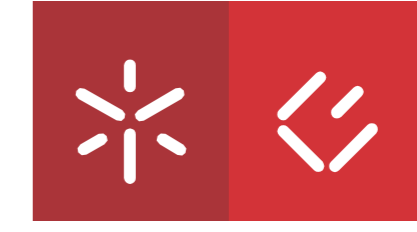


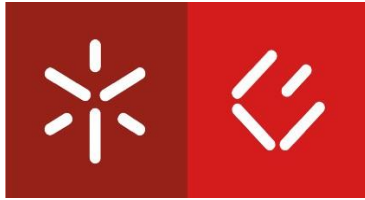


Gestão de desperdícios *Learn*: a
criatividade não utilizada dos
profissionais de saúde

Beatriz Navio Silva

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão





Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Beatriz Navio Silva

Gestão de desperdícios *Learn*: a criatividade não
utilizada dos profissionais de saúde

Trabalho de Projeto
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor José António Almeida Crispim

maio de 2023

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, me ajudaram e incentivaram à concretização deste trabalho.

Gostaria de começar por agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor José António Almeida Crispim, primeiramente por ter aceite orientar este trabalho assim como por toda a disponibilidade oferecida, por todo o acompanhamento e por todas as suas sugestões dadas durante todo o processo do trabalho de projeto.

De seguida, deixar os meus agradecimentos ao Serviço de Gestão da Qualidade do CHTMAD, à Técnica Superior Joana Alves, por me ter supervisionado, por toda a disponibilidade demonstrada durante assim como após o estágio e por todo o auxílio proporcionado; à Doutora Clara e à Enfermeira Ana por toda a simpatia com que me acolheram no serviço.

Aos enfermeiros do Serviço de Oncologia Médica do CHMTAD por terem contribuído para a realização deste trabalho.

A toda a minha família, em especial à minha madrinha, Ângela, por toda a ajuda que as suas opiniões me proporcionaram durante o desenvolvimento da escrita do trabalho.

Aos meus pais, Anabela e Paulo, por me permitirem tomar as minhas próprias decisões sem julgamentos e imposições e por todo o constante apoio. À minha irmã, Catarina, que sem o saber, sempre me ajudou a acreditar em mim e me motiva a continuar o meu percurso até à meta final.

Por fim, agradecer às minhas amigas, Marta, Mariana e, em especial, à Helena por de forma sistemática terem-me ajudado e apoiado sem nunca me criticarem tanto nesta etapa como em todas as anteriores; e, ainda, agradecer à Inês por todo o incentivo dado durante a realização deste trabalho e nas restantes fases do meu percurso académico.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

O pensamento *Lean* é uma estratégia de gestão que permite a redução dos desperdícios provocados durante o processo de produção, tendo sido especificados dentro desta temática oito desperdícios. Sendo um tema cujo interesse tem vindo a aumentar, a sua aplicação tem sido recorrente nos diferentes setores, inclusive na Saúde. Ao implementar esta estratégia de gestão é obrigatório ter em conta o fator humano, que constitui quer as instituições de saúde quer este pensamento. Isto porque, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde depende diretamente dos seus profissionais e, por isso, é necessário que estes se sintam reconhecidos, de forma a evitar o oitavo desperdício do pensamento *Lean* designado por talento/criatividade não utilizada.

Existindo uma clara falta de estudos na literatura atual sobre o oitavo desperdício, este trabalho pretende sugerir um procedimento de melhoria contínua para a auscultação dos profissionais de saúde ao CHMTAD. Deste modo, seria possível a criação de um “espaço” fixo onde os profissionais de saúde poderiam dar as suas opiniões, sugestões e *feedback*, evitando, assim, que estes não se sintam ouvidos.

Para a concretização deste estudo recorreu-se a uma metodologia qualitativa, que se baseou em métodos de recolha de dados primários: entrevistas não-estruturadas em grupo e individuais aos enfermeiros do Serviço de Oncologia Médica do CHMTAD.

Os resultados obtidos sugerem que o procedimento seja uma reunião mensal com um representante do Centro de Gestão Oncológico e da Direção de Enfermagem, juntamente com a enfermeira-chefe, a equipa multidisciplinar de saúde e três representantes dos enfermeiros da prestação dos cuidados de saúde, sendo que estes últimos vão alterando entre todos os enfermeiros do serviço. A informação chegaria ao Conselho de Administração através de uma ata divulgada por email e de um contacto entre este conselho e o centro referido anteriormente; já o seu *feedback* seria devolvido aos enfermeiros com um comunicado oficial via email assim como através do Centro de Gestão Oncológico e da enfermeira-chefe. Este estudo contribui, assim, com uma *derivable* de melhoria contínua para o CHMTAD, recomendando, ainda, outra que complementa este mesmo procedimento.

Palavras-Chave: *Lean*, oitavo desperdício, melhoria contínua, profissionais de saúde

ABSTRACT

The *Lean* thinking is a management strategy that allows the waste reduction caused during the production process and eight wastes have been specified within this theme. As a subject whose interest has been increasing, its application has been regular in different sectors, including Healthcare. When implementing this management strategy, it is mandatory to consider the human factor, which constitutes not only the healthcare institution but also this kind of thinking. This is so because the quality of health care depends directly on its professionals and, therefore, it is necessary for them to feel recognized to avoid the eighth waste of *Lean* thinking called non utilized talent.

Since there is a clear dearth of studies on the eighth waste in the current literature, this project aims to suggest a continuous improvement procedure for listening to healthcare professionals in the CHTMAD. In this way, it would be possible to create a positioned “space” where healthcare professionals could give their opinions, suggestions and feedback, thus preventing them to not feel heard.

For this study to happen the researcher conducted a qualitative methodology based on primarily data collection methods: non-structured group and individual interviews with nurses from the Medical Oncology Service of the CHTMAD.

The results obtained suggest that the procedure would be a monthly meeting with one representative of the Oncology Management Center and the Nursing Board, along with the head nurse, the multidisciplinary health team and three representatives of the care nurses, the latter changing among all nurses of the service. The information would reach the Board of Directors through minutes disseminated by email and a contact between this board and the center; their feedback would be returned to the nurses with an official communication via email as well as through the Oncology Management Center and the head nurse. Hence, this study contributes with a continuous improvement derivable for the CHTMAD and recommends another one that complements this same procedure.

Keywords: *Lean*, eight waste, continuous improvement, healthcare professionals

ÍNDICE

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xv
1. Introdução.....	1
1.1 Apresentação da organização.....	1
1.2 Descrição do problema.....	3
2. Enquadramento Teórico.....	5
2.1 O Conceito <i>Lean</i>	5
2.2 A Componente Humana no <i>Lean</i>	6
2.3 <i>Lean</i> na Saúde.....	8
2.4 O Oitavo Desperdício.....	13
3. Metodologia.....	20
3.1 Estudo de Caso.....	20
3.2 Recolha de Dados.....	21
3.3 Entrevistas não-estruturadas.....	22
3.4 Amostra.....	23
3.5 Análise de Dados.....	24
4. Resultados.....	25
4.1 Procedimento de melhoria contínua.....	32
4.2 Possíveis dificuldades na implementação.....	33
5. Recomendações E Conclusões.....	35
5.1 Limitações.....	36
5.2 Recomendações.....	36
Referências Bibliográficas.....	37
Apêndice I – Consentimento Informado.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esboço do método AHP	19
Figura 2. Esboço do procedimento de melhoria contínua.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos e profissionais da amostra	23
Tabela 2. Tópicos das entrevistas de grupo não-estruturadas	25
Tabela 3. Tópicos das entrevistas individuais não-estruturadas	26

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AHP- Analytical Hierarchy Process

CA- Conselho de Administração

CHTMAD- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto-Douro

EPE- Entidade Pública Empresarial

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

EUA- Estados Unidos da América

JCI- Joint Commission International

NHS- National Health Service

RPA- Robotic Process Automation

SGQ- Serviço de Gestão da Qualidade

SINAS- Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

TPS- Toyota Production System

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho foi realizado durante o estágio curricular no Serviço de Gestão da Qualidade do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro (CHTMAD). Com uma duração de 3 meses, o estágio teve início no dia 15 de setembro de 2022 e finalizou-se a 15 de dezembro de 2022, tendo como principal foco o estudo sobre a gestão de desperdícios *Lean*. Assim, o estudo desenvolvido tem como tema a criatividade não utilizada dos profissionais de saúde, os quais são cruciais para uma prestação de cuidados com qualidade.

1.1 Apresentação da organização

O estágio referente a este trabalho foi desenvolvido no CHTMAD, mais especificamente, na Unidade Hospitalar de Vila Real, onde está situada a sua sede. Este centro hospitalar é uma entidade pública empresarial (EPE) constituído por 4 instituições de saúde: o Hospital de S. Pedro, em Vila Real; o Hospital Distrital de Chaves, em Chaves; o Hospital de Proximidade de Lamego, em Lamego e a Unidade de Cuidados Paliativos, em Vila Pouca de Aguiar (*Regulamento Interno CHTMAD, 2017*).

A principal missão do CHTMAD é a prestação de cuidados de saúde com foco nas necessidades da população, promovendo a sua “longevidade com qualidade de vida”. Pretende, ainda, fortalecer a ideia de humanização, a qual é importante para “a promoção da saúde e prevenção da doença”, desenvolvendo tanto o valor pessoal como profissional de todos os seus profissionais (*Regulamento Interno CHTMAD, 2017*).

Para além disto, tem como visão ser uma instituição de saúde excelente e promotora do desenvolvimento sustentável, dando o devido valor aos seus utentes e profissionais (*Regulamento Interno CHTMAD, 2017*).

Os valores desta organização de saúde são vários entre os quais se destacam a solidariedade, a competência e a integridade, enquanto os seus princípios baseiam-se no respeito da dignidade e direitos dos utentes, na oferta da saúde à sociedade, entre outros (*Regulamento Interno CHTMAD, 2017*).

Sendo considerado o maior centro do país em termos geográficos, o CHTMAD possui uma população de referência que ronda os 300 mil habitantes pertencentes ao distrito de Vila Real e, ainda, a alguns concelhos do distrito de Viseu. Para além desta área de referenciação direta, assiste, ainda, a

população de certas partes de Bragança, Viseu e Porto, em algumas especialidades, aumentando a sua prestação de serviços para aproximadamente 500 mil pessoas (*Caracterização Da Área de Influência – CH | Trás-Os-Montes e Alto Douro*, n.d.).

Com 3 serviços de urgência e 33 especialidades, o CHTMAD presta cuidados de saúde a uma das populações mais envelhecidas do país e com um dos rendimentos mais baixos por indivíduo (Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro, n.d.).

Serviço de Gestão da Qualidade

O estágio curricular foi realizado do dia 15 de setembro até ao dia 15 de dezembro de 2022, no Serviço de Gestão de Qualidade (SGQ) do CHTMAD. Este é considerado um serviço de apoio neste centro hospitalar e, por conseguinte, às unidades hospitalares de Vila Real, Chaves e Lamego assim como à Unidade de Cuidados Paliativos em Vila Pouca de Aguiar.

Este serviço tem como principal função: a promoção da melhoria contínua e dos cuidados prestados em todos os serviços do CHTMAD. Neste sentido, coordena e dinamiza as atividades de manutenção e de melhoria do sistema de gestão da qualidade, nos serviços em certificação pela Norma NP ISO 9001:2015, sendo estes: o Laboratório de Genética de Vila Real, Serviço de Imuno-Hemoterapia de Vila Real, Serviço de Imagiologia de Vila Real, Lamego e Chaves, Serviços Farmacêuticos de Vila Real, Lamego e Chaves e Serviço de Esterilização de Vila Real, Lamego e Chaves (*Qualidade – CH | Trás-Os-Montes e Alto Douro*, n.d.).

De forma a conseguir alcançar o seu objetivo principal, o SGQ realiza, também, inquéritos de satisfação aos utentes, em diversos serviços de todo o centro hospitalar (*Qualidade – CH | Trás-Os-Montes e Alto Douro*, n.d.).

Para além disto, coordena e dinamiza os trabalhos dos grupos de trabalho da acreditação pela *Joint Commission International* (JCI). Trata-se de uma acreditação internacional que é criada conforme as próprias normas da JCI e avalia os diversos aspetos que a prestação de cuidados engloba, de forma a auxiliar os profissionais de saúde a criar técnicas que permitam indicar as suscetibilidades principais e identificar possíveis dificuldades na prestação de cuidados de saúde ao utente (*Joint Commission Accreditation | The Joint Commission*, n.d.).

Por fim, o serviço está envolvido no projeto Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) pertencentes à Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Este projeto executa uma avaliação objetiva da qualidade da prestação de cuidados de saúde, baseando-se em indicadores de avaliação, que tem como

finalidade a aquisição de uma classificação dos profissionais de saúde (*Qualidade – CH / Trás-Os-Montes e Alto Douro*, n.d.).

1.2 Descrição do problema

O pensamento *Lean* surgiu na *Toyota Motor Company*, numa altura onde a escassez dos seus recursos era dominante e, por isso, os desperdícios tinham de ser evitados (Womack, 1990). Deste modo, esta técnica é utilizada para eliminar desperdícios provocados durante o processo de produção, de forma a aumentar a eficiência dos recursos de uma dada organização (Mogaramedi et al., 2020; Tamás & Illés, 2017).

Esta estratégia de gestão foi, assim, considerada uma inovação no setor industrial o que, por conseguinte, levou à sua aplicação nos diversos setores, acabando por ser implementada na área da Saúde (Magnani et al., 2019).

A adoção desta estratégia implica a ponderação das várias componentes que a constituem. Contudo, nos diferentes estudos que este pensamento tem sido alvo, a componente humana, não tem tido o destaque necessário para a construção de teorias que relacionem a aplicação deste pensamento com o fator humano (Magnani et al., 2019).

Ao abordar o pensamento *Lean* na Saúde é fundamental que o fator humano seja, também, referido, visto que o desenvolvimento da qualidade na prestação de cuidados de saúde depende destes profissionais.

De salientar que as personagens principais durante a pandemia de Covid-19 foram os profissionais de saúde, onde foi notória a importância que estes exercem não só na assistência de cuidados de saúde, mas também na gestão de serviços desta área (Simões, 2022).

Seguindo este raciocínio, é relevante que os profissionais de saúde sejam reconhecidos, sendo para isso crucial o incentivo do seu “pensamento crítico” (Simões, 2022) assim como o seu *feedback*.

Tendo isto em consideração, este trabalho pretende responder à seguinte questão de investigação: “Qual o procedimento mais adequado para que os profissionais de saúde possam ser ouvidos?”.

Para a realização deste estudo, a investigadora executou uma metodologia qualitativa, uma vez que esta permite perceber as opiniões dos profissionais de saúde, as quais são cruciais neste processo de construção de um procedimento que permite que estes sejam mais ouvidos. Sendo assim, a recolha de dados baseou-se em entrevistas não-estruturadas em grupo e individuais; e a análise de dados efetuou-se através de uma análise de conteúdo indutiva.

Com isto, o trabalho concentra-se na gestão de desperdícios *Lean* com especial foco no desperdício de talento/competências não utilizadas. Neste sentido, o objetivo principal deste trabalho é a criação de um procedimento de melhoria contínua nos serviços para uso do *feedback* e criatividade dos profissionais de saúde, sendo, assim, importante para o reconhecimento destes mesmos profissionais.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 O Conceito *Lean*

O pensamento *Lean* é considerado uma filosofia e uma estratégia de gestão proveniente da *Toyota Motor Company*, a qual se encontra situada no Japão (Santos António et al., 2019; Womack, 1990). Este pensamento surgiu como uma resposta para a falta de recursos sentida, após a segunda Guerra Mundial, na produção em massa desta empresa (Womack, 1990).

Inicialmente, este sistema de produção inovador designava-se por “Sistema de Produção da *Toyota*” (TPS), o qual captou a atenção, na década de 80, de um grupo de investigadores (Magnani et al., 2019). Com esta investigação foi possível observar que o seu processo de produção apresentava uma diferença comparativamente aos restantes métodos padrão de produção, a qual provou ser uma vantagem, uma vez que aumentava a qualidade e a produtividade do mesmo (Magnani et al., 2019).

Esta técnica de produção, com origem na empresa da *Toyota*, passou a ser designado como *Lean*, em 1988, após Krafcik ter introduzido, pela primeira vez, este conceito (Krafcik, 1988). Contudo, só em 1996 é que o termo alcançou popularidade no seio industrial e a relevância merecida através dos autores Womack e Jones (Womack e Jones referido por Santos António et al., 2019).

Esta estratégia de gestão, segundo o mentor do TPS, Taichii Ohno, tem como ponto principal a criação de valor para o cliente e, por isso, tudo o que não auxilia este processo é considerado desperdício e, por conseguinte, é importante que seja reduzido e, preferencialmente, eliminado (Santos António et al., 2019).

O pensamento *Lean* tem como objetivo a redução dos custos associados à produção, a eliminação de desperdícios e aumentar a eficiência do processo de produção; tudo isto, a partir de uma cultura de melhoria contínua da qualidade (Flynn et al., 2018; Mahmoud et al., 2021). Deste modo, trata-se de uma estratégia importante para a manutenção e sustentabilidade da qualidade de uma organização.

Tendo em consideração que o seu principal objetivo é a eliminação/redução de desperdícios, é crucial que a questão “O que o cliente pretende deste processo?” seja feita durante o processo de produção, de forma a definir o valor para a organização e, por conseguinte, identificar os seus desperdícios (Liker, 2004). Com isto, é, também, necessário perceber os conceitos de “valor” e “desperdício” nesta estratégia de gestão.

Sendo assim, o conceito “valor” refere-se a tudo aquilo que o consumidor está disposto a pagar quando pretende um determinado produto ou serviço (Santos António et al., 2019). Enquanto, o “desperdício” representa as atividades que não contribuem para a criação de valor e, por isso, está associada ao consumo desnecessário dos recursos da organização assim como a custos dispensáveis que a mesma sofre (Mahmoud et al., 2021).

Ohno identificou, em 1988, 7 desperdícios: excesso de produção, tempo de espera, excesso de processamento, transporte, movimento, inventário (excesso) e defeitos (Mahmoud et al., 2021; Ohno referido por Santos António et al., 2019).

Após a década de 80, o TPS começou a ser aplicado nas indústrias de manufatura do ocidente (Krafcik, 1988), onde a sua aplicação era baseada nas ferramentas deste sistema de produção, mas certas características igualmente essenciais para a sustentabilidade desta estratégia, como a componente humana, não eram tidas em consideração (Mogaramedi et al., 2020).

Como resultado, e tendo em conta que a base do pensamento *Lean* são as pessoas, Liker (2004) considerou que o **talento e competências dos funcionários que não eram utilizados** era, também, um desperdício. Assim, surgiu o oitavo desperdício, o qual implica o não envolvimento dos funcionários no desenvolvimento da organização, ignorando os seus conhecimentos e aptidões para uma possível resolução dos problemas que enfrentam (Liker, 2004; Mogaramedi et al., 2020).

2.2 A Componente Humana no *Lean*

O TPS foi pioneiro na inserção da dimensão humana numa indústria onde a sua natureza era baseada em “Making Things” (Magnani et al., 2019). Logo, para esta estratégia de gestão o seu pilar era, ao contrário da restante indústria, o “respeito pelas pessoas” (Sugimori et al., 1977), o que significa que o seu fundamento era os seus empregados, os quais eram não só envolvidos na melhoria contínua dos seus processos de produção como também as suas dificuldades eram ouvidas e respeitadas (Magnani et al., 2019).

Este modelo refere ainda que a sua peça crucial é o destaque dado ao fator humano, que se faz sentir através do respeito pelos seus funcionários e do trabalho em equipa (Lima et al., 2021; Sugimori et al., 1977). Assim, o TPS acredita que a dimensão humana é crucial para “promover o desenvolvimento contínuo de competências e capacidades num ambiente de confiança mútua” (Magnani et al., 2019).

Sendo assim, esta estratégia de gestão é opositora à filosofia *taylorista*, uma vez que o *Lean* não considera correto a separação entre o funcionário que executa as instruções de trabalho com aquele que

as cria e que define o desenho do mesmo (Santos António et al., 2019). Desta forma, para este pensamento a eficiência de uma dada produção depende da interação entre funcionários de diferentes cargos (Santos António et al., 2019).

O presidente da *Toyota*, Fujio Cho, introduziu o conceito “Toyota Way” que representa a componente humana no TPS. Deste modo, “Toyota Way” ultrapassa os instrumentos e eficiência, e, por conseguinte, o TPS, enquanto envolve continuamente, todos os seus funcionários na resolução de problemas, para além de promover o seu desenvolvimento na deliberação de desafios (Liker, 2004; Magnani et al., 2019).

Seguindo este raciocínio, a indiferença perante os funcionários e, por conseguinte, a não utilização da sua criatividade/talento é, então, um desperdício (oitavo desperdício), que leva a que os profissionais não exprimam nem as suas ideias nem o seu conhecimento, ambos necessários para a construção de soluções que permitam a resolução dos problemas presentes (Mogaramedi et al., 2020).

Apesar de não existir uma definição para a componente humana no *Lean*, Magnani et al. (2019) apresentam um resumo dos elementos que considera que a constituem: 1) características individuais e coletivas dos profissionais; 2) interações dos profissionais com os fatores organizacionais; e 3) os seus comportamentos, que têm uma influência direta no processo de adoção do *Lean*.

Independentemente de a componente humana ter sido identificada como a “chave” para a aplicação deste procedimento, são poucos os estudos que fazem referência a este aspeto e, por isso, torna-se difícil relacionar esta componente com a implementação do *Lean* (Magnani et al., 2019).

Mesmo assim, os estudos existentes apontam como uma das causas mais notáveis para a falha da implementação desta técnica, a negligência que a dimensão humana sofre por parte da gestão, salientando que as condições psicológicas, como o significado do trabalho, a capacidade e a segurança psicológica, têm, também, um papel substancial numa implementação eficaz (Al-Hakim & Sevdalis, 2021).

Esta ideia é reforçada, através da relação entre a dimensão humana e os fatores contextuais, os quais influenciam a adoção do *Lean* e, por isso, considera-se que melhorando a sua compreensão, aperfeiçoa-se, também, o conhecimento sobre este processo (Magnani et al., 2019). Não obstante, esta implementação vai depender de como a organização interpreta a componente humana e que importância lhe atribui na sua dinâmica de trabalho (Magnani et al., 2019).

Alguns investigadores acreditam, ainda, que uma organização depende da vontade de um gestor de aprender, se adaptar e auxiliar os funcionários na solução de problemas (Magnani et al., 2019). Neste sentido, um gestor promove a implementação do *Lean* com atividades focadas na orientação a um nível

pessoal e em comunicação interpessoal e a um nível de grupo, com o desenvolvimento da resolução de problemas assim como linhas orientadoras a um nível organizacional (Magnani et al., 2019).

Assim, a implementação do *Lean*, para além de se focar na melhoria contínua da produção, precisa que exista uma promoção de um desenvolvimento constante de todas as pessoas pertencentes à organização (Santos António et al., 2019).

Neste sentido, a literatura atual mostra que quando ocorre uma melhoria na qualidade do trabalho, esta está correlacionada com a aprendizagem individual dos profissionais que acontece quando os mesmos são envolvidos no processo de implementação (Magnani et al., 2019).

Desta forma, a estratégia de gestão *Lean* depende das pessoas e, por isso, é importante que os profissionais de cada organização tenham oportunidades para se desenvolverem e aprenderem novas *skills* tanto no domínio profissional como no pessoal (Santos António et al., 2019).

Com isto, reforça-se a ideia de que a componente humana é o centro do pensamento *Lean* e, por conseguinte, todas as pessoas pertencentes a uma determinada organização devem ser envolvidas e ouvidas.

2.3 *Lean* na Saúde

O pensamento *Lean* é considerado um processo padrão na indústria de produção e, por esta razão, tornou-se num exemplo a seguir o que levou, conseqüentemente, à sua aplicação na indústria dos serviços, inclusive em áreas como a Saúde (Santos António et al., 2019).

Todavia, nesta área, a adoção deste pensamento só começou a ganhar importância no início do século XXI, sendo, por isso, considerada recente, quando comparada com o seu aparecimento na indústria de manufatura (Al-Balushi et al., 2014; Zepeda-Lugo et al., 2020). Sendo assim, esta inovação tem sido implementada em diferentes níveis e secções da Saúde para que a prestação de cuidados seja, constantemente, melhorada e mais eficaz (Mahmoud et al., 2021).

A promoção da aplicação desta estratégia de gestão foi concretizada pelos EUA e pelo Reino Unido através do seu sistema nacional de saúde assim que os resultados provaram ser promissores na área da Saúde (D'Andreamatteo et al., 2015).

Apesar do pensamento *Lean* ser uma novidade nesta área, é tido como uma possibilidade de estimular a mudança nos serviços de saúde (Lapão, 2016), mudança essa que é necessária em tempos pós-pandémicos. Isto porque, com o aparecimento da pandemia de Covid-19, surgiu, também, um aumento da pressão que as instituições de saúde estão suscetíveis que, por conseguinte, acarreta

desafios como aperfeiçoar a sua eficiência e conseguir alcançar a exigente procura de alta qualidade, tudo isto, com custos reduzidos (Zepeda-Lugo et al., 2020).

O *Lean* na Saúde pode ser qualificado, através de ferramentas e princípios, como uma filosofia que visa a melhoria da organização hospitalar, promovendo não só o seu redesenho físico como também o envolvimento de todos os profissionais de saúde e administrativos na melhoria contínua da instituição de saúde (Lima et al., 2021).

O objetivo desta estratégia na área em questão é a prestação dos cuidados de saúde devidos, com um tempo de resposta adequado e com qualidade e adaptabilidade às mudanças que este tipo de sistema está constantemente sujeito (Lima et al., 2021). Para além disto, o foco são as atividades que criam valor para o utente, tais como a consulta e o tratamento e, ainda, reduzir o que não contribui para esta produção como por exemplo, os tempos de espera e possíveis erros de medicação (Lapão, 2016).

Seguindo esta lógica, a definição de “valor” pode ser ajustada à área da Saúde e, por isso, considera-se que este conceito representa as atividades que aumentam a qualidade dos serviços prestados assim como estimulam o bem-estar dos pacientes através da satisfação das suas necessidades, permitindo assim alcançar resultados melhores nesta área (Chan et al., 2014; Zepeda-Lugo et al., 2020).

Por outro lado, a ideia de “desperdícios” na Saúde são as atividades que não correspondem às necessidades dos utentes e, por isso, provocam um gasto de recursos, tempo e espaço desnecessários (Zepeda-Lugo et al., 2020).

Sendo assim, é possível adaptar os desperdícios característicos do pensamento *Lean* ao contexto da Saúde, para além de se poder identificar novos desperdícios neste mesmo contexto (Lapão, 2016):

- **Tempo de Espera:** tempo anterior à marcação da consulta e à respetiva consulta assim como a cirurgias e exames;
- **Erros de Medicação:** acontecem quando existe um sistema de procedimentos e uma organização de áreas defeituosos e pouco coerente;
- **Excesso de Produção:** relacionado com o que se produz a mais, como por exemplo, repetição de documentação, de registos e até mesmo de exames médicos;
- **Inventário:** associado a dois tipos de custos: os que correspondem aos produtos parados e os que se relacionam com a gestão do stock. Na saúde é crucial ter em atenção aos produtos armazenados e que contém data de validade;
- **Transporte Desnecessário:** refere-se a deslocações erradas ou dispensáveis, intra-hospitalar e entre unidades de saúde de doentes, equipamentos e/ou medicamentos;

- **Subutilização de Pessoas:** trata-se de falhas ao nível da comunicação, da partilha de conhecimento e, por isso, da não utilização do talento e competências dos recursos humanos;
- **Excesso de Movimento:** correlacionado com uma estrutura inadequada ao sistema de trabalho, o que gere movimentos associados a procuras desnecessárias quer seja de equipamentos quer seja de doentes;
- **Defeitos:** informação errada e incompleta do doente, o que pode levar à receita de medicação e prescrição de exames incorreta;
- **Sobre processamento:** quando se está perante um relatório clínico ou uma documentação dada ao doente defeituoso e confuso;
- **Inventário de doentes no serviço:** doentes impedidos de sair dos serviços.

A implementação do *Lean* na Saúde tem uma dificuldade acrescida quando comparado com a indústria de manufatura. Isto é explicado devido à complexidade que caracteriza os serviços de saúde que, por sua vez, se deve à singularidade de cada tratamento, à dificuldade de padronizar os seus procedimentos e à autonomia de gestão que é facilitada aos médicos (Lima et al., 2021).

Esta dificuldade é também imposta pelas características que se deve ter em conta quando se adota esta estratégia de gestão na Saúde, as quais não são, na maioria das vezes, compatíveis com a indústria de produção. São estas: 1) configurações do estabelecimento; 2) qualidade do serviço; 3) o valor operacional, clínico e experiencial na Saúde; 4) o desperdício na Saúde e 5) o princípio “Pull”, sendo este último um dos cinco princípios que constituem a filosofia do *Lean* (Al-Hakim & Sevdalis, 2021).

Na Saúde, o *Lean* é na sua maioria das vezes implementado como uma ferramenta, para melhorar um processo específico, ao invés de ser implementado como uma cultura de melhoria contínua (Flynn et al., 2018; Lapão, 2016). Isto representa uma fraca implementação desta estratégia nesta área, que se traduz na reduzida quantidade de bons exemplos desta adoção (Lapão, 2016).

Assim, as implementações que não conseguiram vingar retratam uma aplicação superficial, um sistema não funcional, profissionais de saúde não envolvidos no processo, ausência de suporte e de compromisso por parte da gestão de topo assim como de *skills* de liderança (Al-Hakim & Sevdalis, 2021; Flynn et al., 2018).

Por outro lado, quando implementado na organização no seu todo ao invés de apenas em serviços particulares, esta filosofia permite que a organização tenha capacidade para ser mais focada no processo, reduza custos e aumente a qualidade da prestação dos seus cuidados de saúde (D’Andreamatteo et al., 2015).

Desta forma, uma implementação bem-sucedida requer tanto o envolvimento da organização assim como a sua predisposição a adotar uma nova cultura profissional, o compromisso da gestão, uma boa liderança e apoio por parte dos superiores hierárquicos, a autonomia das equipas para tratar dos problemas e apresentar as suas respetivas soluções, um canal de comunicação aberto entre os diversos serviços e pessoas da organização, ter o conhecimento básico do conceito *Lean* e, ainda, a promoção de um ambiente de aprendizagem tanto para a gestão de topo como para os seus funcionários (D'Andreamatteo et al., 2015; Flynn et al., 2018; Lapão, 2016).

Visto que o aparecimento do *Lean* na prestação de cuidados de saúde aconteceu no início dos anos 2000, este é um assunto considerado recente e, por isso, prematuro (D'Andreamatteo et al., 2015). Porém, nos últimos tempos, tem ganho destaque, e, por isso, tem sido recorrente em estudos, constatando-se que ocorreu um aumento da atenção dada à implementação desta técnica no âmbito da Saúde (Lima et al., 2021).

Atualmente, já são vários os resultados positivos que o *Lean* na Saúde produz tais como: produtividade, eficiência de custo, qualidade clínica, segurança do paciente e do staff assim como satisfação por parte destas duas classes e ainda um melhor resultado financeiro (D'Andreamatteo et al., 2015). Contudo, existem algumas barreiras como a recetividade do staff, a complexidade do processo de adoção, a evidência da inovação da partilha e a incorporação da mudança que impedem a concretização de certos objetivos e, por isso, os resultados acabam por ser não favoráveis quando comparados com os esperados (D'Andreamatteo et al., 2015).

Para além dos resultados na própria organização, os estudos atuais são importantes para a compreensão dos diferentes efeitos que a implementação desta estratégia provoca nos profissionais de saúde, tendo sido identificados três tipos de efeitos: positivos, negativos e mistos.

De um modo geral, a implementação do *Lean* tem um impacto positivo nos profissionais de saúde, visto que melhora a comunicação entre colegas e leva, assim, a um trabalho de equipa mais eficaz; cria oportunidades para os empregados se desenvolverem a nível pessoal e profissional; e aumenta a motivação, moral e satisfação no trabalho (Mahmoud et al., 2021). Não obstante, está, também, associada ao aumento dos níveis de stress, ansiedade, intensificação de trabalho e pressão no mesmo, o que leva a concluir que provoca, também, efeitos negativos nestes profissionais (Mahmoud et al., 2021).

Por fim, existem resultados mistos que, como o próprio nome indica, associam, à implementação desta prática, os dois tipos de efeitos ao mesmo tempo: mesmo com um aumento da carga de trabalho ocorreu um reforço do moral no trabalho (Mahmoud et al., 2021).

Assim, este tema é considerado bastante controverso entre alguns autores, uma vez que não existe um consenso sobre a implementação do *Lean* na Saúde e os seus respetivos efeitos.

De ressaltar que as consequências da aplicação deste pensamento na área dos cuidados de saúde dependem de alguns fatores externos e internos como o contexto do estudo, o orçamento da instituição de saúde e até mesmo a forma como os profissionais de saúde encaram esta adoção (Magnani et al., 2019; Mahmoud et al., 2021). A esta lista acrescenta-se os fatores que mais influenciam esta adoção, sendo estes: a liderança, a cultura organizacional, o trabalho de equipa e a colaboração entre os serviços da instituição (Lima et al., 2021).

Para além de surgirem barreiras na implementação do *Lean*, existem agentes, que contribuem para uma fraca sustentabilidade da mesma como: o aumento do fluxo dos pacientes, uma fraca compreensão do contexto institucional, uma intervenção incompleta ou morosa da adoção do *Lean*, tempo e espaço exíguo para um desenvolvimento coerente de equipas colaborativas, entre outros (Zepeda-Lugo et al., 2020). Neste sentido, para que uma organização possa beneficiar com a aplicação do pensamento *Lean*, é necessário que a influência que estes impedimentos possuem seja reduzida e que adapte esta estratégia de gestão ao seu próprio contexto institucional (Al-Hakim & Sevdalis, 2021; Zepeda-Lugo et al., 2020).

A despeito do aumento do interesse e do número de estudos sobre o pensamento *Lean* na Saúde, existem algumas características do processo da implementação e da sua sustentabilidade que precisam de ser mais estudados para melhor compreensão (D'Andreamatteo et al., 2015).

Apesar das dificuldades sentidas na adoção desta estratégia, existem casos internacionais que motivam e inspiram para que esta implementação não fique perdida no insucesso, como por exemplo *Flinders Medical Center*, na Austrália; *Royal Bolton*, no Reino Unido; *ThedaCare* e *Virginia Mason* nos EUA. Já em Portugal, em 2016, constatava-se a existência de casos exemplares, mas ainda pouco consolidados: Hospital de Setúbal, Centro Hospitalar do Porto, Hospital Pedro Hispano, Hospital da Figueira da Foz e Hospital de São Francisco Xavier (Lapão, 2016).

Assim, o pensamento *Lean* tem capacidade para reduzir o desperdício, de forma a auxiliar no desenvolvimento da qualidade, sem esquecer que para isto é importante uma aposta constante tanto no tempo como na distribuição dos recursos disponíveis, promovendo o envolvimento da gestão e dos profissionais de saúde (Lapão, 2016). Consolida-se, com isto, a ideia de que esta filosofia é uma vantagem para este setor na indústria dos serviços (D'Andreamatteo et al., 2015).

2.4 O Oitavo Desperdício

Uma organização é principalmente caracterizada pelo conjunto de atividades que proporcionam a execução do produto e/ou serviço, sendo estas: coordenar, realizar a ação, aprender e inovar (Macomber & Howell, 2004). Tendo em conta, os 7 desperdícios identificados por Ohno constata-se que estes não têm o conjunto dos processos na sua totalidade em consideração, visto que são somente orientados para o processo de produção, falhando na inserção da componente humana (Brito et al., 2019; Gradim & Teixeira, 2022; Macomber & Howell, 2004).

Estando o fator humano, que é a base do pensamento *Lean*, ausente nos desperdícios iniciais, proporciona-se uma negligência na identificação de problemas relacionados diretamente com os profissionais (Heijndermans et al., 2020; Klein et al., 2021).

Seguindo este raciocínio, foi criado um oitavo desperdício onde a componente humana era inserida, sendo Liker (2004) quem o identificou como *unused employee creativity*. Este autor explica que se trata da perda de *skills*, capacidades, ideias e sugestões por não ouvir e envolver os seus funcionários (Liker, 2004; Macomber & Howell, 2004).

Assim, foi adicionado aos restantes mais um desperdício que se foca, então, no desaproveitamento do conhecimento, capacidades e talento das pessoas e, por isso, as que exercem funções ou atividades inferiores ao seu nível de educação ou *skills* estão a sofrer uma subutilização do seu talento/capacidades (Gradim & Teixeira, 2022). Para além disto, está, também, implícito a não auscultação do funcionário, a qual pode implicar, ainda, a dificuldade que este sente em expressar as suas opiniões e sugestões (Macomber & Howell, 2004).

O oitavo desperdício, também conhecido como *non-utilized talent*, pode ser percecionado de diferentes formas (D'Antonio & Chiabert, 2018):

- repartição injusta de mão-de-obra, a qual provoca a participação de mais pessoas do que o necessário;
- considerar os recursos humanos como uma simples mão-de-obra, não tendo em questão que é a principal fonte de criatividade;
- utilização desadequada dos recursos humanos, isto quando não é fornecido aos empregados todas as informações necessárias e corretas para a realização das tarefas denominadas assim como ausência de suporte para as mesmas.

Conforme o oitavo desperdício foi aparecendo na literatura, surgiram diferentes definições para o mesmo. Assim, os autores D. ÖZKAN ÖZEN & VENTURA (2016) apresentam algumas nomeações e respectivas explicações, conforme diferentes autores: "subutilização de talento", que corresponde à utilização desadequada de talento e à perda de criatividade (Benson & Kulkarni, 2011); "subutilização de capacidades das pessoas", onde predomina uma incapacidade de utilizar os conhecimentos, *skills* e capacidades dos funcionários (Kavanagh & Krings, 2011), entre outros.

Em geral, o oitavo desperdício é, então, considerado como a utilização fraca ou desadequada do talento/competências dos funcionários, tendo como consequência, a perda de ideias, criatividade e sugestões para a instituição pela falta de auscultação dos seus profissionais.

Este desperdício associa-se, também, à capacidade de gestão que um superior possui para utilizar o talento/capacidade dos seus funcionários assim como o *feedback* dado pelos mesmos para uma melhoria contínua dos processos de produção (Brito et al., 2019). Isto porque uma das funções da gestão é assegurar que as competências dos seus funcionários estão a ser devidamente aplicadas nas atividades que os mesmos desempenham no seu dia-a-dia e caso isto não esteja a acontecer perceber as razões que inibem tal de ser possível (Brito et al., 2019).

Para além disto, é importante que uma avaliação da adaptação do profissional ao seu emprego e respetivo cargo seja efetuada assim como lhes seja estabelecido tarefas que acrescentem valor tanto ao empregado como à instituição (Gradim & Teixeira, 2022). Tendo isto em consideração, os superiores desempenham um papel importante não só na eliminação deste desperdício, mas também ao impedir que o mesmo apareça (Gradim & Teixeira, 2022).

De facto, a literatura constata que o apoio e o empenho demonstrado pela gestão de topo tem uma relação direta com o desperdício de talento e, por isso, para que este possa ser eliminado e evitado é imprescindível que esta gestão suporte os seus funcionários (D. ÖZKAN ÖZEN & VENTURA, 2016).

Neste sentido, a empresa que originou o *Lean*, Toyota, possui um sistema que permite avaliar continuamente o funcionário através do rastreio sistemático das suas capacidades (Brito et al., 2019). Isto proporcionou a criação de formações contínuas para que as suas *skills* aumentassem, para além de ser dado ferramentas para que estes possam ser envolvidos em processos de padronização dentro da própria organização (Brito et al., 2019). Assim, o envolvimento dos profissionais deve, também, passar pela aprendizagem contínua e aquisição de novas *skills* por parte dos funcionários.

O oitavo desperdício, pertencente ao *Lean* interliga-se, de certa forma, com a gestão de talentos dos funcionários, visto que esta última é necessária para promover a criatividade dos seus profissionais e,

por conseguinte, o seu envolvimento que, por sua vez, leva a uma cultura de melhoria contínua (Klein et al., 2023; Othman & Khalil, 2020).

Após isto, salienta-se que através dos princípios e ferramentas do pensamento *Lean*, a utilização do talento dos funcionários é maximizada, promovendo uma melhoria na gestão de talentos (Othman & Khalil, 2020).

Porém, mesmo tendo em conta que a gestão de talento e a utilização adequada dos seus profissionais constitui uma vantagem competitiva para as organizações, a falta de pesquisa e, por conseguinte, de informação do *non-utilized talent* persiste nas mesmas (Brito et al., 2019).

Esta falta de informação sobre o oitavo desperdício é perceptível através da escassez de estudos sobre o mesmo e, por isso, ainda não está totalmente explicado como é que este surge, como é possível evitar e até mesmo eliminar (Brito et al., 2019). Todavia, já existem algumas causas apontadas assim como possíveis fatores que contribuem para este desperdício e que foram identificados pelos autores Brito et al. (2019), sendo estes: ausência de recompensa, de reconhecimento, de motivação, de conhecimento, de feedback, de recursos, autoestima e, ainda, injustiça organizacional e objetivos futuros indefinidos.

O desperdício de talento/competências dos profissionais é também criado quando estes têm mais capacidades do que o seu cargo/função exige e quando este não está empenhado na sua função e/ou para com a instituição (Macomber & Howell, 2004).

Para além disto, este desperdício está presente quando as instituições permitem que exista uma separação entre o gestor e os operadores do processo e, por isso, impedem rotinas de melhoria contínua que dependem de todas as pessoas da organização (D'Antonio & Chiabert, 2018).

Todos os desperdícios acarretam consequências negativas para a organização e para as pessoas que a constituem. Por um lado, quando a criatividade dos profissionais é controlada ou até mesmo bloqueada promove-se consequências negativas para a instituição, impedindo-a de se desenvolver e levando o funcionário a ter um desempenho reduzido, podendo, em casos mais extremos levar à perda de capital (Macomber & Howell, 2004). Por outro lado, a subutilização dos profissionais de uma dada organização promove uma mudança negativa tanto na sua conduta no trabalho como na perspetiva da sua carreira o que, por conseguinte, promove um mal-estar psicológico geral, afetando, assim, as suas relações sociais (Brito et al., 2019).

Pelas consequências negativas que acompanham a não-auscultação e a falta de envolvimento dos profissionais, existe assim uma necessidade de envolver e reconhecer o mesmo para a promoção de uma prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Neste sentido, a literatura apresenta casos de estudo onde "ouvir as pessoas" levou (Mahmoud et al., 2021):

- ao redesenho do local de trabalho físico;
- à criação de plataformas para uma melhor comunicação;
- ao maior conhecimento sobre os desafios enfrentados pelas equipas;
- a uma maior participação na tomada de decisão;
- ao reconhecimento e comprometimento com a liderança;
- à partilha de conhecimento;
- à reconfiguração do fluxo de trabalho e dos circuitos de movimentação;
- a uma maior aceitação das tarefas atribuídas;
- à diminuição das ações de controle;
- a uma maior humanização com os colegas e doentes.

Com os resultados anteriores prova-se a importância que o envolvimento e a auscultação dos profissionais possuem. Assim, é necessário criar "espaços" onde os profissionais possam expressar as suas opiniões e sugestões assim como envolvê-los em processos de decisão, permitindo que estes possam criar ideias (Klein et al., 2023).

Ao estabelecer oportunidades para que o funcionário possa apresentar as suas ideias, sugestões e conhecimentos, a instituição acaba por lucrar, visto que, desta forma, é capaz de melhorar o seu desempenho e, por conseguinte, o seu desenvolvimento (Brito et al., 2019).

Desta forma, é possível que se forme um novo vínculo entre instituição-profissional através da promoção de aprendizagem e melhoria contínua e, assim, surge uma relação de simbiose entre estas duas partes, beneficiando mutuamente a instituição com as sugestões e ideias do profissional e este último com a aprendizagem contínua (Klein et al., 2023).

Assim, quando um empregado é ouvido e os seus talentos/capacidades estão a ser utilizados adequadamente, o seu comprometimento para com a organização aumenta (Brito et al., 2019).

Tal como referido anteriormente, a prestação de cuidados de saúde necessita de ser eficiente e eficaz, não só pela sua qualidade ser essencial para o bem-estar da sociedade como também por ser uma indústria de serviços (Klein et al., 2023). Por isto, tudo o que é considerado desperdício deve ser eliminado, com especial atenção no oitavo desperdício que depende das pessoas e que, por sua vez, influenciam diretamente esta qualidade dos serviços de saúde e a sua melhoria contínua.

A literatura já apresenta algumas possíveis soluções para combater o oitavo desperdício, quer seja na indústria dos serviços quer seja especificamente na área da saúde.

Os autores Klein et al. (2023) propuseram a criação de uma escala que permite a medição do desperdício de talento no ensino, tendo em consideração os valores e princípios da filosofia *Lean*. Esta escala é feita em 4 dimensões, sendo uma delas e a que merece especial atenção, o *underused talent* (Klein et al., 2023). Nesta dimensão existem 4 itens que permitem, então, a avaliação deste desperdício, onde o entrevistado responde o quanto concorda com a afirmação (se a experiência do profissional são exploradas, se as competências do profissional são totalmente utilizadas assim como as suas *skills*) de acordo com a escala *Likert* (de 1 a 5) (Klein et al., 2023).

Outra opção para a eliminação do oitavo desperdício, foi, igualmente, a criação de um questionário, mas neste caso para avaliar a existência deste desperdício, conforme o que estes autores consideram ser a definição de talento. Estas questões pretendem perceber os fatores que contribuem para o desperdício do talento (isto é, porque os funcionários não utilizam o seu talento na sua totalidade) (Brito et al., 2019). Neste sentido, este estudo propõe uma ferramenta, apresentada em questionário que permite aos gestores avaliarem os seus profissionais, sendo, assim, possível, identificar se o desperdício de talento está presente na sua organização e quais as causas principais que promovem este mesmo desperdício (Brito et al., 2019).

A literatura apresenta, também, uma *framework*, na área da arquitetura, que foi construída segundo os princípios do *Lean* que se focam nas pessoas, juntamente com a gestão de talento. Trata-se de uma estrutura que tem como referência os 7 pilares principais necessários para a implementação da gestão de talentos, os quais sofrem uma aplicação da metodologia *Lean Six Sigma* denominada por DMAIC (*Define, Measure, Analyse, Improve e Control*) (Othman & Khalil, 2020). Cada um dos 7 pilares da gestão de talento (*Talent Strategy and Business Alignment, Workforce Planning, Capability and Competency Management, Talent Acquisition, Talent Development and Mobility, Total Rewards, Learning and Capability Development*) passa pelos 5 componentes do método do *Lean Six Sigma* que pretende aprimorar o desempenho dos profissionais através da eliminação sistemática do desperdício de talento não utilizado (Othman & Khalil, 2020).

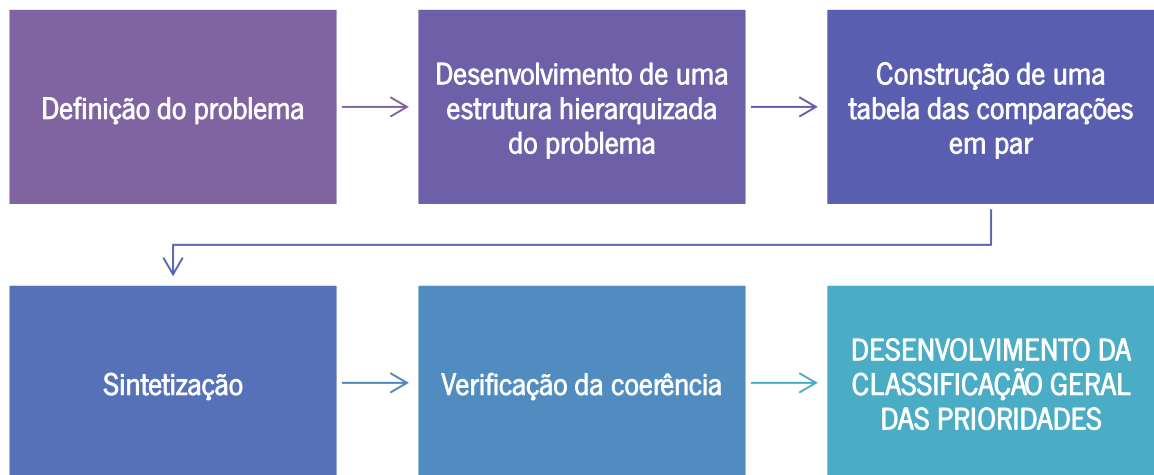
Na área da saúde, os autores Heijndermans et al. (2020) através do *Value Stream Mapping* identificaram que o oitavo desperdício acontecia entre dois serviços através da falha de comunicação, o que levava a uma sucessão de acontecimentos que prejudicava a prestação de cuidados de saúde. Assim, esta ferramenta do *Lean* pode ser útil para perceber em que ponto da cadeia ocorre o desperdício, para de seguida eliminá-lo (Heijndermans et al., 2020).

Ainda na Saúde, uma das soluções apresentadas foi uma tecnologia denominada de RPA, a qual se foca na automatização de atividades repetitivas e que, por isso, tende a reproduzir o comportamento humano (Gradim & Teixeira, 2022). Desta forma, é possível a substituição de pessoas em tarefas que não acrescentam valor e que acabam por retirar tempo a outras tarefas que estimulam o intelecto dos funcionários, contribuindo, assim, para o oitavo desperdício (Gradim & Teixeira, 2022). A aplicação da RPA na área em estudo, provou ser capaz de aumentar a eficiência da organização ao diminuir os processos rotineiros e, por isso, repetitivos realizados pelos profissionais (Gradim & Teixeira, 2022; Ratia et al., 2018). Com esta redução, foi possível que os mesmos se tenham concentrado mais no utente, o que promoveu uma maior produtividade e, conseqüentemente, um aumento na qualidade dos serviços prestados (Ratia et al., 2018).

Para além destas duas soluções presentes na literatura, existe outro estudo, também na área da saúde, que apresenta um procedimento formal que permite a auscultação dos profissionais de saúde. Este procedimento designado por AHP tem como principal objetivo auxiliar a implementação do *Lean* através das opiniões dos profissionais de saúde experientes, priorizando as melhorias que estes consideram mais relevantes nos serviços de saúde (Hussain et al., 2016). Neste sentido, pretende-se nomear, hierarquizar e eleger oportunidades que permitem a redução de desperdícios, tendo em conta a opinião dos profissionais (Hussain et al., 2016). Esta *framework* baseia-se num questionário construído numa escala de 9 pontos e que considera os 7 desperdícios do pensamento *Lean*, os quais são considerados critérios, dividindo-se, cada um, em subcritérios que, por sua vez, são 3 indicadores comuns nos cuidados de prestação de saúde (Hussain et al., 2016). De salientar que se trata de uma avaliação por comparação de pares, ou seja, avaliam a importância dos itens apenas dois de cada vez e que os profissionais de saúde escolhidos devem ter conhecimentos sobre as práticas do *Lean* (Hussain et al., 2016). Desta forma, trata-se de uma ferramenta que permite ouvir a opinião dos profissionais de saúde sobre quais os desperdícios mais significativos nos serviços de prestação de cuidados de saúde.

Na figura 1 encontra-se o esquema da representação do método AHP utilizado no estudo, referido anteriormente.

Figura 1. Esboço do método AHP



Fonte: Hussain et al., (2016)

Por fim, apesar dos 7 desperdícios originais estarem bastante presentes na literatura que aborda o pensamento *Lean*, o oitavo desperdício e os seus estudos correspondentes são escassos e, por isso, são necessários mais estudos futuros sobre o mesmo (Klein et al., 2023).

3. METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido decorreu na unidade hospitalar de Vila Real, no CHTMAD, onde foi, também, realizado o estágio. Para ser possível avançar com o projeto foi necessário a escrita de uma carta para o Conselho de Administração (CA) e para a Comissão de Ética com os respetivos Pedidos de Autorização assim como a criação de uma Proposta de Trabalho para estas duas entidades.

Neste trabalho, a estratégia de investigação foi um estudo de caso através de um levantamento qualitativo, o qual é o mais comum na área da saúde. O método qualitativo foca-se na perspetiva das pessoas através da exposição das suas crenças, experiências e opiniões (Kalra et al., 2013). Neste sentido, e tendo em conta que o objetivo deste trabalho é a construção de um procedimento de melhoria contínua para o uso do *feedback* e da criatividade dos profissionais de saúde, a sua contribuição é importante.

Este trabalho tem uma abordagem indutiva, visto que esta pretende “perceber os significados que os humanos atribuem aos acontecimentos” (Saunders et al., 2009), indo de encontro com o objetivo do trabalho, referido anteriormente. Com esta abordagem, examina-se primeiro, a informação recolhida antes de ter alguma hipótese pré-concebida, para de seguida o conteúdo ser analisado (Kondracki et al., 2002).

3.1 Estudo de Caso

Um estudo de caso é uma estratégia de investigação que pretende adquirir um conhecimento mais profundo e variado de uma problemática existente num contexto real. Esta estratégia de investigação deve ser aplicada para descrever, explicar ou explorar um dado acontecimento ou fenómeno que está presente no dia-a-dia (Crowe et al., 2011). Neste sentido, o seu fundamento passa por investigar, em profundidade, uma determinada situação ou fenómeno no seu contexto natural (Crowe et al., 2011).

Devido a estas características, é útil que a recolha de dados esteja relacionada com perguntas mais explicativas e do tipo "como", "o quê" e "porquê" (Crowe et al., 2011). Sendo que um exemplo de quando se deve aplicar um estudo de caso, é a existência de uma nova abordagem política ou melhorias de um serviço, possibilitando, assim, a compreensão e a justificação de determinadas ligações e caminhos que surgem como resultado destas mudanças (Crowe et al., 2011).

Esta metodologia é bastante comum na área da saúde, uma vez que existe uma tendência para aumentar a quantidade de inovações a serem aplicadas nesta área e, por isso, as particularidades que

caracterizam esta estratégia permitem um estudo complexo e profundo dos cuidados de saúde (Crowe et al., 2011).

Na literatura já existem alguns estudos de caso que investigam o *Lean* na Saúde, as suas vantagens, desvantagens e a sua implementação, entre outros. Um desses exemplos é o estudo do percurso que um doente que sofreu um AVC realiza do momento em que tem alta hospitalar e que começa a sua reabilitação médica; sendo o objetivo deste estudo perceber quais as etapas que adicionam valor e as que não adicionam valor no processo de admissão do paciente no serviço integrado de acidentes vasculares, neste caso, nos Países Baixos (Heijndermans et al., 2020). Para além disto, estão presentes estudos de caso sobre a implementação do *Lean* no Serviço Nacional Inglês (NHS), onde estão envolvidos a aplicação de ferramentas específicas e pertencentes a este pensamento (Radnor et al., 2012).

Com isto, este trabalho tem uma perspetiva de estudo de caso, visto que pretende aprofundar o conhecimento sobre a problemática a ser estudada e que acontece em contexto real através de perguntas mais explicativas.

3.2 Recolha de Dados

A recolha de dados ocorreu no Serviço de Oncologia Médica do CHTMAD, que se divide em Hospital de Dia e em Serviço de Internamento e foi realizada através de entrevistas não-estruturadas. Este método recolhe dados considerados primários, não sendo necessários dados sensíveis dos doentes ou sobre o funcionamento da organização.

Esta recolha de dados baseou-se em duas partes: entrevistas em grupo e entrevistas individuais. Como resultado foram realizadas 4 entrevistas presenciais e em grupo que, num total, contaram com 21 pessoas de todo o serviço. Contudo, apenas 14 contribuíram com as suas sugestões para a construção do procedimento de melhoria contínua enquanto os restantes apenas concordaram com os colegas de trabalho.

Numa fase final do trabalho de projeto, foram efetuadas 11 entrevistas individuais com os mesmos participantes das entrevistas de grupo.

Por um lado, as entrevistas de grupo foram realizadas durante o mês de dezembro de 2022 e a sua duração variou entre os 6 e os 12 minutos e, por isso, a média das entrevistas é de 9 minutos. Por outro lado, as entrevistas individuais aconteceram no mês de abril de 2023 e nenhuma destas ultrapassou os 5 minutos, tendo uma média de, aproximadamente, 3 minutos.

Após a realização das entrevistas, foram apontadas algumas notas sobre o que foi referido na reunião. Mesmo assim, estas foram gravadas, após a autorização dos participantes, para facilitar a posterior análise das mesmas e para não perder nenhuma informação.

3.3 Entrevistas não-estruturadas

O método das entrevistas permite perceber, de uma forma direta, as experiências e percepções dos indivíduos sobre a realidade a ser estudada (Wildemuth & Zhang, 2016). Um dos 3 tipos de entrevistas são as entrevistas não-estruturadas, as quais são consideradas conversas informais, visto que é o conhecimento do entrevistado que guia a conversa (Saunders et al., 2009; Wildemuth & Zhang, 2016). Este tipo de entrevista trata-se de uma ferramenta que não contém categorias pré-estruturadas e, por isso, rege-se pela interação social proporcionada entre o investigador e o entrevistado, para que seja possível a compreensão da sua realidade social, que se cria através das observações contínuas e do ponto de vista do entrevistado (Wildemuth & Zhang, 2016).

Neste sentido, o entrevistador não tem qualquer estrutura teórica para se guiar durante a entrevista já que, o objetivo de uma entrevista não-estruturada é apresentar ao investigador a percepção de cada entrevistado relativamente ao assunto geral que se pretende aprofundar sem hipóteses ou temas pré-concebidos (Bell et al., 2018; Saunders et al., 2009; Wildemuth & Zhang, 2016). Por esta razão, o entrevistador tem de ter em consideração, o propósito e a extensão geral das problemáticas que pretende abordar na conversa (Wildemuth & Zhang, 2016). Portanto, o investigador é conduzido pela narrativa do entrevistado e, normalmente, questiona espontaneamente baseando-se nas observações que o participante do estudo faz durante o diálogo (Wildemuth & Zhang, 2016).

Porém, é possível que a entrevista seja vagamente guiada por uma lista de questões denominada de *aide-memoire* ou agenda, o qual consiste em questões temáticas que podem ser discutidas na entrevista e que devem ser abertas para que o entrevistado possa responder “livremente”, consoante o seu conhecimento e as suas opiniões (Bell et al., 2018; Saunders et al., 2009; Wildemuth & Zhang, 2016). Mesmo assim, estas questões não definem a ordem da conversa e vão sendo abordados conforme o conteúdo das respostas dos entrevistados, permitindo, assim, um balanço entre consistência e flexibilidade durante a entrevista (Wildemuth & Zhang, 2016).

As entrevistas não-estruturadas são utilizadas, quando é necessária a compreensão da perspetiva de um indivíduo em relação a um determinado assunto a ser estudado, uma vez que o investigador “acredita que para dar sentido ao mundo de um participante do estudo”, é imprescindível perceber a

sua visão nas suas próprias condições (Wildemuth & Zhang, 2016). Assim, este método foi o escolhido para a recolha de dados, visto que a opinião dos profissionais sobre o procedimento de melhoria contínua é essencial para a sua construção.

3.4 Amostra

A população deste estudo não tinha como base nenhum critério de inclusão e, por isso, todos os profissionais de saúde que pertencessem à classe de enfermeiros e do Serviço de Oncologia Médica e quisessem participar de forma voluntária, foram considerados participantes desta investigação. Desta forma, todos os inquiridos assinaram um consentimento informado para autorização da utilização dos dados recolhidos durante as entrevistas para a realização deste trabalho (Apêndice I- Consentimento Informado).

Nas entrevistas em grupo participaram 21 pessoas de todo serviço de saúde em questão, sendo 4 do género masculino e os restantes do género feminino. Nesta parte do trabalho apenas foi recolhido o género dos inquiridos, enquanto nas entrevistas individuais foi questionado junto dos profissionais de saúde dados sociodemográficos e profissionais: idade e anos de experiência, apresentados na Tabela 1.

A amostra das entrevistas individuais foi constituída por 11 dos participantes das entrevistas em grupo, visto que os restantes entrevistados estavam em folga, férias ou atestado médico. Destes inquiridos, apenas 2 são do género masculino; 6 têm entre 10 e 20 anos de experiência e 5 entre 20 e 30 anos; todos os participantes têm mais de 30 anos, sendo que 5 têm entre os 30 e 40 anos e os restantes entre 40 e 50 anos.

De forma a garantir o anonimato dos entrevistados tanto na análise dos resultados como na apresentação dos dados sociodemográficos e profissionais, cada um deles foi associado a um código.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e profissionais da amostra

Código	Género	Idade	Anos de experiência	Função
P1	Feminino	55	29	Enfermeira
P2	Masculino	56	30	Enfermeiro
P3	Feminino	37	12	Enfermeira
P4	Feminino	39	19	Enfermeira
P5	Feminino	40	15	Enfermeira

P6	Feminino	51	30	Enfermeira
P7	Feminino	31	10	Enfermeira
P8	Feminino	45	22	Enfermeira
P9	Masculino	33	12	Enfermeiro
P10	Feminino	41	13	Enfermeira
P11	Feminino	51	30	Enfermeira

De acrescentar que se trata de uma amostra não-probabilística e de conveniência, uma vez que os profissionais de saúde que foram entrevistados são ex-colegas de uma das colaboradoras do SGQ, onde foi realizado o estágio.

3.5 Análise de Dados

A análise de dados é realizada através de uma análise de conteúdo, onde foi necessário a transcrição da informação recolhida. Esta análise é um método considerado flexível que pretende relatar o conteúdo primordial no conjunto de dados (Jaspal, 2020). Requer uma interpretação subjetiva do assunto dos dados qualitativos, resultando numa organização de categorias dos dados em códigos, padrões ou temas (Jaspal, 2020).

Tendo em conta que existem diferentes tipos de análise de conteúdo, é importante especificar a que tipo pertence este estudo. Uma análise de conteúdo indutiva é característica na análise de dados qualitativos e, por isso, comum na área da saúde (Vears & Gillam, 2022). Esta é, então, considerada um processo indutivo, uma vez que a análise dos dados recolhidos é realizada à medida que se faz a leitura destes ao invés de procurar certos tópicos já pré-definidos nos mesmos (Vears & Gillam, 2022). Com isto, este estudo insere-se na análise de conteúdo indutivo.

A transcrição das entrevistas baseou-se apenas no que foi considerado relevante para a construção do procedimento de melhoria contínua, sendo realizadas, numa primeira fase, tópicos que cada participante referiu durante as conversas. De seguida, foi efetuada uma tabela que organiza os pontos inicialmente recolhidos da transcrição.

4. RESULTADOS

A contribuição dos profissionais de saúde é essencial para a construção de um procedimento de melhoria contínua, visto que esta melhoria depende de todos profissionais e que este procedimento foi criado tendo em conta a importância da auscultação dos mesmos.

Seguindo este raciocínio, após a recolha de dados e a análise dos mesmos foi possível a construção da Tabela 2 com as sugestões principais dadas pelos enfermeiros do Serviço de Oncologia Médica do CHTMAD durante as entrevistas de grupo.

Tabela 2. Tópicos das entrevistas de grupo não-estruturadas

CONVERSA 1
<ul style="list-style-type: none">• Reunião mensal com a equipa de saúde multidisciplinar.• Debate/brainstorming mensal com Centro de Gestão Oncológico e Direção de Enfermagem.• Reunião onde seria possível os dois lados receber e dar feedback.
CONVERSA 2
<ul style="list-style-type: none">• Escrito não deveria ser opcional, pois até que ponto seria tido em consideração.• A chefia tem obrigatoriamente de fazer parte da reunião.• Reunião mensal, semanal era de mais.
CONVERSA 3
<ul style="list-style-type: none">• Preferencialmente semanal.• Escrito seria mais formal, mas preferencialmente reunião devido à facilidade e rapidez.• Reunião com identificadores e executores das necessidades do serviço.• Passar entre todos uma determinada ideia, até que uma pessoa a levasse à reunião, para ser uma decisão participada por todos (para que não sejam necessárias todas as pessoas presentes).• Envolver os profissionais nas decisões, para chegar a um objetivo final.• Reuniões com todas as pessoas pertencentes ao serviço, pois numa equipa todas as ideias deveriam ser ouvidas.

- Semanal é mais complicado, por isso mensal seria o ideal.

CONVERSA 4

- Reunião mensal com superiores hierárquicos (Direção de Enfermagem e Centro de Gestão Oncológico).
- Toda a gente não seria preciso, ao invés escolhia-se 3 representantes que ao longo do mês tomavam notas das sugestões dos colegas e os representantes poderiam rodar entre a equipa de enfermagem.
- Equipa multidisciplinar presente.
- Para ter a certeza de que a informação chegava ao CA, deveria ser feita uma ata que seria divulgada por email a toda a gente do serviço e superiores hierárquicos.
- Caso seja possível a manutenção das reuniões, estas acabariam por ser apenas para ajustar e limar o que já foi implementado e falado, logo não seria preciso todas as pessoas do serviço.

Após a análise dos dados recolhidos através das entrevistas em grupo, a investigadora conclui que existia falta de informação para terminar o procedimento. Assim, numa fase final do trabalho, realizou entrevistas individuais, de forma a conseguir apurar os dados que restavam para a finalização do procedimento, os quais se apresentam na tabela seguinte.

Tabela 3. Tópicos das entrevistas individuais não-estruturadas

P1
<ul style="list-style-type: none"> • As decisões que são tomadas durante a reunião devem ficar todas por escrito (ata). • A transmissão da informação tanto para o lado do CA como para o lado dos enfermeiros devia ser da responsabilidade do Centro de Gestão Oncológico.
P2
<ul style="list-style-type: none"> • Como na reunião estaria presente um representante do Centro de Gestão Oncológico, este deveria fazer a transmissão para o CA. • Uma ata seria importante, pois tem a vantagem de não haver dúvidas sobre o que foi dito durante a reunião e seria enviada por email. Toda a gente deveria assinar este documento quando se tratasse de uma decisão.

- Seria interessante a criação de um “espaço” informático onde todas as atas ficariam guardadas e estivessem disponíveis para consulta (“pastas partilhadas”; “pasta de serviço”).
- As decisões que fossem tomadas pelo CA deveriam ser transmitidas ao serviço através do Centro de Gestão Oncológico, visto que é preciso seguir-se uma hierarquia.

P3

- Atualmente, uma enfermeira designada como a coordenadora do serviço é que transmite à enfermeira-chefe e esta transmite aos superiores hierárquicos, sendo que o *feedback* faz o mesmo caminho, mas no sentido inverso. Portanto, a informação é transmitida por hierarquia, contudo idealmente deveria ser um contacto mais direto.
- Nas reuniões, caso o Centro de Gestão Oncológico estivesse presente poderia transmitir as decisões do CA aos enfermeiros do serviço e, por isso, este centro seria o transmissor.

P4

- A comunicação entre enfermeiros e CA deveria ser feita através da enfermeira-chefe.
- Sendo que esta deveria ficar como responsável da comunicação entre enfermeiros e superiores hierárquicos, tornando-se no elo entre estes dois intervenientes.

P5

- A informação deve ser transmitida através da cadeia hierárquica já existente.
- Seria importante a criação de um comunicado escrito oficial emitido pelo CA via email profissional para todos os profissionais de saúde.

P6

- Existe situações que podem ser tratadas apenas ao nível da enfermeira-chefe e do Centro de Gestão Oncológico.
- Numa reunião tem de haver sempre uma ata que deve chegar ao CA, quando é necessário a sua aprovação para algo. A ata seria transmitida via email.
- A transmissão através da hierarquia ou de algo mais formal depende dos assuntos que estão a ser tratados.

P7
<ul style="list-style-type: none"> • A enfermeira-chefe é que deveria transmitir os assuntos abordados na reunião aos superiores hierárquicos e depois dar a informação proveniente do CA aos enfermeiros.
P8
<ul style="list-style-type: none"> • A informação deveria ser devolvida por email com o conhecimento da enfermeira-chefe e deveria ser transmitida da mesma forma. • Caso a resposta do CA fosse positiva, então deveriam chamar os profissionais de saúde para uma reunião para ser possível haver diálogo direto.
P9
<ul style="list-style-type: none"> • Algo escrito ou mais formal seria mais apropriado. • A informação tem de ser comunicada ao Centro de Gestão Oncológico. • O CA deveria falar diretamente com a enfermeira-chefe ou com o Centro de Gestão Oncológico para se evitar vias de comunicação em demasia e demoras no tempo de resposta.
P10
<ul style="list-style-type: none"> • A informação tratada durante a reunião mensal é transmitida pela enfermeira-chefe assim como qualquer retorno deve também passar pela mesma. • Também seria útil no final de cada reunião criar uma ata de tudo o que foi abordado e essa informação seria então passada pela enfermeira-chefe. • Para complementar a transmissão verbal efetuada pela enfermeira-chefe poderia existir também algo escrito e que fosse transmitido diretamente pelo CA.
P11
<ul style="list-style-type: none"> • Tanto a informação transmitida como o seu retorno deveria ser feito através da enfermeira-chefe. • Como é costume nas reuniões deveria haver uma ata que deveria ser dada a conhecer ao CA.

A criação do procedimento que permite a auscultação dos profissionais de saúde através do seu *feedback* é originado através de 4 parâmetros essenciais:

1. *Tipo de procedimento;*

2. *Periodicidade do procedimento;*
3. *Circuito de informação;*
4. *Feedback.*

1. Tipo de procedimento

Antes da criação do procedimento é necessário perceber de que forma seria mais fácil e aplausível para os profissionais de saúde darem o seu *feedback* e as sugestões aos superiores hierárquicos. Por isto, quando se refere “tipo de procedimento”, a investigadora quer perceber se seria um método escrito ou oral.

Neste sentido, e analisando os dados recolhidos e apresentados na Tabela 2, entende-se que, de forma geral, os profissionais de saúde concordam com um procedimento oral, apesar de existir pelo menos dois participantes que argumentam que se fosse “escrito seria mais formal” e que seria mais contextualizado aos dias de hoje, visto que é assim que comunicam com os superiores hierárquicos, atualmente.

Salienta-se, ainda, a ideia de um debate/ *brainstorming* entre os participantes, que gerou a questão de quantos profissionais do serviço deveriam fazer parte desse debate. Enquanto a maioria argumentou que todos os membros do Serviço de Oncologia Médica seria muita gente e complicado gerir, um dos participantes referiu que tendo em conta que seria uma troca de ideias e sugestões para melhoria do serviço, então que deveriam estar todos presentes. Assim, surgiu uma solução onde seriam nomeados representantes a cada nova reunião, por exemplo 3, os quais ficariam encarregues de levar as ideias e sugestões dos restantes colegas.

Com isto, surgiu o tipo de procedimento que seria uma reunião que serviria como oportunidade para os profissionais de saúde darem as suas ideias/sugestões e darem o seu *feedback* e também receber possíveis críticas e objetivos que os superiores hierárquicos pretendam que estes atinjam.

2. Periodicidade do procedimento

Antes de aplicar o procedimento é preciso definir com que regularidade este deve acontecer e, por isso, foi questionado aos profissionais de saúde que periodicidade seria mais indicada para todos os intervenientes envolvidos.

Os participantes concordaram todos que mensalmente seria o tempo mais indicado, visto que semanalmente seria mais complicado devido à disponibilidade, exceto um participante que referiu que

deveria, preferencialmente, ser semanal, mas reforçou que seria bastante difícil e, por isso, de mês a mês era o ideal. Sendo assim, fixou-se a periodicidade do procedimento como sendo mensal.

Durante as conversas, foi ainda falado que seria importante que a reunião fosse em dias pré-definidos e fixos, tendo sido dado exemplos como “o último dia útil do mês” ou “a primeira segunda-feira do mês” para futuramente evitar que exista possibilidade de faltas, dando como justificção a condicionante da data.

3. Circuito de informação

Como foi anteriormente referido, o procedimento passa por uma reunião onde devem estar presentes os “identificadores e executores das necessidades do serviço”, isto é, a equipa multidisciplinar de saúde e superiores hierárquicos como um representante do Centro de Gestão Oncológico, um representante da Direção de Enfermagem e a enfermeira-chefe. Contudo, é necessário que o *feedback* dos profissionais de saúde chegue a cargos de chefia mais altos como o CA, para casos onde seja preciso autorizações desta entidade.

A opinião dos profissionais de saúde de como os assuntos abordados na reunião chegariam ao CA foi unânime: através da cadeia hierárquica presente neste serviço de prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, o circuito de informação passaria pelo representante do Centro de Gestão Oncológico, presente na reunião, que transmitiria esta informação ao CA. Contudo, vários inquiridos referiram também que deveria ser a enfermeira-chefe a desempenhar o papel de transmissor, visto que esta deve ser a ligação entre enfermeiros e os superiores hierárquicos. Mesmo assim, a investigadora sugere que seja o Centro de Gestão Oncológico a realizar esta função, uma vez que dentro deste serviço esta entidade é considerada o superior hierárquico mais importante e é, ainda, o mais próximo do CA.

Tanto nas entrevistas em grupo como nas entrevistas individuais foi sugerido a criação de uma ata de reunião para que todas as ideias/sugestões e *feedback* fossem apontados, salientando-se a importância que este documento representa caso surjam dúvidas futuras sobre o que foi tratado ou até mesmo decidido nas reuniões. Este registo seria comunicado ao CA e aos restantes profissionais que não estavam presentes na reunião via email profissional.

De salientar, que um dos inquiridos propôs a criação de uma “pasta partilhada” no sistema informático do serviço com o objetivo de guardar todas as atas criadas assim como disponibilizá-las a todos os profissionais de saúde do serviço.

Através destes dados recolhidos, o circuito de informação deveria dividir-se em duas etapas: no envio por email da ata ao CA e aos restantes profissionais de saúde pertencentes ao serviço de saúde em questão e por um contacto mais direto entre CA e Centro de Gestão Oncológico.

4. Feedback

O *feedback* ocorre com o propósito de proporcionar uma mudança que provoque uma alteração positiva nos resultados futuros (Benn et al., 2015). Neste sentido, a informação sozinha não é considerada *feedback*, visto que é necessário ter algum tipo de resposta ou atitude para concluir a “lacuna identificada” (Benn et al., 2015).

Seguindo este raciocínio, para finalizar a construção do procedimento de melhoria contínua é necessário garantir que exista, de alguma forma, uma resposta ou ação por parte dos superiores hierárquicos. Por isso, com esta parte pretende-se perceber de que forma seria mais conveniente para os profissionais de saúde receber o *feedback* de volta do CA.

Tal como aconteceu na análise de dados do tópico anterior, a maioria dos profissionais de saúde concordou que o retorno da informação deveria também ser efetuado através da cadeia hierárquica. Neste sentido, o *feedback* do CA seria transmitido ao Centro de Gestão Oncológico que informaria o enfermeiro supervisor que, por sua vez, entra em contacto com a enfermeira-chefe para que esta comunicasse aos enfermeiros sobre o retorno do CA.

Todavia, e tal como foi apontado por alguns participantes, deste modo corre-se o risco de se perder informação assim como de demoras no tempo da resposta. Para além disto, esta forma de retorno ocorre através de diversas vias de comunicação e, por isso, seria importante que este acontecesse de uma forma mais direta, como por exemplo, o CA comunicar diretamente com o Centro de Gestão Oncológico e esta entidade transmitir essas informações na reunião mensal seguinte ou com a enfermeira-chefe, já que uma grande parte dos inquiridos salientou com bastante vigor que esta deveria ser o elo entre os enfermeiros e os superiores hierárquicos.

Foi, ainda, sugerido para complementar esta via de retorno de *feedback* e para se evitar perda de informação, a criação de um comunicado oficial por parte do CA, o qual seria partilhado por email para todos os profissionais de saúde com o conhecimento do Centro de Gestão Oncológico e da enfermeira-chefe. Este documento escrito para além de informar os profissionais de uma forma mais direta acaba por tornar esta via de comunicação mais formal entre todos os intervenientes.

Apesar de existir consenso entre os inquiridos sobre o retorno da informação, durante uma das entrevistas individuais foi salientado que esta via de comunicação deveria depender dos assuntos

abordados durante a reunião, isto é, caso um determinado tópico necessite da aprovação obrigatória do CA então a forma de devolver o *feedback* passaria por um procedimento mais formal, como um comunicado oficial por parte desta entidade e se for apenas para informar o CA que este poderia retribuir a mensagem através do Centro de Gestão Oncológico ou da enfermeira-chefe.

Sendo assim, o *feedback* proveniente do CA baseia-se na comunicação entre este superior, o Centro de Gestão Oncológico e/ou a enfermeira-chefe, a qual transmite diretamente aos profissionais de saúde. Contudo, para complementar esta transmissão seria importante, em assuntos mais formais, complementar esta via de comunicação com um comunicado oficial enviado por email a todos os enfermeiros e com o conhecimento do centro referido anteriormente.

4.1 Procedimento de melhoria contínua

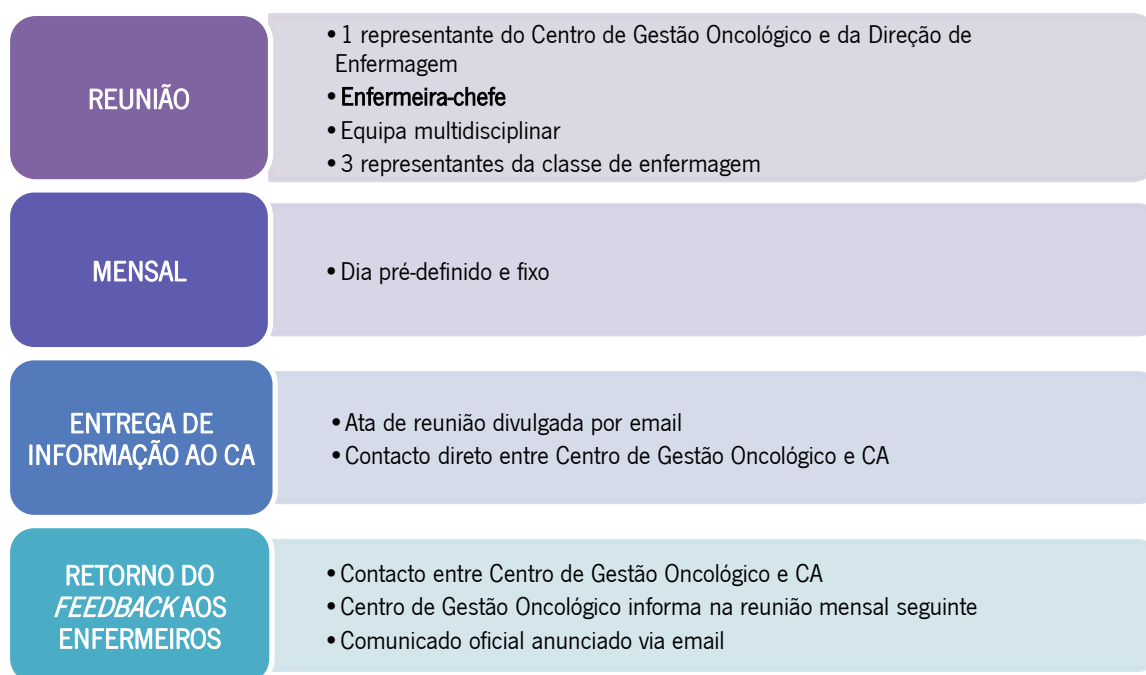
Com os resultados anteriormente apresentados, o procedimento de melhoria contínua, segundo os enfermeiros do Serviço de Oncologia Médica, deveria ser uma reunião mensal com um representante de cada superior hierárquico, sendo estes a Direção de Enfermagem e o Centro de Gestão Oncológico juntamente com a enfermeira-chefe, a equipa multidisciplinar de saúde do serviço assim como os 3 representantes escolhidos dos enfermeiros de prestação de cuidados de saúde do serviço. Salienta-se que estes representantes seriam, então, alterados a cada reunião mensal.

Os assuntos abordados nessa reunião seriam transmitidos ao CA através de uma ata de reunião que seria divulgada por email e, ainda, para todos os restantes profissionais de saúde que não estiveram presentes, sendo posteriormente armazenada no sistema informático; seria, também, importante existir uma comunicação mais direta entre o CA e o Centro de Gestão Oncológico.

Já o *feedback* do CA seria devolvido através do Centro de Gestão Oncológico na reunião mensal seguinte ou através da enfermeira-chefe assim como seria escrito um comunicado oficial enviado por email a todos os intervenientes da reunião e do serviço, com o conhecimento do Centro de Gestão Oncológico.

Assim, a Figura 2 representa um esboço do procedimento de melhoria contínua que pretende promover a auscultação dos profissionais de saúde.

Figura 2. Esboço do procedimento de melhoria contínua



Com isto, apresenta-se, assim, a solução para a problemática do trabalho que se baseia na falta de auscultação dos profissionais de saúde. Esta solução permite que estes tenham um “espaço” fixo onde as suas ideias/sugestões podem ser ouvidas assim como o seu *feedback*.

4.2 Possíveis dificuldades na implementação

Tal como foi referido em capítulos anteriores, a implementação de uma ferramenta que promova a melhoria contínua e, por conseguinte, elimine desperdícios pertencentes ao pensamento *Lean*, depende sempre da organização na sua totalidade e, por isso, dos profissionais. Por esta razão, existem sempre algumas barreiras que se manifestam quando se procede com a implementação.

Seguindo esta lógica, é importante perceber que ao implementar este procedimento é necessário ter em consideração a receptividade dos profissionais de saúde relativamente a este processo de melhoria contínua. Isto porque, trata-se de um processo que depende diretamente destes profissionais e que foi criado, também, diretamente para os mesmos, logo sem a sua contribuição, o procedimento não proporciona os resultados esperados e não é continuado.

A reforçar que para uma implementação bem-sucedida, é requerido que toda a organização esteja empenhada e, por isso, é necessário que os superiores hierárquicos, desde os mais próximos até aos

do topo, estejam, também, prontos para a mudança, envolvendo-se ativamente neste procedimento de melhoria contínua.

Por fim, prevê-se que a verdadeira dificuldade deste procedimento seja a sua continuidade, tal como foi referido por alguns participantes do estudo, pois existe sempre alguma dificuldade em manter a adesão relativamente a procedimentos deste tipo.

5. RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES

O presente estudo aborda a temática do *Lean*, mais especificamente, o oitavo desperdício que se designa por “talento/competências não utilizadas” dos profissionais, o qual engloba a sua não-auscultação. Esta proporciona consequências negativas para a organização, visto que o profissional ao não se sentir ouvido, acredita que não está a ser reconhecido e, por conseguinte, o vínculo de comprometimento entre funcionário-organização é colocada em risco.

Juntamente com este trabalho de projeto foi realizado o estágio curricular que decorreu entre 15 de setembro de 2022 a 15 de dezembro do mesmo ano no Serviço de Gestão da Qualidade do CHTMAD.

Tendo em conta a problemática apresentada, o objetivo principal do trabalho foi a sugestão de um procedimento de melhoria contínua nos serviços de saúde do CHTMAD para uso do *feedback* e criatividade dos profissionais de saúde. Assim, este trabalho pretende responder à questão de investigação: “Qual o procedimento mais adequado para que os profissionais de saúde possam ser ouvidos?”.

Para a construção deste procedimento, a investigadora utilizou uma metodologia qualitativa que se baseou em entrevistas não-estruturadas aos enfermeiros do Serviço de Oncologia Médica do CHTMAD, dividindo-se em duas etapas: entrevistas em grupo e individuais.

Após a recolha e análise de dados conclui-se que o procedimento de melhoria contínua seria uma reunião mensal com a presença de representantes dos superiores hierárquicos do Centro de Gestão Oncológico e da Direção de Enfermagem juntamente com a equipa multidisciplinar e a enfermeira-chefe. Os representantes de enfermagem seriam escolhidos 3 de cada vez, tratando-se de posições rotativas e, por isso, estes levariam para a reunião as ideias/sugestões dos restantes colegas. O circuito de informação aconteceria através da comunicação direta entre Centro de Gestão Oncológico e Conselho de Administração simultaneamente com o envio da ata de reunião por email para o CA e para todos os profissionais de saúde, sendo, ainda, inserida no sistema informático. Por fim, o *feedback* devolvido pelo CA transmitir-se-ia pelo Centro de Gestão Oncológico (na reunião mensal seguinte) e/ou pela enfermeira-chefe, complementando, com a divulgação de um comunicado oficial por parte deste superior de topo.

Salienta-se, por fim, as dificuldades que acompanham este procedimento como, por exemplo, a sua sustentabilidade assim como a adesão e a recetividade por parte dos profissionais de saúde perante esta sugestão de melhoria contínua.

Com isto, apresenta-se a sugestão do procedimento de melhoria contínua ao CHTMAD para combater a não auscultação dos profissionais de saúde, proporcionando uma oportunidade para que estes profissionais possam dar ideias/sugestões e, também, o seu *feedback*.

5.1 Limitações

O tipo de amostra deste trabalho (não-probabilística e de conveniência) é uma limitação, visto que não existiu uma seleção específica de participantes e, por isso, qualquer profissional que pertencesse à classe de enfermagem e que queria participar foi aceite como participante do estudo.

Durante a recolha de dados, surgiu outro fator que é limitante para o estudo: falta de disponibilidade por parte dos participantes; o qual afetou a duração das entrevistas e, como consequência, os resultados provenientes da recolha de dados.

5.2 Recomendações

Tendo em conta as limitações deste trabalho, propõe-se que exista uma seleção mais controlada e específica dos participantes de estudo, de forma a garantir que todos estão dispostos a abdicar de algum tempo para que a entrevista seja mais fluída e sem interrupções.

Para trabalhos futuros, salienta-se a necessidade de adicionar a este procedimento de melhoria contínua, uma ferramenta pertencente à gestão de risco que meça o risco de os profissionais não quererem ser ouvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Balushi, S., Sohal, A. S., Singh, P. J., Hajri, A. Al, Farsi, Y. M. A., & Abri, R. Al. (2014). Readiness factors for lean implementation in healthcare settings - a literature review. *Journal of Health, Organisation and Management*, 28(2), 135–153. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2013-0083>
- Al-Hakim, L., & Sevdalis, N. (2021). A novel conceptual approach to lean: value, psychological conditions for engagement with work and perceived organizational support in hospital care. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 33(4), 1–8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab148>
- Bell, E., Bryman, A., & Harley, B. (2018). Interviewing in qualitative research. In *Business Research Methods* (5th ed., pp. 468–499). Oxford University Press.
- Benn, J., Arnold, G., D’Lima, D., Wei, I., Moore, J., Aleva, F., Smith, A., Bottle, A., & Brett, S. (2015). Evaluation of a continuous monitoring and feedback initiative to improve quality of anaesthetic care: a mixed-methods quasi-experimental study. *Health Services and Delivery Research*, 3(32), 1–248. <https://doi.org/10.3310/hsdr03320>
- Benson, R., & Kulkarni, N. S. (2011). Understanding operational waste from a lean biopharmaceutical perspective. *Pharmaceutical Engineering*, 31(6), 74–82.
- Brito, M., Ramos, A. L., Carneiro, P., & Gonçalves, M. A. (2019). The eighth waste: Non-utilized talent. In *Lean Manufacturing: Implementation, Opportunities and Challenges* (pp. 151–163). Nova Science Publishers, Inc.
- Caracterização da área de influência – CH | Trás-os-Montes e Alto Douro*. (n.d.). Retrieved September 11, 2022, from <https://www.chtmad.min-saude.pt/orgaos-de-gestao/caracterizacao-da-area-de-influencia/>
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*. (n.d.). Retrieved September 11, 2022, from <https://portugalclinicaltrials.com/pt/centros-de-investigacao-clinica/centro-hospitalar-de-tras-os-montes-e-alto-douro/>
- Chan, H., Lo, S., Lee, L., Lo, W., Yu, W., Wu, Y., Ho, S., Yeung, R., & Chan, J. (2014). Lean techniques for the improvement of patients' flow in emergency department. *World Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 24. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2014.01.004>
- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-100>
- D. ÖZKAN ÖZEN, Y., & VENTURA, K. (2016). Fostering Internal Customer Satisfaction And Behavior By

- Managing Talent Waste. In *International Logistics and Supply Chain Congress* (Issue December, pp. 485–491).
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy, 119*(9), 1197–1209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.002>
- D'Antonio, G., & Chiabert, P. (2018). How to manage people underutilization in an industry 4.0 environment? In *IFIP Advances in Information and Communication Technology* (Vol. 540). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-01614-2_42
- Flynn, R., Newton, A. S., Rotter, T., Hartfield, D., Walton, S., Fiander, M., & Scott, S. D. (2018). The sustainability of Lean in pediatric healthcare: a realist review. *Systematic Reviews, 7*(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0800-z>
- Gradim, B., & Teixeira, L. (2022). Robotic Process Automation as an enabler of Industry 4.0 to eliminate the eighth waste: a study on better usage of human talent. *Procedia Computer Science, 204*(2021), 643–651. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2022.08.078>
- Heijndermans, M., Maas, A., Dippel, D., & Buijck, B. (2020). Lean: increase efficiency in stroke patient care. *Journal of Integrated Care, 28*(2), 77–86. <https://doi.org/10.1108/JICA-09-2019-0042>
- Hussain, M., Malik, M., & Al Neyadi, H. S. (2016). AHP framework to assist lean deployment in Abu Dhabi public healthcare delivery system. *Business Process Management Journal, 22*(3), 546–565. <https://doi.org/10.1108/BPMJ-08-2014-0074>
- Jaspal, R. (2020). Content Analysis, Thematic Analysis and Discourse Analysis. In G. M. Breakwell, D. B. Wright, & J. Barnett (Eds.), *Research Methods in Psychology* (5th ed., pp. 286–312). SAGE, Publications.
- Joint Commission Accreditation / The Joint Commission.* (n.d.). Retrieved October 26, 2022, from <https://www.jointcommission.org/what-we-offer/accreditation/>
- Kalra, S., Pathak, V., & Jena, B. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research, 4*(3), 192. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.115389>
- Kavanagh, S. A., & Krings, D. (2011). *The 8 Sources of Waste and How to Eliminate Them IMPROVING PERFORMANCE WITH LEAN MANAGEMENT TECHNIQUES.*
- Klein, L. L., Tonetto, M. S., Avila, L. V., & Moreira, R. (2021). Management of lean waste in a public higher education institution. *Journal of Cleaner Production, 286*, 125386. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2020.125386>
- Klein, L. L., Vieira, K. M., Alves, A. C., & Pissutti, M. (2023). Demystifying the eighth lean waste: a knowledge waste scale. *International Journal of Quality and Reliability Management.*

<https://doi.org/10.1108/IJQRM-01-2022-0020>

- Kondracki, N. L., Wellman, N. S., & Amundson, D. R. (2002). Content analysis: Review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 224–230. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60097-3](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60097-3)
- Krafcik, J. F. (1988). Triumph Of The Lean Production System. *Sloan Management Review*, 30, 41–52.
- Lapão, L. V. (2016). Lean in the Health Management: An opportunity to improve focus on the patient, respect for professionals and quality in the health services. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 237–239. <https://doi.org/10.20344/amp.6615>
- Liker, J. K. (2004). *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*.
- Lima, R. M., Dinis-Carvalho, J., Souza, T. A., Vieira, E., & Gonçalves, B. (2021). Implementation of lean in health care environments: an update of systematic reviews. *International Journal of Lean Six Sigma*, 12(2), 399–431. <https://doi.org/10.1108/IJLSS-07-2019-0074>
- Macomber, H., & Howell, G. (2004). Two great wastes in organizations. *IGLC, Denmark*, 1–9. [http://tranzit.planet.ee/TTU_MATERIALS/Ehitus_JUHTIMINE/Referaat/13105_079-howell-macomber-final\[1\].pdf](http://tranzit.planet.ee/TTU_MATERIALS/Ehitus_JUHTIMINE/Referaat/13105_079-howell-macomber-final[1].pdf)
- Magnani, F., Carbone, V., & Moatti, V. (2019). The human dimension of lean: a literature review. *Supply Chain Forum: An International Journal*, 20(2), 132–144. <https://doi.org/10.1080/16258312.2019.1570653>
- Mahmoud, Z., Angelé-Halgand, N., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2021). The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research*, 21(1), 383. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06344-0>
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de fevereiro. *Diário Da República*, 1.ª série(n.º 42), 1414-(26-29).
- Mogaramedi, M., Nel, H., & Marnewick, A. (2020). IMPACT OF STANDARD WORK FOR LEADERS ON REDUCING UNUSED EMPLOYEE CREATIVITY DURING LEAN IMPLEMENTATION. *South African Journal of Industrial Engineering*, 31(2), 1–10. <https://doi.org/10.7166/31-2-1842>
- Othman, A. A. E., & Khalil, M. H. M. (2020). A lean talent management framework for maximizing creativity in architectural design firms. *International Journal of Construction Management*, 20(5), 520–533. <https://doi.org/10.1080/15623599.2018.1490865>
- Qualidade – CH / Trás-os-Montes e Alto Douro*. (n.d.). Retrieved October 26, 2022, from <https://www.chtmad.min-saude.pt/qualidade/>
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science*

- and Medicine*, 74(3), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Ratia, M., Myllärniemi, J., & Helander, N. (2018). Robotic process automation - Creating value by digitalizing work in the private healthcare? *ACM International Conference Proceeding Series*, 222–227. <https://doi.org/10.1145/3275116.3275129>
- Regulamento Interno CHTMAD*. (2017). https://www.chtmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2020/01/regulamento_interno.pdf
- Santos António, N., Teixeira, A., & Rosa, Á. (2019). Pensamento Lean. In *Gestão da Qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM* (pp. 151–162). Edições Sílabo. <https://www.almedina.net/gest-o-da-qualidade-de-deming-ao-modelo-de-excel-ncia-da-efqm-1563991200.html>
- Saunders, M. A., Lewis, P., & THORNHILL, A. (2009). Research Methods for Business Students Eighth Edition Research Methods for Business Students. In *Research Methods for Business Students*. www.pearson.com/uk%0Ahttps://www.amazon.com/Research-Methods-for-Business-Students/dp/1292208783/ref=sr_1_2?dchild=1&qid=1614706531&refinements=p_27%3AAdrian+Thornhill+%2F+Philip+Lewis+%2F+Mark+N.+K.+Saunders&s=books&sr=1-2&text=Adrian+Thornhill+%2F+Phili
- Simões, A. C. (2022, April). Um olhar na saúde pós pandemia. *NO Revista*, 53–55. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25852/norevista_abril_2022-1.pdf
- Sugimori, Y., Kusunoki, K., Cho, F., & Uchikawa, S. (1977). Toyota production system and kanban system materialization of just-in-time and respect-for-human system. *International Journal of Production Research*, 15(6), 553–564. <https://doi.org/10.1080/00207547708943149>
- Tamás, P., & Illés, B. (2017). Examining the Integration Possibilities for Lean Tools and Simulation Modeling. *Solid State Phenomena*, 261(August), 516–522. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/SSP.261.516>
- Vears, D. F., & Gillam, L. (2022). Inductive content analysis: A guide for beginning qualitative researchers. *Focus on Health Professional Education: A Multi-Professional Journal*, 23(1), 111–127. <https://doi.org/10.11157/fohpe.v23i1.544>
- Wildemuth, B. M., & Zhang, Y. (2016). Unstructured Interviews. In *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science* (pp. 239–247). ABC-CLIO. <https://books.google.pt/books?id=uv98DQAAQBAJ>
- Womack, J. P. (1990). *The Machine That Changed the World* by James P. Womack.
- Zepeda-Lugo, C., Tlapa, D., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Ontiveros, S., Perez-Sanchez, A., & Tortorella, G. (2020). Assessing the Impact of Lean Healthcare on Inpatient Care: A Systematic

Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5609.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17155609>

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

TÍTULO DO ESTUDO: “Gestão de desperdícios Lean: criatividade não utilizada dos profissionais de saúde”

No âmbito do estágio do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade do Minho, a aluna, Beatriz Navio Silva, encontra-se a desenvolver um trabalho, sob a orientação do Professor Auxiliar José Crispim da Universidade do Minho e da Técnica Superior Joana Alves do Serviço de Gestão da Qualidade do CHTMAD.

Este trabalho tem como objetivo principal o estudo da criatividade perdida por não auscultação dos profissionais de saúde. Neste sentido, a aluna pretende criar *derivables* para o CHTMAD através da sugestão de um procedimento para o uso do feedback e criatividade dos profissionais na melhoria contínua dos serviços da instituição e da definição de uma ferramenta que meça o risco destes profissionais não quererem ser ouvidos.

Neste sentido, é necessária a participação dos profissionais de saúde, visto que é importante perceber o feedback sobre este assunto, de forma que o procedimento a indicar seja o mais vantajoso para os mesmos.

A recolha de informação não incide sobre dados sensíveis dos doentes ou do funcionamento da instituição. Sendo assim, os dados recolhidos serão unicamente utilizados para fins da escrita do Relatório de Projeto e para apresentação do mesmo, sendo, qualquer informação recolhida, destruída após a defesa do Relatório.

A sua participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento ou recusar participar, sem qualquer tipo de consequência ou prejuízo para si. Deste modo, os dados serão sigilosos e, em nenhum momento, a sua identidade será revelada.

Eu, _____,
declaro que aceito participar neste estudo e autorizo a gravação da entrevista e da utilização dos dados recolhidos para o Relatório de Projeto da aluna.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____