumento do poder do funcionário (empoderamento) permitem que os próprios façam o acompanhamento.

- Equipes multifuncionais reúnem pessoas de todas as funções envolvidas no processo e favorecem a realização de melhorias.

i) Melhoria contínua

- Participação ativa dos trabalhadores na melhoria do trabalho independente da parte do processo à qual eles pertencem. Dessa forma, os problemas são identificados e sistematicamente resolvidos pelas pessoas que realmente executam o trabalho.

- Foco no trabalho de melhoria de forma contínua para que sua adesão faça parte do processo diário e permita que as causas do problema sejam solucionadas.

- Resolução de problemas de forma estruturada e sistemática. As melhorias são realizadas não apenas para resolver problemas visíveis, elas desafiam a situação em questão para que todos os possíveis obstáculos possam ser superados.

- Manutenção das melhorias com soluções sustentáveis envolvendo toda a equipe, inclusive os gestores.

Malmbrandt e Ahlstrom (2013) descrevem o fator desempenho operacional como aquele que avalia os resultados do serviço sob a ótica de seis análises que incluem a medição das melhorias comparadas ao desempenho real. Os autores sugerem que há indicações positivas na relação desses indicadores com o desempenho financeiro. As análises devem contemplar:

- 1) prazo de execução e entrega do serviço, ou seja, a redução da espera e do tempo do ciclo de todo o processo;
- 2) inventário, diminuindo a taxa de rotatividade de estoque que pode ser visto como estoque de trabalho a ser executado, permitindo assim a redução desse indicador, por exemplo, ao utilizar a noção de cliente, na qual inicia-se o trabalho com base na demanda do cliente em cada parte do processo e evita-se a superprodução e o acúmulo de trabalho;
- 3) produtividade, ou seja, aumento de produtividade, necessariamente combinado à métrica de qualidade;
- 4) qualidade aumentada;
- 5) custo; e
- 6) satisfação do cliente aumentada.

Devido à diversidade dos serviços, cada empresa terá uma definição e uma medida dos indicadores de desempenho diferentes. Dessa forma, os autores sugerem que as instituições

utilizem esses indicadores com a definição adaptada às suas realidades operacionais. O conceito do indicador deve ser estabelecido em sinergia com os objetivos almejados por cada empresa.

Quanto ao fator de desempenho operacional utilizado por Malmbrandt e Ahlstrom (2013), ele inclui em seu acompanhamento e em sua análise de sucesso, o estoque de itens ou pessoas esperando, a produção adicional ao tempo de ciclo do processo como um todo, o prazo de execução e de entrega, a produtividade, o custo e a satisfação do cliente. Além disso, eles apontam ser imprescindível a combinação das métricas de produtividade e de qualidade em prol de objetivos comuns.

Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013) focam na análise da influência dos princípios *lean* sobre a produtividade dos serviços. Os autores defendem que a produtividade no serviço é influenciada por dois parâmetros: eficiência e satisfação do cliente. Não se pode assumir melhorias de eficiência para melhorar os resultados econômicos da empresa, caso essas impactem na qualidade percebida pelo cliente. Isso porque a rentabilidade pode cair devido a uma menor satisfação do cliente. Para se obter produtividade, Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013) sugerem então a utilização de seis práticas *lean*, sendo elas:

- 1) definição do valor – apesar de o valor ser definido pelo cliente, ele é sempre criado pelo prestador do serviço e aquilo que não agrega valor deve ser reduzido para minimizar os recursos que não contribuem para o valor do cliente;
- 2) definição do fluxo de valor - cada etapa envolvida no processo de produção deve sofrer mapeamento, separando as ações entre aquelas que criam valor para o cliente e as que não criam;
- 3) fluxo - o fluxo se concentra no processo e em como otimizar o fluxo de elementos através dele, ou seja, possui foco no objeto (como um produto, um cliente ou informações) que percorre o fluxo de valor, em vez de olhar para os recursos disponíveis e em como usá-los de forma eficiente;
- 4) *pull* - não produzir antes de ser demandado já que a capacidade é uma variável crítica;

- 5) padronização - definição de padrões para se obter melhorias, de forma que as atividades, mesmo em diferentes unidades, possam ser controladas e comparadas com diferentes medidas; e
- 6) perfeição – esse é o objetivo absoluto do *lean*, que será o seu resultado caso todos os outros princípios *lean* sejam cumpridos.

Cervone (2015) também enfatiza a entrega de qualidade juntamente com a redução de custo obtida pela eficiência. Para o autor, os clientes não financiarão de forma consciente, dependendo do caso, os desperdícios nos processos e nos serviços que não adicionam valor para eles. Exemplos dessas atividades são: cópias extras de um relatório em uma reunião, ajuda na pesquisa de assuntos que nunca são utilizados, atraso de resposta devido a computadores lentos ou ter uma equipe experiente que executa tarefas rotineiras e não faz utilização das suas expertises.

O autor também indica a utilização dos seguintes conceitos para prover valor ao cliente: fluxo de valor, fluxo, *pull*, perfeição e desperdício. Além disso, o autor defende que *lean*, ao contrário de outras abordagens de melhoria que dependem de especialistas, é uma abordagem aplicada pela equipe da organização. Portanto, o conceito deve estar incorporado, valorizado e integrado à cultura da empresa e isso inclui os seguintes entendimentos:

- melhoria é sempre possível;
- o objetivo final é agregar valor aos clientes;
- o movimento para a frente, ainda que pequeno, deve sempre ocorrer;
- algo pode ser crítico, mas sempre há uma solução;
- o foco deve ser sempre sobre as possibilidades, não sobre as limitações;
- pode-se realizar mais coletivamente do que sozinho; e
- processos e responsabilidades ocorrem em cascata em uma organização porque cada pessoa da organização é necessária e faz uma importante diferença.

Hadid e Mansouri (2014) relatam que a utilização das práticas *lean* tem o potencial de gerar diversos benefícios para todas as empresas de serviços. Eles estão listados na tabela 1 a seguir.

Benefícios da prática <i>Lean</i>
Liberação de tempo da equipe
Identificação e eliminação de desperdício
Melhoria da capacidade
Melhoria da percepção de qualidade do produto / serviço pelo cliente
Melhoria da satisfação do cliente
Melhoria da satisfação e desempenho dos funcionários
Melhoria do entendimento dos processos pelos funcionários
Melhoria da eficiência operacional
Melhoria na flexibilidade do processo
Melhoria na produtividade
Melhoria na organização das áreas de trabalho
Redução de custos
Redução no inventário
Redução no tempo de espera e no tempo de ciclo
Redução de retrabalhos
Redução da rotatividade e ociosidade da equipe
Redução do número de erros humanos
Redução dos trabalhos pendentes
Economia de espaço

Tabela 1 - Benefícios da prática *Lean*

Para Cervone (2015), a principal vantagem do serviço *lean* é a melhoria da operação da empresa através da redução do desperdício e do aumento da eficiência. O autor defende que, ao eliminar itens desnecessários e improdutivos, adquire-se melhor posição para ser mais eficaz.

Gupta, Sharma e Sunder (2016) apontam que a utilização do *lean* nos serviços pode gerar melhores resultados econômicos e financeiros, assim como a melhoria do comportamento da equipe de trabalho. Porém Hadid e Mansouri (2014) também elencam fatores que podem atrapalhar, inibindo sucesso da utilização das práticas *lean* dentro das instituições. Os inibidores estão listados abaixo na tabela 2:

Inibidores da prática <i>lean</i>
Resistência dos funcionários à mudança
Estrutura de gestão hierárquica funcional
Erros humanos no processo de implantação
Implementação de múltiplos programas de melhorias
Desconhecimento das práticas
A origem na indústria

Tabela 2 - Inibidores da prática *Lean*

Cervone (2015) aponta que ainda existe muita resistência para a utilização dessas práticas devido a uma má compreensão sobre o serviço *lean* e ainda, pela existência de rumores de aplicações inadequadas. O autor destaca que o serviço *lean* é uma adaptação de um conceito criado no setor industrial e, portanto, há sutis aplicações das práticas e do conceito que são fundamentais para que a metodologia seja útil em um negócio baseado em serviços. O *lean* deve ser utilizado na lógica de um modelo de serviços e não no modelo industrial, mecanicista e simplista.

Além dos citados acima, Gupta, Sharma e Sunder (2016) também citam o desafio do medo existente nas instituições, raramente fundamentado, relacionado a uma impressão de que o *lean* poderia comprometer o serviço prestado e ao questionamento sobre quais impactos seriam causados pela identificação do desperdício e pela ineficiência.

2.2. PRÁTICAS DO SERVIÇO LEAN

Com base na literatura apresentada, a tabela 3 foi construída contendo a síntese das práticas do serviço *lean* mais encontradas, ordenadas por quantidade de citações e categorizadas pela autora em três classificações:

- 1) práticas de gestão: instrumentos gerenciais para se obter qualidade e produtividade;
- 2) práticas de fluxo: criam racionalidade no fluxo de valor para se ter uma entrega ágil ao cliente;
- 3) práticas de suporte: dialogam com as propostas fundamentais da filosofia *lean*, fazendo variedade de forma padronizada e com qualidade permanente.

Principais Práticas do Serviço Lean	Classificação	Fonte
Identificação de valor para o cliente	Práticas de Fluxo	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015); Gupta, Sharma e Sunder (2016)
Identificação e eliminação do desperdício	Práticas de Suporte	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015); Gupta, Sharma e Sunder (2016)
Modelo de fluxo	Práticas de Fluxo	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015)
Mapeamento do fluxo de valor no processo	Práticas de Fluxo	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015)
Realização de Melhoria contínua	Práticas de Suporte	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015); Gupta, Sharma e Sunder (2016)
Sistema <i>Pull</i>	Práticas de Fluxo	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015)
Padronização	Práticas de Suporte	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Empoderamento dos funcionários	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014); Cervone (2015)
Métricas de produtividade e qualidade combinadas	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski (2013); Cervone (2015)
Acompanhamento do Desempenho Operacional	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Equipes multifuncionais	Práticas de Suporte	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Disponibilização de tempo e recursos para trabalhar no projeto	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Envolvimento e cooperação do cliente	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
5Ss	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Equilíbrio e nivelamento do trabalho	Práticas de Suporte	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Acompanhamento do tempo de ciclo	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Qualidade total / defeito zero	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Visualização	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Envolvimento dos funcionários	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Comprometimento dos funcionários	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Criação de ambiente para mudança	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Treinamento	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013); Hadid e Mansouri (2014)
Relacionamento de longo prazo com os fornecedores	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Relatório em A3	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Automatização	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Formação de células de trabalho / grupos	Práticas de Suporte	Hadid e Mansouri (2014)
Mudança da disposição das instalações	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Kaizen Blitz (projetos de curto prazo para melhoria)	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Kanban (sistema de indicação de início da próxima atividade)	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Prova de erro/ <i>Poka-Yoke</i>	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Célula modelo / <i>roll out</i>	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Terceirização	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Ponto de uso para armazenamento	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Redesenho e revisão do Processo	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Círculos de qualidade	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Implantação das funções de qualidade	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Rápido <i>set up</i> do tempo	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Análise da causa raiz	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Segregação de Complexidade	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Auto inspeção	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Pequenos lotes	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Manutenção preventiva total	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Uso de novas tecnologias	Práticas de Fluxo	Hadid e Mansouri (2014)
Sistema de informação vertical	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Sistema de recompensa apropriado	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Sistema de comunicação efetivo	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Melhoria do espírito da equipe de trabalho	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Desenvolvimento de liderança	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Modificação de terminologia para adequar serviços	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Comprometimento gerencial	Práticas Gerenciais	Malmbrandt e Ahlstrom (2013)
Sistema de medição de desempenho	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Divulgação dos resultados de desempenho	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)
Apresentação das justificativas para a implementação das práticas	Práticas Gerenciais	Hadid e Mansouri (2014)

Tabela 3 - Principais Práticas do Serviço Lean

Outra forma de ver essas práticas consolidadas é através da figura 1, abaixo:



Figura 1 - Consolidação das Principais Práticas do Serviço *Lean* (adaptação da autora de As “fundações” e as “colunas” da construção *Lean* do Costa e Jardim, 2015)

A figura 1 é uma adaptação da autora deste trabalho e organiza as práticas do serviço *lean* que articulam uma arquitetura funcional revelada na filosofia *lean* originada no sistema Toyota de produção (COSTA E JARDIM, 2015). A metáfora da casa demonstra que tais ferramentas são como uma construção que permitem trazer vantagem competitiva para uma empresa.

A filosofia *lean* organiza o fluxo do processo com um pensamento na perspectiva do cliente e, ao mesmo tempo, também gerencia o tempo e as pessoas organizadamente para que realizem o trabalho de forma produtiva e com qualidade. Para que essas atividades sejam suportadas, isso é feito sem abrir mão da padronização, o que permite a eficiência, incluindo também a variedade e flexibilidade e a cultura de melhoria contínua, permitindo a manutenção da qualidade no serviço prestado. Sendo assim, é possível entregar valor para o cliente trazendo vantagem competitiva através de um serviço de qualidade realizado com produtividade.

3. MÉTODO DE PESQUISA

Este capítulo apresenta o método de pesquisa desenvolvido para este trabalho, cujo propósito é verificar como o pensamento *lean* pode contribuir para a melhora da oferta de valor de empresas de serviço que desejam gerar soluções educacionais capazes de preparar profissionais da saúde para o mundo contemporâneo de forma sustentável.

Nos tópicos a seguir, serão abordados: a tipologia, o universo do estudo, a coleta e o tratamento dos dados e as limitações do método utilizado.

3.1. TIPO DE PESQUISA

Para estabelecer a tipologia, foi considerada a taxonomia sugerida por Vergara (2011), que qualifica a pesquisa considerando dois critérios básicos: quanto aos fins e quanto aos meios.

a. Quanto aos fins:

A pesquisa pode ser classificada como exploratória por focar em um novo posicionamento da oferta de valor de um serviço. A busca é por uma compreensão sobre a possibilidade de realização dessa mudança. Por ter uma natureza de investigação, os resultados são hipóteses e não uma proposta de solução.

b. Quanto aos meios:

A pesquisa pode ser classificada como um estudo bibliográfico, de caso e de campo.

A classificação como bibliográfica se dá porque foi feita uma revisão da literatura sobre serviços *lean*, viabilizando a identificação e a análise de práticas que possam contribuir para o enriquecimento do pacote de valor referente a um serviço de educação na saúde.

A justificativa por ser um estudo de caso é devido à pesquisa conter uma descrição em profundidade, dentro de um contexto delimitado a um caso real de uma empresa.

Por fim, para se obter uma validação fundamentada em experiências reais, foram feitas entrevistas com consultores especialistas setoriais e clientes da empresa estudada, o que permitiu

uma análise baseada na experiência empírica dos mesmos. Tal fato justifica que a pesquisa seja, também, considerada como de campo.

3.2. UNIVERSO DO ESTUDO

Tendo em perspectiva o objetivo considerado e as possíveis contribuições do *lean*, citadas na literatura, para enriquecer o pacote de valor ofertado por uma empresa na área de serviços, decidiu-se organizar a pesquisa de campo em duas fases.

Na fase um, foi realizado um estudo aprofundado de uma situação real dentro de uma empresa de serviços em educação que opera no setor da saúde, o IBKL. A empresa cria soluções para a capacitação prática técnica e comportamental de profissionais da saúde das instituições brasileiras.

A escolha do IBKL para o estudo de caso deveu-se ao fato de ela ser uma empresa de serviços empreendedora, recém-criada (*startup*) e de ter buscado um modelo de disseminação do treinamento e capacitação profissional totalmente distinto do observado em uma empresa de muita expressão, que possui 16 (dezesesseis) anos de experiência no setor e atua na cidade do Rio de Janeiro, cujo nome será omitido e substituído então por “Empresa X”. O modelo da Empresa X, já estabelecido no mercado, era georreferenciado localmente, restringindo-se ao ensino em instalações próprias, não era escalável e, portanto, sua contribuição não permitia reduzir de forma substantiva um dos maiores problemas do setor da saúde, a qualificação profissional. Já o novo modelo de negócios adotado pela empresa estudada permite uma atuação em todo o mercado brasileiro. A seleção do caso para estudo foi ainda robustecida pelo fato de que tal empresa enfrenta, atualmente, o desafio de inovar um modelo de negócios, de fazer a entrega de um pacote de valor com base na expectativa e nas necessidades de seus clientes e de ter rentabilidade, ou seja, ela também tem a oportunidade de enriquecer seu pacote de valor e de ganhar vantagem competitiva a partir dos resultados da pesquisa. E, finalmente, contribuiu também para a decisão a facilidade de acesso aos dados e informações estratégicas do IBKL, por ser o local de trabalho da autora, e a experiência obtida na Empresa X.

O estudo de caso refere-se apenas ao IBKL, porém, as informações obtidas na empresa trazem algumas informações operacionais e de mercado da Empresa X já que o IBKL surgiu por meio dessa empresa.

O aprofundamento do estudo de caso do IBKL possibilitou estruturar uma pesquisa de campo com especialistas de gestão da área da saúde e de operações. A partir de todas as informações coletadas, tanto no aprofundamento do estudo de caso quanto na organização dos dados obtidos nas entrevistas, foi possível identificar, de forma qualitativa, lacunas com caminhos e oportunidades para o enriquecimento do pacote de oferta de valor para um serviço de educação na saúde. Além disso, tais oportunidades encontradas foram analisadas à luz da teoria pesquisada e organizadas de forma a estarem relacionadas aos elementos do pensamento *lean*. Isso possibilitou a reflexão de como o *lean* pode contribuir para aumentar o valor percebido pelo cliente na prestação de serviço, objeto de estudo deste trabalho.

3.3. COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

Neste item, serão detalhadas as diferentes formas utilizadas para a coleta de dados, necessárias para atingir o objetivo deste estudo. A utilização de várias fontes de evidências é defendida por Yin (2001) como forma de triangulação, gerando fundamentação lógica para a pesquisa e contribuindo para validá-la, já que permite obter diferentes perspectivas. O autor defende ainda que tal estratégia é vantajosa em relação a outras estratégias de pesquisa limitadas, como, por exemplo, experimentos e pesquisas históricas.

O método de coleta de dados proposto consiste nos seguintes passos:

1. realização de uma revisão em publicações de serviços *lean* em uma referenciada base de dados chamada *Emerald Insight*, utilizando as palavras-chave “*lean service*” e “*lean management*” e selecionando para a análise as publicações mais relevantes e recentes de cada busca que continham as palavras-chave em seu título;
2. levantamento de informações sobre a experiência obtida pelo IBKL na Empresa X para estudo dos processos e modelo do negócio, possibilitando a identificação de potenciais problemas oportunos para melhoria;

3. detalhamento do modelo de negócios criado pelo IBKL como forma de melhoria do modelo adotado pela empresa X; e
4. realização de entrevistas pessoais por pauta com executivos-chave, entre clientes do IBKL e consultores de gestão dos setores da saúde e de operações, nas quais foram explorados pontos de complexidade para análise crítica da proposta final criada.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 15 de setembro e 6 de outubro de 2016, com duração média de uma hora, no local e conveniência do entrevistado. O número de entrevistas realizadas foi delimitado em nove entrevistas específicas com oito entrevistados do setor da saúde e um da área de gestão de operações. A seleção dos profissionais para as entrevistas foi feita de forma intencional. Um representante do setor sugeriu nomes com grande e reconhecida experiência pessoal e profissional nos setores que representam e no assunto pesquisado. Além disso, também foram selecionados todos os clientes existentes no IBKL até o momento da pesquisa. Tal formato permitiu uma grande contribuição para os resultados obtidos no trabalho em questão.

Assim, foram contatados e ouvidos os seguintes profissionais da área da saúde:

1) Dr. Yussif Ali Mere Jr.

Presidente do Sindicato dos hospitais de São Paulo (SINDHOSP)

Presidente da Federação dos Hospitais do Estado de São Paulo (FEHOESP)

2) Dra. Martha Oliveira

Diretora de desenvolvimento setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

3) Dr. Sergio Cortes

Ex-secretário de saúde do Estado do Rio de Janeiro

Diretor executivo da Rede D'or

4) Dr. Francisco Balestrin

Presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)

5) Mario Kossatz

Diretor executivo do Grupo Pronep – Empresa de Medicina domiciliar

6) Dra. Cândice Vasconcelos

Diretora executiva médica da Rio Saúde – Empresa Pública Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

7) Marcelo Dibo

Diretor Executivo do Grupo Badim – Unidades Hospitalares do Rio de Janeiro

8) Dr. José Maria de Andrade Lopes

Presidente do Grupo Perinatal – Unidades Hospitalares do Rio de Janeiro

Da área de gestão operacional, foi contatado e entrevistado o seguinte profissional:

1) Eduardo Galvão Moura Jardim – Especialista em gestão no setor de operações:

Professor da UFRJ-Escola Politécnica – Departamento de Engenharia Industrial

Coordenador da Trilha – Empresa de gestão e estratégia operacional

O levantamento de informações advindas do estudo de caso trouxe elementos para as análises e conclusões do trabalho e também contribuiu para a elaboração do roteiro de entrevistas utilizado.

Considerando as características desses dois tipos de entrevistados, foram criados dois roteiros, validados pelo orientador de pesquisa, com perguntas abertas para a realização das entrevistas. Um roteiro foi utilizado para os entrevistados da área da saúde e o outro para o entrevistado da área de operação, conforme disponíveis nos anexos 1 e 2, respectivamente. A

entrevista com o especialista de gestão operacional foi propositalmente realizada no final do período de entrevistas, a fim de possibilitar a extração de informações obtidas nas demais entrevistas para a elaboração de um roteiro mais robusto e eficiente, direcionado às questões observadas. Além disso, as entrevistas foram feitas por pauta, o que, segundo Vergara (2011), permite maior profundidade, uma vez que vários pontos são agendados para serem explorados durante a entrevista. O roteiro foi seguido em todas as entrevistas, porém, em algumas, seguido de uma forma mais fiel e, em outras, com algumas adaptações, como alterações na sequência das questões ou questionamentos que surgiram dependendo do decorrer da conversa com a pessoa entrevistada.

Na fase de tratamento de dados, o material recolhido nas entrevistas foi transcrito. Após isso, foi realizada uma análise qualitativa sobre as narrativas dos entrevistados, no sentido de identificar núcleos de discurso comuns a todos eles.

Através de um processo de tentativas sucessivas chegou-se a um modelo contendo sete núcleos. São eles:

- 1- Qualidade do profissional da saúde
- 2- Necessidade e benefícios da capacitação do profissional da saúde
- 3- Responsabilidade de investimento no treinamento dos profissionais
- 4- Obstáculos e desafios para o treinamento do profissional da saúde
- 5- O modelo ideal para o treinamento do profissional da saúde
- 6- Valor para uma instituição de saúde
- 7- Avaliação e sugestões ao modelo de negócios apresentado – o IBKL

A partir de todas as informações coletadas, tanto no levantamento de dados do estudo de caso quanto na organização dos dados obtidos nas entrevistas, foi possível identificar, de forma qualitativa, oportunidades que enriquecem o pacote de oferta de valor para um serviço de educação na saúde. Além disso, tais oportunidades foram analisadas à luz da teoria e organizadas, de forma a estabelecer uma relação entre elas e o serviço *lean*, o que possibilitou a identificação

de como o *lean* pode contribuir para o aumento de valor percebido pelo cliente na prestação de serviço, objeto de estudo deste trabalho.

3.4. LIMITAÇÃO DO MÉTODO

Em primeiro lugar, o método escolhido para este trabalho apresenta restrições em relação à coleta e à organização dos dados, principalmente, em função da limitação do tempo disponível para a sua realização. Em função disso, foi feito um corte temporal restringindo a revisão bibliográfica.

Vale mencionar as limitações da organização de dados do estudo de caso escolhido, visto que, no momento atual, a *startup* ainda se encontra em fase de amadurecimento, impedindo uma análise mais profunda do impacto do serviço no cliente. Além disso, também há uma limitação nos dados referentes à Empresa X por serem confidenciais. Em função disso, é preciso ressaltar que as informações são de caráter ilustrativo, visto que sofreram tratamento através de um fator multiplicador.

Por fim, há entrevistados que não autorizaram a publicação, em seu nome, das informações da entrevista realizada e, portanto, a identificação das respostas foi relacionada a respondentes anônimos.

4. ESTUDO DE CASO - O IBKL

4.1. HISTÓRIA

Para conhecer a história do IBKL, é preciso compreender onde surgiu a inspiração para o seu modelo de negócio, que busca se desviar do modelo adotado pela Empresa X, já citada no capítulo de introdução. A Empresa X é uma empresa brasileira com 16 anos de experiência em realização de capacitação prática, técnica e comportamental com método de simulação da realidade para profissionais da saúde. Ela pertence a um grupo empresarial distribuidor de produtos médicos e hospitalares, e nasceu e foi mantida estrategicamente como verba de marketing desse grupo. O objetivo do investimento era capitalizar mais clientes através da oferta de um serviço adicional posicionado no estado da arte em treinamento e tecnologia.

Diante disso, a empresa trouxe para o Brasil o primeiro simulador real de pacientes do país. Foi essa ferramenta que possibilitou a introdução, no Brasil, de programas de treinamentos de forma prática e diferenciada. Esse simulador é um robô que contém sofisticados modelos matemáticos de fisiologia e farmacologia que, por meio dos parâmetros iniciais estabelecidos para cada cenário clínico, reage a todos os procedimentos médico/terapêuticos, de forma autônoma e fiel à realidade, e pode, inclusive, em situações extremas, apresentar morte clínica. O simulador também interage com todos os equipamentos médicos sem intermédio de terceiros, exatamente como um paciente humano. Além disso, a empresa buscou certificação de seu método de ensino na universidade de Harvard que, na ocasião, já era uma referência na utilização da simulação com uso da tecnologia robótica. Assim, aprendeu a trabalhar com treinamento prático baseado na simulação da realidade e a desenvolver conteúdo acadêmico e começou a realizar treinamentos práticos para profissionais da saúde, utilizando seus equipamentos médicos nos cenários de simulação.

A empresa desenvolveu diversos cursos e criou um portfólio de conteúdo que abrangia a maioria das áreas da saúde. A finalidade dos cursos é a aquisição de conhecimento, habilidades e competências comportamentais por meio de treinamento prático das habilidades mecânicas somado à utilização de metodologia de simulação realística.

Para isso, foi montada uma estrutura com mais de 800 (oitocentos) m² com cenários simulando áreas hospitalares e ambientes pré-hospitalares, como uma área de rua com acidente de carro e uma comunidade com um desabamento de difícil acesso. Além disso, para conseguir tornar realidade seu projeto, a empresa X montou e capacitou uma equipe de treinamento composta por instrutores profissionais da saúde, atores, para tornar os cenários ainda mais reais, uma vez que interagem assumindo papéis nos cenários clínicos desenvolvidos e atuam como equipe do hospital, familiares do paciente ou até mesmo o próprio paciente. Além disso, a equipe também era composta por profissionais técnicos e operacionais que controlavam os robôs durante os treinamentos e realizavam sua manutenção, criavam e montavam os cenários, de acordo com o roteiro do curso desenhado e o objetivo a ser atingido, e realizavam as maquiagens artísticas necessárias para oferecer aos manequins, aos robôs e aos atores, junto com o restante do cenário, aspectos reais como, por exemplo, simulação de sangue respingando e de feridas profundas com secreções, conforme mostram as fotos dos cursos disponíveis no anexo 3. Uma área científica composta por profissionais da saúde com experiência em simulação também foi criada para o desenvolvimento do conteúdo acadêmico e do roteiro final do curso, a realização do controle de qualidade dos cursos e o acompanhamento do aluno e de sua evolução ao longo do seu processo de aprendizado. Uma verdadeira Disneylândia da saúde com embasamento técnico direcionado por profissionais da área.

Foi dentro desse contexto, que a empresa X se transformou em uma empresa que capacita todos os tipos de profissionais da saúde para atuarem, na prática, da forma mais adequada possível, de acordo com os protocolos brasileiros e internacionais de boas práticas. Foi desenvolvido um grande acervo de cenários clínicos testados e validados com formato exclusivo para tipos específicos de profissionais e para o treinamento de equipe multidisciplinar, envolvendo enfermeiros e médicos. Isso para simular sua rotina de trabalho, desde o atendimento básico até complexidades dentro de uma UTI – tal como dar uma notícia difícil – para que todos possam entender e executar com qualidade o seu papel, criar lideranças, se comportar diante de situações críticas e complexas e tomar a decisão correta em um período curto de tempo, muitas vezes segundos, que podem decidir a vida de outra pessoa.

Além disso, a empresa realiza uma análise de evolução dos alunos de cada turma realizada. Isso é feito por meio de pré-teste e pós-teste, no qual é medido o nível de conhecimento

antes e depois do curso realizado pelo aluno. O relatório gerado contém as informações sobre a nota, a aprovação e a evolução por aluno na turma específica e as informações gerais da média da turma. São relatórios pontuais e não é feito um acompanhamento do desempenho aluno caso participe de diversos programas de treinamento.

Apesar de toda a excelente estrutura montada, a grande preocupação com a qualidade dos cursos realizados e a ótima reputação no mercado, a Empresa X é mantida pelo seu grupo como estratégia de marketing, mas não é auto sustentável e não sobreviveria fora desse contexto.

Diante da crença de estar de estar diante de um negócio inovador com um tema extremamente necessário no Brasil, a empresa buscou executivos com experiência e conhecimento no setor para vivenciar a experiência da Empresa X e participar e criar um modelo de negócios estratégico e rentável que atendesse à real necessidade desse mercado.

A partir da visão desses executivos, dissidentes da Empresa X, foi criada uma nova empresa com um foco diferente, uma nova estrutura e um novo produto, o IBKL.

4.2. LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE DADOS DA EMPRESA X

Segundo a Confederação Nacional da Saúde (2016), existem no Brasil 6.697 (seis mil seiscentos e noventa e sete) hospitais, sendo 70% (setenta por cento) desses privados e 1.868.644 (um milhão, oitocentos e sessenta e oito mil e seiscentos e quarenta e quatro) profissionais entre médicos e outros profissionais da saúde. Apesar da existência de um potencial mercado, a empresa operava a 15% (quinze por cento) da sua capacidade. O principal cliente da instituição era o corporativo, empresas como clínicas e hospitais, apesar de os cursos também serem vendidos para o varejo. Entretanto, além de ter uma representação baixa no faturamento da empresa, a maioria dos cursos abertos ao varejo era cancelada ou remarcada por não atingir o número mínimo de alunos.

Outro fator observado era a dificuldade da empresa em reter seus clientes corporativos na prestação de serviço continuada, pois existiam clientes recorrentes, mas a maioria realizava treinamentos de forma pontual. Foram disponibilizados os dados dos anos de 2014 e 2015. Nesse período, houve 56 (cinquenta e seis) diferentes empresas contratantes, realizando um total de 701 (setecentas e uma) turmas, das quais 43% (quarenta e três por cento) estavam representadas por

apenas duas empresas, conforme tabela 4. Considerando essa amostra, uma empresa tem, aproximadamente, uma média de uma turma realizada a cada dois meses (0,52 turmas ao mês), como pode ser visto na tabela 5.

Clientes	Quantidade de Turmas em 24 meses	Média Quantidade Turmas por Mês	Representatividade	Clientes	Quantidade de Turmas em 24 meses	Média Quantidade Turmas por Mês	Representatividade
Empresa 1	167	6,96	24%	Empresa 29	3	0,13	0%
Empresa 2	137	5,71	20%	Empresa 30	2	0,08	0%
Empresa 3	50	2,08	7%	Empresa 31	2	0,08	0%
Empresa 4	47	1,96	7%	Empresa 32	2	0,08	0%
Empresa 5	33	1,38	5%	Empresa 33	2	0,08	0%
Empresa 6	26	1,08	4%	Empresa 34	2	0,08	0%
Empresa 7	24	1,00	3%	Empresa 35	2	0,08	0%
Empresa 8	24	1,00	3%	Empresa 36	2	0,08	0%
Empresa 9	23	0,96	3%	Empresa 37	2	0,08	0%
Empresa 10	18	0,75	3%	Empresa 38	2	0,08	0%
Empresa 11	17	0,71	2%	Empresa 39	2	0,08	0%
Empresa 12	10	0,42	1%	Empresa 40	2	0,08	0%
Empresa 13	7	0,29	1%	Empresa 41	2	0,08	0%
Empresa 14	6	0,25	1%	Empresa 42	2	0,08	0%
Empresa 15	6	0,25	1%	Empresa 43	2	0,08	0%
Empresa 16	6	0,25	1%	Empresa 44	2	0,08	0%
Empresa 17	5	0,21	1%	Empresa 45	2	0,08	0%
Empresa 18	5	0,21	1%	Empresa 46	2	0,08	0%
Empresa 19	5	0,21	1%	Empresa 47	2	0,08	0%
Empresa 20	5	0,21	1%	Empresa 48	2	0,08	0%
Empresa 21	5	0,21	1%	Empresa 49	2	0,08	0%
Empresa 22	4	0,17	1%	Empresa 50	2	0,08	0%
Empresa 23	3	0,13	0%	Empresa 51	2	0,08	0%
Empresa 24	3	0,13	0%	Empresa 52	2	0,08	0%
Empresa 25	3	0,13	0%	Empresa 53	1	0,04	0%
Empresa 26	3	0,13	0%	Empresa 54	1	0,04	0%
Empresa 27	3	0,13	0%	Empresa 55	1	0,04	0%
Empresa 28	3	0,13	0%	Empresa 56	1	0,04	0%
				Total	701	-	-

Tabela 4 – Média mensal da quantidade de turmas realizadas por empresa e a representatividade para cada cliente de 2014 a 2015

Média da quantidade de turmas por empresa em 24 meses	12,52
Média mensal da quantidade de turmas por empresa	0,52

Tabela 5 - Média total da quantidade de turmas realizadas por empresas de 2014 a 2015

Na tabela 6, pode ser observado o resultado da retirada das duas empresas de maior representação do número de turmas realizadas apresentado na tabela 4. Considerando essa amostra, o intervalo médio para realização de uma nova turma aumenta para quatro meses (0,31 turmas ao mês). Ou seja, uma média de uma turma realizada a cada quatro meses para cada empresa, como pode ser visto na tabela 7.

Clientes	Quantidade de cursos em 24 meses	Média Quantidade Cursos por Mês	Clientes	Quantidade de cursos em 24 meses	Média Quantidade Cursos por Mês
Empresa 3	50	2,08	Empresa 30	2	0,08
Empresa 4	47	1,96	Empresa 31	2	0,08
Empresa 5	33	1,38	Empresa 32	2	0,08
Empresa 6	26	1,08	Empresa 33	2	0,08
Empresa 7	24	1,00	Empresa 34	2	0,08
Empresa 8	24	1,00	Empresa 35	2	0,08
Empresa 9	23	0,96	Empresa 36	2	0,08
Empresa 10	18	0,75	Empresa 37	2	0,08
Empresa 11	17	0,71	Empresa 38	2	0,08
Empresa 12	10	0,42	Empresa 39	2	0,08
Empresa 13	7	0,29	Empresa 40	2	0,08
Empresa 14	6	0,25	Empresa 41	2	0,08
Empresa 15	6	0,25	Empresa 42	2	0,08
Empresa 16	6	0,25	Empresa 43	2	0,08
Empresa 17	5	0,21	Empresa 44	2	0,08
Empresa 18	5	0,21	Empresa 45	2	0,08
Empresa 19	5	0,21	Empresa 46	2	0,08
Empresa 20	5	0,21	Empresa 47	2	0,08
Empresa 21	5	0,21	Empresa 48	2	0,08
Empresa 22	4	0,17	Empresa 49	2	0,08
Empresa 23	3	0,13	Empresa 50	2	0,08
Empresa 24	3	0,13	Empresa 51	2	0,08
Empresa 25	3	0,13	Empresa 52	2	0,08
Empresa 26	3	0,13	Empresa 53	1	0,04
Empresa 27	3	0,13	Empresa 54	1	0,04
Empresa 28	3	0,13	Empresa 55	1	0,04
Empresa 29	3	0,13	Empresa 56	1	0,04
			Total	397	-

Tabela 6 – Média mensal da quantidade de turmas realizadas pelas empresas menos representativas de 2014 a 2015

Média da quantidade de turmas por empresa em 24 meses	7,35
Média mensal da quantidade de turmas por empresa	0,31

Tabela 7 - Média total da quantidade de turmas realizadas por empresas menos representativas de 2014 a 2015

Em uma análise da composição dos custos para a realização de uma turma, verificou-se que os custos mais impactantes são os referentes à infraestrutura fixa utilizada e à equipe de aula alocada para cada curso. Tais custos representam 90% (noventa por cento) do custo total de uma turma e, por serem altos, inviabilizam o trabalho com preços mais atrativos e o acesso a clientes mais sensíveis a essa variável.

Para que seja possível ilustrar, foi feita uma simulação de quanto um cliente gastaria em média, caso desejasse realizar um programa de educação continuada na instituição. Cada curso tem, no mínimo, 8 (oito) horas e uma limitação de, no máximo, 24 (vinte e quatro) alunos. O valor não é cobrado por aluno e sim por turma, uma vez que os custos envolvidos em um curso não são proporcionais ao número de alunos, mas sim às horas de treinamento. O valor por hora mais barato para a realização de uma turma é de R\$500,00 (quinhentos reais) e, visando otimização dos treinamentos e do investimento que o cliente faria, foi considerado um programa de treinamento com carga horária de 24 (vinte e quatro) horas por mês, 3 (três) turmas de 8 (oito) horas com 24 (vinte e quatro) pessoas cada, utilizando o preço por hora da turma mais barata, R\$500,00 (quinhentos reais). Isso resultaria em um total de 72 (setenta e duas) pessoas treinadas por R\$ 12.000,00 ao mês (doze mil reais).

Dando continuidade à simulação, considerou-se a quantidade de hospitais, médicos e demais profissionais da saúde informados pela Confederação Nacional da Saúde (2016). Supondo também que todos esses profissionais estejam alocados em hospitais e que eles não trabalhem em mais de um hospital, é possível chegar a uma média aproximada de 279 (duzentos e setenta e nove) profissionais por hospital. Diante disso, partindo de todas as premissas acima e da possibilidade de um hospital realizar um treinamento de educação continuada para toda a sua equipe com foco em otimização dos treinamentos e do investimento a ser feito, seria necessário que esse treinamento fosse realizado com 12 (doze) turmas (utilizando o limite de 24 – vinte e quatro – profissionais por turma) de 8 (oito) horas, ou seja, um investimento de R\$48.000,00 (quarenta e oito mil reais) ao mês, R\$576.000,00 (quinhentos e setenta e seis mil reais) ao ano, limitados apenas aos cursos com valor por hora mais barato.

Outro fator notado é o elevado índice de absenteísmo nos cursos realizados por clientes corporativos, uma média de 33% (trinta e três por cento) de faltas por turma realizada, em torno de 8 (oito) alunos faltantes para cada 24 (vinte e quatro) matriculados. As faltas ocorrem principalmente nos cursos com mais de um dia de duração, a média de faltas sobe para 45% (quarenta e cinco por cento) nesse tipo de curso, em torno de 11 (onze) alunos faltantes para cada 24 (vinte e quatro) matriculados.

Foi relatado pela equipe da secretaria um grande número de justificativas de falta, entre os alunos das turmas corporativas, devido aos alunos terem tido dificuldade de se liberar do

plantão do hospital durante o período do curso ou ainda, ao dia da turma agendada ser incompatível com o dia de trabalho do aluno no hospital, visto que as turmas são compostas por profissionais que trabalham em dias diferentes no hospital contratante.

Apesar da estrutura tecnológica sofisticada, a área técnica consegue desenvolver cursos menos sofisticados, mas com o mesmo objetivo pedagógico de quase todo o portfólio, utilizando um conjunto de equipamentos mais baratos, como manequins eletrônicos e excluindo a necessidade de utilizar o simulador real de pacientes. O simulador real de paciente é um produto muito sofisticado e complexo e demanda uma equipe técnica e operacional dedicada apenas à sua utilização e manutenção, ou seja, existe a possibilidade de realizar cursos com menor alocação de custos.

A estrutura local foi desenhada para abordar o estado da arte de treinamento e para ser uma área de showroom com muitos cenários montados, destinados à visualização das possibilidades de utilização e até mesmo de contratação. Para isso, foram utilizados os 800m² (oitocentos metros quadrados) com estruturas e cenários de treinamento dinâmicos e de fácil mobilidade, exatamente para atender a uma infinidade de cursos. A estrutura mínima necessária para a realização de um curso com 30 (trinta) pessoas (quantidade média de alunos na turma) são 30m² (trinta metros quadrados). Quanto menor a estrutura, mais multiuso será a sala, ou seja, ela poderá ser utilizada de diversas formas, sendo necessário um tempo médio de espera de 15 (quinze) minutos para a sua montagem.

Apesar de a empresa oferecer ao cliente contratante o relatório de evolução da turma realizada, ela não tem recursos tecnológicos para fazer o acompanhamento dos alunos ou das empresas caso esses sejam recorrentes. Ou seja, os relatórios são um retrato de cada treinamento pontualmente e não é possível ter uma visão por período para o caso de empresas que realizam treinamento continuado.

4.3. O IBKL

Foi criada a *startup* IBKL com o objetivo de gerar soluções educacionais para seus clientes, possibilitando a capacitação prática, técnica e comportamental dos profissionais da saúde através da simulação da realidade. O modelo de negócios construído consiste em um

serviço mensal por assinatura, chamado Medflix, para as instituições de saúde e de ensino superior. No serviço contratado, o cliente pode acessar todo o portfólio de cursos atualizado, sem nenhuma limitação, e realizar quantos cursos quiser e na hora quiser. Ele também tem acesso a um programa de educação continuada criado para atender suas necessidades específicas, ao acompanhamento do desempenho obtido com os treinamentos e ao diagnóstico constante das suas necessidades. Todos os cursos têm carga horária variando entre duas e quatro horas. Entre outros aspectos, se diferencia do serviço da Empresa X por oferecer gestão educacional, disponibilizar uma plataforma online de gestão e realizar qualquer curso do portfólio IBKL de forma ilimitada, ministrado por profissionais da equipe do cliente, formados, certificados e acompanhados pelo IBKL, em um centro de treinamento localizado dentro das instalações do cliente, que constrói sua própria estrutura física, sob a indicação do IBKL na aquisição dos equipamentos específicos de cada curso.

Foi realizada uma segmentação dos clientes por características, necessidades e área de atuação – como, por exemplo, maternidade, hospital geral e instituição de ensino – e foram criadas categorias para cada segmento. Seguindo a mesma lógica, o portfólio de cursos também (portfólio MedFlix) foi categorizado.

A segmentação e a elaboração do portfólio foram feitas por uma área chamada “soluções educacionais”, que é composta por profissionais da saúde com experiência nas áreas de gestão e qualidade de hospitais e instituições de ensino. Principalmente por se tratar de uma *startup*, na qual o produto ainda não pode ser testado por completo, tanto a segmentação como o portfólio criados estão em contínuo processo de mudança, realizado de acordo com os comentários e as necessidades importantes percebidas em reunião com potenciais clientes.

Os cursos são realizados em um centro de treinamento construído e equipado pelo cliente. Para adquirir a infraestrutura necessária à realização dos cursos do portfólio do Medflix, foi criada, para cada categoria de cliente, uma lista com o detalhamento da infraestrutura específica. A estrutura de um laboratório, por exemplo, não é a mesma de uma maternidade e, por isso, não há necessidade de investir em uma estrutura de treinamento que atenda a todas as áreas a não ser que seja da vontade do cliente. Além disso, o cliente recebe uma planta padrão preparada por uma arquiteta do IBKL e adaptada ao espaço onde será o centro de treinamento, com todas as medidas e detalhamentos essenciais para se providenciar, caso seja necessário, a

obra e a compra do mobiliário. Outro fator importante é que, levando em consideração a disponibilidade de espaço do cliente para a criação do centro de treinamento, toda a estrutura foi projetada para funcionar dentro de 30m² (trinta metros quadrados), podendo ser maior caso o cliente deseje.

Caso o portfólio se altere, os equipamentos precisam ser revisados seguindo essa lógica e, se for o caso, incorporados. Por ter um grande impacto, qualquer alteração de portfólio é avaliada de forma minuciosa e apenas absorvida se realmente for necessária e tiver um grande diferencial de valor agregado. Essas são tarefas definidas dentro do escopo e processo da área de soluções educacionais.

A escolha dos equipamentos para cada categoria de cliente não tem como foco o estado da arte, ela se limita a atender as necessidades e objetivos pedagógicos de cada categoria de portfólio. Isso permitiu a seleção de equipamentos que demandam um investimento consideravelmente menor quando comparados a equipamentos mais completos e sofisticados. Além disso, o IBKL transformou um dos maiores fornecedores de equipamentos do mundo em seu parceiro, de forma que o cliente da *startup* continua a ter liberdade de escolher o fornecedor que desejar, porém, caso opte por esse fornecedor, terá preços e condições de pagamento diferenciadas. Um conjunto completo de equipamentos custa, em média, por categoria, R\$160.000,00 (cento e sessenta mil reais), podendo ser pago em 24 (vinte e quatro) vezes, ou seja, cada parcela custa em torno de R\$6.667,00 (seis mil, seiscentos e sessenta e sete reais).

Assim como a infraestrutura, os instrutores multiplicadores que ministram os cursos também pertencem ao quadro de colaboradores do cliente. Após o serviço ser contratado, eles são selecionados e capacitados pelo IBKL para isso. Normalmente, uma instituição de saúde possui uma área de educação continuada e, por isso, a empresa acredita que esse formato seja a melhor solução. O instrutor formado recebe um manual com todo o passo a passo e detalhamento das informações, além de ter disponível uma área de gestão operacional para ajudá-lo e acompanhá-lo com todas as dúvidas e dificuldades encontradas. Independentemente da solicitação do instrutor, o seu acompanhamento é realizado pela empresa para garantir que o padrão de qualidade de instrução IBKL seja mantido e, se for o caso, reorientá-lo no que for necessário.

Uma medida tomada foi a padronização de todo o material utilizado nos cursos pelos multiplicadores e pelos alunos. Na percepção da empresa, isso permite que qualquer pessoa possa

executar o programa, respeitando os padrões estabelecidos e sem necessidade de inspeção, o que minimiza o risco de perder a qualidade e a metodologia estabelecidas pelo IBKL.

Foi desenvolvida, em parceria com uma empresa de tecnologia focada em educação, uma plataforma online para gestão acadêmica que possibilita a realização dos cursos à distância, na estrutura de treinamento situada no cliente. Através da plataforma IBKL é possível realizar toda a operação envolvida na gestão e no acompanhamento acadêmico. O acesso é realizado pela área de gestão operacional do IBKL, pelos multiplicadores, pelos alunos e pelos gestores e equipe de educação continuada do cliente. Na plataforma, os multiplicadores acessam todo o material de aula e conteúdo para estudo, criam turmas, selecionam os alunos que desejam matricular, lançam a nota das provas práticas, indicam presença e acompanham resultados e desempenho, tanto próprios quanto dos alunos. Os alunos são convocados para os cursos por e-mail enviado pela plataforma e, ao acessarem o sistema, visualizam a informação das turmas em que estão matriculados, acessam o material de aula, realizam as provas teóricas online, avaliam os instrutores, acompanham seu desempenho acadêmico e acessam os certificados dos cursos realizados com aprovação. Os gestores e a equipe de educação continuada do cliente conseguem avaliar e acompanhar se os cursos estão sendo realizados dentro do planejado e se a equipe selecionada para receber o treinamento está sendo realmente treinada, além de acompanhar o desempenho geral e acessarem relatórios de gestão. Em paralelo, a equipe de gestão operacional IBKL realiza todo o acompanhamento de desempenho dos clientes para tomar as medidas e realizar as intervenções necessárias, seja junto ao cliente ou à área de soluções educacionais. As análises realizadas através da plataforma IBKL permitem avaliar e comparar o desempenho dos profissionais por setor, categoria profissional, unidade e durante o período que desejar, em um assunto específico ou de uma forma geral. E ainda é possível identificar quais profissionais, áreas, setores ou unidades já passaram por treinamento ou precisam ser treinadas. Isso possibilita uma análise de desempenho contínua e mais detalhada, permitindo que o cliente avalie o comportamento não só da equipe como um todo, mas por cada tipo de característica e ainda faça comparativos para conhecer e entender as suas reais demandas de forma mais precisa.

Quando o Medflix é adquirido, o cliente passa por dois processos para que o serviço seja prestado: a implantação e a execução operacional. São várias etapas que muitas vezes acontecem em paralelo. O processo de implantação é composto pelas seguintes etapas:

1) Categorização do cliente

É realizada a identificação das características principais do cliente para aloca-lo em uma categoria.

2) Infraestrutura

O IBKL realiza um inventário dos equipamentos já existentes no cliente, caso haja, e então define uma lista de equipamentos necessários para que o cliente possa realizar a cotação e compra. Além disso, o cliente recebe a visita da arquiteta da empresa para conhecer a área de treinamento e tirar as medidas para a planta do centro de treinamento.

3) Criação do programa de educação continuada em simulação (PES)

O cliente responde a um questionário detalhado para que sejam identificadas suas principais características e demandas para a criação de um plano preliminar. Após essa etapa, ele participa de reuniões técnicas para a construção e a definição, em conjunto, de um diagnóstico das necessidades de treinamento, das áreas e dos profissionais que precisam ser treinados, da disponibilidade de treinamento e das prioridades. Dessa forma, é montado o PES do cliente com a cronologia e os cursos a serem realizados por cada equipe e a quantidade semanal necessária de cada treinamento para se atingir a meta almejada.

4) Processo seletivo e capacitação dos instrutores multiplicadores:

É realizado um processo seletivo com a equipe do cliente para que as pessoas escolhidas passem pelo processo de capacitação e se transformem em instrutores multiplicadores IBKL. Durante o curso de instrutor, o candidato é ensinado a lecionar utilizando a metodologia IBKL, conhecendo todo o material e as ferramentas que serão necessárias à rotina dos treinamentos. A escolha do profissional é feita pelo critério de experiência, conhecimento de conteúdo e capacidade de reprodução de conhecimento para terceiros.

5) Plano de Comunicação

É entregue ao cliente um plano de comunicação para que ele possa divulgar em sua instituição o novo plano de educação continuada e engajar a equipe que irá participar. O plano de comunicação pode se estender ao longo do processo de execução operacional, caso seja identificado necessidades de comunicação e engajamento por motivos diversos. Um exemplo disso é um hospital ter como objetivo melhorar o atendimento obstétrico em sua emergência, porém o aluno, por ser de outra especialidade, como clínica geral, entender não ser necessária a

sua presença nos cursos de emergência obstétrica e, por isso, não comparecer, mesmo sendo convocado. A empresa acredita que a falha de comunicação é um importante motivador para a descontinuidade e o fracasso de um projeto de educação continuada.

6) Parametrização da plataforma IBKL para acesso do cliente.

Para que o programa de treinamento seja executado, é necessário criar a área do cliente na plataforma IBKL e realizar o cadastramento de todos os usuários, incluindo toda a equipe que será futuramente treinada e os instrutores multiplicadores, e de suas características como setor, categoria profissional e unidade. Isso possibilita uma análise de desempenho contínua mais detalhada, permitindo que o cliente avalie o comportamento não só da equipe como um todo, mas por cada característica cadastrada e ainda faça comparativos para conhecer e entender as suas reais demandas de forma mais precisa.

O processo de execução operacional é composto pelas seguintes etapas:

1) Acompanhamento dos alunos

Acompanhamento constante do desempenho e evolução dos alunos e do atingimento das metas de treinamento definidas no PES. Isso permite a realização de novos diagnósticos e o redirecionamento das novas demandas e prioridades de treinamento, ou seja, a revisão constante do PES de acordo com as necessidades do cliente. Um exemplo disso é o PES ser estruturado para uma determinada evolução dos alunos nos assuntos abordados, porém, por uma questão de subestimação ou superestimação, o PES precisar ser adaptado ou, ainda, o cliente precisar realizar algumas modificações nas prioridades devido a uma mudança de estratégia, entre outros.

2) Acompanhamento dos instrutores

Acompanhamento do desempenho dos instrutores através da avaliação realizada pelos alunos e pelo desempenho dos alunos dos instrutores;

3) Gestão de Processos, barreiras e melhorias

Gestão e acompanhamento dos processos e da qualidade através do acompanhamento do fluxo do processo e da interface estreita com o cliente para identificação das dificuldades e adaptação do serviço com as possíveis melhorias.

Existe um atendimento direto ao cliente para identificação das principais barreiras e dificuldades encontradas pelos usuários por não chegarem a alguma etapa do processo ou meta estabelecida. Dessa forma, o problema pode ser conduzido pela área operacional ou direcionado

para a área da empresa que melhor resolverá o problema, podendo ser, por exemplo, uma questão de comunicação ou de adaptação ou melhoria do PES. A área operacional realiza um mapeamento das barreiras e dificuldades encontradas para que isso seja um direcionador de realização de melhoria no processo que impacta todos os clientes.

5. PESQUISA DE CAMPO

Nesse capítulo, serão expostos os resultados das entrevistas realizadas com os nove entrevistados. Os resultados foram agrupados em sete blocos com o objetivo de melhor estruturar as informações obtidas para a realização da análise e o confronto com a teoria do assunto. Cada bloco representa a consolidação de um problema identificado ao longo das entrevistas.

5.1. QUALIDADE DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

De acordo com os relatos dos entrevistados, é possível identificar uma unanimidade na opinião sobre a qualidade dos profissionais de saúde. Existe uma carência na formação do profissional de saúde, uma necessidade de melhoria na sua qualidade e na sua prática. Para alguns dos entrevistados, o ensino superior brasileiro, que forma os profissionais da saúde, está ultrapassado, gerando uma formação insuficiente e, conseqüentemente, um impacto na qualidade desses profissionais. Juntamente com isso, há a questão das melhores escolas nessas disciplinas serem públicas e estarem sucateadas, também afetando a qualidade.

“Pra falar da qualidade do profissional de saúde, eu tenho que falar do aparelho formador. E me parece que o aparelho formador no Brasil, com raras exceções, ainda não é absolutamente focado e não tem uma relação muito clara com aquilo que o mercado precisa. Eu diria que o foco é mais na quantidade de formandos e menos na relação com a qualidade que a gente precisa dos profissionais de saúde.” (Entrevistado 1)

"A formação hoje do profissional da área de saúde – quer médico, quer enfermeiro ou outros, mas principalmente esses dois que correspondem a 80 (oitenta) - 90% (noventa por cento) da atuação profissional da área de saúde – é a mesma formação de uma faculdade de cinquenta anos atrás. A gente continua utilizando apenas tecnologia e algumas cadeiras, mas você

continua com a mesma metodologia no que diz respeito ao distanciamento do profissional da saúde do paciente.”
(Entrevistado 2)

“Eu acho que a gente tem um problema tanto na formação, quanto na continuidade dessa capacitação. O problema da formação é que a gente não tem mais um diálogo entre a formação e a realidade. A gente ficou um pouquinho pra trás nessa discussão e ela hoje atrapalha muito a organização do sistema. Você não consegue ter profissionais para dar conta da demanda de hoje, a gente está com um atraso mesmo.”
(Entrevistado 3)

“Nós temos essa lacuna gigantesca na formação técnica do nosso profissional de saúde. Quando você regionaliza isso, você agrava mais ainda. Se você for pegar aquelas melhores universidades de hoje, onde se formam os profissionais de saúde, são universidades públicas. E essas universidades públicas, pelo menos nos últimos vinte anos, vêm sofrendo um sucateamento muito grande. Então, de novo, você já tem um afastamento da visão do paciente do médico e tem outro distanciamento, que é da tecnologia com esse profissional de saúde que está se graduando. Ou seja, ele está em hospitais sucateados, em hospitais com poucos recursos, o único recurso que ele tem lá é o recurso humano do paciente, mas não tem os recursos para que você pense diferente ou tenha acesso a bancos, discussões, trabalhos...” (Entrevistado 7)

Além disso, uma questão apresentada entre os entrevistados é a carência na habilidade prática do profissional da saúde, seja por dificuldade em absorvê-la devido ao sistema de ensino ser precário ou pela existência de objetivos concorrentes, como provas teóricas de titulação.

Durante a formação do estudante, especificamente de medicina, ocorre um desvio de foco já que esse precisa se preparar, por meio de cursos teóricos, para as concorridas provas de residência que também são teóricas. Tais dificuldades podem ser observadas, de uma forma geral, nas melhores escolas e ainda ocorrendo nas escolas particulares, que foram relatadas com qualidade inferior, de maneira mais intensificada.

“...hoje se você for ver, você pega um paciente e vai fazer um determinado exame laboratorial, que é uma coisa extremamente simples.... Enquanto deveria demorar horas, você vai demorar semanas... e isso pode mudar totalmente o curso da doença e, conseqüentemente, o curso da saúde desse paciente. Esse sucateamento faz com que esses profissionais de saúde sejam treinados ou capacitados longe do paciente. Eles estão virando teóricos, quando a profissão saúde tem que ter uma vivência muito grande para que você possa viver todos os cenários possíveis de uma mesma patologia, de uma mesma doença”
(Entrevistado 3)

“...especialmente no Rio de Janeiro, como eles (profissionais da saúde) já vêm com essa carência absurda na graduação, esses profissionais de saúde, os médicos; estão fazendo “cursinhos” teóricos a partir do 4o ano de medicina para passar em prova de residência. Então, no momento da graduação, onde ele já não está vendo a parte prática, a parte teórica, que era pra ser dada por professores acadêmicos habilitados, ele vai para uma sala de aula onde ele vai desenvolver métodos, pura e simplesmente, de realização de concursos de residência médica. Então, você enfraquece ainda mais a formação desse profissional de Saúde, é uma carência crescente da formação do nosso profissional. Aqueles que estão estudando em universidades privadas, pior ainda. Porque, como não têm hospital escola, a maior parte deles

não tem quase acesso nenhum a doente. Eles veem no máximo ambulatoriais, eles não veem pacientes.” (Entrevistado 2)

“...Esse é um desafio muito grande, que é o desafio na formação, na graduação e, conseqüentemente... se a graduação está ruim, a pós graduação ou residência médica estarão ruins. A gente tem um profissional que chega, no caso da medicina, no sexto ano de medicina sem qualquer avaliação e vira um 007 - Licença para matar com um CRM na mão.” (Entrevistado 1)

Conforme as entrevistas, percebe-se uma dificuldade em medir o real nível de qualidade dos profissionais da saúde por falta de informações e instrumentos que permitam isso. Segundo um dos entrevistados, os instrumentos utilizados hoje não relatam a realidade devido ao número de hospitais que os utilizam ser muito pequeno comparado à quantidade total. Para o entrevistado, o Brasil deveria ter um modelo que permitisse a análise adequada dessa qualidade.

“A gente não tem como avaliar essa qualidade hoje, né? O conceito de qualidade hoje está muito baseado em opinião... Você não tem nenhum instrumento que consiga definir o que é qualidade. A gente usa muito aqui no Brasil, ainda, a acreditação para isso. E aí, 5% dos hospitais são acreditados, o que quer dizer: nada. Nós deveríamos ter instrumentos de análise de qualidade.” (Entrevistado 3)

5.2. NECESSIDADE E BENEFÍCIOS DA CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

De forma generalizada, é nítida a opinião dos entrevistados sobre uma grande demanda de treinamento do profissional da saúde, e de forma contínua. Foi percebida a necessidade de treinamento para todos esses profissionais, principalmente, para aqueles que lidam diretamente

com o público. Além disso, o treinamento é colocado como algo que deve ser feito em sinergia com a real demanda.

“Nós não temos alternativas (a respeito do treinamento) e cada instituição também tem um modo de operar, então além de você treinar, tem que treinar os profissionais de saúde naquilo que tem a ver com a especificidade da sua atuação profissional.”
(Entrevistado 1)

“Treinamento é fundamental, deve ser realizado de forma continua e voltado para o seu produto.” (Entrevistado 4)

“Tem que ter treinamento em todas as instituições que prestam atenção direta aos pacientes, tendo na ponta os hospitais, evidentemente. Todos os profissionais devem ser treinados, principalmente aqueles que estão na linha de frente.”
(Entrevistado 7)

O treinamento foi colocado como importante e fundamental não apenas para a parte técnica, mas também para a questão comportamental. Para os entrevistados, a inabilidade comportamental desabilita o profissional a trabalhar em instituição de saúde.

“Você tem que reciclar as pessoas em relação à sua rotina técnica, que muitas delas são mal formadas. Além disso, você tem que investir em treinamento operacional desses profissionais. Demais que isso, hoje você tem que ter um conjunto de área de atuação que mude o perfil, vamos chamar assim, perfil de cidadania desses profissionais. Porque muitos deles apesar de terem trabalhado, terem feito uma escola superior, não significa que eles estão livres pra trabalhar na sua instituição. Falta muitas

vezes postura, falta muitas vezes compreensão, falta visão da humanidade que os profissionais de saúde têm que ter. Faltam habilidades pessoais que precisam ser trabalhadas para que ele possa atuar.” (Entrevistado 1)

Para os entrevistados, após a formação do profissional, são necessários programas de capacitação eficientes, continuados e que atendam a objetivos específicos. Tal medida permitiria ao profissional a sua atualização, a sua complementariedade e o seu preparo da forma adequada. Isso porque, de acordo com os relatos, independente de o profissional ser bem formado, ele sofre perda de conteúdo ao longo do tempo e ainda precisa ser atualizado com o surgimento de novas complexidades e soluções inovadoras na saúde.

“Pior ainda depois (da graduação)... Depois que você sai, a sua capacitação meio que se perde, né? Você não tem programas que te mantenham atualizado, que apontem para temas que são novos. Tudo que temos é de forma muito pontual, não é organizada, não é centrada. O treinamento é necessário e tem que acontecer periodicamente.” (Entrevistado 5)

“Eu ouço muito aqui quando você discute com um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, psicólogo... E aí a gente pergunta: como é que você mediria a qualidade das pessoas? E eles respondem da seguinte forma: Não, mas eu vou a congressos (risos)... ou, fiz um curso de especialista quando me formei. Tipo há trinta anos (risos).” (Entrevistado 3)

“ele (o treinamento) tem que estar atrelado a um projeto. Porque, eu posso fazer o treinamento que eu quiser, “que deu na minha cabeça”, mas não necessariamente aquele treinamento é o que eu vou precisar na prática. E não podem ser programas pontuais,

eles têm que ter alguma continuidade, eles têm que ter alguma lógica na cronologia, no tempo.” (Entrevistado 9)

“Independente da formação desse profissional, mesmo se ele tivesse uma excelente formação, eu diria que é estratégico e fundamental uma complementação dessa formação. E a complementação dessa formação, nada mais é do que novas habilidades. Eu digo sempre que o profissional da saúde é o único profissional que a cada ano precisa desenvolver habilidades mais complexas.” (Entrevistado 2)

Outra questão levantada foi em relação aos retornos que um programa de treinamento pode trazer para uma instituição de saúde, seja pública ou privada. Segundo um dos entrevistados, através do treinamento você melhora os seus indicadores técnicos e de qualidade e, conseqüentemente, a sua percepção de qualidade e de valor aumentam entre as partes interessadas, seus principais clientes, como os pacientes e a equipe de profissionais que lá trabalham. Isso acaba por permitir uma maior eficiência operacional, uma redução de custo, uma maior demanda de seus clientes e um maior resultado financeiro, no caso das instituições privadas.

“Qual o objetivo principal de uma instituição de saúde? É um tripé. Qualidade técnica, ou seja, os seus indicadores técnicos quer de taxa de mortalidade, taxa de infecção, infecção de corrente sanguínea, taxa de úlcera, sejam os melhores possíveis. Ter os seus indicadores de qualidade percebida. O que é qualidade percebida? Pelos seus principais clientes. Que são o paciente, que ele esteja com o índice de satisfação elevado em relação ao tratamento ou cuidado que está recebendo. Ou outro stakeholder, que é o médico. Que ele também esteja alinhado, que é um grande cliente seu, e satisfeito com o que você vem

oferecendo. Esses são dois pés. O terceiro pé é o resultado financeiro. E quando falamos em resultado financeiro, não estou falando só de instituições privadas, estou falando de instituição pública também. Se eu tiver um resultado financeiro inadequado, significa que eu estou tendo o que? Desperdício e ineficiência. É que no privado você pode ter como resultado, a geração de lucro e, no público, o que você tem na realidade é a possibilidade de fazer mais com menos. Então, sem dúvida nenhuma, esses três são os principais benefícios do treinamento.” (Entrevistado 2)

5.3. RESPONSABILIDADE DE INVESTIMENTO NO TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS

Para os entrevistados, as empresas, prestadoras de serviço na saúde, devem e precisam assumir o papel de instituições educadoras, responsabilizando-se pela capacitação do profissional de saúde e de forma contínua. Isso ocorre devido à necessidade de o profissional estar sempre se atualizando para estar apto e, também, ao falho sistema de ensino que consequentemente traz uma carência de bons profissionais disponíveis ao mercado. Além disso, foi levantada nas entrevistas, uma questão de custo relacionado à constante troca de profissionais por não atingirem os pré-requisitos de qualidade. Foi relatado ser mais econômico capacitar do que buscar e trocar o profissional permanentemente, resolvendo assim uma questão de qualidade e reduzindo custo.

“...todas as instituições devem se sentir obrigadas a ter educação continuada. Acho que é obrigatório. Independe se eu tivesse em uma situação em que o Brasil estivesse na excelência da graduação, recebesse o profissional mais bem graduado... é mandatório que as instituições de saúde, quer pública ou privada, tenham a capacitação, elas tenham o aprimoramento na sua cultura. Porque senão, com certeza você vai encontrar um

profissional de saúde que estará desatualizado em pouco tempo.”
(Entrevistado 2)

“O processo educacional é extremamente falho, se perdeu a oportunidade de recrutar pessoas com o mínimo necessário para adentrar no mercado de trabalho. A responsabilidade da especialização veio para o empregador como saída para o problema da tentativa insana de absorver profissionais já treinados, ou ter que continuamente demitir profissionais.”
(Entrevistado 4)

“...fizemos uma pesquisa de 3 (três) anos atrás e vimos que para cada vaga de profissional de enfermagem que sai nós demoramos em média 90 (noventa) dias para repor e que praticamente 40% (quarenta por cento) das vagas demoram para ser completadas, e 20% (vinte por cento) das pessoas que entram não passam pelo período de experiência porque não têm qualidade. As instituições que conseguem, assumem o reforço técnico da formação dos seus profissionais, optam por formá-lo dentro da sua instituição”
(Entrevistado 1)

“se você não treinar, sabe o que vai acontecer? Vai ficar trocando gente, tentando buscar um melhor, trocando gente, buscando um melhor... Então é uma questão de investimento que o cara quer fazer, às vezes o cara não quer fazer nenhum investimento em treinamento e prefere ficar trocando até achar gente boa... é um caminho mais caro...” (Entrevistado 5)

“Como eles estão vindo muito fracos, com fragilidade grande nas suas graduações, acho que faz parte da gente estar dando esses

inputs, esses treinamentos pra eles. Não adianta eu querer esperar um médico supassumo, então a gente tem que estar capacitando.” (Entrevistado 6)

Outra colocação foi que através do investimento educacional se obtém padrões de qualidade e de processos operacionais. Em função disso, para os entrevistados, é importante que esse investimento seja de responsabilidade da instituição de saúde para garantir o padrão operacional da prestação de serviço.

“Elas precisam fazer esse papel (assumir a responsabilidade de instituições educadoras). Elas têm que formar os seus profissionais para que possam, dentro do conceito de modelo de qualidade, ter claras quais são suas rotinas, os seus processos, seus resultados buscados.” (Entrevistado 1)

Além disso, também foi apontada a questão da limitação dos recursos financeiros do profissional, juntamente com as suas prioridades de investimento, o que pode ser um fator limitador para que ele busque a sua capacitação. Dessa forma, o mercado da saúde não pode depender que a realização de treinamentos seja uma iniciativa do profissional. Na opinião de um dos entrevistados, as instituições de saúde devem financiar isso.

“Eu simulei um profissional que tivesse um emprego público, um emprego privado... se ele investisse basicamente em um congresso nacional por ano, um congresso internacional a cada dois anos e duas assinaturas de periódicos de revistas internacionais. Somente esses quatro eventos iriam consumir, em média, 26% (vinte e seis por cento) de toda a receita desse profissional de saúde. Então, se você imaginar que está investindo um quarto de todas suas receitas em educação continuada, é inviável. Então a gente tem, de novo, a necessidade de que isso (os treinamentos) venha das instituições, elas deveriam e devem financiar a educação.” (Entrevistado 2)

“o médico tem um pouquinho mais disso (iniciativa de realizar treinamentos por conta própria), mas um empurrãozinho é sempre bem vindo. A enfermagem não tem isso. Até mesmo porque, os custos são caros e a enfermagem não tem como investir. Se a gente não investir nos nossos profissionais e até mesmo se a gente não cobrar dos nossos profissionais, eu acho que a gente não vai pra frente.” (Entrevistado 6)

5.4. OBSTÁCULOS E DESAFIOS PARA O TREINAMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

A questão cultural foi diversas vezes citada como fator debilitador do processo de treinamento, já que as instituições e muitos profissionais ainda têm uma grande dificuldade em enxergar sua importância. Na percepção de alguns entrevistados, o treinamento não é visto como parte da rotina das instituições de saúde, ele é encarado como algo que deve ser feito fora do horário de trabalho. A esse contexto, também foi relacionado, pelos entrevistados, a questão financeira, uma vez que as instituições não incluem em seu orçamento a verba para a realização de treinamento e para pagamento de hora extra aos funcionários, no caso das instituições que não querem realizar no horário de trabalho. Diante disso, o treinamento acaba não fazendo parte da cultura organizacional. Tal fato acaba por reforçar a barreira cultural em muitos profissionais experientes que, segundo as entrevistas, têm a crença de já estarem suficientemente bem capacitados.

Apesar de todas essas críticas, todos os entrevistados suportam o fato de que esses obstáculos culturais precisam ser vencidos para que o sistema de saúde brasileiro evolua de forma adequada.

“As pessoas entenderem que o treinamento deve ser contínuo, deve ser multiprofissional e que ele resgata em você saberes... é bem difícil.... Que apesar de você estar na sua prática há 30 anos e ser super bem reconhecido na sua especialidade, que o

treinamento também faz parte. Eu acho que são coisas que a gente culturalmente vai precisar trabalhar.” (Entrevistado 3)

“A falta de cultura das instituições em entender a importância de que uma parte do tempo dedicado ao trabalho desse colaborador seja utilizado em educação. A educação precisa ser uma parte do trabalho e não uma hora extra.” (Entrevistado 2)

“O grande problema é cultura, o outro problema é financiamento, né? Você não coloca no seu orçamento, pouquíssimas instituições colocam em seus orçamentos, um percentual dedicado à educação. Normalmente isso ocorre extra orçamentariamente falando, em uma necessidade momentânea.” (Entrevistado 1)

Além disso, para os entrevistados também existe uma relação entre a dificuldade cultural e a dificuldade de associar o investimento em educação ao retorno financeiro. O foco do investimento, para muitos profissionais e instituições, não é na qualidade de uma forma geral, mas sim no retorno financeiro que aquilo pode trazer, independente no que se está investindo, ou seja, a qualidade não é vista como uma forma de aumentar o retorno financeiro.

“Tem coisas culturais que atrapalham, como a gente ter lógica, hoje, financeira ou organizacional mesmo que não dialogam com a melhor prática. Elas conflitam muito. É o que a gente tá vendo no parto. A gente tem que fazer treinamento pra fazer parto normal porque de tanto fazer cesariana, o cara tem muito mais mão pra fazer cesariana do que para fazer parto normal. E o que atrapalha essa capacitação, por exemplo, é a lógica de remuneração que a gente tem. Ela não prioriza a melhor prática, prioriza o volume (referência ao exemplo da cesariana comparada ao parto normal).” (Entrevistado 3)

Juntamente com a questão cultural está a desorganização e a falta de processos organizacionais da maioria das instituições de saúde brasileiras. Foi colocado, pelos entrevistados, que muitos hospitais não estão interessados em qualidade, mas apenas na sua capacidade de produção do serviço prestado. Devido a isso, o processo estrutural, existente nessas instituições, não permite uma capacidade de evolução em termos de qualidade operacional sem que haja uma remodelação e isso está diretamente ligado ao fator cultural. Apenas os hospitais com foco em qualidade, que são poucos segundo os entrevistados, são os que buscam certificados de qualidade e que estão culturalmente abertos para investir na capacitação dos seus profissionais.

“Isso (a falta de treinamento para os profissionais da saúde) tem a ver com a cultura institucional, o que no fundo é um obstáculo muito grande porque as nossas instituições também são descaracterizadas. Poucas são aquelas que têm uma visão clara da sua missão, da sua visão institucional. Muitas destas estão, exclusivamente, produtoras de procedimento. Então tanto faz quem esteja fazendo, desde que esteja fazendo. Então, esse desenho também precisa ser reciclado.” (Entrevistado 9)

“Nós temos 6 (seis) mil hospitais no Brasil. A maior parte deles, ou 70% (setenta por cento) desses hospitais, abaixo de 60 (sessenta) leitos. Na média, os hospitais brasileiros têm 71 (setenta e um) leitos. Esses hospitais não têm condições de fazerem absolutamente nada, não fazem uma acreditação, não fazem uma pesquisa de modelo assistencial, não conhecem suas rotinas, não conhecem seus processos. Simplesmente estão abertos. Se, muitas vezes, se valem daquilo que cada profissional faz. Não têm uma rotina, não têm sequer habilidade de gestão pra fazer isso. A questão do treinamento é a ponta de um iceberg de

um modelo de organização institucional que, no nosso país, está absolutamente falido.” (Entrevistado 1)

“Dos 6 (seis) mil hospitais no Brasil, só tem 300 (trezentos) hospitais com acreditação. São exatamente estas instituições que sabem e que percebem que têm que treinar seus profissionais.” (Entrevistado 7)

Segundo os entrevistados, muitas instituições acreditam não precisar de treinamento por não conhecer seus problemas. Em função disso, é preciso fazer um diagnóstico para se encontrar o problema e conseguir resolver a questão da qualidade assistencial, e, conseqüentemente, o resultado da instituição, como a sua reputação e a sua eficiência.

“O diagnóstico que precisa ser feito (do problema na instituição de saúde). Porque, muitas vezes, para você resolver um problema, você precisa achar o problema. Pode ser que tenha instituição que acha que está tudo bem, a primeira questão é essa. As instituições, elas tem que ter clareza que elas têm um problema na formação de seu profissional e que esse problema retoma na má qualidade assistencial. E que essa má qualidade assistencial tem um conjunto enorme de resultados negativos para aquela instituição. Que são os resultados que são medidos e outros que não são medidos. O que não é medido é a reputação e o que é medido é o desperdício no atendimento, a infecção hospitalar e uma série de outras coisas que você pode quantificar.” (Entrevistado 1)

Apesar de o problema cultural ser o maior obstáculo, para alguns entrevistados, esse panorama brasileiro está mudando, já que São Paulo está direcionando um movimento da cultura

do treinamento. Segundo o entrevistado, São Paulo já está mais avançado na percepção da importância do treinamento e do investimento no profissional de saúde.

“Eu acho que isso (cultura do treinamento) já vem mudando em um panorama nacional. São Paulo está mais à frente da gente (Rio de Janeiro). Ele já tem essa cultura do treinamento contínuo, já tem essa cultura de fazer cursos, já tem essa cultura de estar investindo no profissional.” (Entrevistado 6)

5.5. O MODELO IDEAL PARA O TREINAMENTO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

A grande maioria dos entrevistados define o treinamento técnico e comportamental como necessários e igualmente importantes, porém acreditam que a questão comportamental tem um maior peso por ser mais difícil de adquirir. Foi relatado ser mais fácil obter um bom profissional técnico ou treiná-lo na parte técnica. Porém, para os entrevistados, é muito importante que ambos sejam conquistados para que haja qualidade profissional.

Outra questão observada foi que dentro da habilidade comportamental é muito importante o tema da comunicação. A falha na comunicação, ou a falta dela, pode causar mal-entendidos e grandes equívocos na saúde.

“...dentro de uma instituição, você tem que ter os dois componentes (habilidade comportamental e técnica) de igual peso. De nada adianta você ter um profissional que tenha boa técnica, mas que não entenda que essa técnica é alicerçada num processo de relacionamento, de humanidade, de percepção daquilo que é correto, daquilo que é incorreto. Não faz sentido.” (Entrevistado 1)

“De um modo geral as pessoas, elas são contratadas pelas suas competências técnicas e são demitidas pelas suas incompetências comportamentais.” (Entrevistado 9)

“Se eu puder fazer uma comparação: o comportamental seria o hardware daquela pessoa e o técnico seria o software. O software é muito mais fácil da empresa dar do que o hardware. Então, eu estou dando mais importância ao comportamental do que ao técnico porque a gente se depara no dia a dia com muitas pessoas tecnicamente preparadas, mas que não estão preparadas para assumir diversas posições e acabam trombando em algum momento da carreira e se perdendo, exatamente por causa do comportamental.” (Entrevistado 7)

“A maioria dos problemas numa unidade de emergência é a falta de informação. Hoje estou tentando diminuir isso, acho que 80% (oitenta por cento) dos problemas é o comportamento, principalmente com a falta de informação.” (Entrevistado 5)

“A emergência estava um furdunço, as mães queriam bater, queriam destruir tudo, por quê? Porque as 2 (duas) pediatras tinham vindo atender um bebê de oito meses que estava quase morrendo afogado, e tinham que avisar a elas (as mães na emergência). Eu fui lá e pedi para outro médico para avisar a elas: olha, tem um bebê de 8 (oito) meses que chegou há 40 (quarenta) minutos, afogado e elas tiveram que ressuscitar, chegou a parar. E aí elas (as mães na emergência): Não.. Não.. Desculpa... A gente vai ficar aqui... Como é que está o bebê? Então é falta de informação. Se alguém tivesse ido lá e dado um carinho para aquelas mães que estavam esperando sem saber por quê... Não sabem se o médico estava no facebook, não sabem se o médico estava fazendo outra coisa... Mas também não adianta ter um médico que trata muito bem e que mata o paciente depois. Eu

acho que, principalmente na medicina, isso (habilidade técnica e comportamental) é muito meio a meio. A gente precisa muito dos dois (habilidade técnica e comportamental).” (Entrevistado 6)

O treinamento prático foi referenciado como formato principal para a criação de um programa de treinamento ideal:

“Um treinamento (para o profissional da saúde) eficiente e com qualidade tem que ser extremamente prático.” (Entrevistado 6)

Os entrevistados foram questionados sobre a opção de treinamento utilizando a metodologia de simulação realística e, sem exceção, todos foram favoráveis indicando a metodologia como inovadora e que possibilita um aprendizado maior tanto técnico como comportamental. Para os entrevistados, esse método tem um poder maior de fixação devido à vivência prática do profissional com o problema ao longo do treinamento. Outros pontos importantes levantados e que conseguiram ser resolvidos, na opinião dos entrevistados, com a simulação realística são fatores que são considerados críticos como a habilidade prática, a segurança da tomada de decisão e, principalmente, a tomada de decisão correta em um momento crítico e de pressão psicológica. Além disso, também foi muito citada a possibilidade de treinar simulando a realidade sem colocar em risco o paciente real já que ele não está envolvido.

“O treinamento com simulação realística é uma tendência. Isso acontece já nas boas escolas de medicina, boas escolas de formação profissional no mundo. Isso traz uma inovação do ponto de vista de treinamento, então é algo que precisa ser incentivado.” (Entrevistado 1)

“A gente foge um pouco do modelo normal, né, habitual de capacitação (sobre a metodologia de simulação realística). Ele (o treinamento com simulação realística) traz pra uma coisa onde o profissional se vê mais na prática mesmo, podendo ter mais

liberdade para saber naquele momento, que é um momento crítico, o que se vai fazer. Se sentir mais seguro, ter mais opções já trabalhadas de resposta rápida. Então isso é super importante pro profissional, principalmente, ter mais confiança.” (Entrevistado 3)

“Ele (o treinamento com simulação realística) queima etapas sem precisar envolver o paciente. Você consegue colocar de uma forma simulada o profissional de saúde numa situação de estresse, de formação, de desenvolvimento, sem que isso mexa com a estrutura.” (Entrevistado 6)

“O método de simulação realística é um método muito mais eficaz e de fixação já que a vivência te traz cicatrizes, e essas cicatrizes ficam.” (Entrevistado 4)

“É importante passar a acreditar e mudar o conceito de dar aula arcaica para o treinamento com simulação que permite a vivência.” (Entrevistado 9)

Além disso, também foi citado que, em um contexto cultural, no qual o profissional não prioriza adequadamente o treinamento, esse tipo de metodologia foi considerada mais atraente, já que proporciona uma vivência do profissional.

“Ele (treinamento com simulação realística) é interativo, é mais motivador. É uma forma diferente de treinamento que possibilita as pessoas a vivenciar além da experiência e eu acho que isso cria mais retenção (no treinamento).” (Entrevistado 5)

Também foi observada uma necessidade por realização de treinamento que envolva a equipe como um todo e ao mesmo tempo, um treinamento com equipes multidisciplinares. Isso

porque é importante que o profissional da saúde aprenda exatamente como é, na sua realidade, lidando com diferentes categorias profissionais para executar, juntos, uma mesma atividade, ou seja, foi percebida a necessidade de esses profissionais entenderem a função e a responsabilidade de cada um e, ainda, assumirem isso para o cumprimento de uma tarefa com êxito.

“...todas as instituições que lidam com saúde deveriam ter algum nível de interesse em capacitação. A gente foca muito no médico e não necessariamente é isso. O médico vai ter que aprender a trabalhar mais em equipe, né? Mas o treinamento é uma oportunidade para integrar tudo, o multiprofissional, para que o profissional possa entender também o papel do outro.”
(Entrevistado 3)

Além disso, foi citada a necessidade de incluir todas as categorias profissionais no treinamento, já que, para os entrevistados, é um trabalho em equipe e não é eficaz treinar uma parte que executará o trabalho com qualidade se a outra parte finalizará o trabalho da forma errada. Para ter excelência no serviço prestado, todas as etapas do trabalho precisam ser executadas com qualidade.

“O que adianta eu treinar um se não treinar o outro? A enfermeira fez lá o check (no paciente), mas o técnico administrou errado. Eu acho que o trabalho, principalmente na área de saúde, é um trabalho de equipe. O médico é um coordenador, o médico tá no topo da cadeia de comando, mas está todo mundo entrelaçado. Se eu treinar só o topo e deixar o resto fora, com certeza eu não vou ter uma equipe forte, uma equipe de excelência, que tanta gente busca.” (Entrevistado 6)

Um ponto bastante comentado e que gera preocupação nos entrevistados é a necessidade de realização de treinamento básico entre os profissionais de saúde, visto a grande necessidade de

reciclagem. Porém isso não exclui a importância dos treinamentos avançados e mais complexos, no discurso obtido nas entrevistas.

“Você tem hoje uma carência muito grande nas habilidades básicas. E chutaria que entre 70% (setenta por cento) e 80% (oitenta por cento) dos graduandos que se formam têm necessidade de, no mínimo, fazer uma reciclagem do básico antes de ir para as questões específicas.” (Entrevistado 2)

“A minha maior angústia é que as pessoas, hoje, não têm alguns conhecimentos básicos do resultado da prática delas. Elas têm a prática, mas não têm a significância disso dentro do sistema.” (Entrevistado 3)

“E tem um outro tipo de treinamento também importante, que seriam treinamentos de habilidades complexas.” (Entrevistado 4)

A necessidade de haver um programa de treinamento contínuo adaptado às questões específicas da instituição também foi citada nas entrevistas como um elemento relevante. Também foi percebido como importante a criação de um programa com uma sequência lógica de treinamento que constitua o processo de capacitação dos profissionais da instituição. Além disso, na opinião dos entrevistados, as instituições de saúde conhecem a sua necessidade de treinamento, porém não saberiam montar um programa de treinamento para ser aplicado.

“Você precisa ter um programa (de treinamento) que seja adaptado para cada instituição. Você não vai treinar parto para uma instituição de cirurgia cardíaca...” (Entrevistado 9)

“Muitas vezes não sei se elas (as instituições de saúde) vão ter condições de montar o próprio programa (de treinamento)... Mas elas, com certeza, sabem o que precisam treinar. Tem que ter um programa correto pra cada instituição (de saúde) e pros seus profissionais.” (Entrevistado 1)

“O treinamento nas instituições (de saúde) tem que ter condições de acontecer sempre. Não da pra ir fazendo isso esporadicamente, tem que ser um programa contínuo de formação, de treinamento, tem que se transformar numa habitualidade institucional.” (Entrevistado 2)

“Se eu pudesse criar um treinamento ideal, a gente teria que colocar uma sequência lógica de treinamento para que eles possam ir crescendo.” (Entrevistado 6)

Em relação à localização do treinamento, foi sugerido, pelos entrevistados, que ocorresse dentro da instituição de saúde. Existe uma grande dificuldade em relação à limitação do tempo do profissional da saúde dentro da instituição já que o mesmo trabalha em diferentes locais. Além disso, há uma limitação de mão de obra dentro da operação, a desmobilização da equipe simultaneamente é uma limitação operacional. Os treinamentos acontecendo próximos à operação facilitariam a realização dos cursos em massa. A realidade observada nas entrevistas é a falta de recursos para treinar fora do horário do trabalho. Além disso, para os entrevistados, é importante que o profissional esteja treinando dentro do seu local de trabalho para que sua assimilação com a realidade seja mais eficiente.

“O problema é a disponibilidade de tempo. Uma necessidade de locomoção muito grande (em referência ao profissional da saúde, principalmente o médico). Para um turno em que ele trabalha

durante o dia, ele tem, pelo menos, mais 20 (vinte) a 30% (trinta por cento) de locomoção. Ele perde bastante tempo na locomoção porque não tem as suas atividades centralizadas em um único local.” (Entrevistado 2)

“A ideia de a gente trazer um curso tipo Medflix ao invés de ficar comprando é justamente tentar fazer o máximo in company, tentar fazer em horário de plantão em turmas divididas para gente ver se fideliza mais ainda. Então tem que ter uma cobrança (para que o profissional realize), mas também tem que ter uma sensibilidade da empresa de tentar facilitar para eles também (em relação à limitação dos horários).” (Entrevistado 6)

“Em muitos momentos você vai estar tentando treinar as rotinas técnicas e as rotinas operacionais, e é desejável que seja dentro da própria instituição.” (Entrevistado 1)

“É um desafio conciliar trabalho com o treinamento. O treinamento tem que acontecer no horário de trabalho porque as pessoas precisam ter outros empregos em outros lugares.” (Entrevistado 4)

Os entrevistados citaram a importância de os treinamentos serem realizados dentro do local de trabalho, porém coordenados por pessoas que tenham expertise no assunto, como uma empresa especialista em treinamento.

“O melhor local é in company. Você pode montar o centro de treinamento e trazer, por exemplo, um grupo que tenha know how na gestão do treinamento, nas ferramentas e que saiba como

executa-los. É possível fazer uma parceria com uma empresa que já faça os treinamentos, realizando a troca de conhecimento e informação.” (Entrevistado 4)

A utilização de indicadores de desempenho e a avaliação de resultados dos treinamentos também foram indicadas, pelos entrevistados, como sendo fatores importantes dentro de um programa de treinamento.

“Todo treinamento, independente do que seja, tinha que resgatar ali a discussão de medição de resultado, de indicador, do reflexo disso. Na prática, discutir um pouco de qualidade.” (Entrevistado3)

“Você precisa ter condições de avaliar o resultado desse treinamento, antes desse profissional retornar ao convívio com os pacientes.” (Entrevistado 1)

De uma forma mais específica, foi sugerida a utilização de três indicadores: o de eficácia, o de eficiência e o de efetividade. Para o entrevistado, o indicador de eficácia deve ser construído por meio da avaliação do curso realizado sobre o cumprimento da ementa e do conteúdo propostos. O indicador de eficiência irá medir se os recursos e o tempo foram utilizados de forma ótima. Por fim, o indicador de efetividade irá medir a qualidade, que foi classificada por meio de três parâmetros: a expectativa, a necessidade e o desejo.

“A gente até tem alguns indicadores para medir o treinamento. Como eu vou saber se um curso foi eficaz e se ele conseguiu cumprir a sua ementa, o seu conteúdo. Para isso a gente faz uma avaliação. Como é que eu vou saber se o curso foi eficiente? Se ele conseguiu usar bem os recursos e o tempo em particular. São

duas coisas diferentes... eu posso me limitar muito ao tempo, ser bem eficiente e não usar mais tempo, mas não cumprir a meta, não cumprir a ementa, não cumprir a programação. Ou ao contrário. Eu posso até cumprir a programação, mas ter que avançar um pouco no tempo, mexer no orçamento, fazer cursos adicionais etc. A outra terceira dimensão é a dimensão da qualidade. A gente até define a qualidade como 3 (três) parâmetros: expectativa, necessidade e desejo.” (Entrevistado 8)

Segundo o entrevistado, normalmente o cliente não expressa a sua expectativa antecipadamente, apenas sua necessidade, porém, caso tenha esse parâmetro não atingido, sua percepção em relação ao curso não será boa. Caso o curso atinja os parâmetros de expectativa e de necessidade, a percepção do aluno será neutra. No entanto, o curso apenas terá uma percepção positiva caso tenha os três parâmetros correspondidos. Além disso, o desejo pode ser consciente ou inconsciente, o aluno pode percebê-lo ao longo do curso.

“No fundo, você gera no aluno um sentimento negativo quando a expectativa não é correspondida. E a expectativa, o cliente não fala, a gente tem que descobrir. O cliente só fala da necessidade. Mas quando você corresponde à expectativa e à necessidade, o sentimento é neutro. Quando você tem um sentimento positivo? Quando você consegue atender a expectativa, a necessidade e o desejo. O desejo pode ser do consciente ou do inconsciente. O desejo do consciente é: ‘Poxa, eu preciso disso, mas eu olho para o curso e não vejo que o curso pode oferecer’. Consciente. Aí de repente o curso vai e oferece. O do inconsciente é: O curso vai falar uma coisa que eu nem sabia que era tão importante para mim’. Então quando você vai nesse desejo, a gente avalia, aí você tem um sentimento positivo.” (Entrevistado 8)

Outra questão apontada na entrevista é que todos os três indicadores comentados são independentes, ou seja, um curso pode não ser eficaz e não ser eficiente, mas ter efetividade ou qualquer combinação entre eles.

“Agora repara que são coisas diferentes. O curso pode gerar um sentimento positivo, mas não ser eficaz, não cumpriu toda a ementa porque teve muita pergunta e teve que avançar no horário, porque os alunos quiseram discutir. Não foi eficaz, nem eficiente, mas teve qualidade. E às vezes é o contrário, cumpriu toda a ementa direitinho e perguntamos pros alunos: ‘E aí, qual o seu sentimento?’ E ele é neutro ou negativo, tudo que eu já vi aqui, eu já sabia.” (Entrevistado 8)

Segundo o entrevistado, o que principalmente falta nas avaliações é a efetividade que está diretamente associada à qualidade e a satisfação do cliente. Para a obtenção desse indicador é preciso envolver o cliente no processo de avaliação.

“Elas (eficiência e eficácia) são mais ou menos conhecidas, o que eu acho que falta é efetividade. E aí você pode, também, envolver os stakeholders. O stakeholder aluno e o stakeholder organização... Eu acho que falta um conceito que avalie o curso na direção da missão, da razão de ser do trabalho dele.” (Entrevistado 8)

Além disso, para o entrevistado, entender e avaliar o parâmetro da expectativa e o desejo do cliente é conhecer o negócio e os concorrentes para atuar exatamente naquilo que é desejo e valor para o cliente. É dessa forma que se geram momentos inesquecíveis para o cliente.

“Como é que eu descubro a expectativa? Conhecendo o negócio, conhecendo os concorrentes. Como é que eu conheço as necessidades? Perguntando ao cliente. Agora como eu te falei, o desejo, esse é que gera o sentimento positivo. E o desejo tem esses dois tipos, do consciente e do inconsciente. Vou te dar o exemplo de um Hotel de Manaus que é interessante, uma rede de hotéis se deu conta que lá tem muitos estrangeiros. E aí, conhecendo, vivenciando o cliente, aí tem que vivenciar estar junto, você descobre que os caras chegam lá com medo de pegar zica, dengue, medo da alimentação. Aí o que ele fez? Ele montou um sistema com algumas agências, onde ele orienta: você está satisfeito? Você está com alguma preocupação em relação à vacina? Você gostaria de tomar alguma vacina? Aí o cara: caramba nunca imaginei que o hotel fosse me dar essa orientação, mas no fundo é tudo que eu queria. Esse é o desejo do inconsciente. O desejo do consciente, por exemplo, o cliente chega, olha o hotel, e o atendente vê que tem alguns quartos vagos, que o cara está cansado, e aí ele diz assim: Vem cá estou com um quarto aí que vagou, vou te fazer um upgrade. O senhor vai ficar dois dias, eu vou lhe fazer um upgrade. Aí o cara vai pensar: Não sabia que ele podia fazer isso. Eu queria descansar, mas não sabia disso. Mas ele tem empoderamento e pode fazer isso. Aí você gera um sentimento que a pessoa não esquece. Eu aprendi o seguinte: Confúcio diz, ouço e esqueço, vejo e me lembro, faço e aprendo. Eu até sem ser muito pretensioso, quem sou eu para complementar Confúcio, mas eu diria: me emociono, não esqueço mais.” (Entrevistado 8)

Dessa forma, para o entrevistado, para sobreviver no mercado competitivo atual, é fundamental entender o que de fato é importante e o que é valor para o cliente. Foi feita uma associação à solução *lean* e sugerida a utilização do mapa de fluxo e valor para o cliente.

“Só que a gente vive em um mundo muito competitivo, em um mundo que nasceu buscando essa eficiência. Frequentemente nós somos colocados em serviços, empresas com sistemas em que o gerador, o provedor, nunca foi cliente. Um cara que botou o ar condicionado nesta sala aqui, nunca trabalhou nesta sala. O sujeito que “bolou” o BRT, nunca foi usuário de BRT. Isso é um dado que neste mundo está ficando importante. Por quê? Porque ao entender isto, eu começo a entender o que é valor dentro da organização, tanto para a organização, quanto para o cliente. É o termo relativamente novo Lean Solution. Entender se esse treinamento, por exemplo, gerou em um primeiro plano, valor para o cliente. Quem é que está colocando dinheiro ali.”
(Entrevistado 8)

“Eu acho que ainda tem que evoluir muito nisso. É lean solution. Entender o mapa de fluxo e valor cliente, com esse indicador de expectativa, necessidade e desejo.” (Entrevistado 8)

Por fim, o entrevistado acredita na utilização de outros paradigmas da gestão de operação que possam contribuir para uma melhor gestão de serviço na saúde. A utilização do *lean* serve para uma análise na perspectiva do cliente, porém é possível realizar outros estudos a partir de outros ângulos. Foi citada a teoria das restrições, que tem, como ponto de vista, o retorno da utilização dos recursos para a empresa. Também foi comentado sobre a gestão da cadeia de suprimentos, que tem como objetivo a melhor integração de todos os processos. As três filosofias foram consideradas como importantes para a realização de um diagnóstico.

“Tem três filosofias básicas que você pode utilizar. Isso é importante, não pode desconsiderar. O lean é uma filosofia que tem como ponto de partida olhar um sistema, seja ele qual for, com os olhos do cliente. O que é a teoria das restrições? É uma filosofia também interessante que tem como ponto de partida, o dono, o acionista. Por isso que no LEAN, você mapeia o fluxo de valor do cliente. Quando você mapeia o processo, você vê o que é valor e o que não é. Na restrição, você mapeia o recurso, a restrição. Não estou dizendo que a teoria das restrições não pensa no cliente nem no colaborador, mas o ponto de partida dela é como é que eu devo olhar. Por exemplo, a minha empresa faz ressonância magnética, então ali é a máquina de fazer dinheiro dela. Então como é que eu gerencio essa máquina, como é que eu retiro dela todos os tempos que não agregam valor e evidentemente que essa é uma diferença fundamental. E tem aquilo que a gente poderia chamar de supply chain management, que tem a ver com a TI, que tem a ver com uma integração melhor dos processos. Essa é mais conhecida até e eu diria que essa tem como ponto de partida os colaboradores. Você vai implementar sistemas que se comunicam melhor, que trocam informações, que proporcionem uma informação em tempo real para os colaboradores usarem. Então o lean tem como ponto de partida o cliente e busca entender o que é fluxo de valor para o cliente e tirar tudo que não é valor. A teoria das restrições procura entender o que gera valor para o acionista e faz essa gestão melhor disso até isso não virar mais uma restrição, daí você vai para outra. E o supply chain Management tem como objetivo integrar. Um tem como objetivo melhorar e reduzir restrição pra gerar valor para o cliente, o outro tem como objetivo entender o

fluxo para retirar desperdício e o outro tem como objetivo pegar as pessoas e integrá-las mais. A gente usa esse termo supply chain, cadeia de suprimento, que é na verdade a filosofia dos sistemas cooperativos, dos SAP's da vida.” (Entrevistado 8)

5.6. VALOR PARA UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Segundo alguns entrevistados, valor para suas instituições de saúde é ter o reconhecimento e ser desejada por seus clientes que são: os pacientes, a equipe profissional e as fontes pagadoras. Tal percepção, na opinião dos entrevistados, pode ser atingida por meio de programas de educação continuada.

“O que mais agrega valor é a possibilidade de você ser reconhecida como uma instituição formadora de profissionais de saúde. O fato de se formar profissionais que estarão aí, no país inteiro... para minha instituição seria muito importante que eu fosse reconhecido e agregaria muito valor como uma formadora de recursos humanos para a área de saúde.” (Entrevistado 4)

“O que agrega mais valor é justamente o reconhecimento dos seus principais clientes. No meu setor, eu tenho três clientes. O cliente que é o foco principal, que é o paciente, um segundo cliente que é o médico que usa a minha unidade de saúde e um terceiro cliente, que são as fontes pagadoras. O que eu desejo dos três? Willing, que continuem me desejando. O que agrega mais valor é ser desejado.” (Entrevistado 2)

“Na nossa empresa o foco é o paciente. Então tudo que tem que dizer valor para empresa, tem que dar valor ao paciente. Agrega valor à minha empresa a qualidade de atendimento, ou seja, o

valor percebido pelo paciente, a segurança que estou colocando nesse relacionamento com o paciente, o treinamento da equipe pra diminuir o erro médico. Então, tudo que agregasse valor ao tratamento do paciente estaria agregando valor à minha empresa.” (Entrevistado 6)

“Olha, aqui nesta instituição, valor é o cliente. O grande valor desta maternidade é a percepção do cliente que isso aqui é um local excepcional pra nascer. O cara não vem nascer aqui, vem ter uma experiência maravilhosa e obviamente é uma das melhores experiências da vida da pessoa ter um filho. Então, a nossa obrigação, aqui, é estar contribuindo nessa experiência, e é isso que agrega valor.” (Entrevistado 5)

5.7. AVALIAÇÃO E SUGESTÕES AO MODELO DE NEGÓCIO APRESENTADO – O IBKL

A plataforma do IBKL, juntamente com a sua capacidade de possibilitar a gestão e acompanhamento do aluno, foi apontada nas entrevistas como o maior diferencial criado. Isso porque, para os entrevistados, a partir dessa tecnologia é possível ter uma maior compreensão das principais demandas e carências dentro da instituição de saúde e direcionar os investimentos e as tomadas de decisão de forma mais assertiva.

“O grande diferencial é a plataforma de gestão do aluno. Você tem condições de ter um prontuário do aluno ou do profissional de saúde, que vai poder te dar um drive de investimentos, não só do ponto de vista financeiro, mas de investimentos em determinar as habilidades ou em determinadas áreas em função do que você encontra na formação desses profissionais.” (Entrevistado 2)

Outro diferencial indicado pelos entrevistados foi a diversidade do portfólio com utilização de metodologia de simulação realística, considerada uma metodologia com maior desenvolvimento pedagógico.

“...que é o grande diferencial (em relação à metodologia de simulação realística) que eu vejo hoje no IBKL, que é a capacidade de desenvolvimento pedagógico em praticamente qualquer curso na área da saúde.” (Entrevistado 2)

De acordo com alguns entrevistados, o fato de os instrutores multiplicadores serem profissionais selecionados dentro da equipe do hospital é um ponto positivo, uma vez que permite maior engajamento da instituição no programa de capacitação, possibilitando uma continuidade.

“Eu acho que a possibilidade de você ter as pessoas “de dentro” sendo formadores é a parte mais bacana. Porque aí, você de verdade, empodera aquela instituição para refletir sobre capacitação. Torna a coisa mais perene, mais permanente.” (Entrevistado 3)

“Treinar nossos profissionais para serem os multiplicadores facilita, isso aproxima, ou seja, quem vai treinar um médico é um colega dele, ele fica mais próximo, tem uma adesão maior.” (Entrevistado 6)

O formato do treinamento, realizado dentro dos hospitais e utilizando a equipe do hospital, passou a impressão, nas entrevistas, de ser positivo por transferir a expertise para o cliente e, em longo prazo, ele conseguir executar o programa sozinho, sem a contratação de terceiros.

“A proposta é uma boa proposta. Trazer pra dentro da instituição essa tecnologia, pra que ela possa fazer sozinha a médio e longo prazo. A instituição vai tá implantando esse programa sozinha.”
(Entrevistado 5)

Além disso, também foi comentado como sendo favorável a questão do programa de educação continuada ser adaptável a cada instituição.

“Acho que não terá dificuldade das instituições aderirem (sobre o serviço do IBKL) porque é modulado (o programa de educação continuada) para a realidade da instituição” (Entrevistado 3)

“A gente poder moldar ao que a gente quer (o programa de treinamento do IBKL), por exemplo, a grade de horário, diferente de um curso fechado que a gente tem que colocar o aluno lá e depois tentar adequar ao que ele aprendeu. Facilita muito o aprendizado e vai facilitar nos meus pontos mais frágeis.”
(Entrevistado 6)

Uma grande preocupação com o modelo de treinamento criado é em como garantir a qualidade do instrutor multiplicador ao longo do processo de treinamento, visto que ele é um funcionário da instituição e não um profissional especialista contratado para tal função.

“A minha maior preocupação é realmente com os multiplicadores. Uma das coisas que realmente me deixa muito preocupada é a qualidade dos profissionais que serão os multiplicadores. Esse é o meu maior medo e a minha maior apreensão.” (Entrevistado 6)

“Me preocupa a qualificação dos instrutores, como será isso.”
(Entrevistado 4)

“A capacitação dos nossos multiplicadores tem que ter um follow up. Treinou umas pessoas, mas eu acho que essas pessoas têm que ter uma supervisão contínua também.” (Entrevistado 5)

Os clientes acreditam que conseguirão engajar a sua equipe com um modelo de treinamento como o do IBKL, uma vez que eles consideram o programa de treinamento como um atrativo para a sua equipe.

“O curso é uma das coisas que os médicos relatam que seria um atrativo, um chamariz, a cereja do bolo. A gente espera, além do ganho técnico, ter também a fidelização da equipe.” (Entrevistado6)

Diante da dificuldade cultural das instituições de saúde em investir em treinamento, foi sugerida a busca por instituições interessadas em patrocinar o investimento em qualidade dessas instituições que precisam ser treinadas.

“Quando uma despesa é fixa (em referência ao investimento com treinamento), ela é configurada, naquela instituição, como algo que está diminuindo o resultado e, nas instituições públicas, diminuindo os recursos. É um paradigma que precisa ser vencido. Eu tentaria ajudar as instituições a financiar o serviço (de treinamento) buscando patrocínios.” (Entrevistado 1)

A forma de parceria entre o IBKL e seus clientes foi apontada como um item que precisa ser acompanhado com cuidado ao longo do seu amadurecimento para encontrar oportunidades de melhoria e reparar possíveis erros.

“A grande questão de mudança vai depender ainda da maturidade maior da relação entre os dois parceiros (IBKL e seus clientes). Uma parceria educacional onde você vai ter que esperar

uma maturidade maior para você ter ideia de onde você encontra as maiores oportunidades ou até mesmo fraquezas no seu desenvolvimento.” (Entrevistado 2)

“No modelo eu não alteraria nada, mas a gente vai saber onde apertar o parafuso quando realmente começar.” (Entrevistado 6)

Apesar de uma avaliação mais profunda depender ainda do amadurecimento da relação, todos os clientes acreditam e esperam que o IBKL gere valor para o seu negócio.

“A partir do momento que eu tenho profissionais tecnicamente aptos, ou seja, estou mexendo na qualidade técnica, eu mexo no resultado financeiro e eu vou ter, a partir do momento que eu esteja fazendo a comportamental, também, eu trabalho em um terceiro eixo, que é a qualidade percebida. Se eu tiver qualidade percebida, provavelmente eu tenho uma fidelização não só dele, mas de outros usuários ou outros possíveis clientes à sua instituição. Então, sem dúvida nenhuma, o IBKL agrega valor.” (Entrevistado 2)

Além disso, foi recomendada, como forma de diferenciação, a busca pela satisfação do cliente através do indicador de efetividade.

“Por exemplo, você está em um departamento aqui, que foi considerado o melhor pela Folha de São Paulo. Foi considerado... até ganhou da USP, UNICAMP... Por quê? Eu acho que eles mediram qualidade, mediram eficácia... mas eu não sei se eles mediram a efetividade, que é o seguinte: se aquele treinamento cumpriu a missão para a qual ele foi feito. Esse treinamento que você está me apresentando, qual a missão dele? Fazer com que a instituição tenha um desempenho melhor? Em um aspecto mais amplo, em um aspecto mais específico, fazer com

que o setor dele tenha um desempenho melhor? É como se a efetividade estaria ligada à missão, à razão de ser. Isso frequentemente é esquecido, porque para você ter isso, você precisa fazer um pós venda.” (Entrevistado 8)

Na sugestão do entrevistado, no modelo de serviço proposto, além das atuais avaliações, poderia ter uma avaliação na qual parte da equipe a ser treinada seria observada atuando antes do treinamento e após o treinamento. Além disso, seria considerada, como quesito da avaliação, a percepção sobre o comportamento do paciente atendido, mapeada com critérios pré-estabelecidos.

“Teria uma avaliação do curso e a avaliação do seu cliente também. Você pode, por exemplo, assim como você faz um teste antes do aluno e faz um teste depois, você colocaria essa pessoa para ser atendida antes e aí você faria um mapeamento, um fluxo mesmo, olhando todas as suas esferas, olhando todos os sentimentos negativos, olhando as desinformações, você tem um critério, né? E depois você faz esse mesmo mapa, depois do treinamento” (Entrevistado 8)

Outra avaliação importante, na visão do entrevistado, é o foco na filosofia *lean* para possibilitar um entendimento do que é valor para o cliente. Dessa forma, são sugeridas perguntas para se compreender o motivo do cliente pela busca e contratação do serviço ou da realização dos treinamentos. A partir disso, será possível conhecer melhor o real desejo do consumidor.

“A questão do valor explícito do cliente no meu entender é a essência lean. A clareza do que é valor para o cliente. eu dou um exemplo que eu faço três perguntinhas que são ótimas nesse tipo de treinamento. O que você está fazendo aqui? O cliente leva o impactado assim. Se a resposta for: ele (a empresa) paga? Ele (a empresa) reconhece? Pode ser necessário porque a lei manda.

Pode ser necessário porque o sistema começou assim. Mas não gera valor para o cliente. Quanto mais você atende o aluno, por exemplo, customiza o seu produto, mais aquela pessoa te avalia bem. Mais ela retorna, mais ela faz o boca a boca. E os sistemas são muito voltados para venda.” (Entrevistado 8)

6. ANÁLISE E RESULTADOS

Com o propósito de sumarizar todo o levantamento de dados realizado, foi construída a tabela 8, que sintetiza o levantamento empírico em dezoito lacunas e as oportunidades de melhoria a serem exploradas. Tais lacunas são classificadas nessa tabela, pela autora, em três tipos de problemas:

- 1) Custo – questões relacionadas a custo;
- 2) Capacitação Profissional – questões relacionadas a capacitação profissional;
- 3) Gestão – questões relacionadas a gestão

CUSTO	CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	GESTÃO
Baixa percepção da qualidade assistencial do profissional de saúde	Baixa percepção da qualidade assistencial do profissional de saúde	Baixa percepção da qualidade assistencial do profissional de saúde
Dificuldade de acesso do profissional da saúde aos programas de educação existentes	Inexistência de programas de treinamento continuados e com foco integrado na parte técnica e comportamental	Disponibilidade de instrumentos que propiciem uma melhor tomada de decisão pelas instituições de saúde em relação ao monitoramento da qualidade do profissional de saúde
Necessidade dos treinamentos serem realizados dentro do local de trabalho	Necessidade de programas de treinamentos para o profissional da saúde em sinergia com a realidade das instituições de saúde (demandas e limitações) e que tenha uma sequência lógica de execução	Possibilidade de ter padrões mensuráveis da qualidade do profissional de saúde
Possibilidade de tornar o serviço de treinamento escalável	Falta de um programa de capacitação eficaz e eficiente	Organizar e melhorar os processos e métricas assistenciais para obter melhores resultados operacionais de qualidade e de custo
Realização de programas de treinamento com custo compatível às limitações orçamentárias do mercado	Método de ensino que permita um maior desenvolvimento acadêmico do aluno.	Transformar as instituições de saúde em instituições educadoras
Viabilizar a qualificação das organizações de saúde para obter maior reconhecimento e garantir a sustentabilidade das relações com seus <i>stakeholders</i>	Comprometer a equipe da instituição de saúde na realização de programas de educação	Criação de indicadores de efetividade no treinamento do profissional da saúde para gerar satisfação do cliente
	Necessidade de ter equipes multidisciplinares treinadas.	
	Garantia de qualidade e padrão dos instrutores do programa educacional	

Tabela 8 - Classificação das lacunas e oportunidades de melhorias encontradas pelo tipo de problema

A tabela 8 contribuiu para a construção da tabela 9, que sumariza as lacunas e oportunidades de melhoria da tabela 9 comparadas a uma análise teórica da figura 1 -

Consolidação das Principais Práticas do Serviço Lean - apresentada no capítulo 2.2. Isso propiciou um debate entre o levantamento empírico e o teórico. Dessa forma, será possível dar início à discussão dos resultados à luz das teorias apresentadas para que seja possível avaliar como *lean* pode contribuir no enriquecimento da oferta de valor de um serviço educacional na saúde.

#	Lacunas e Oportunidades de Melhorias Encontradas	Principal Aspecto do serviço Lean
1	Baixa percepção da qualidade assistencial do profissional de saúde	Cultura de melhoria contínua para a qualidade
2	Inexistência de programas de treinamento continuados e com foco integrado na parte técnica e comportamental	Estabilidade e parceria Cultura de melhoria contínua para a qualidade
3	Dificuldade de acesso do profissional da saúde aos programas de educação existentes	Estabilidade e Parceria
4	Necessidade dos treinamentos serem realizados dentro do local de trabalho	Fluxo contínuo de valor Ambiente de célula - Polivalência para flexibilidade
5	Possibilidade de tornar o serviço de treinamento escalável	Padronização dos processos para eficiência
6	Necessidade de programas de treinamentos para o profissional da saúde em sinergia com a realidade das instituições de saúde (demandas e limitações) e que tenha uma sequência lógica de execução	Mapeamento do fluxo de valor Gestão do cotidiano e de indicadores Fluxo contínuo de valor Cultura de melhoria contínua para a qualidade
7	Disponibilidade de instrumentos que propiciem uma melhor tomada de decisão pelas instituições de saúde em relação ao monitoramento da qualidade do profissional de saúde	Mapeamento do fluxo de valor Gestão do cotidiano e de indicadores
8	Falta de um programa de capacitação eficaz e eficiente	Gestão do cotidiano e de indicadores
9	Método de ensino que permita um maior desenvolvimento acadêmico do aluno.	Padronização dos processos para eficiência
10	Possibilidade de ter padrões mensuráveis da qualidade do profissional de saúde	Mapeamento do fluxo de valor Gestão do cotidiano e de indicadores
11	Realização de programas de treinamento com custo compatível às limitações orçamentárias do mercado	Estabilidade e parceria

#	Lacunas e Oportunidades de Melhorias Encontradas	Principal Aspecto do serviço Lean
12	Viabilizar a qualificação das organizações de saúde para obter maior reconhecimento e garantir a sustentabilidade das relações com seus <i>steakholders</i>	Cultura de melhoria contínua para a qualidade Fluxo contínuo de valor
13	Organizar e melhorar os processos e métricas assistenciais para obter melhores resultados operacionais de qualidade e de custo	Mapeamento do fluxo de valor Gestão do cotidiano e de indicadores
14	Comprometer a equipe da instituição de saúde na realização de programas de educação	Empoderamento e responsabilização dos colaboradores
15	Necessidade de ter equipes multidisciplinares treinadas.	Ambiente de célula - polivalência para flexibilidade
16	Transformar as instituições de saúde em instituições educadoras	Estabilidade e parceria
17	Garantia de qualidade e padrão dos instrutores do programa educacional	Padronização dos processos para eficiência Cultura de melhoria contínua para a qualidade Gestão do cotidiano e de indicadores
18	Criação de indicadores de efetividade no treinamento do profissional da saúde para gerar satisfação do cliente	Mapeamento do fluxo de valor Gestão do cotidiano e de indicadores

Tabela 9 – Comparativo das lacunas encontradas à luz da teoria apresentada

Foi possível associar as lacunas encontradas a todas as principais práticas do serviço *lean* consolidadas na figura 1, com exceção do fluxo pela demanda. Apesar disso, a prática do fluxo pela demanda é inerente a uma prestação de serviço, já que por definição ela é algo não estocável e, naturalmente, é puxada pela demanda. A figura 2 é uma adaptação da figura 1, incluindo a quantidade de lacunas encontradas no levantamento empírico para cada uma das principais práticas do serviço *lean*.

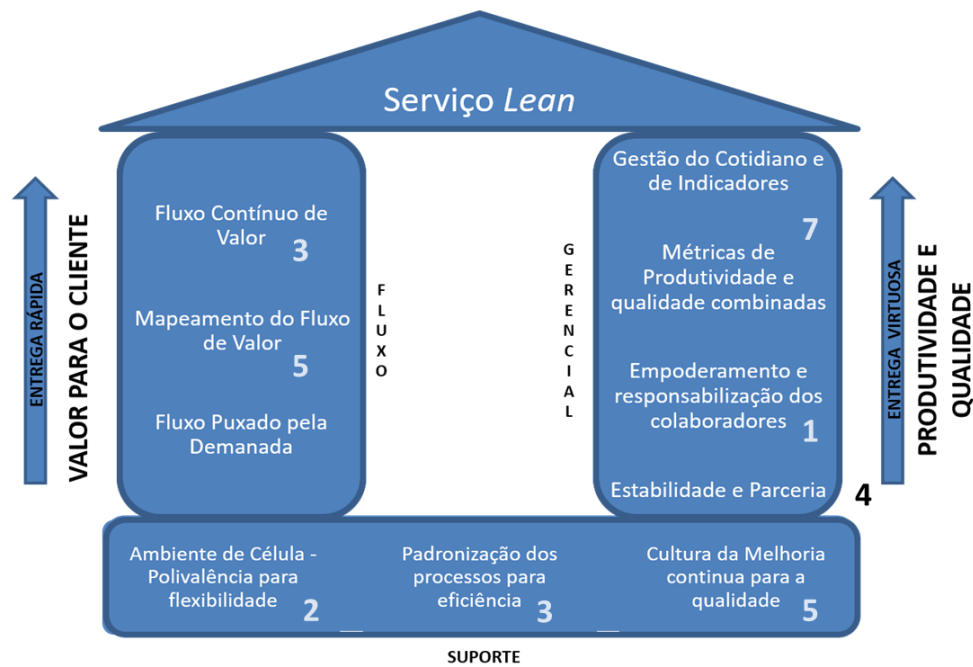


Figura 2 - Quantidade de lacunas encontradas para cada uma das práticas *lean* (adaptação da autora)

A seguir, será feita uma reflexão, para cada oportunidade encontrada, de como a filosofia *lean* pode contribuir para enriquecer a oferta de valor de uma empresa de serviço educacional na saúde.

- 1) Baixa percepção da qualidade assistencial do profissional de saúde pelos usuários do sistema:

A melhoria contínua sugerida por Malmbrandt e Ahlstrom (2013) engloba um fator de treinamento e capacitação dos colaboradores, gerando empoderamento para que possam atingir a qualidade desejada no serviço prestado. Desta forma, é possível utilizar essa prática como ferramenta para melhorar a percepção da qualidade da assistência do profissional da saúde.

- 2) Inexistência de programas de treinamento continuados e com foco na integração da parte técnica e comportamental:

A oferta de um serviço consistente e contínuo, que seja percebido como estratégico para o cliente, proporciona a realização de um treinamento técnico e comportamental sinérgico com as necessidades da instituição cliente. A existência de organizações prestadoras de serviços educacionais que garantam uma estabilidade nas relações de parceria permite a confiabilidade na terceirização da gestão e na execução dessas atividades, que não são atividade fim das organizações contratantes, conforme sugestão de Hadid e Mansouri (2014).

Além disso, criar uma filosofia de melhoria contínua ajuda a promover uma mudança organizacional voltada para o aumento e manutenção da qualidade (Malmbrandt e Ahlstrom, 2013; Hadid e Mansouri, 2014; Cervone, 2015; Gupta, Sharma e Sunder, 2016), permitindo um treinamento de forma continuada e com sequência lógica, criando assim uma cultura de treinamento entre os profissionais da instituição de saúde.

- 3) Dificuldade de acesso do profissional da saúde aos programas de educação existentes

A busca pela estabilidade e parceria estratégica na prestação de serviços educacionais para instituições de saúde, com a criação de unidades internas de treinamento e capacitação terceirizadas, possibilita o acesso dos profissionais de saúde ao treinamento ofertado na própria instituição.

- 4) Necessidade dos treinamentos serem realizados dentro do local de trabalho

O fluxo o contínuo de entrega, quando associado à estrutura de treinamento existente dentro da própria instituição cliente, pode contribuir para que a prestação de serviço ocorra sem interrupções do início ao fim da cadeia de valor (Malmbrandt e Ahlstrom, 2013). Além disso, a criação de um ambiente de célula integra a equipe multiprofissional e interdisciplinar, tornando a solução acadêmica polivalente e contribuindo para reduzir as idiossincrasias existentes no setor.

5) Possibilidade de tornar o serviço de treinamento escalável

Para que um serviço de treinamento e capacitação seja escalável, é necessário que esteja disponível e acessível no próprio ambiente de trabalho, criando assim um ambiente de célula e fluxo contínuo, conforme explorado no item anterior.

A padronização dos processos também contribui de forma decisiva para que uma prestação de serviço eficiente possa ser escalável sem perder qualidade. A padronização das tarefas é realizada em todas as áreas, existindo uma forma de trabalhar acordada (Malmbrandt e Ahlstrom, 2013).

6) Necessidade de programas de treinamentos para o profissional da saúde em sinergia com a realidade das instituições de saúde (demandas e limitações) e que tenha uma sequência lógica de execução.

A criação de um mapa de fluxo de valor (Malmbrandt e Ahlstrom, 2013; Carlborg, Kindstrom e Kowalkowski, 2013; Hadid e Mansouri, 2014; Cervone, 2015), permite a estruturação de um diagnóstico situacional individualizado para cada instituição, o que permite a criação de um programa de educação adequado às necessidades e às limitações do cliente. Isso também permite a geração de informações capazes de dar apoio à gestão dos processos educacionais cotidianos por meio de indicadores de desempenho acadêmico, o que também ajuda a ajustar a sequência lógica dos programas de treinamentos para estarem sempre em linha com a demanda do cliente.

7) Disponibilidade de instrumentos que propiciem uma melhor tomada de decisão pelas instituições com relação ao monitoramento da qualidade do profissional de saúde

O mapeamento do fluxo de valor estabelece métricas que permitem a construção de um painel de indicadores de desempenho acadêmico, facilitando o monitoramento gerencial de forma eficiente dos cursos ofertados, visando atingir objetivos técnicos e comportamentais dos alunos treinados.

8) Falta de um programa de capacitação eficaz e eficiente

Através da gestão dos indicadores relacionados à eficácia e à eficiência dos programas de educação, é possível identificar as possíveis melhorias e realizar os ajustes necessários para que a qualidade percebida seja alcançada. Desta forma, uma empresa atuante nesse setor pode utilizar essa prática para atribuir valor ao seu cliente.

9) Método de ensino que permita um maior desenvolvimento acadêmico do aluno.

Segundo os especialistas entrevistados, na saúde, o melhor desenvolvimento acadêmico requer a utilização de métodos de ensino baseados em evidências, e isso é alcançado a partir da padronização dos processos de investigação diagnóstica e terapêutica, baseado nas evidências clínicas documentadas. A utilização de processos organizados e padronizados permite um resultado mais eficiente e eficaz ao treinamento oferecido.

10) Possibilidade de ter padrões mensuráveis da qualidade do profissional de saúde

Ao mapear o fluxo de valor, torna-se possível a construção de um padrão de desempenho desejado para os profissionais treinados, com base na estruturação de indicadores de processos e de desfechos clínicos a serem atingidos pelos mesmos, tornando a avaliação da qualidade profissional factível e baseada em métricas comparativas e bem definidas.

11) Realização de programas de treinamento com custo compatível às limitações orçamentárias do mercado

Ofertar programas de treinamento que adicionem valor à instituição cliente, baseados em qualidade alta e preço compatível com as limitações orçamentárias do setor, é fundamental. A construção de uma parceria estratégica e sinérgica com as limitações do cliente contribui para que empresas prestadoras de serviço, desse setor, possam adaptar seu programa de treinamento às limitações orçamentárias de quem contrata. Um exemplo disso é a busca de patrocínio externo, conforme sugerido nas entrevistas.

12) Viabilizar a qualificação das organizações de saúde para obter um maior reconhecimento e garantir a sustentabilidade das relações com seus *stakeholders*

Segundo os especialistas entrevistados, o setor da saúde demanda um modelo baseado em quantidade com qualidade. Medir e compartilhar padrões de qualidade assistencial são necessários para o sucesso de uma organização que deseja ser sustentável e ampliar as relações com todos os *steakholders* do setor. Introduzir nas organizações um modelo de gestão de pessoas a partir da qualificação profissional na qual se promove a melhoria contínua é uma contribuição que o sistema *lean* pode oferecer, se alcançar esse objetivo. Além disso, esse fluxo de valor ofertado continuamente pode contribuir para a manutenção e melhoria da relação do cliente com seus *steakholders*.

13) Organizar e melhorar os processos e métricas assistenciais para obter melhores resultados operacionais de qualidade e custo

A máxima empresarial de que somente se muda aquilo que se mede, torna imprescindível, neste momento de implementação de modelos assistenciais qualitativos com custos adequados, que os processos operacionais, incluindo os de gestão acadêmica, sejam organizados de forma lógica e contínua, através do mapeamento de fluxos e da criação de indicadores de desempenho assistenciais.

14) Comprometer a equipe da instituição de saúde para a realização de programas de educação

É possível desenvolver habilidades de comunicação que transformem os programas de educação das instituições em objeto de desejo para seus colaboradores, através das práticas de empoderamento e responsabilização dos colaboradores. Tal prática *lean* sugere criar empoderamento baseado na conquista de conhecimento e no desenvolvimento de habilidades técnica e comportamental que os diferenciam positivamente na percepção dos usuários das organizações clientes.

15) Necessidade de ter equipes multidisciplinares treinadas.

O desenvolvimento de ambientes de células, permitindo a polivalência e flexibilidade dos funcionários, é fundamental para a integração e o compartilhamento de conhecimentos e habilidades entre as equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Assim se garante também, a

flexibilidade para a execução dos programas desenhados com base no mapa de valor de cada instituição.

16) Transformar as instituições de saúde em instituições educadoras

Segundo os especialistas entrevistados, a incorporação pelas instituições prestadoras de serviços de saúde do conceito de instituição educadora é fundamental, tendo em vista o volumoso estoque de profissionais de saúde existentes no Brasil com baixa capacitação profissional. Através de ambientes de ensino celulares e de parcerias estratégicas, alinhados com os propósitos qualitativos da instituição, é possível contribuir para se obter a transformação setorial desejada.

17) Garantia de qualidade e padrão dos instrutores do programa educacional

Para obter uma padronização dos métodos de ensino, é necessário padronizar os processos de formação e acompanhamento do desempenho dos instrutores, através da gestão do cotidiano e do desenvolvimento de padrões de eficiência e qualidade acadêmica.

18) Criação de indicadores de efetividade no treinamento do profissional da saúde para gerar satisfação do cliente

A partir do mapeamento do fluxo de valor elaborado para o cliente, é possível criar indicadores de efetividade e eficácia para o acompanhamento dos alunos, permitindo assim, que seja possível determinar se as ações tomadas estão alinhadas com a expectativa do cliente e dos treinandos.

Diante dessas oportunidades, há diversos caminhos a serem explorados que contribuiriam para a criação de um serviço com uma oferta de valor enriquecida com a percepção do cliente.

Não foi identificada a aplicação da prática de fluxo puxado pela demanda, destacada no marco teórico, de forma a contribuir com o objetivo desse trabalho. Apesar disso, por definição, o serviço é algo não estocável. Ele naturalmente é puxado pela demanda, ou seja, o serviço é executado junto com a demanda do cliente, transformando o fluxo puxado pela demanda inerente ao serviço.

Vale ressaltar alguns itens fortes identificados nas entrevistas, já abordados na análise que podem ser possíveis obstáculos para uma empresa prestadora de serviços educacionais na saúde e por isso demandam atenção. O maior obstáculo observado nas entrevistas para o modelo de negócios em questão é com relação às barreiras culturais, representando uma resistência à mudança. Junto com essa barreira está a questão da limitação financeira, dificultando a priorização de investimento nesse tipo de serviço. Além disso, existe o fato de muitos hospitais não terem processos estabelecidos e ainda não terem entendimento das carências do seu próprio negócio.

Além disso, a falta de entendimento da prática e do processo do programa pode se tornar uma ameaça para a continuidade do projeto. Isso ocorre porque surgem outras questões relacionadas à operacionalização do serviço, tais como o cliente acreditar que a expertise do serviço prestado pode ser transferida e continuada sem a sua contratação ou ele ainda não estar confiante em como o processo operacional que garante a qualidade irá se estabelecer.

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste trabalho, foi feita uma reflexão sobre como o pensamento *lean* pode servir de referencial para empresas que trabalham na área de educação em saúde, contribuindo para o enriquecimento da oferta de valor diante dos desafios do mundo contemporâneo.

Para tanto, foi inicialmente feita uma revisão bibliográfica sobre o tema serviços *lean* e identificadas as principais práticas do pensamento *lean* aplicadas ao contexto de serviços.

A partir dessa reflexão, foi feito um trabalho de campo construído em duas fases. Na primeira, foi selecionada uma empresa do setor para ser estudada e ajudar a entender a dinâmica desse processo. Em seguida, na segunda fase, após reunidos os conhecimentos obtidos da revisão bibliográfica e da experiência do estudo de caso, foi elaborado um roteiro de entrevistas e foram selecionados dez especialistas da área da saúde e de gestão operacional para serem entrevistados.

Dessa forma, foi feita uma análise do conteúdo das informações obtidas que permitiu identificar oportunidades a serem exploradas por uma empresa atuante no setor, o que poderá contribuir para originar um diferencial competitivo entre organizações desse setor.

Uma vez listadas essas oportunidades, procurou-se identificar como o pensamento *lean* pode ser um ferramental adequado e útil para esse contexto. Assim, perceberam-se três grandes possibilidades a serem seguidas.

A primeira, diz respeito, conforme captado nas entrevistas, à oferta de treinamento para saúde ser flexível e adaptada às necessidades de cada instituição de saúde. Como cada um tem características e demandas diferentes, é preciso diagnosticar a demanda do ambiente para, então, desenvolver o programa de treinamento. A relação com o *lean* é demonstrada já que tal filosofia propõe que o sistema de produção se organize para tratar a variedade de forma eficiente e produtiva, ou seja, é preciso prestar um serviço que atenda de forma eficiente às demandas existentes no setor, que são fortemente influenciadas pela variedade e flexibilidade do mundo moderno. Nesse aspecto, o *lean* pode ser bom ferramental para ajudar. Um exemplo são as células de produção, que envolvem a questão da polivalência, o que é útil e inspirador, já que oferecem um caminho para a atuação no contexto em questão. Um ótimo caminho para se ofertar, no mundo de hoje, um produto variado e com o custo benefício

favorável, é preparar a própria equipe multiprofissional e interdisciplinar para que ela tenha condições de lidar com essa flexibilidade, caracterizando assim a ideia da polivalência.

A segunda diz respeito à motivação da equipe de instrutores e dos alunos. A organização prestadora de serviços precisa absorver a tese de que para se prover serviços educacionais na área da saúde no mundo de hoje, depende-se basicamente de que o conhecimento transmitido seja efetivo e, para isto, o profissional a ser treinado precisa estar motivado para tal aprendizado. Dessa forma, é preciso tratar a oferta de valor de uma forma mais ampla, ou seja, a educação precisa ser parte da cultura organizacional dos clientes. Assim, é necessário construir um modelo que trabalhe a prática gerencial no sentido de empoderar as pessoas da equipe do cliente. Para atingir esse objetivo, as práticas *lean* de empoderamento e desenvolvimento de lideranças podem dar uma grande contribuição, trabalhando para que a equipe esteja motivada, ativa e fazendo melhorias continuamente, ou seja, funcione como um instrumento de mudança cultural.

A terceira possibilidade, também identificada nas entrevistas, foi a sugestão de o treinamento ser visto de uma forma mais abrangente, como um processo, ou seja, é importante que empresas do setor entendam que o programa educacional deve ser continuado, proporcionando uma permanente capacitação do profissional, já que a atualização e a complementariedade da experiência são importantes. É preciso criar uma perspectiva de continuidade no serviço e isso presume que o estabelecimento de uma relação comercial entre a organização prestadora de serviços educacionais e o seu cliente seja de cunho estratégico. Nesse contexto, é preciso realizar o ciclo da melhoria permanentemente para se atingir a perspectiva *lean* de acelerar e estabilizar o fluxo da produção. Isso é possível de conquistar através de relações estáveis de parceria estratégica em que todos ganhem. Em suma, a oportunidade se relaciona com o *lean* já que ela sugere que uma empresa desse setor não ofereça treinamento de saúde de forma isolada, mas sim através de um serviço de longo prazo, propondo um diagnóstico situacional das necessidades do cliente e, a partir dele, o desenvolvimento de um programa de treinamento continuado com controle evolutivo e mapeamento das competências das equipes treinadas.

Além disso, ao longo das entrevistas foram apreendidas sugestões feitas pelos entrevistados, cujo detalhamento sobre a execução não foi aprofundado por não fazer parte do objetivo desse estudo. Dentre elas estão a criação de modelos como mapeamento dos clientes e

de sua sensibilidade ao preço, a melhoria do processo de pesquisa junto ao cliente e a implantação de um modelo melhor de avaliação de desempenho, que podem ser explorados em novos estudos.

Especificamente para o modelo de avaliação de desempenho, fica a sugestão de estudo com um foco em indicadores de desempenho abordando a questão da eficácia, eficiência e efetividade referenciadas no presente trabalho.

Por último, também seria muito interessante a análise desse modelo na perspectiva dos outros paradigmas existentes na gestão de operação que também contribuem para uma melhor gestão de serviços, como a teoria das restrições e a gestão da cadeia de suprimentos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARLBORG, P.; KINDSTROM, D.; KOWALKOWSKI, C. **A lean approach for service productivity improvements: synergy or oxymoron?** Managing Service Quality: An International Journal, Vol. 23 Iss 4 pp. 291 – 304, 2013.

CERVONE, H. F. **Information organizations and the Lean approach to service delivery.**

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE (2016). **Dados do Setor.** Disponível em: <http://cns.org.br/#inicio> Acesso em 07 de setembro de 2016.

CONSELHO EMPRESARIAL DE MEDICINA E SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO COMERCIAL DO RIO DE JANEIRO (2014). **Rio Mais Saúde: Transformando o Estado do Rio em Referência Nacional de Saúde**, Associação Comercial do Rio de Janeiro.

COSTA S. R.; JARDIM E. G. M. **Produção e Serviços Reflexões e Conceitos.** São Paulo: ed Atlas, 2015

EMILIANI, M. L. **Lean Behaviors.** Management Decision, Vol. 36 Iss 9 pp. 615 – 631, 1998.

FOLHA DE SÃO PAULO (2014). **Preocupação com a saúde cai 11 pontos, aponta Datafolha.** Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/poder/2014/04/1436998-preocupacao-com-a-saude-cai-11-pontos-em-meio-a-politicas-do-governo-dilma.shtml>. Acesso em 25 de março de 2016.

GUPTA, Shradha; SHARMA, Monica; SUNDER M., Vijaya (2016). **Lean services: a systematic review**, International Journal of Productivity and Performance Management, Vol. 65 Iss 8 pp. 1025 - 1056

HADID, W.; MANSOURI, S. A. **The lean-performance relationship in services: a theoretical model.** International Journal of Operations & Production Management, Vol.34 ed. 6, London, 2014

MALMBRANDT, M.; AHLSTROM, P. **An instrument for assessing lean service adoption.** International Journal of Operations & Production Management, Vol. 33 Iss 9 pp. 1131 – 1165, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016). **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/apresentacao.html>. Acesso em 25 de março de 2016.

PEREIRA, C.M.L. (2011). **A simulação como metodologia de aquisição de competências na formação médica pré-graduada**. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2011.

SINDICATO DOS HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO (SINDHRIO) (2012). **Atlas da Saúde setor público e privado**.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de casos planejamento e métodos**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. (2013). **Marketing de serviços a empresa com foco no cliente**. 6. ed. New York: The McGraw-Hill Global Education Holdings LLC.

Anexo 1 - Roteiro Entrevista profissionais da área da saúde

- 1) O que você pensa sobre a qualidade dos profissionais da saúde brasileiros?
- 2) Qual a sua opinião sobre treinamento dos profissionais da saúde?
- 3) O que você (acredita) espera poder conquistar/ obter através do treinamento? Qual a sua expectativa em relação a treinamento?
- 4) No seu entendimento, as instituições públicas e privadas prestadoras de serviços de saúde deveriam assumir o papel de instituições educadoras? Ou seja, elas deveriam assumir a responsabilidade de capacitar seus profissionais? Acredita que isso seja importante para as instituições? Por quê?
- 5) Na sua opinião, os profissionais de saúde conseguem incorporar conhecimento na velocidade atual sem treinamento e capacitação patrocinados pelas instituições em que trabalham?
- 6) Na sua opinião, quais fatores poderiam atrapalhar um programa de treinamento do profissional da saúde realizado por uma instituição de saúde?
- 7) Você já vivenciou através de alguma empresa, a experiência de treinamento e capacitação para profissionais de saúde? Como foi ou está sendo a experiência?
- 8) Quais foram os principais problemas? Consegue identificar as causas reais? O que você faria diferente?
- 9) Afora os problemas, que melhorias você faria ou o que você faria diferente se fizesse de novo?
- 10) O que você considera mais importante, o treinamento técnico ou o comportamental? Se ambos estivessem numa escala de importância, que nota daria a cada um deles entre 0 e 10?
- 11) Conhece o método da simulação realística para treinamento e capacitação profissional? Se sim, acredita que isso possa ser importante para a sua ou alguma outra instituição?
- 12) Qual seria o perfil das instituições de saúde que se interessariam por esse tipo de treinamento e quem seriam os principais profissionais a serem treinados?
- 13) Se você pudesse criar, sem barreiras e nenhum tipo de limitação, um serviço de treinamento que você acreditasse ser de qualidade, eficaz e eficiente, como seria esse serviço? Seria possível

descrevê-lo nos mínimos detalhes: o que é, como é, sua localização, para quem, quem seriam os treinandos, o que ele entregaria, como seria o modelo de negócios que adotaria, como seria o operacional?

14) E por que você acredita que dessa forma seria bom?

15) O que é valor para a sua instituição? O que você acredita que de fato agregaria valor para a sua instituição?

- Apresentação do serviço da empresa IBKL-

16) Qual a sua opinião sobre o serviço prestado pelo IBKL?

17) Por que alguém compra isso?

18) O que achou mais atrativo e gostou mais?

19) Que tipo de problemas ou dificuldades você acredita que teria?

20) O que mudaria ou quais sugestões faria?

21) Acredita que esse serviço agregaria valor para a sua instituição? Por quê?

22) Caso ele fosse diferente, como esse serviço poderia agregar valor para a sua instituição?

Anexo 2 - Roteiro Entrevista profissional da área de operação

- Apresentação do serviço da empresa IBKL-

- 1) Qual a sua opinião sobre o modelo de serviço apresentado?
- 2) Foi coletado na literatura uma serie de práticas de *lean* focada em serviço. Alguns autores defendem que o *lean* é baseado em 3 fatores que devem ocorrerem em conjunto para o seu sucesso ocorra. Esses fatores são:
 - a) os facilitadores, que são os aspectos culturais e envolvimento e entendimento das lideranças e dos funcionários,
 - b) as práticas *lean*,
 - c) e a eficiência operacional junto com as métricas de produtividade e qualidade.

O que você acha sobre isso pensando na aplicabilidade para o setor de serviços?

- 3) O que você pensa sobre *lean* no setor da saúde e até especificamente para a capacitação de profissionais da saúde?
- 4) Existem outros paradigmas na gestão de operações como, por exemplo, a teoria da restrição. Como você acha que isso contribuiria para uma melhor prestação de serviço no setor da saúde? Há outros paradigmas que julga importante considerar nessa análise? Quais?
- 5) Hoje, nos deparamos com a existência de uma grande evolução tecnológica como forma de redução da complexidade, assim como o *lean*. Como você acredita que isso possa confrontar a questão da capacitação?

Anexo 3 - Fotos dos treinamentos utilizando a metodologia da simulação

