

Lean na Gestão da Saúde: Uma Oportunidade para Fomentar a Centralidade do Doente, o Respeito pelos Profissionais e a Qualidade nos Serviços de Saúde



Lean in the Health Management: An Opportunity to Improve Focus on the Patient, Respect for Professionals and Quality in the Health Services

Luís Velez LAPÃO✉¹

Acta Med Port 2016 Apr;29(4):237-239 - <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6615>

Palavras-chave: Assistência Centrada no Doente; Eficiência Organizacional; Gestão da Qualidade Total.

Keywords: Efficiency, Organizational; Patient-Centered Care; Total Quality Management.

Os casos de Flinders Medical Center (Austrália), Royal Bolton (UK), ThedaCare e Virginia Mason (USA) são exemplos de hospitais que conseguiram melhorar o seu desempenho através da utilização de metodologias *Lean*. Todavia, nem sempre o processo é tão fácil como aparenta. Não é que a aplicação do *Lean* seja difícil mas exige condições especiais. Efectivamente, o *Lean* é “um compromisso de mudança da cultura da organização, com a aplicação do método científico para continuamente melhorar os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipas clínicas, criando valor concreto para os doentes”.¹ Há especialistas que consideram que o uso do *Lean* será crucial para lidar com os actuais desafios da saúde.² Bem implementado, poderá ter um contributo significativo para a optimização do Serviço Nacional de Saúde. Este texto pretende abordar, de forma crítica, o uso do *Lean* na saúde.

O aumento da complexidade da prestação de cuidados de saúde pressiona à re-organização dos serviços de saúde: o envelhecimento da população e das co-morbilidade fazem elevar a procura nas urgências, as listas de espera e os custos. Simultaneamente, têm surgido um conjunto de ferramentas e métodos de gestão que prometem ajudar.^{3,4} Muito à semelhança do desafio das novas tecnologias, onde nem todas são realmente necessárias, é preciso ter consciência do valor destas novas ferramentas de gestão. Existe evidência que determinadas práticas de gestão contribuem efectivamente para melhor uso dos recursos, e que, em condições adequadas, melhoram também a qualidade dos serviços.³⁻⁶

A qualidade na prestação de cuidados de saúde deve ser um desígnio civilizacional. Os serviços de saúde devem ter a competência para assumir a responsabilidade ética de usar bem os recursos existentes. Esta responsabilidade obriga à reflexão estratégica e à utilização, quer da lei quer de instrumentos de gestão profissional, que permitam a melhor utilização dos recursos, e uma aprendizagem sistemática.⁷ Não esquecer que o propósito da qualidade é

procurar aprender com o que se faz e actuar para a sua melhoria contínua.⁷ Isto diz respeito aos gestores, mas também aos profissionais de saúde e aos doentes.

Há um aspecto central na teoria da gestão que é o acesso à informação, sem a qual não é possível compreender como a organização está a funcionar e corrigir se necessário.³ Ao nível dos serviços de saúde existem dois grandes desafios da gestão: a utilização da evidência de gestão (optimização dos processos de trabalho, boa adequação das tecnologias, etc.); e a inovação de gestão. A inovação de gestão contempla a qualidade, a centralidade e experiência do doente, o uso de novas tecnologias e de novos serviços.⁶ A inovação de gestão procura alavancar o efeito dos recursos, mas exige alinhamento estratégico a médio-longo prazo. A utilização dos recursos feita de acordo com, por exemplo, as apostas na qualidade, ou na utilização da telemedicina, etc. O desafio está em fazê-lo no contexto dos cuidados de saúde, com o adequado envolvimento dos profissionais e dos doentes.⁴ Porém a questão é como inovar em serviços desfalcados de pessoal, com aumento da procura, com sistemas de informação anacrónicos, sobretudo quando abordar a inovação implica aceitar riscos?

Um ponto de referência para esta questão deve ser a estratégia nacional para a qualidade na saúde⁸ e para a segurança do doente,⁹ que deve motivar uma abordagem mais séria. As organizações de saúde, através das suas comissões da qualidade e segurança, devem promover a implementação de acções visando a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à população.⁹

É neste contexto que surge o *Lean*. A utilização do *Lean* marcou a cultura de gestão da Toyota, da Nike, da INTEL, etc., mas também de hospitais como Virginia Mason, a Mayo Clinic e do Children's Hospital (Stanford-University). O sistema de gestão *Lean* nasce da aplicação de conceitos de redução do desperdício num ambiente de produção e montagem de automóveis, onde se procura estabelecer uma maior competitividade através da melhoria continua.¹

1. Departamento de Saúde Pública Internacional. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Luís Velez Lapão. luis.lapao@ihmt.unl.pt

Recebido: 18 de maio de 2015 - Aceite: 18 de maio de 2015 | Copyright © Ordem dos Médicos 2016



O sistema *Lean* exige um elevado conhecimento técnico dos profissionais (comparável ao que existe na Saúde) e a utilização das ferramentas *Lean* permite que se obtenham melhorias significativas e de forma sistemática (5 Ss, *value-stream-mapping*, *kaizen-blitz*, etc.).^{2,5} Estabelece-se o princípio de “fazer mais com menos”. A gestão *Lean* é um sistema integrado de princípios e de ferramentas de base científica voltadas para a análise dos processos e para a redução dos desperdícios, a sincronização e redução de variabilidade nos processos de trabalho (i.e. qualidade).¹ Uma distinção importante do *Lean*, muito relevante na saúde, é o focar nas actividades que produzem valor para o doente (a consulta, a cirurgia, o tratamento, etc.) e reduzir

os tempos de espera e os erros.

Todavia, Hamel e Breen⁶ recordam que várias organizações americanas levaram décadas para compreender as razões da dificuldade da implementação do *Lean*. Faltava a cultura da organização, o compromisso das equipas, da sua autonomia para abordarem os problemas e as soluções. O *Lean* não é um programa de qualidade, nem um é “uma solução rápida”. O *Lean* é um caminho, um processo de mudança cultural que altera a forma de trabalhar das organizações, na busca incessante de melhorias. Isto implica novas competências e uma nova atitude, mas também de condições de trabalho asseguradas pela gestão.² Porém, raramente o *Lean* é desenvolvido de forma correcta

Tabela 1 - Exemplos de desperdício na saúde onde o *Lean* pode actuar.^{2,5}

Tempo de espera	Espera até à marcação da consulta, antes da consultas e para eventos programados (cirurgias, exames), que com uma melhor organização e comunicação podem ser reduzidos (pesa sobretudo para os doentes). Seattle Children's hospital reduziu o tempo entre cirurgias em 50%. Uma rede de hospitais de New York relata reduções de 21 para 4% no número de remarcações de cirurgias. Virginia Mason reporta redução em 85% no tempo de espera por resultados de exames.
Erros de medicação	Os erros de medicação surgem sobretudo devido a uma organização de processos e de espaços deficiente e pouco consistente, sugere a aplicação dos 5 Ss e da “gestão visual”. Os erros podem desencadear um movimento de melhoria. A equipa de Otorrinolaringologia do Christie Clinic (USA) inicia todos os dias com uma discussão sobre melhorias no serviço.
Excesso de produção	Produzir algo em excesso (ou antes de ser necessário), como acontece na duplicação de documentação, na duplicação dos registos, ou de exames médicos pode ser evitada ou reduzida. ThedaCare reduziu em 25% os custos enquanto melhorou a satisfação do doente em quase 100%.
Inventário	Há dois tipos de custos de inventário. O custo associado ao investimento em mercadoria que está parada (e que se pode estragar); e o custo associado à gestão do inventário. Além da gestão do consumo, do processo de encomenda, e do espaço necessário de armazém, é preciso, sobretudo na saúde, monitorizar as datas de validade. Já foi mostrado que os custos de entregas mais frequentes, e mais pequenas, é menor que de um grande volume, com desconto, mas com custos de inventário superiores. Frequentemente se obtém reduções de 50 a 80%.
Transporte desnecessário	Desde o transporte desnecessário, ou errado, de doentes até de materiais e medicamentos. Há transporte desnecessário intra-hospital e entre unidades de saúde. A redução no tempo e custos de transporte pode chegar aos 40%.
Sub-utilização de pessoas	A sub-utilização de pessoas é desperdício de recursos. Resulta de falta de comunicação, de frágil partilha de conhecimento, ou de não utilização da criatividade. Frequentemente isto significa uma estrutura hierárquica desadequada ou não utiliza eficazmente a dinâmica das equipas.
Excesso de movimento	Normalmente associado ao movimento à procura de materiais ou de informação (e por vezes de doentes). Este desperdício deve-se sobretudo ao desenho incorrecto dos processos de trabalho.
Defeitos, ou erros de manuseamento	Inclui desde informação sobre os doentes errada, ou incompleta, até à incorrecta “informação” sobre exames ou medicamentos, etc. Muitos destes erros (e.g. medicamentos ou exames) podem por em causa a segurança do doente. Em média, intervenções <i>Lean</i> reduzem em 50-90% os defeitos e erros de manuseamento.
Sobre-processamento	Relatórios clínicos incompletos ou quando documentação entregues aos doentes, quer por obrigação regulatória ou por outro motivo, são confusos. Por exemplo, aquando da alta, o excesso de documentação, ou processamento de formulários, podem confundir os doentes.
Inventário de doentes nos serviços	Doentes retidos nos serviços (por exemplo, nas enfermarias ou na urgência), além do transtorno para eles aumentam os custos de utilização dos serviços (cuidados, limpeza, materiais, etc.).

na Saúde, o que explica o menor número de exemplos.^{5,10} Existem também algumas diferenças entre a indústria e a saúde, que devem ser consideradas com cautela (sobretudo na definição de valor). As organizações de saúde, com frequência aplicam o *Lean* mais como ferramenta do que como cultura de melhoria contínua, acabando muitos projectos por ficarem na gaveta.¹⁰ A sustentabilidade exige liderança e continuidade ao longo do tempo.¹⁰

O *Lean* requiere um compromisso que não é fácil de alcançar na Saúde.^{4,10} É preciso que uma organização esteja pronta para adoptar uma nova cultura de trabalho. Por este motivo, a abordagem é usualmente faseada, começando pelos serviços mais disponíveis. São usualmente serviços com aparente maior proximidade às linhas de montagem da indústria, como seja nos laboratórios, a radiologia, o bloco operatório ou serviços de apoio logístico.⁵ Mas o *Lean* pode ser aplicado em qualquer serviço clínico ou enfermaria. O *Lean* cria valor para o doente através da eliminação do desperdício, que em grande parte é comum à indústria e aos serviços, e portanto não são únicos da saúde (Tabela 1).

Já existem abundantes casos de sucesso do *Lean* para motivar os gestores à sua adopção, mas não se deve descurar a complexidade da sua implementação. Em geral, o

fracasso dá-se por falta de compromisso sério da gestão (a rotatividade nas administrações hospitalares, a falta de liderança, etc.), falta de autonomia das equipas, falta de comunicação na organização e de conhecimento do *Lean*.¹⁰ Em Portugal podem-se identificar cerca de uma dezena de casos, que são meritórios mas ainda insipientes e pouco sustentados: Hospital de Setúbal, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Pedro Hispano, e recentemente no Hospital da Figueira da Foz e no Hospital de São Francisco Xavier.

O *Lean* tem potencial para reduzir o desperdício e ajudar a focar na qualidade, mas exige uma aposta consistente no tempo e nos recursos alocados, envolvendo concomitante a gestão e os profissionais de saúde. Promover o *Lean* é uma oportunidade para fomentar a mudança dos serviços de saúde.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não ter quaisquer conflitos de interesse relativamente a este artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição de subsídio ou bolsa.

REFERÊNCIAS

1. Womack JP, Jones DT, Roos D. The machine that changed the world. New York: Simon and Schuster; 1990.
2. Toussaint JS, Berry LL. The promise of Lean in health care. Mayo Clin Proc. 2013;88:74-82.
3. Spear SJ. Fixing health care from the inside, today. Harv Bus Rev. 2005;83:78-91.
4. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. Int J Health Plann Manage. 2012;27:295-307.
5. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. Qual Saf Health Care. 2010;19:376-382.
6. Hamel G, Breen B. The Future of Management. Harvard: Harvard Business School Press; 2007.
7. Berwick D. A promise to learn – a commitment to act: improving the safety of patients in England. London: Department of Health; 2013.
8. Portugal, Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Despacho n.º 14223/2009, Diário da República, 2ª série - n.º 120. 2009;24667-9.
9. Portugal, Ministério da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2ª série - n.º 28. 2015.
10. Radnor ZJ, Holweg M, Waring J. Lean in healthcare: the unfilled promise? Soc Sci Med. 2012;74:364-71.