

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA
CÂMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR

CRISTIANE RONDAM CARDOSO SCHWALBE
HELOIZA THOMAZ PEDRO CLAUDINO
JULIANA DE MORAES LICKFEDT

USO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE EM UMA OPERADORA DE
PLANOS DE SAÚDE

JOINVILLE

2016

2016	Cristiane Rondam Cardoso Schwalbe Heloiza Thomaz Pedro Claudino Juliana de Moraes Lickfedt	DESCRIBÇÃO DO CICLO KAIZEN EM UMA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE COM AS FERRAMENTAS DE QUALIDADE	IFSC
------	---	---	------

CRISTIANE RONDAM CARDOSO SCHWALBE
HELOIZA THOMAZ PEDRO CLAUDINO
JULIANA DE MORAES LICKFEDT

DESCRIÇÃO DO CICLO KAIZEN EM UMA OPERADORA DE PLANO DE
SAÚDE COM AS FERRAMENTAS DE QUALIDADE

Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de
obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Francis Renata Pimentel Gonçalves.

Co-orientador: Jaqueline Vicentin Patel Gabardo.

JOINVILLE

2016

Shwalbe, Cristiane Rondam Cardoso; Claudino, Heloiza Thomaz Pedro; Lickfeldt, Juliana de Moraes.

Descrição do ciclo Kaizen em uma Operadora de Plano de Saúde com as Ferramentas de qualidade / Cristiane Rondam Cardoso Shwalbe; Heloiza Thomaz Pedro Claudino; Juliana de Moraes Lickfeldt– Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. 53p.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Federal de Santa Catarina, 2016. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Francis Renata Pimentel Gonçalves.

1. KAIZEN 2. OPERADORA DE SAÚDE 3. PDCA 4. ISHIKAWA

USO DE FERRAMENTAS DE QUALIDADE EM UMA OPERADORA DE
PLANOS DE SAÚDE

CRISTIANE RONDAM CARDOSO SCHWALBE
HELOIZA THOMAZ PEDRO CLAUDINO
JULIANA DE MORAES LICKFEDT

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma fina pela banca examinadora do curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 05 de dezembro de 2016.

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof.(a) Francis Renata Pimentel
Graduada em Gestão Hospitalar
Pós Graduanda em Formação Pedagógica para Docência na Educação
Profissional e Tecnológica

Prof. Jaqueline Vicentin Patel Gabardo
Especialista em Ensino Superior
Co-orientadora

Coordenadora Patrícia Mielke
Especialista em Qualidade
Membro da Banca convidada

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível.

Aos nossos pais, pelos ensinamentos, incentivos, amor e carinho, que nunca fizeram falta durante essa etapa.

Aos nossos esposos pela compreensão, carinho e nunca deixar se desanimar pelos momentos de dificuldades.

Aos amigos que ao longo de 3 anos conquistamos que nos foram permitidas risadas e os bons momentos juntos.

À nossa orientadora, Prof. Francis Renata Pimentel e co-orientadora Jaqueline Vicentin Patel Gabardo, pela paciência e ensinamentos compartilhados.

Aos professores do Instituto Federal, pelo carinho e atenção durante todos esses anos.

A Coordenadora de qualidade Patrícia Mielke pela disponibilidade das informações cedidas.

Agradecemos também a empresa, local desse estudo, por fornecer subsídio para o desenvolvimento do mesmo.

“As grandes ideias surgem da observação dos pequenos detalhes”

Augusto Cury

RESUMO

Diante do atual cenário de instabilidade econômica, as organizações em geral buscam estratégias, ferramentas e métodos, tanto para melhoria de processos, quanto para o aumento da produtividade, como o emprego das metodologias do pensamento enxuto adaptadas à área da saúde. Objetivou-se detalhar o emprego deste método, propor o plano de ação com as principais técnicas do pensamento enxuto para a redução de desperdício de energia. O presente trabalho trata-se de um estudo de caso realizado em uma operadora de plano de saúde localizada em Joinville. Esta instituição utiliza metodologia Kaizen como ferramenta de qualidade, há pertinência da análise desta pesquisa em compreender a realidade estudada e o processamento destas técnicas. A realização da coleta de dados ocorreu no período de julho à novembro de 2016 através análise documental e roteiro estruturado para observação. Destaca-se também a importância de mobilizar e sensibilizar os colaboradores da instituição, que são o elemento central para a efetivação e êxito desta prática. Posteriormente, elaborou-se um plano de ação nos moldes do programa em vigência na instituição. Também foram sugeridas a adoção de duas importantes ferramentas desta metodologia o Diagrama de Ishikawa e o método PDCA, que contribuem para o adequado gerenciamento das ações, deste modo, garantindo a atuação para melhoria contínua.

Palavras-chave: Kaizen; Operadora De Saúde; PDCA; Ishikawa

ABSTRACT

Given the current scenario of economic instability, organizations in general seek strategies, tools and methods, both for process improvement and for increasing productivity, such as the use of lean thinking methodologies adapted to the health area. The present study is a case study carried out in a health plan operator located in Joinville. This institution uses Kaizen methodology as a quality tool, it is pertinent to the analysis of this research to understand the studied reality and the processing of these techniques. The objective was to detail the use of this method, to propose the plan of action with the main techniques of lean thought for the reduction of energy waste. The collection of data occurred in the period from July to November 2016 through documentary analysis and structured script for observation. It is also important to mobilize and sensitize the institution's employees, who are the central element for the effectiveness and success of this practice. Subsequently, a plan of action was elaborated according to the program in force in the institution. It was also suggested to adopt two important tools of this methodology: the Ishikawa Diagram and the PDCA method, which contribute to the proper management of actions, thus guaranteeing the performance for continuous improvement.

Keywords: Kaizen; Health Provider; PDCA; Ishikawa.

LISTA DE SIGLAS

PDCA- Plan, Do, Check, Action

5W2H –What? Why? Where? When? Who? How? Much?Que na tradução em português significa: O que? Quem? Onde? Por quê? Quando? Como? Quanto custa?

ANS – Agência Nacional de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

CAP'S - Caixa de Aposentadorias e Pensões.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. Justificativa	21
1.2. Problema de Pesquisa	22
1.3. Objetivos Gerais	22
1.4. Objetivos Específicos	22
2. REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 O Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar	23
2.2 Plano de Saúde	24
2.2.1 Histórico da Saúde Suplementar no Brasil	24
2.2.2 O cenário Atual de a Saúde suplementar no Brasil	26
2.2.3 Tipos de Planos	28
2.3 A Filosofia Kaizen nas Instituições de Saúde	30
2.4 Kaisen	31
2.5 Ishikawa	33
2.6 Planos de Ação	34
2.7. PDCA	36
3. METODOLOGIA	38
3.1 Tipo de Pesquisa	38
3.2 Coletas de dados	39
3.3 População e Amostra	40
4 DESENVOLVIMENTO	41
4.1 Características da Instituição	41
4.1.2 Futuro da Operadora	42
4.2 Implantação da Ferramenta Kaizen	43
4.3O Plano de Ação	44
5. CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	51
Anexo	56

1. INTRODUÇÃO

Diante do atual cenário de instabilidade econômica, as organizações em geral buscam estratégias, ferramentas e métodos, tanto para otimização de recursos, quanto para obtenção de redução de custos. Porém, a adoção de práticas para esta finalidade, requer a análise apurada e visão sistêmica do gestor para a garantia de adaptação adequada às rotinas e peculiaridades da instituição.

Hoje em dia muitas empresas estão trabalhando com sustentabilidade, onde é definida como um compromisso por meio de atos e atitudes que contribuem positivamente num modo geral em seu papel com a sociedade.

Ainda que o tema responsabilidade social empresarial (RSC) tenha sido alvo de incontáveis definições, alguns componentes genéricos podem ser identificados como pertencentes à maioria delas. Existe uma razoável concordância em afirmar-se que companhias responsáveis são aquelas que vão além de suas obrigações legais, no tratamento justo e considerado de seus empregados; na relação transparente e ética com clientes, fornecedores e concorrentes; na minimização dos danos e impactos ambientais provocados; no apoio às comunidades locais, e na promoção dos direitos humanos. (TÓDERO,2009 p.65).

A gestão de qualidade entra como uma direção para a organização, auxiliando nas soluções dos problemas de uma forma organizada, além de contribuir efetivamente para melhoria continua dos processos das mais variadas áreas.

São muitas as instituições de saúde que empregam a Metodologia Lean, como por exemplo, o Hospital Sírio Libanês, conceituado como um dos mais importantes centros médicos mais importantes do país e da América Latina, que adotaram o método para gerenciar seus processos administrativos, conforme seu Relatório de Sustentabilidade de 2014:

O objetivo é eliminar o desperdício e estabelecer como foco a satisfação do paciente e a melhoria contínua do desempenho. Entende-se por desperdício todas as atividades, processos e materiais que não geram valor à instituição, mas que aumentam custos e tempo de execução de tarefas (PIANCASTELI, 2014).

Já o Hospital São Camilo em São Paulo, utiliza os conceitos de LeanHealthcare, foi pioneiro ao empregar estas ferramentas no segmento hospitalar brasileiro, alcançando uma economia em processos em torno de 2 milhões de reais e um aumento de até 30% em produtividade. (GARDENAL, 2015).

Este trabalho trata-se de um estudo de caso desenvolvido dentro de uma operadora de plano de saúde especializada na prestação de serviços à empresas e seus colaboradores, situada em Santa Catarina.

A coleta de dados foi realizada no período de Julho de 2016 a Novembro de 2016, através da graduanda de tecnologia em gestão hospitalar que possui vínculo empregatício com a instituição estudada.

Para desenvolver o plano de ação para a redução com custos com energia elétrica, houve a adoção das ferramentas 5w2h e Ishikawa.

No primeiro momento, realizou-se a aplicação do método Ishikawa para identificar o problema principal e suas principais causas. Após, efetuou-se a elaboração do plano de ação com a proposição de prazos, valores, recursos envolvidos e o profissional responsável por sua execução.

A implantação do programa Kaizen ocorreu no ano de 2013 e está no terceiro ano de funcionamento. A difusão deste modelo objetiva o envolvimento e a integração entre todos os colaboradores da operadora de planos de saúde, que são fundamentais, a parte central para o sucesso desta prática. Como salienta Bertani (2012 Apud, HANASHIRO, 2007, p.33), “esta ferramenta enfatiza a utilização de esforços humanos trabalhando em equipe, envolvendo treinamento e dedicação, sendo uma abordagem de baixo custo à melhoria”. A sustentação deste argumento na abordagem Lean/Kaizen está no enfoque dado ao desenvolvimento dos funcionários, dotando-os de habilidades e competências práticas como a chave para melhoria dos processos (GRABAN, 2013).

Nosso objetivo é a redução do custo de energia elétrica através do controle da iluminação dos andares e salas, a redução será feita pela instalação de sensores de

presença em todas as salas que permitirá o acendimento automático da iluminação quando houver alguém na sala, diferentemente do ocorre hoje que a iluminação é fixa.

1.1. Justificativa

A necessidade de remodelar o sistema de gerenciamento de custos com energia elétrica em um determinado setor utilizando as ferramentas da qualidade, objetivando a diminuição dos fatores que afetam o uso racional da energia elétrica, permitindo aos gestores adotar ações proativas, tanto para controlar os desperdícios, quanto para apoiar o direcionamento estratégico da organização.

Como salienta Duarte (2013)

O kaizen é adotado por algumas empresas e tem por objetivo principal a eliminação dos desperdícios a partir do uso de soluções baratas que se apoiam no incentivo e criatividade de todas as pessoas da empresa para melhorar a prática dos seus processos (DUARTE, 2013 p.20).

As causas dos problemas mencionados foram definidas de acordo com o modelo Ishikawa, no tópico da mão de obra. Atualmente não há um controle com a medição de energia, ou seja, a operadora não sabe qual é o gasto de energia em Hertz (Hz) e o quanto isso custa mensalmente. O motivo de escolher os sensores para iluminação é por ser o método mais eficaz, assim não há a necessidade de um funcionário responsável por apagar as luzes e mesmo assim com a iluminação interligada isso seria inviável no momento, assim com a instalação dos sensores a iluminação só se manterá acesa no local onde houver necessidade.

Contudo, é necessário fazer o acompanhamento para verificar os pontos que afetam o alto custo de energia no setor da qualidade em uma operadora de plano de saúde.

Essas práticas orientadas aos resultados também favorecem a responsabilidade social podendo estar relacionada ao fato de que os comportamentos de consumo sustentável que obterão os melhores desempenhos, evitando deixar lâmpadas acesas em ambientes desocupados são aqueles que pressupõem benefício direto para o indivíduo, considerando o não desperdício dos

recursos, com retorno imediato e de curto prazo, gerando eficiência econômica. Como salienta Tódero (2009).

Para isto é necessário realizar uma adoção da empresa para as práticas de sustentabilidade dando orientações para melhorias com os colaboradores e a sociedade. O estudo foi importante para nosso conhecimento sobre as ferramentas da qualidade dentro de uma operado de planos de saúde.

1.2. Problema de Pesquisa

As ferramentas de qualidade podem contribuir para a diminuição dos desperdícios e a racionalização do uso de energia elétrica?

1.3. Objetivos Gerais

Elaborar o plano de ação com o emprego de ferramentas de qualidade.

1.4. Objetivos Específicos

- Discriminar a metodologia Kaizen;
- Detalhar a utilização da metodologia Kaizen em uma operadora de saúde com as ferramentas da qualidade
- Sugerir através da adoção do plano de ação melhorias que favoreçam a redução de desperdício de energia.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Serão apresentadas neste capítulo as principais características do Sistema de Saúde brasileiro e o subsetor de Saúde Suplementar

2.1 O Sistema Único de Saúde e a Saúde Suplementar

Com a criação da constituição federal, em 1988, atribuiu-se ao estado o dever de garantir saúde a toda a população, para isso foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela lei orgânica 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes e dá providência, que preconiza a equidade, a universalidade e a integralidade como princípios que devem estar incorporados as práticas em ambientes de saúde e complementado pela lei 8142/90 que definiu regras para a participação popular e financiamento (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2006), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema, representado pelo ministério da Saúde, Secretaria da Saúde do Estado e Secretaria Municipal de Saúde (cada um, representando uma esfera de governo, respectivamente, federal, estadual e municipal) que oferece atendimentos em todos os níveis de saúde: atenção básica, média e alta complexidade, além, de serviços e ações que tem um foco principal a promoção, proteção e recuperação da Saúde da população. Para garantir sua totalidade deve-se prestar atendimento em todos os ambientes sejam eles grandes ou pequenos; urbanos ou rurais, indígenas, prisionais inclusive populações mais isoladas (BRASIL, 2012).

A integralidade é essencial para o sistema único, pois garantem as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ao usuário, com acesso a todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2006).

Desde sua criação, o SUS vivencia um constante processo de evolução, porém, para que o mesmo ocorra são vivenciados desafios que precisam ser enfrentados e superados (BRASIL, 2011).

2.2 Plano de Saúde

Nesse tópico abordaremos o histórico da saúde suplementar no Brasil, o cenário atual, tipos de planos e tipos de operadoras.

2.2.1 Histórico da Saúde Suplementar no Brasil

Pouco se conhece sobre o crescimento do mercado de saúde suplementar, em âmbito nacional, até o ano 2000, por dois principais motivos, primeiramente porque até 1998 o plano de saúde de privado não era regulamentado, e as operadoras utilizavam critérios próprios para o atendimento aos beneficiários e porque há ausência de informações ou informações desencontradas sobre os planos até o ano de 2000 (ALBUQUERQUE ET AL., 2007).

Segundo Júnior e Júnior (2006), entre 1897 e 1930 as temáticas da saúde, eram tratados no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em especial, na Diretoria Geral de Saúde Pública.

O ano de 1923 é considerado o marco do início da Previdência Social no Brasil, marcado pela promulgação da Lei Eloy Chaves, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPS (ANS, 2002). As CAP's foram criadas especificamente para os servidores públicos. Organizadas pelas empresas as CAP's ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões identificadas como benefícios em empresas de grande porte (JUNIOR E JUNIOR, 2006). As Caixas de aposentadorias e Pensões normalmente eram benefícios em empresas de grande porte.

Em 1930, foi criado o ministério da Educação e Saúde. A partir daí a atenção que era voltada para o coletivo, começou a ser individualizada (JUNIOR E JUNIOR, 2007).

A partir de 1933 surgiram os institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP'S), as IAP's surgiram depois da suspensão das aposentadorias pelas CAP's. Os institutos de Aposentadorias e Pensões agrupavam os trabalhadores por ramo de atividade, categorias profissionais, não mais por cada empresa como acontecia com a CAP's. O modelo inicial de assistência médica baseava-se nos vínculos trabalhistas, ou seja, só era beneficiado os trabalhadores que possuíam a carteira assinada (FIGUEIREDO NETO ET AL., 2015).

Segundo Albuquerque et al. (2007), em 1950 os profissionais do setor da saúde identificaram a possibilidade de oferecer acesso à saúde para os trabalhadores formais das indústrias. Isso ocorreu devido ao grande crescimento da indústria e uma alta na população urbana, com esse fato identificado ocorreram o crescimento no setor de medicina em grupo e cooperativas médicas para trabalhadores formais das indústrias (BAHIA ET AL., 2005). Botaro (2015), explica que a criação do convênio-empresa veio para corroborar os interesses dos trabalhadores, empresas e da Previdência Social, assim diminuindo o tempo de espera por atendimento médico.

Então a partir do final da década de 1960, um número crescente de trabalhadores passou a ser cobertos pelos planos de saúde, mediante a adesão a um contrato empresarial ou associativo (BOTARO, 2015).

No final da década de 1980, além de atender os trabalhadores formais das indústrias, as operadoras de planos de saúde privados estenderam seus atendimentos para clientes individuais (ALBUQUERQUE ET AL., 2007).

Em 1990 ocorreram discussões sobre os planos de saúde, principalmente após a criação da lei do código do consumidor (n. 8.078/90) que dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências, os principais elementos que eram discutidos: as regras para planos de saúde, ampliação de cobertura e controle de preços e abertura para capital estrangeiro (ALBUQUERQUE ET AL., 2007).

Assim em Junho de 1998 foi aprovada e promulgada a lei n. 9658, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde. Foi criado também o departamento de saúde suplementar, no ministério da saúde, em 1988, que foi o primeiro passo para a regulamentação do mercado de planos de saúde privados. (ALBUQUERQUE ET AL., 2007). Na vigência da lei, foram estabelecidas regras, definidos padrões para a oferta de serviços, medidas, definidas regras de ressarcimento ao SUS, dentre outras (SANTOS; MALTA E MERHY, 2007).

Em 28 de Janeiro de 2000 pela Lei nº 9.961 a ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar foi criada, com o intuito de promover o interesse público em relação a assistência suplementar (ANS, 2002).

Segundo Santos, Malta e Merhy (2007), a Agência Nacional de Saúde Suplementar é a agência reguladora do setor da saúde, que possui autonomia financeira e de tomada de decisão. A criação da ANS significou um grande passo

para a regulação do setor da saúde.

2.2.2 O cenário Atual de a Saúde suplementar no Brasil

Para Bahia (2006), a regulação do setor da saúde suplementar se completa depois da criação da ANS, por que a criação da ANS define as regras da assistência suplementar, as ações das operadoras e a cooperação para o desenvolvimento da saúde no Brasil.

Devido à criação da ANS, foram introduzidas algumas alterações no setor, sendo elas: obrigatoriedade de oferta em ampla cobertura dos serviços de saúde, que inclui a assistência a todas as patologias do CID-10 – classificação Internacional de doenças (ALBUQUERQUE ET AL., 2007).

Definiram-se regras para beneficiários que foram demitidos, para os aposentados e portadores de doença ou lesão anterior à aquisição do plano; tempo de carência, atendimento de urgência e emergência; rescisão de contrato por parte da operadora (ALBUQUERQUE ET AL., 2007). Para os portadores de doença ou lesão anterior à aquisição ao plano, as operadoras de planos de saúde não podem impedir a contratação do serviço, porém, podem aplicar um período de carência.

ANS (2016), explica que a carência é o período em que o usuário do plano de saúde deve esperar para um determinado procedimento. E que esta informação deve estar no contrato com a operadora do plano de saúde.

Tabela 01: Demonstrativo das carências dos planos de Saúde

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) e emergência (risco imediato à vida ou lesões irreparáveis)	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros e decorrentes de complicações no processo gestacional	300 dias

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Doenças e lesões preexistentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir) **	24 meses
Demais situações	180 dias

Fonte: ANS, 2016.

Esses são os limites máximos de tempo previsto na legislação. As operadoras podem exigir um tempo menor de Carência. Para as doenças e lesões preexistentes, o usuário tem cobertura parcial até completar dois anos de ingresso no plano. No decorrer desse período de dois anos, o usuário não tem direito de procedimentos de alta complexidade e leitos de CTI e UTI (ANS, 2016).

O Reajuste de mensalidades é tratado de modo diferente nos planos individuais e os coletivos. Os planos individuais têm o índice reajustado e definido pela ANS, já para os planos coletivos há negociação entre as partes (empresas, associações e sindicatos com as operadoras) e posteriormente a negociação é informada para a ANS (ALBUQUERQUE ET AL., 2007).

As regras que foram estabelecidas pela agência nacional de saúde suplementar, mudaram por completo o cenário das operadoras de saúde. Apenas produtos com prévia autorização da ANS e garantia de cobertura poderiam ser ofertados (SANTIAGO, 2015).

ANS (2016), explica que as coberturas ofertadas são conhecidas também como segmentação assistencial e que é necessário identificar o tipo de cobertura que atenderá as reais necessidades do usuário. As segmentações de plano, são:

- Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia
- Hospitalar com obstetrícia
- Exclusivamente Odontológico
- Referência
- Ambulatorial + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia

- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia + Odontológico

Cada segmento assistencial possui procedimentos de cobertura obrigatória, os quais são descritos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS que é revisado a cada dois anos (ANS, 2016).

Atualmente o sistema de saúde no Brasil é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, que desta forma, acabam competindo entre si, devido a grande concorrência no mercado da saúde (PAIM ET. AL, 2011).

A maior parcela da demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem esses benefícios a seus funcionários (BAHIA; SCHFFER, 2010).

Em março de 2011, cerca de 24,5% da população brasileira era coberta por plano ou seguro de saúde, divididos em planos privados e empresariais. As empresas de autogestões somam cerca de 300 empresas e aproximadamente 4,7 milhões de beneficiários (BOTARO, 2015). A autogestão em saúde é o segmento em que instituição (empresa) é a responsável pela administração do plano de assistência à saúde que é oferecido a seus beneficiários. A autogestão dispensa a contratação de intermediários. Na autogestão a instituição define a necessidade dos beneficiários e desenvolve ações específicas para tais necessidades.

2.2.3 Tipos de Planos

Os tipos de planos de saúde privada comercializados no mercado de saúde brasileiro: individual ou familiar; coletivo empresarial e coletivo por adesão.

O plano individual ou familiar é modelo de plano de saúde privado destinado para quem deseja contratar o plano diretamente com um corretor ou com a operadora de saúde, por isso, desta forma o plano individual ou familiar é destinado a pessoas físicas (ANS, 2016).

Ao aderir ao plano de saúde individual ou familiar, podem-se escolher alguns requisitos conforme a preferência do contratante, tais como, o tipo de cobertura

(assistência hospitalar, ambulatorial, obstétrica e odontológica), a área de abrangência do plano (regional, estadual, nacional ou internacional) e em alguns casos, o contratante pode optar pelo o hospital para internação e os laboratórios para fazer os exames (DRUMOND, 2016).

A ANS (2016) explica que esse modelo de plano de saúde possui algumas carências (o tempo necessário para ser atendido pelo plano). Para consultas e exames simples, 30 dias de carência; Urgência e emergência 24 horas; Partos, excluindo casos decorrentes de complicações e partos prematuros, 300 dias; Doenças e lesões preexistentes, 24 meses; Demais casos, 180 dias de carência. Esses são os prazos máximos, previstos na legislação, ou seja, a operadora pode promover tempo de carência menor.

O contrato individual ou familiar poderá ser rescindido em caso de fraude ou não pagamento da mensalidade (SANTIAGO, 2015).

Os planos coletivos empresariais é a modalidade de plano de saúde que é ofertado para pessoas jurídicas, onde o plano é ofertado para pessoas físicas vinculadas à pessoa jurídica, em uma relação empregatícia ou estatutária. Os planos coletivos empresariais são compostos por empregados de uma empresa, associados ou sindicalizados e pode ter ou não a inclusão de dependentes (DRUMOND, 2016).

Ao aderir há um plano coletivo empresarial, a pessoa jurídica deverá estabelecer a segmentação assistencial (cobertura), acomodação e abrangência (ANS, 2009). Para o modelo de plano coletivo empresarial de contratos com menos de trinta beneficiários são aplicadas as mesmas carências do plano individual e familiar. Porém, se o contrato possuir trinta ou mais beneficiários, estes serão isentos de carência, se formalizarem o ingresso ao plano até trinta dias após a celebração do contrato. Caso o ingresso ocorra após esses trinta dias, o prazo de carência se estipula: Para consultas e exames simples, 30 dias de carência; Urgência e emergência 24 horas; Partos, excluindo casos decorrentes de complicações e partos prematuros, 300 dias; Doenças e lesões preexistentes, 24 meses; Demais casos, 180 dias de carência (SANTIAGO, 2015).

Em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria, os beneficiários possuem o direito de continuar com o plano de saúde, porém, esse direito deve ser requerido no prazo máximo de trinta dias após a demissão sem justa causa ou a aposentadoria, requerido esse direito o beneficiário torna-se responsável pelo contrato e pelo pagamento integral das mensalidades (ANS, 2016).

O plano coletivo por adesão é destinado também para pessoas jurídicas, sendo oferecido para pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial. Como nos planos individuais / familiares e nos coletivos empresariais, no plano coletivo por adesão é necessário estabelecer a segmentação, acomodação e abrangência. As carências são as mesmas que as dos planos coletivos empresariais, porém, os beneficiários não podem permanecer com o plano caso se aposente ou seja demitido sem justa causa (SANTIAGO,2015).

2.3 A Filosofia Kaizen nas Instituições de Saúde

Existem muitas instituições de saúde que incorporaram a Filosofia Lean/Kaizen, embora sua gênese tenha ocorrido no ramo automobilístico, muitas de suas ferramentas foram adaptadas às necessidades das instituições de saúde (GRABAN, 2013). Para Moreira e Fernandes (2016) o Kaizen cria equipes de trabalho, emplaca a filosofia de melhoria de forma contínua e gradativamente

O Pensamento Enxuto é uma filosofia de trabalho que põem em prática alguns princípios básicos, onde permite minimizar os desperdícios durante a elaboração e execução de um projeto, obra ou serviço, sempre com foco em maximizar o valor para o cliente final. Está embasada em um jeito novo de pensar visando à redução do desperdício e otimização dos recursos de forma a produzir mais e melhor com menos. (Buzzi e Plytiuk,2011).

O conceito de Lean iniciou do Sistema Toyota de Produção, focado na identificação dos desperdícios pertinentes à produção e no seu combate através da utilização de diversas ferramentas, possibilitando a redução do lead time e permitindo maior flexibilidade para atender a volatilidade do mercado (Junior e Eiro,2013).São várias as ferramentas da filosofia Lean utilizadas pelas instituições, porém, este trabalho discorrerá sobre os métodos Kaizen, Ishikawa e PDCA .

Graban (2013) explica que o método Kaizen se difere das outras ferramentas, pois, faz com que os colaboradores olhem para os detalhes do processo e assim consigam encontrar as soluções para as dificuldades no setor em específico. Como será descrito no subtítulo a seguir.

2.4 Kaizen

Na década de 50, Ohno começou a realizar viagens aos EUA para conhecer o sistema Ford e começou a estudar a possibilidade de implementação na Toyota (Japão), mas verificou que a aplicabilidade do sistema Ford era inviável (PINTO, 2008). Já que o método americano para o aumento da produtividade estava correlacionado com grandes investimentos e inovações tecnológicas (MURUGAN, 2005).

Segundo Pinto (2008), foi desse empecilho que então surgiu a necessidade de desenvolver um sistema de produção que fosse compatível com a Toyota, mas que alcançasse resultados de produção como o sistema Ford. Mas que a metodologia para o aumento da produtividade estivesse relacionada com o envolvimento e incentivo de todos os funcionários da empresa (MURUGAN, 2005).

Assim originou-se o Sistema de Produção Toyota que é conhecido por LeanProduction, que deu origem a ferramenta de qualidade Kaizen (PINTO, 2008).

Kaizen teve origem no Japão, cuja palavra significa melhoria contínua (Kai= mudar; Zen = bom) (Imai, 1986).

Como o próprio nome diz a metodologia Kaizen deve ser aplicada de forma de melhoria contínua. Inicialmente, deve-se identificar problema a resolver; posteriormente se analisa o problema, e, para finalizar, se propõe a melhoria a ser implementada (VAZ, 2012).

Para Imai (2011), quando é aplicado no âmbito empresarial o Kaizen significa o envolvimento de todos, dos operários aos gerentes.

Segundo Vaz (2012), a filosofia Kaizen visa à eliminação do desperdício com soluções de baixo custo e criativas, que envolve todos os colaboradores da organização.

A eliminação do desperdício é um modo muito eficaz para aumentar a produtividade em qualquer negócio. Para tal, é importante saber o que é considerado desperdício e onde é que ela existe (PINTO, 2008).

Para Pinto (2008), o Kaizen está sempre associado ao sistema Lean. As duas filosofias andam juntas, complementando-se. Quando uma organização adota estas filosofias tem como objetivo máximo a Criação de valor e eliminação de desperdício.

A filosofia Kaizen requer a gestão do fluxo de material (e serviços) e informação da cadeia de valor, observação do gemba (o local onde se acrescenta valor – terreno), a gestão visual, a utilização de sistema de sugestões e a ferramenta 5s. A gestão do fluxo de material e a informação da cadeia de valor visam a eliminação de etapas, para que isso aconteça é necessário a observação do local, o que facilita a comunicação e facilita a identificação do foco de desperdício. O sistema de sugestão de ideias consiste em incentivar os colaboradores a proporem melhorias, já que estes são verdadeiros aliados na identificação e resolução de problemas. Esse aspecto visa propor pequenas melhorias, mas em grande número. (VAZ, 2012).

Imai (2011), diz que existem os dez mandamentos do Kaizen, sendo eles:

1º - todos precisam estar envolvidos, ou seja todos os níveis hierárquicos deverão aderir à esta filosofia;

2º - eliminar desperdícios, de processos ou materiais que não agreguem valor à instituição;

3º- melhorias contínuas devem ser feitas, logo o aprimoramento e refinamento das ações deverão ser incorporados à cultura organizacional;

4º- as melhores estratégias são as baratas, onde as pequenas ações são valorizadas;

5º - a atenção deve estar voltada para onde é gerado o valor, ou seja, no local onde é produzido o serviço e/ou produto;

6º- tornar os problemas e desperdícios visíveis a todos, adotando a transparência nos processos;

7º- só se aprende fazendo, neste contexto, favorece o desenvolvimento dos agentes envolvidos, além de recompensar como estímulo à participação efetiva de todos;

8º- a prioridade são as pessoas, pois, são fundamentais, tanto para proposição de melhorias, quanto para o êxito das ações, com foco no trabalho em equipe, na sabedoria;

9º- orientação para os processos e foco em resultados;

10º- a metodologia deve ser aplicável em qualquer ambiente, tanto com foco operacional quanto estrutural;

O kaizen traz benefícios em longo prazo, valorizando a comunicação, o trabalho em equipe, formação e melhorias com baixo custo. (SINGH E SINGH, 2009). A filosofia Kaizen preza pela melhoria contínua, mas para que essa melhoria ocorra é necessário que se identifique os pontos do processo que são responsáveis pela não qualidade, o diagrama de Ishikawa é uma das ferramentas da qualidade que auxilia na identificação desses fatores.

2.5 Ishikawa

O diagrama de Ishikawa é uma das ferramentas mais utilizadas na identificação de causas de não qualidade na maioria das organizações em todo mundo (COLENGHI, 2007).

O diagrama de Ishikawa foi criado em 1943 por Kaoru Ishikawa e também é conhecido como diagrama de causa e efeito e diagrama “espinha de peixe” (RANGEL, 1995). Segundo Valle (2013), a nomenclatura dada ao digrama de Ishikawa, como espinha de peixe é devida a forma do diagrama que se assemelha com uma espinha de peixe.

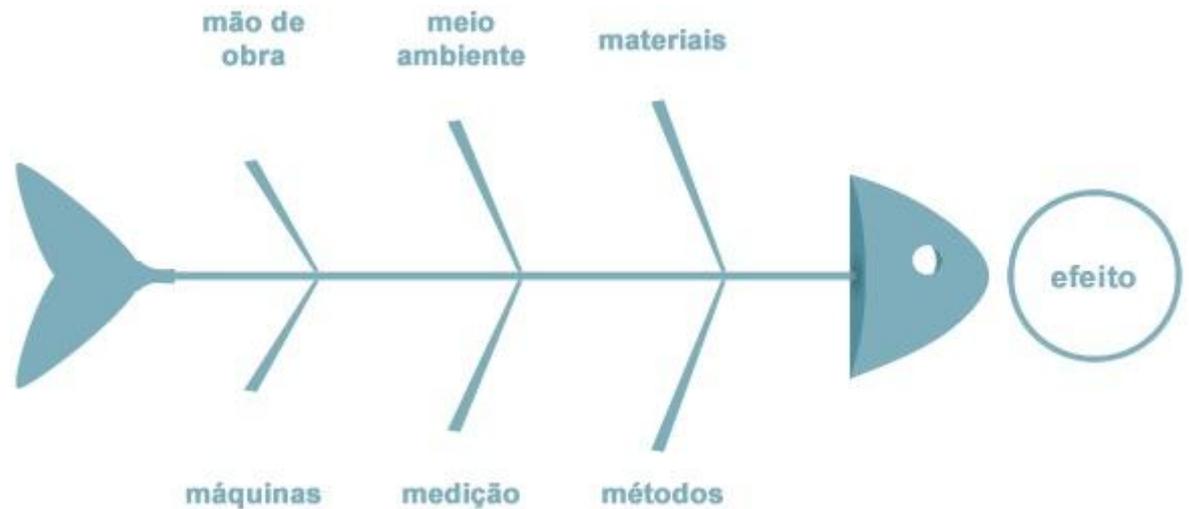
As causas são representadas por setas que seguem até o problema a ser estudado onde fica a “cabeça do peixe” e nas laterais são listados os motivos pelos quais os problemas ocorrem (VALLE, 2013).

Para Colenghi (2007), o diagrama de Ishikawa pode ser utilizado onde há necessidade de verificar e identificar as causas da não qualidade, mas também é uma fonte para a resolução destes problemas.

De acordo com Machado e Vieira (2012), a utilização do Ishikawa facilita a análise do problema, pois amplia a visão das potenciais causas, esclarecendo assim para todos, as principais não conformidades ou causas de não qualidade, assim, buscando planos para melhoria.

Para Lucinda (2010) o diagrama de Ishikawa é uma ferramenta poderosa, que se destacou nas organizações por ser representação gráfica, que permite melhor visualização e organização de informações. Essa correlação parte de seis principais eixos: material, método, medição, mão de obra, meio ambiente e máquinas.

Figura 02: Modelo Ishikawa



Fonte: Luz, 2016

Logo após a identificação das causas do problema oportuniza a elaboração de possíveis soluções e favorece quais ações deverão ser efetuadas para as correções. Nesse contexto, é crucial a elaboração de um checklist especificando todas as etapas e condutas necessárias para a resolução destas problemáticas. A seguir será descrito o conceito de plano de ação e suas formas de aplicação.

2.6 Planos de Ação

Para Cunha (2013), o plano de ação é um documento com programas, projetos e diretrizes, que faz parte do planejamento estratégico. Cunha (2013) e Valle (2013) concordam que o plano de ação define e os instrumentos e ferramentas de monitoramento e avaliação, define também o responsável por cada atividade.

Com o plano de ação é possível verificar rumo de cada atividade, os métodos que foram utilizados para realizar esta, quem as executou (VALLE, 2013).

Cunha (2013) explica ainda que com o plano de ação é possível sintonizar ideias, dimensionar os recursos, tanto financeiros como humanos para tornar viável a ação pretendida. Além de ser possível fazer anotações e sugestões do plano de ação.

O 5W2H é uma ferramenta que é utilizada para planejar a tomada de decisão quando ocorre algum problema ou desafio. O 5W2H, é um checklist das atividades que precisam ser desenvolvidas. Ele mapeia as atividades, onde será feito, quem irá fazer, quem irá fazer a atividade, em quanto tempo irá fazer, qual setor será aplicado e os motivos que a atividade será feita (BURMESTER, 2013). O 5W2H deriva do inglês e deve responder às questões seguintes:

- O que (WHAT): Qual atividade será desenvolvida?
- Quando (WHEN): Quando a atividade será realizada?
- Por que (WHY): Por que foi definida essa resolução?
- Quem (WHO): Quem é o responsável pela atividade?
- Onde (WHERE): Qual o local onde será feita a atividade?
- Como (HOW): Método como a atividade será realizada?
- Quanto (HOW MUCH): Quanto será gasto para realizar a atividade?

Essa ferramenta é muito útil para as organizações em geral, pois elimina as dúvidas que possam surgir sobre a atividade que será realizada ou o processo que será feito (SILVA ET AL., 2013).

A tabela abaixo apresenta um modelo de 5W2H de fácil aplicação e visualização.

Figura 01: Etapas do 5W2H



Fonte: Serrano, 2016

A utilização da ferramenta 5W2H no plano de ação faz com que se identifique com mais facilidade as etapas necessárias do processo e como cada etapa será realizada.

Tabela 02: Modelo de Plano de Ação 5W2H

Plano de Ação 5W2H

O que	Como	Quem	Quando		Por que	Status Atual	Ação Realizada	% Completo	Situação Atual
			Início	Fim					
								0%	
								0%	
								0%	
								0%	
								0%	
								0%	
								0%	
								0%	

Fonte: Claudino, Lickfedt, Schwalbe (2016).

2.7. PDCA

O professor universitário William Edwards Deming, foi responsável pela recuperação da economia japonesa após a Segunda Guerra Mundial, assim popularizando o ciclo PDCA no século XX (LUCINDA, 2010).

Deming enfatizou a importância da interação constante entre pesquisa, projeto, produção e vendas na administração de uma empresa. Para chegar a um nível melhor de qualidade e que satisfaça os consumidores (IMAI, 2011).

Segundo Nascimento et al. (2006) para gerenciar um processo com qualidade é necessário utilizar a técnica básica do ciclo PDCA.

Segundo Endeavor Brasil (2015), o PDCA é uma técnica de gestão interativa que consiste juntamente nestes quatro passos:

- *Plan* (Planejar): No primeiro passo para a aplicação do PDCA deve-se desenvolver uma estratégia que estabeleça missão, visão, metas e objetivos para alcançar os resultados desejados.

- *Do* (Executar): Com o planejamento pronto, nesta etapa deve-se realizar, executar as atividades que foram anteriormente programadas.
- *Check* (verificar): O terceiro passo do PDCA é monitorar e verificar os resultados e dados coletados periodicamente. O objetivo desta fase é detectar eventuais erros ou falhas.
- *Action* (Agir ou tomar ações corretivas): É a última fase do PDCA. Nessa fase são feitas ações para corrigir as falhas encontradas no passo anterior. Além disso, nessa fase é preciso determinar e confeccionar novos planos de ação, assim iniciando o ciclo novamente.

O Ciclo PDCA auxilia as empresas na solução de problemas de uma forma organizada, mas é necessária a utilização de outras ferramentas de qualidade (ENDEAVOR BRASIL, 2015).

3. METODOLOGIA

Nesse capítulo serão abordados o tipo de pesquisa, coleta e análise de dados.

3.1 Tipo de Pesquisa

Para um melhor tratamento dos objetivos e melhor apreciação desta pesquisa, observou-se que ela é classificada como pesquisa ação.

Pesquisa ação que visa a transformação da realidade através da investigação, intervenção e participação (Thiollent , 1985).

Para Bosco (1989) a proposta de pesquisa ação contém as seguintes implicações:

1 – Acesso ao conhecimento;

2- O incentivo a criatividade;

3 – A organização e planejamento dos sujeitos da ação de intervenção da realidade.

A pesquisa ainda caracteriza-se como estudo de caso que Gil (2002, p. 54) define como “um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”.

Define-se também está pesquisa como um relato de experiência que de acordo, com Gil (2008), o relato de experiência da margem para o pesquisador relatar suas experiências e vivências as relacionando com o conhecimento técnico-científico.

Quanto à abordagem de pesquisa, para que possa expressar dados do estudo sobre o processo observado com mais profundidade, e o entendimento das particularidades, a pesquisa foi realizada através da abordagem qualitativa.

Segundo Oliveira (2001, p.117),

As pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formações de opiniões de determinado grupo e permitir, em grau de maior profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

3.2 Coletas de dados

A coleta de dados ocorreu no período de Julho à Novembro de 2016, através da Graduanda do Curso Superior de Tecnologia Gestão em Hospitalar que possui vínculo empregatício com a Operadora de Saúde, por meio de análise documental. Para Gil (2008), a pesquisa documental é realizada através de materiais que necessariamente não receberam tratamento analítico, ou que são reelaborados de tempos em tempos e podem ser também documentos de arquivos.

Utilizou-se também para a coleta de dados o questionário semiestruturado como roteiro para observação do processo. Gil (2008) também a caracteriza como entrevista informal e explica que para a sua utilização é necessário um roteiro previamente estabelecido, porém, mantém a liberdade para acrescentar outras perguntas caso ocorra o interesse no período da entrevista no setor de qualidade, abaixo questionário utilizado:

1. Como é utilizado o programa na empresa? Quando foi implantado?
2. Como é apresentado este programa aos funcionários? Integração, capacitação?
3. Teve fácil aceitação pelos funcionários?
4. Como são realizadas as sugestões?
5. Como são avaliadas? Usam alguma ferramenta administrativa para definir qual se caracteriza como prioridade?
6. Quem avalia as sugestões? Qual a periodicidade das reuniões para análise?
7. Quais as formas de premiação?
8. As sugestões de melhorias são em sua maioria voltadas para processos ou estrutura física da empresa?
9. O funcionário que propôs a melhoria consegue acompanhar em tempo real as que estão sob análise, andamento ou aplicadas? Utiliza algum sistema de informação que contenha essas informações?
10. Como são divulgadas as sugestões que serão escolhidas/ aplicadas?

11. Informe de que forma fica disponível o documento (plano de ação) para consulta das orientações KAIZEN?

3.3 População e Amostra

A pesquisa foi realizada numa Operadora de Planos de Saúde localizada na cidade de Joinville-SC, que foi criada 1988.

Com este conjunto de métodos, baseiam-se os delineamentos da pesquisa quanto a utilização da ferramenta de qualidade Kaizen dentro de uma Operadora de Saúde da cidade de Joinville-SC.

4 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo de caso que foi desenvolvido dentro de uma operadora de plano de saúde em que uma das graduandas em tecnólogo em gestão hospitalar possui vínculo empregatício desde o ano 2015.

4.1 Características da Instituição

Trata-se de uma operadora de saúde especializada na prestação de serviços à empresas e seus colaboradores. Atendendo a mais de 190 mil beneficiários, já conquistou três estados do Brasil, como Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso, sendo atualmente a operadora de saúde que mais cresce no Brasil. Possui uma das maiores redes credenciadas em Santa Catarina e conta com clínicas, laboratórios, e médicos de todas as especialidades, além dos melhores hospitais nas principais cidades. A operadora foi criada em 1988 em Joinville - SC, através de uma empresa de administração de benefícios de saúde. Em 1998, o fundador da operadora, que já havia trabalhado nesta empresa em seus primeiros anos de funcionamento, foi convidado pelo presidente para adquirir cotas dessa organização. Como profundo conhecedor de um sistema de saúde empresarial, o fundador partiu para atender o mercado e organizou então um portfólio de produtos com capacidade para atrair novos clientes.

O objeto desse estudo apresenta um crescimento superior a 60 vezes o seu tamanho em 12 anos, saindo de um faturamento de aproximadamente 3,5 milhões, em 2002, para mais de 200 milhões em 2014. Todo o lucro do seu faturamento vem sendo reinvestido totalmente no seu crescimento. Pretende chegar a 1 milhão de beneficiários até 2020 e inicia sua expansão nacional, dentro do projeto da operadora, já com unidades em três estados e, em breve, nos estados do Paraná e Rio de Janeiro.

Como resultado de um processo que demandou dedicação de todos os colaboradores e após um ano de auditorias, no mês de agosto de 2014, receberam a certificação ISO 9001:2008, que confere maior qualidade, organização e credibilidade. O certificado foi recomendado pela SGS ICS Certificadora. Este certificado representa um grande passo no sentido de reconhecimento da gestão da qualidade total da empresa que segue os princípios de gestão da qualidade

internacionalmente reconhecidos. Esta certificação acompanha o objetivo da empresa visando continuar atualização e aumentar ainda mais a satisfação de nossos clientes.

A operadora está situada na zona sul da cidade de Joinville, onde o foco é em pequenas e médias empresas, que representam 80% dos seus clientes.

As atividades realizadas na operadora são a comercialização de planos de saúdes empresariais.

Hoje, a operadora possui 20 setores internos, como: comercial, cadastro, faturamento, distribuição, contas à pagar, recursos humanos, SAC, TI, jurídico, compras, parametrização de produtos, correspondência, qualidade, serviços terceirizados, credenciamento, gestão de prestadores, relacionamento com prestador, contas médicas, regulação, pós-vendas, gestão de receitas e manutenção e conta atualmente com 255 colaboradores efetivos.

A descrição do setor de qualidade é estabelecida para os níveis e funções que são responsáveis pela qualidade dentro da organização; São compatíveis com a Política da Qualidade; São medidos e acompanhados de forma a buscar a melhoria contínua; Incluem os requisitos do Cliente; Estão estabelecidos e são analisados nas Reuniões de Análise Crítica pela Direção. Os recursos necessários para atender aos requisitos especificados e atingir os Objetivos da Qualidade são identificados, planejados e disponibilizados. As mudanças necessárias são controladas de forma que a integridade do SGQ é mantida no período necessário para proceder estas mudanças.

4.1.2 Futuro da Operadora

Como projeto futuro, a operadora de saúde, efetuou a compra de um amplo terreno, situado na Rua Helmuth Fallgther, no bairro Boa Vista, em Joinville. O local possui 30 mil m², onde será realizada a construção do novo hospital, para atender as demandas de seus clientes, sem depender de qualquer acordo comercial para seu funcionamento. O hospital terá aproximadamente 200 leitos, a operadora está otimista para que todas as licenças sejam aprovadas pela Prefeitura Municipal de Joinville, onde construção seja iniciada o mais breve possível.

O último projeto posto em pratica foi à nova franquia da operadora na cidade de Curitiba, no bairro Batel. Algumas franquias em pequenas cidades do Estado de

Santa Catarina, no Rio Grande do Sul, Paraná e Mato Grosso. Em setembro, a inauguração do espaço saúde Tupy, uma clínica médica com laboratório, clínica de fisioterapia e clínica de imagem com mais de 1600 m², onde o investimento foi superior a R\$ 4,5 milhões.

4.2 Implantação da Ferramenta Kaizen

O programa Kaizen foi implantado na operadora de planos de saúde no ano de 2013, onde está no terceiro ano de funcionamento. A adoção deste modelo visa o envolvimento e a integração entre todos os colaboradores, para sua aplicação os mesmos foram subdivididos em grupo.

Cada grupo Kaizen possui um líder com papel de representar e canalizar todas as informações transformando - as em ações. O método Kaizen implantado na operadora considerado arrojado, premiando o colaborador com maior número de idéias implementadas, o líder, o grupo, a idéia de maior redução de custo e a idéia inovadora.

A cada troca de ano, o programa Kaizen sofre alterações sendo que estas são divulgadas todos os colaboradores. Para os novos colaboradores, o projeto é apresentado na integração.

No primeiro ano da implantação, em 2013 do Kaizen houve a proposição de 73 sugestões de melhoria. Após a adaptação de todos e até segurança no projeto, em 2014 foram 240 melhorias sugeridas. A campanha de 2015 obteve 457 sugestões de melhoria, sendo que destas 255 foram aprovadas pelo comitê.

O colaborador identifica um problema e sugere uma melhoria e essas melhorias são registradas em um portal, recebendo um código de identificação.

Após o registro das propostas de melhorias, ocorrem a sua respectiva análise pelo líder Kaizen e setor de qualidade. Nessa avaliação, é verificada a elegibilidade da idéia e se estiver dentro do regulamento, é apresentado para o comitê de gestão aprovar. Logo, quando aprovadas, seguem para execução. A programação de apresentação segue a sequência cronológica da data de registro da melhoria.

As melhorias são avaliadas pelo comitê de gestão, formado pelo gestor envolvido no processo, o gestor do colaborador e o gestor padrinho, se houver. Essas reuniões do comitê para avaliação das melhorias acontecem semanalmente.

No regulamento de 2016, o colaborador que possuir o maior número de ideias implantadas ganhará uma moto. O líder cujo grupo tiver maior número de ações implementadas também recebe um prêmio similar. A proposta inovadora, assim como a que proporcionar maior redução de custo ganhará um tablet. Já, o grupo que tiver maior quantidade de ideias implementadas será agraciado com uma viagem.

Atualmente as sugestões de melhorias são voltadas para o sistema ERP (*Planejamento dos Recursos da Empresa*) da organização.

Através do aplicativo web *Category Kaizen*, as idéias implementadas são pontuadas no aplicativo e divulgadas no ambiente de comunicação interna para todos os colaboradores.

O regulamento fica disponível em uma pasta no diretório público, onde todos os colaboradores possuem acesso, deste modo, cada melhoria, status e seu plano de ação podem ser acompanhados através do aplicativo Kaizen. Programa fantástico que valoriza a participação dos colaboradores no dia a dia da operador, os quais se sentem membros efetivos da equipe.

4.3 O Plano de Ação

Para desenvolver o plano de ação para a redução de custos com energia elétrica, utilizaram-se as ferramentas 5w2h e Ishikawa.

Para identificar o problema principal e suas principais causas, adotou-se o método Ishikawa.

Figura 03: Ishikawa Aplicado



Fonte: Adaptado de Luz, 2016.

As causas foram definidas de acordo com o modelo Ishikawa, no tópico da mão de obra, verificou-se que não há um funcionário responsável por verificar a necessidade em manter as luzes acesas nas salas, andares, rols, elevadores.

Na parte das máquinas, percebeu-se que o quadro de energia é antigo, ou seja, possui ligação direta de todo um andar, se o interruptor for desligado, todo o andar ficará sem luz, no caso contrário, mesmo sem necessidade, as lâmpadas de todo o andar permanecem acessas. Atualmente não há um controle com a medição de energia, ou seja, a operadora não sabe qual é gasto de energia em Hertz (Hz) e o quanto custa isso mensalmente por setores. O meio ambiente em que isso ocorre é em todas as salas de todos os andares. Não foi verificado também nenhum método alternativo, como disjuntores individuais para desligar as luzes que estão acessas desnecessariamente. A iluminação é fixa, depende exclusivamente de um interruptor por andar, todos esses pontos resultam no nosso problema que é o alto custo de energia elétrica pelas luzes acessas de forma contínua.

Aplicou-se também o método 5w2h, como é mostrado a seguir de forma simplificada pela tabela.

Tabela 03: Plano de Ação 5W2H

Plano de Ação 5W2H

O que	Como	Quem	Quando		Por que	Quanto	Status Atual
			Início	Fim			
Redução do custo de energia elétrica	Instalando sensores de presença	Setor de manutenção	01/01/2017 Levantamento de 28 luminárias, foram realizados dois orçamentos em 10/10/2016	08/01/2017	Método mais Eficaz	R\$ 800,00	0%

Fonte: Claudino, Lickfedt, Schwalbe (2016).

Como exemplificado acima nosso objetivo é a redução do custo de energia elétrica através do controle da iluminação dos andares e salas, a redução será feita pela instalação de sensores de presença em todas as salas que permitirá o acendimento automático da iluminação quando houver alguém na sala, diferentemente do ocorre hoje que a iluminação é fixa. A instalação dos sensores deverá ser realizada pelo setor de manutenção da operadora de planos de saúde, com o início da instalação no dia 01/01/2017 e a finalização de toda a instalação dos sensores para cinco dias úteis. O motivo de escolher os sensores para iluminação é por ser o método mais eficaz, assim não há a necessidade um funcionário responsável por apagar as luzes e mesmo assim com a iluminação interligada isso seria inviável no momento, assim com a instalação dos sensores a iluminação só se manterá acessa no local onde houver necessidade.

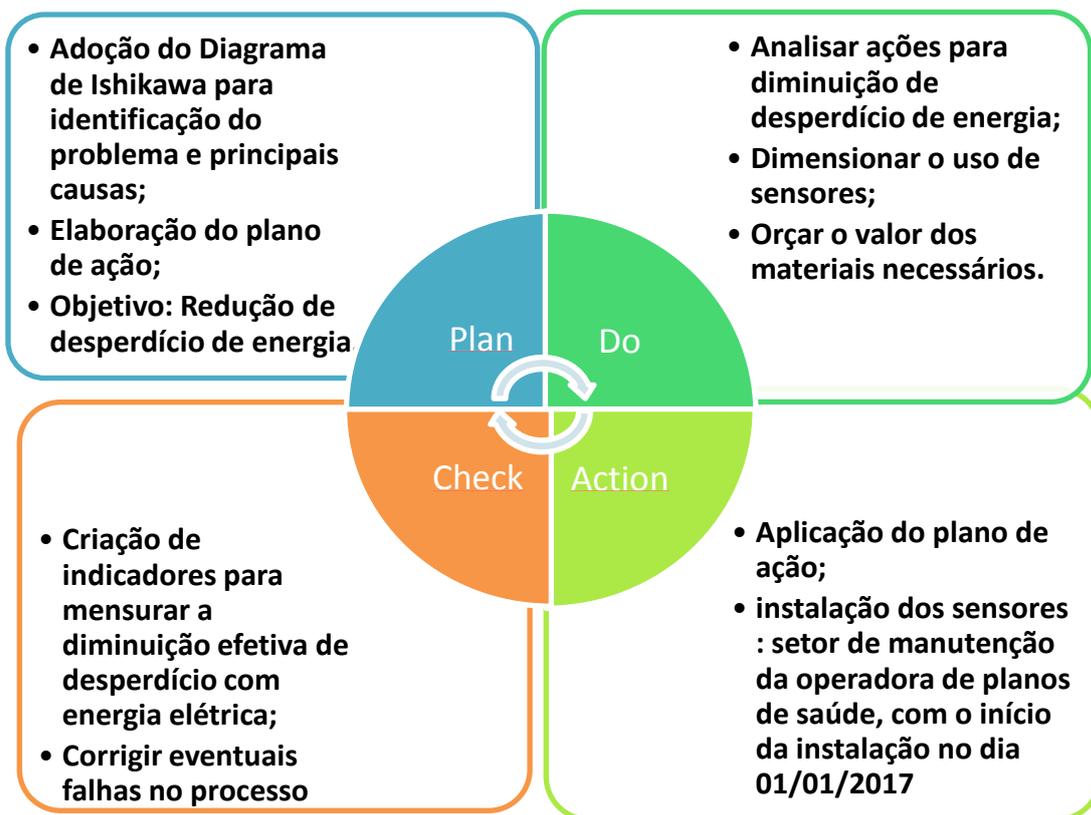
Após avaliar alguns orçamentos decidiu-se pela opção do sensor que tem o custo individual R\$ 38,09 como a necessidade atual é de 21 unidades do sensor, o valor total do orçamento fechou em R\$ 800,00.

Depois de orçados os valores, estruturou-se a aplicação de todas as ações à Ferramenta PDCA, visto que a instituição precisa monitorar a eficiência desta ação.

É fundamental o gerenciamento de processos ou produtos, assim como o seu controle, mapeamento dos processos e padronização das informações que colaborem para tomada de decisão. Enfatizando, inclusive os ajustes que poderão ser realizados, caso a ação não atenda seu principal objetivo, permitindo o refinamento e aperfeiçoamento desta proposta.

Como o foco da ferramenta Kaizen é a melhoria contínua, ou seja, deve ser cíclica, o método PDCA serve para complementar esta filosofia, como exposto à seguir:

Figura 4: Método PDCA- aplicado para melhoria



Fonte: Claudino, Lickfedt, Schwalbe (2016).

Sugere-se ao setor de qualidade o emprego da ferramenta PDCA, com todas as ações descritas, como expostas acima, desde a identificação do problema, para que haja padronização nos critérios de proposição de melhorias. Além disto, viabiliza

o acompanhamento destas ações, aferindo se foram benéficas, embora sejam de baixo custo, elas impactam na rotina da instituição. Proporcionando inclusive a correção de eventuais falhas no processo e a proposição de novas soluções, adequando-as às necessidades reais da empresa.

5. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos na presente pesquisa levam a concluir que o setor de qualidade é estabelecido para os níveis e funções que são responsáveis pelas boas práticas dentro da organização. São medidos e acompanhados de forma a buscar a melhoria contínua; Incluem os requisitos do Cliente; Estão estabelecidos e são analisados nas Reuniões de Análise Crítica pela Direção. Onde em 2013 foi implantado o programa Kaizen, onde estão no terceiro ano de implantação, que garantem ao grupo o envolvimento e a integração entre os colaboradores. Cada grupo Kaizen possui um líder com papel de representar e canalizar todas as informações transformando - as em ações. O método Kaizen é inovador, pois realizam premiações desde o colaborador com maior número de ideias implementadas, o líder, o grupo, a ideia de maior redução de custo e a ideia inovadora.

Este estudo surgiu de a partir da necessidade de remodelar o sistema de gerenciamento de custos com as ferramentas da qualidade com o objetivo de se diminuir os fatores que afetam o uso racional da energia elétrica, permitindo aos gestores adotar ações proativas, tanto para controlar os desperdícios, quanto para apoiar o direcionamento estratégico da organização. Onde utilizou-se o diagrama de Ishikawa que é uma ferramentas utilizada na identificação de causas, o ciclo de PDCA que auxilia nas soluções dos problemas, nos desdobramentos das ações e seu respectivo monitoramento, o Kaizen onde identificamos o problema, analisamos e finalizamos com a melhoria a ser implementada.

Para desenvolver o plano de ação para a redução com custos com energia elétrica, utilizamos as ferramentas 5w2h e Ishikawa verificou-se que não há um funcionário responsável por verificar a necessidade das luzes nas salas, andares, rols, elevadores estarem acessas, percebeu-se que o quadro de energia é antigo, ou seja, possui ligação direta de todo um andar. Nosso objetivo é a redução do custo de energia elétrica através do controle da iluminação dos andares e salas, a redução será feita pela instalação de sensores de presença em todas as salas que permitirá o acendimento automático da iluminação quando houver alguém na sala, diferentemente do que ocorre hoje que a iluminação é fixa. O motivo de escolher os sensores para iluminação é por ser o método mais eficaz, assim não há a necessidade de ter um funcionário responsável por apagar as luzes. Com a

instalação dos sensores a iluminação só se manterá acessa no local onde houver necessidade e assim reduzindo o custo com a energia elétrica.

Como não houve a implantação desta melhoria até a conclusão desta pesquisa, não foi possível mensurar a redução de custo.

Junto a este trabalho adquiriu-se conhecimento o mais aprofundado sobre as ferramentas de qualidade apresentadas, a operadora de plano de saúde proporcionou uma experiência com a proposta a ser sugerido.

O principal objetivo foi alcançado onde foi sugerido a melhoria interna de redução de custos de energia elétrica para a operadora.

Houve dificuldade em encontrar artigos das ferramentas de qualidade relacionadas com o setor da saúde, por isso, sugere-se o aprofundamento deste estudo em trabalho posterior.

REFERÊNCIAS

AGEMED. **Histórico**. 2016. Disponível em: <<https://www.agemed.com.br/agemed/>>. Acesso em: 01 out. 2016.

AGEMED. **Intranet**. 2016. Disponível em: <<https://mobile.agemed.com.br:8443/appagemed/servlet/com.aplicativosagemed.wi.deia>>. Acesso em: 12 out. 2016.

AGEMED. **Intranet: Kaizen**. 2016. Disponível em: <<http://colaborador.agemed.com.br/category/kaizen/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. Rio de Janeiro: Ceres, 2007.

ANS- Agência Nacional de Saúde suplementar. **Carência: período para começar a usar o plano**. 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/2-planos-e-operadoras/17-espaco-do-consumidor/3620-carencia?highlight=WyJjYXJcdTAwZWFuY2lhlwiY2FyXHUwMGVhbmNpYXMiXQ==>>. Acesso em: 07 out. 2016.

ANS - Agência Nacional de Saúde suplementar. **REGULAÇÃO E SAÚDE ESTRUTURA, EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR**. 2002. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_1.pdf>. Acesso em: 05 out. 2016.

BAHIA, L & SCHEFFER, M. **Planos e Seguros de Saúde: o que todos deve saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil**. São Paulo: UNESP, 2010.

BAHIA, L et al. **Plano de saúde no brasil: origens e trajetórias**. Rio de Janeiro: Leps/ Ministério da Saúde, 2005.

BAHIA, Ligia. **Medidas e padrões das relações público-privada: seguros e planos de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

BARROS, Aidil Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **FUNDAMENTOS DE METODOLOGIA CIENTIFICA**. São Paulo: Makron, 2007.

BERTANI, Thiago Moreno. **LeanHealthcare: recomendações para implantações dos conceitos de Produção Enxuta em ambientes hospitalares**. 2012. 166 pg. Gestão da Mudança e Melhoria Organizacional. Universidade de São Paulo, São Carlos, 2012.

BOTARO, Nittida. **A trajetória do sistema de saúde no Brasil: considerações sobre o cenário atual**. 2015. 185 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília – DF. 3ª Edição, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão da Saúde. projeto do curso de formação de apoiadores para a PNH**. Brasília, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>

BURMESTER, Haino. **Gestão da Qualidade hospitalar**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CECHIN, Jose. **A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulamentação**. São Paulo: less, 2008.

COLENGHI, Victor M.R. **O & M e qualidade total: uma integração perfeita**. 3. ed. Vitória: , 2007.

CUNHA, Maria Helena. CURSO DE FORMAÇÃO DE GESTORES PUBLICOS E AGENTES CULTURAIS, 2013, Rio de Janeiro. **Planejamento estratégico e plano de ação**. Rio de Janeiro: Ifth, 2013. 19 p. Disponível em: <<http://www.cultura.rj.gov.br/curso-gestores-agentes/textos/planejplanacao.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

DRUMOND, Anna Raphaela. **Plano de Saúde Familiar, Individual ou Empresarial**. Disponível em: <http://www.planodesaude.net/familiar-individualempresarial> . Acesso em: 10 OUT. 2016

DUARTE, Inês Cristina Vieira. **Melhoria Contínua Através do Kaizen: Estudo de Caso.** 2013. 70 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Engenharia e Gestão Industrial, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2013.

Endeavor Brasil. **PDCA: a prática levando sua gestão à perfeição.** 2015. Disponível em: <<https://endeavor.org.br/pdca/>> .Acesso em: 20. jul. 2016.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente et al. **O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas.** Rio Grande: Âmbito Jurídico, 2015

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa,** 4 ed. Atlas, São Paulo, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRABAN, Mark. **Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários.** 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

Imai, Masaaki **Kaizen – The Key to Japan’s Competitive Success.** McGrawHill, 1986.

Imai, Masaaki. **Kaizen- a estratégia para o sucesso competitivo.** IMAM, 2011.

LUCINDA, Antônio, Marco. **Qualidade fundamentos e práticas – Para cursos de graduação.** – Rio de Janeiro: Brasport, 2010. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=e9Baz6Jxh3MC&pg=PA6&dq=gurus+da+qualidade&hl=pt->

[BR&sa=X&ved=0ahUKEwiK9d_73Z_KAhVGD5AKHQDCCmQQ6AEIKzAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=e9Baz6Jxh3MC&pg=PA6&dq=gurus+da+qualidade&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiK9d_73Z_KAhVGD5AKHQDCCmQQ6AEIKzAA#v=onepage&q&f=false)> . Acesso em: 06 out.2016.

LUZ. **Modelo de Diagrama de Ishikawa no Excel: o que é e como fazer.** 2016. Disponível em: <<http://blog.luz.vc/o-que-e/diagrama-de-ishikawa-excel/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MACHADO, Luís Miguel; VIEIRA, Daniel. **Implementação de métodos padronizados para avaliação da capacidade de máquinas através de Cartas de Controle.** Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2012.

MURUGAN, Nagaretinam. **Implementing Kobetsu Kaizen Steps in a Manufacturing Company Goodway Rubber Industries**, SDN BHD, 2005. Traduzido livremente

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica**. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**. Londrina: Revista Espaço Para A Saúde, 2006.

PEVORANO, Dalton Gean. **MANUAL DE METODOLOGIA CIENTIFICA**. Curitiba: Jurua, 2014.

PINTO, Joana Margarida Madureira. **Kaizen nas Unidades Hospitalares Criar Valor Eliminando Desperdício**. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, 2008.

RANGEL, Alexandre. **Momento da qualidade**. São Paulo: Atlas, 1995.

SANTIAGO, Eduardo et al. **Gestão dos serviços em saúde**. Rio de Janeiro: Fgv, 2015.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **A regulação na saúde suplementar::uma análise dos principais resultados alcançados**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 out. 2016.

SILVA, Alisson da O. et al. **Gestão da qualidade: Aplicação da ferramenta 5w2h como plano de ação para projeto de abertura de uma empresa**. 3ª SIEF – Semana Internacional das Engenharias da FAHOR. Horizontina – RS de 16 a 18 de outubro 2013. Disponível em: http://www.fahor.com.br/publicacoes/sief/2013/gestao_de_qualidade.pdf Acesso em 01 out. 2016.

SINGH, J; SINGH, H. Kaizen philosophy: a review of literatura. **Icafa: journal of operations magnament**. P. 51-72. out. 2009.

TÓDERO, Mirele. **Consumo consciente e percepção do consumidor sobre ações corporativas vinculadas ao conceito de responsabilidade social: um estudo no**

setor da saúde. – Caxias do sul agosto de 2009. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp113900.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2016.

VALLE, Angelo, José. **Ferramentas e técnicas de Gerenciamento.** São Paulo, 2013. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=jQ_JOBtvgBAC&pg=PA138&dq=diagrama+d+e+ishikawa&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em 26 de set. de 2016.

VAZ, Clara. **Metodologia de apoio à gestão logística em unidades de saúde.** Bragança: In las Jornadas de Farmácia, 2012..p. 185-199

Anexo

