

PRÊMIO FBAH - 2012
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Inscrição: **00135/2012**

TÍTULO DO PROJETO

Melhoria do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação cirúrgica

Carlos Eduardo de Campos

Formação acadêmica:

Especialização em administração hospitalar – Centro Universitário São Camilo

Graduação em Tecnologia de processos de produção – Faculdade de tecnologia de Sorocaba

Especialização em Lean Seis Sigma

Máster Black Belt – Werkema consultores

Black Belt – INDG , Instituto Nacional de Desenvolvimento Gerencial

Green Belt – Eaton Quality Institute

Lean Manufacturing – TBM Consulting Group

Qualificações

Gestão de projetos de melhoria baseados na metodologia Lean Seis Sigma através do treinamento e desenvolvimento dos colaboradores.

Experiência profissional

Hospital e Maternidade São Camilo – Gerente de projetos. Agosto/2009 até o momento

Werkema Consultores – Consultor Lean Seis Sigma. Março/2008 a Julho/2009

Schaeffler Group – Coordenador Kaizen. Janeiro/2004 a Fevereiro/2008

Schaeffler Group – Analista de processos. Janeiro/1997 a Dezembro/2003

Hospital e Maternidade São Camilo Ipiranga

Quem somos (Histórico de fundação do hospital)

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

O Hospital Leão XIII foi agregado ao Hospital São Camilo no ano 2000, passando a ser chamado de Hospital São Camilo Ipiranga, sendo uma instituição filantrópica, religiosa que conta com mais duas unidades hospitalares em São Paulo Pompeia e Santana. Além da gestão auto-sustentável, as unidades de São Paulo colaboram como mantenedoras de creches e várias unidades hospitalares no Brasil que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

Desde então o hospital São Camilo Ipiranga passou por várias mudanças para se adequar a realidade das Instituições do mesmo grupo, que incluem desde reformas, compra de novos equipamentos, até treinamento a todos os colaboradores.

A Instituição é composta por 1 superintendente, 1 Diretor Geral, 3 Diretores Corporativos e 3 Diretores locais, sendo dividido da seguinte forma:

Administrativa: Farmácia, Suprimentos, Atendimento (Pronto Socorro, Marcação de Consultas e Exames, Pabx, Diagnóstico por imagem, Atendimento ao Cliente, Setor de Exames, Clínica de Especialidades e Arquivo e Estatística), Hotelaria (Higiene e Limpeza, Paisagismo e Processamento de Roupas), Segurança Patrimonial, Serviço de Nutrição e Dietética, Manutenção, Arquitetura, Central de Guias, Auditoria, Contas Médicas, Contas Particulares e Faturamento.

Financeiro e Serviços Compartilhados: Assessoria, Compras, Lavanderia, Informática (Informática unidade e Central de Cadastro), Departamento financeiro (Tesouraria, Recursos de Glosas e Contas a Receber), Departamento de Controladoria, Contabilidade.

Recursos Humanos Corporativo: Educação Continuada, Segurança do Trabalho, Medicina do Trabalho, Depto. Pessoal de Recursos Humanos.

Assistencial: Enfermagem (Clínica Médica, SADT, UTI - A, Emergência Adulto).

Médica: Equipes médicas.

Práticas Assistenciais: Escritório da Qualidade, Assessoria e Instituto de Ensino e Pesquisa.

O hospital em 2011 gerou 5.972 altas, 3.356 cirurgias, 35.569 exames no SADT, 109.220 atendimentos de urgência e emergência e 19.096 consultas no ambulatório.

O Hospital e Maternidade São Camilo Ipiranga, em agosto de 2011, conquistou o Certificado ONA Acreditado com Excelência. O selo revela o comprometimento da instituição com os procedimentos, a segurança e a ética profissional.

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

Nossa Missão

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

Nossa Visão

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

Nossos valores

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

Localização e identificação: Hospital São Camilo Ipiranga

Rua Pouso Alegre, nº 1, Ipiranga, São Paulo.

Número de habitantes da região que abrange: 463.804 mil habitantes

Número de leitos do hospital: 124 leitos

Número de colaboradores: 806 colaboradores

Número de médicos: 487 médicos cadastrados e ativos (corpo clínico aberto)

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

Tipos de serviços prestados: hospital geral (clínicas médica, cirúrgica, terapia intensiva adulta, ambulatório de especialidades e diagnóstico por imagens).

Resumo do projeto

O objetivo do projeto foi mapear tempos e movimentos da equipe assistencial no desenvolvimento de suas atividades e entender o fluxo de agregação de valor para o cliente paciente, identificando atividades que não contribui diretamente com a assistência permitindo assim atuar diretamente para sua redução e eliminação.

a) Liderança

Foi constituída uma equipe multiprofissional de trabalho contemplando profissionais direta e indiretamente envolvidos no processo assistencial de cuidados pós cirúrgico e instituído um cronograma de trabalho de planejamento e lançamento oficial do projeto.



Figura 1 – Equipe do projeto

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	JUN	JUL
1ª Reunião do Projeto Lean na Enfermagem	1/jun	
Apresentação do Pré-Mapeamento de dados - CMC - 2º andar	15/jun	
Discussão e definição das ações de divulgação do Projeto	25/jun	
Convocação do Time, apresentação do Projeto e elaboração de Cronograma de Atividades		7/jul
Semana Lean na Enfermagem: Abertura Oficial do Projeto		12/jul
Semana Lean na Enfermagem: Treinamento do Time do Projeto		12/jul
Semana Lean na Enfermagem: Mapeamento das Atividades na CMC - 2º andar		13 à 16/07

Figura2 – Cronograma inicial

Na reunião inicial foi apresentado o escopo do projeto para a equipe. Um plano de comunicação e divulgação do projeto foi elaborado com o intuito de comunicar os demais colaboradores sobre as atividades que seriam desenvolvidas pois a equipe teria uma interação direta com os técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, escriturários e pacientes do andar de internação por isso era fundamental que todos soubessem previamente dos acontecimentos. Foram utilizados vários meios de comunicação para o alcance de todos os colaboradores, tais como, fundo de tela dos computadores, jornal mural e folders.

Uma abertura oficial do projeto foi programada com a presença de toda a diretoria local e corporativa do Hospital para mostrar o comprometimento e engajamento com a iniciativa.

Após a abertura oficial do projeto, foi realizado um treinamento com a equipe de trabalho sobre a metodologia que seria utilizada para o mapeamento das atividades. Todos os conceitos sobre a metodologia Lean e cronoanálise foram passados e discutidos com a equipe.

Lean na Enfermagem
Vamos manter o foco na Assistência!

Dante das inúmeras atividades desempenhadas pelo profissional de enfermagem, muitas vezes nos perguntamos:

O que de fato agrega valor ao serviço prestado? Quais as atividades desempenhadas hoje que desviam o foco da equipe de enfermagem do seu principal propósito, que é cuidar bem do paciente?

Visando identificar e corrigir estes eventuais desvios de rota e apimorar ainda mais nossa assistência, estamos iniciando na Clínica Médica Cirúrgica (2º andar) da Unidade Ipiranga o projeto Lean na Enfermagem.

Sob a coordenação da Gerência de Projetos da Rede São Camilo e da Diretoria de Enfermagem da Unidade Ipiranga, o projeto será multidisciplinar, ou seja, envolverá colaboradores de diversos setores.

Este time de trabalho terá a missão de mapear todos os fluxos ligados à assistência, permitindo assim um diagnóstico do processo, entendendo sobre como estamos agregando valor aos nossos clientes, quais são as atividades que permeiam a assistência e como podemos manter a excelência na assistência.

Além do cliente, a aplicação do Lean na Enfermagem visa também cuidar da saúde do nosso Hospital, com o desenvolvimento de processos eficientes, redução de retrabalho e dos custos do Hospital, com foco sempre na:

- Informação correta;
- No momento certo;
- Da maneira certa;
- Para a pessoa certa;
- Utilizando o mínimo de material, espaço, equipamento e mão-de-obra.

Colabore e ajude a gente a manter o foco na Assistência!

Lean na Enfermagem
Vamos manter o foco na Assistência!

O que de fato agrega valor ao serviço prestado pelos profissionais da enfermagem?




Para responder a esta e outras perguntas, estamos iniciando na Clínica Médica Cirúrgica (2º andar) do nosso Hospital o Lean na Enfermagem, projeto multidisciplinar que irá mapear todos os fluxos ligados à assistência. **Colabore e ajude a gente a manter o foco na Assistência!**

Para saber mais, acesse www.saocamilo.com/colaborador

Diretoria de Enfermagem




Figura3 –Campanha de comunicação pré projeto

Paralelamente ao plano de comunicação, foi desenvolvido um cronograma de atividades de mapeamento que deveria abranger 24hs de trabalho dos profissionais durante uma semana. Utilizando cronômetros, pedômetros, prancheta e formulário de observação de tempo, todo o trabalho dos colaboradores foi estratificado em pequenas atividades e cronometrados.

Time do Projeto	Função	Setor	E-mail	Contato		
Luciene	Diretora Enf.		luciene.abbate@saocamilo.com			
Carlos	Gerente de Projeto		projetos@saocamilo.com			
Viviane	Chefe Depto.	Centro Cirúrgico	viviane.marcellani@saocamilo.com	(011) 9105-2466		
1 Ana Paula	Enfermeira	C. Cirúrgico	anapaulafelix@ig.com.br	(011) 9558-7712		
3 Angélica	Enfermeira	PS	tekkamendes@gmail.com	(011) 9763-9610		
4 Giovana	Enfermeira	Estomatologia	giovana.ribau@saocamilo.com	(011) 8527-2878		
5 Maria Clara	Técnica Enf.	3º andar	clarasamgio@yahoo.com.br	(011) 2157-0955		
6 Monica	Analista	Qualidade	monica.qualidade@saocamilo.com	(011) 7293-6463		
7 Patrícia	Enfermeira	Auditória	patricia.fernandes@saocamilo.com	(011) 7641-5617		
8 Paulo	Técnico Enf.	PS	izadora.ip@hotmail.com	(011) 8249-3830		
9 Renata	Técnica Enf.	3º andar	renataquedes33@hotmail.com	(011) 9372-3542		
10 Vanessa	Assistente	Internação	vanessa.terzi@saocamilo.com	(011) 6391-2277		
Cronograma para Mapeamento das Atividades						
12 - Segunda	Horários		13 - Terça	14 - Quarta	15 - Quinta	16 - Sexta
Abertura Oficial e Treinamento 08h:00 às 15h:00	Manhã	07 às 13	Vanessa	Vanessa	Angélica	Angélica
			Ana Paula (CC)	Ana Paula (CC)	Patrícia	Patrícia
	Tarde	13 às 19	Monica	Monica	Paulo	Paulo
			Maria Clara	Maria Clara	Maria Clara	Maria Clara
Noite	A - 19 às 07		Giovana			
			Renata			
			Giovana			
			Renata			

Figura4 – Escala de atividades de mapeamento

b) Planejamento estratégico

O projeto está fortemente relacionado com o planejamento estratégico da instituição e com forte contribuição com diversos objetivos como:

- Aumento da produtividade em todos os processos
- Redução do risco institucional
- Melhoria da satisfação do cliente paciente
- Contribuir para um ambiente motivador e desafiador de trabalho

A busca da visão traçada no mapa estratégico desdobrado em seus objetivos e indicadores gerou a iniciativa de promoção do estudo de mapeamento das atividades por meio da metodologia Lean. Foi o ponto inicial do projeto como um diagnóstico da performance do processo com foco no cliente. Diagnóstico estabelecido a equipe traçou ações de melhoria que contribuisse para a redução dos desperdícios identificados visando sempre a agregação de valor para os clientes através da melhoria da qualidade, segurança dentro do prazo estabelecido.

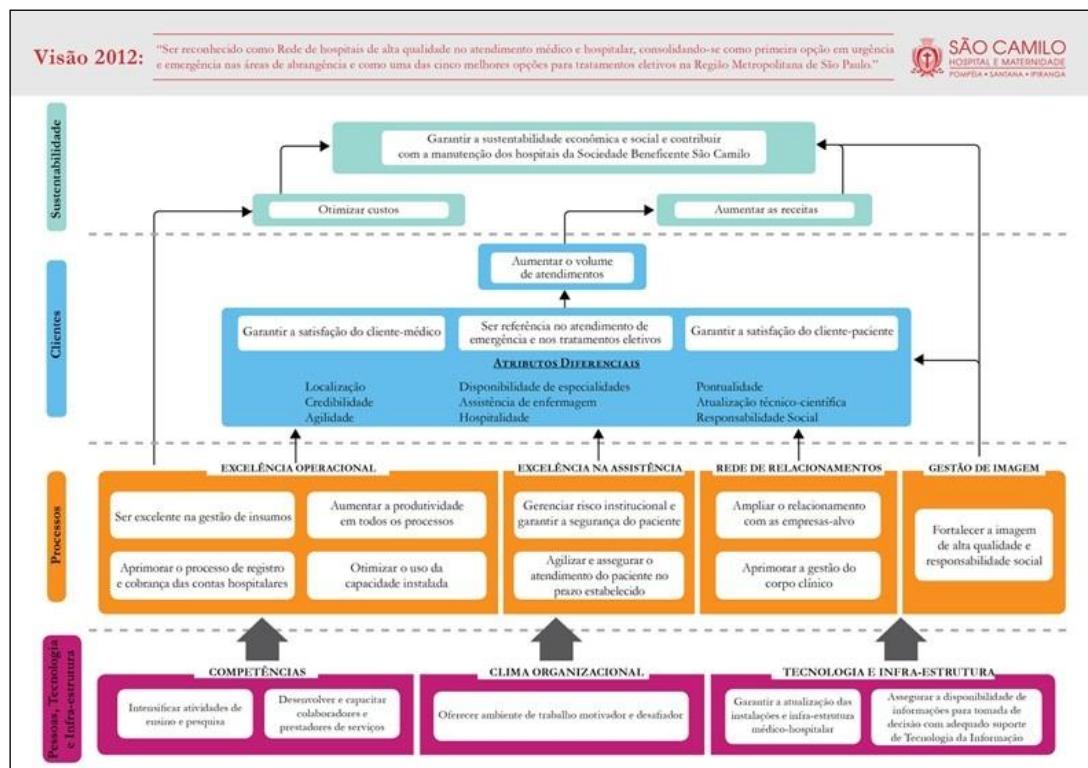


Figura5 – Mapa estratégico

c) Foco no cliente

O fato determinante para o desenvolvimento do projeto foi a qualidade da assistência prestada ao cliente paciente. Sempre no centro das análises, foi estudado como o corpo assistencial estava agregando valor ao cliente e consequentemente foi possível identificar uma série de atividades não tinham relação direta com o mesmo.

A observação das atividades de 22 profissionais ao longo de uma semana de trabalho deu origem a 158 horas de observações que agrupados em pequenos estratos nos deu embasamento para concluir que apenas 25% do tempo dos profissionais deste determinado andar de internação tinham uma relação direta com o cliente paciente. Dessa forma pudemos identificar uma série de oportunidades de melhoria no processo de modo a disponibilizar um tempo maior para a prestação da assistência melhorando a qualidade, segurança e satisfação do cliente paciente.

5 dias (de 13 a 16 de julho)

158 horas mapeadas

22 profissionais

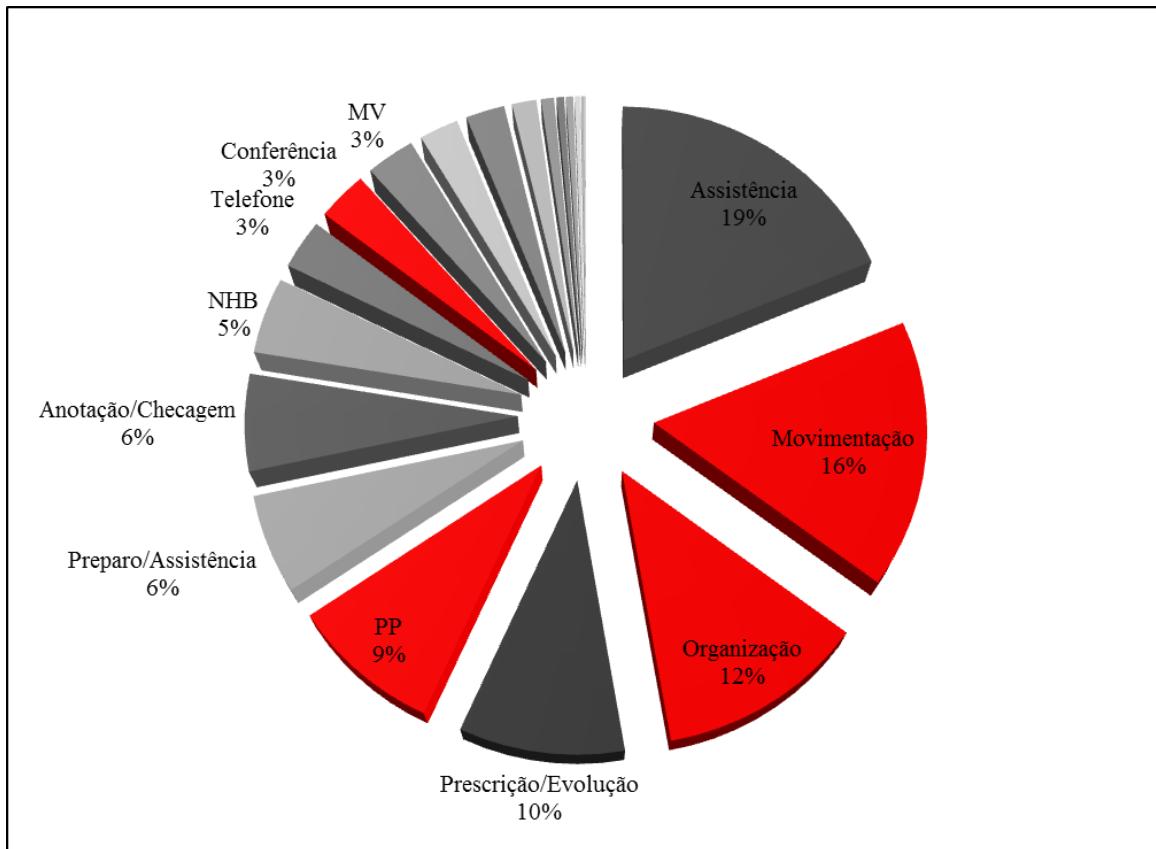


Figura 6 – Distribuição das atividades

d) Gestão dos processos

De posse de um banco de dados originado pelo mapeamento, a equipe evidenciou três principais vetores de atuação para melhoria:

- Redução da movimentação
- Melhoria da organização
- Redução do tempo de passagem de plantão

A equipe foi dividida para uma análise detalhada de cada um destes vetores por meio da metodologia PDCA, estudar o problema, causas e propor melhorias que pudessem reduzir os desperdícios de tempos e movimentos com atividades que por definição não agregam valor para o cliente, disponibilizando assim, um tempo maior para interação com o paciente.

Um processo que ficou em evidencia foi a passagem de plantão que consumia um tempo elevado dos profissionais. Tempo esse dedicado ao reporte de informações de um turno para o outro. A equipe responsável pela análise fez, após visita de benchmarking nos demais Hospitais da rede, um diagrama de causa e efeito e posteriormente na ferramenta dos 5p porquês, evidenciou causas potenciais para demora na passagem de plantão.

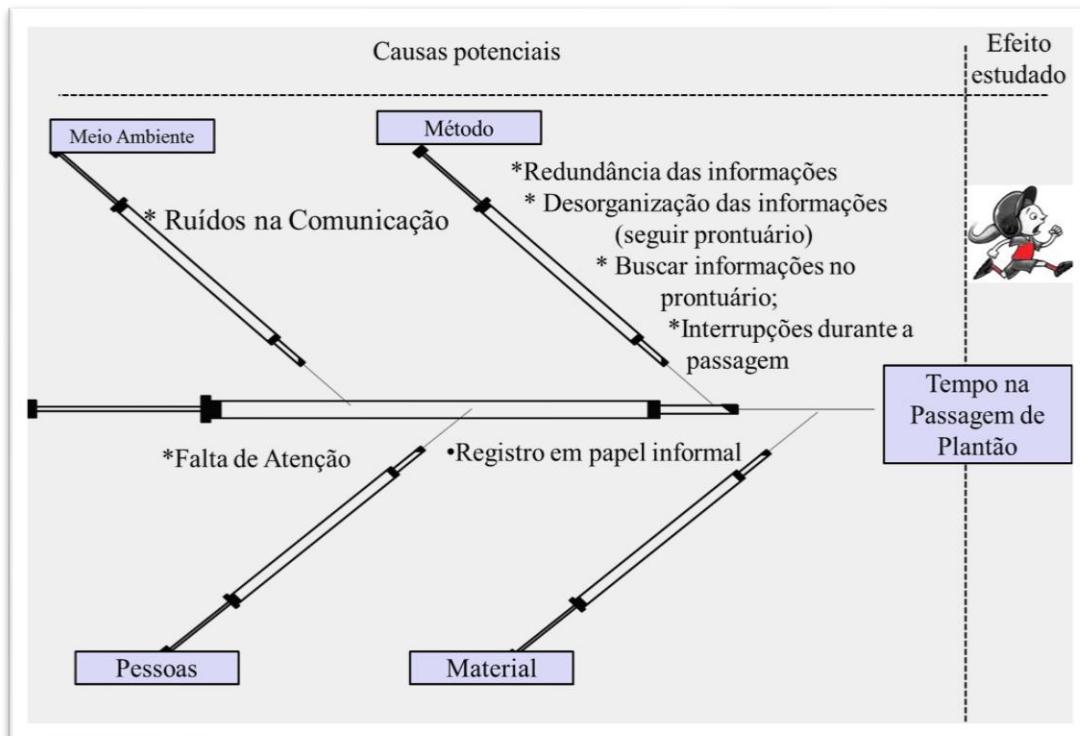


Figura7 – Diagrama de Ishikawa

Problemas	Por quê?	Por quê?	Por quê?	Por quê?
Redundância das informações	Informações disponíveis em vários lugares	Porque não é feito em sua integridade	Por falta de tempo de atualizar	Repetição de informação
Desorganização das informações (seguir prontuário)	Falta de sequência lógica das informações	Falta de padronização para a passagem das informações		

Figura8 – Quadro 5porques

Fundamentado pelo mapeamento e análise das causas do tempo elevado da passagem de plantão, a equipe decidiu redesenhar o processo em questão.

Problema	Causas	Soluções propostas
Redundância das informações	Informações disponíveis em vários lugares	01 - Padronizar local mais prático, visando ações para a Gestão Visual • SCD e Riscos no quadro do paciente; • Pendências referente a cada paciente (ex. imã lab., Fisio; RX).
		02 - Aprimorar o impresso de passagem de plantão.
	Porque não é feito em sua integridade	03 - Eliminar duplicidade de informação, sendo: • Prontuário: informações pertinentes a evolução do paciente; • Quadro: pendências e SCD e Riscos; • Impresso informações que não se enquadram nos lugares anteriores e as intercorrências relevantes do último plantão.
	Por falta de tempo de atualizar	04 - Melhorar o impresso de passagem de plantão minimizando as duplicidade das informações e otimizar o tempo
	Repetição de informação	05 – Ações item 3 e 4

Figura9 – Estudo das soluções

Problema	Causas	Soluções propostas
Desorganização das informações (seguir prontuário)	Falta de sequência lógica das informações	
	Falta de padronização para a passagem das informações	Baseado na metodologia SBAR, aprimorar o raciocínio para a passagem de plantão: • Utilizar modelo mental para passagem de plantão, tendo como apoio o quadro de pacientes (gestão visual); • Utilizar impresso de passagem de plantão (revisado);
	Necessidade aprimorar a metodologia de passagem	
	Para melhorarmos a organização e a qualidade das informações	Priorizar informações das últimas 24h (para os pacientes já internados), intercorrências e pendências (vide impresso e quadro)

Figura10 – Estudo das soluções

As principais ações foram a adoção de gestão visual para padronização das informações abordadas durante a passagem de plantão e a elaboração de uma cartilha com o procedimento a ser adotado.



Figura 11 – Novo quadro de gestão visual

	Aguarda visita médica Especialista		Flebite
	Exame de imagem		Queda
	Exame de análise de clínica		Broncoaspiração
	Aguarda Medicação		Úlcera por Pressão
	Aguarda aplicação de medicamento		Desnutrição
	Alta		Precaução de Contato
	Jejum		Precaução de Gotículas
	Oxigenoterapia		Precaução de Aerossóis
	Curativo		TEV
	Hemocomponentes		

Figura 12 – Display magnético para gestão visual

e) Gestão de pessoas

As oportunidades de melhoria relacionadas a organização e movimentação foram abordadas por meio de treinamento e aplicação da metodologia 5S. O treinamento foi estendido a todos os colaboradores. Após a abordagem conceitual e teórica todos tiveram a oportunidade de colocar em prática o método propiciando um ganho na satisfação e moral dos colaboradores uma vez que houve uma transformação dos processos através da postura de melhoria contínua adotada.

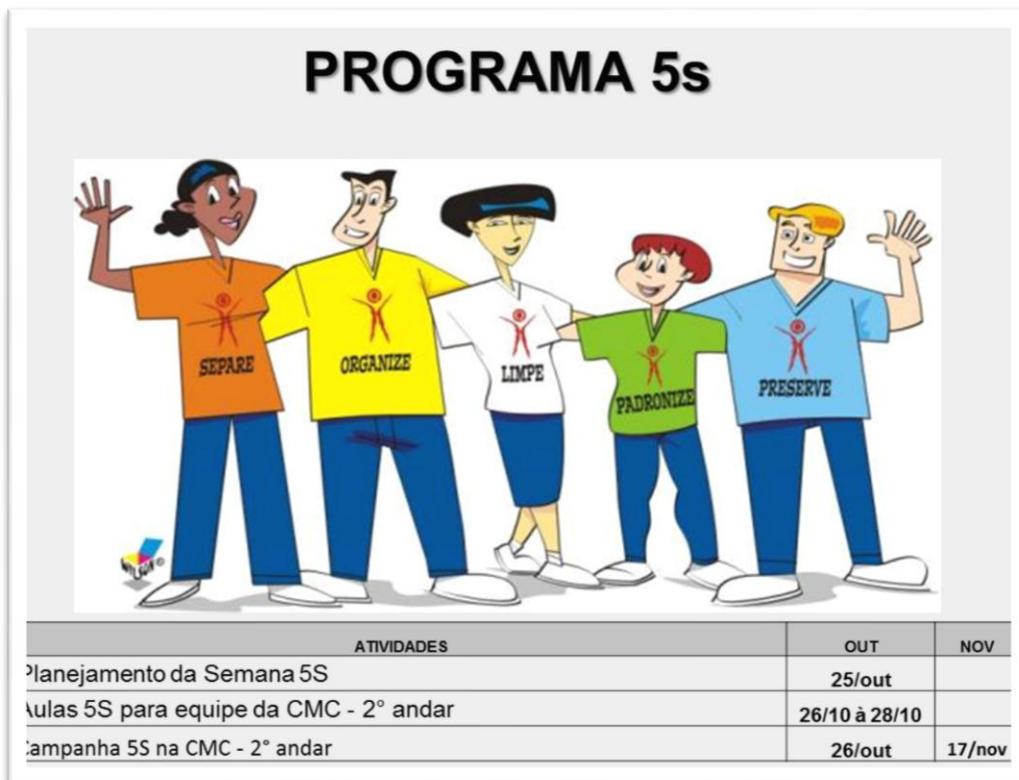


Figura 13 – Cronograma 5S

f) Relação com fornecedores

A melhoria sistêmica do processo obrigatoriamente deve contemplar a interação com fornecedores e clientes. Dessa forma foi abordada não somente a relação cliente/fornecedor estabelecido pelas fronteiras do hospital mas também a relação existente, e primordial, para o atingimento dos níveis de serviço estabelecidos que se trata da interação e interdependência dos processos internos considerando cada etapa do processo como um cliente quando recebe um insumo ou entrega acordada, bem como um fornecedor quando trata estes insumos e informação por meio de suas rotinas e processos e entrega um determinado produto para etapa seguinte.

Para que todas as entradas e saídas dos processos fossem consideradas e tratadas, a equipe de trabalho foi estabelecida de forma multidepartamental com colaboradores dos setores correlatos.

No mapeamento das atividades do setor de clínica médica cirúrgica foram identificados uma série de desperdício de retrabalho, conferencia, movimentação e espera cuja origem era a entrega de um “produto defeituoso” pelos seus fornecedores. Entende-se produto defeituoso uma entrega fora de horário da farmácia, um medicamento faltando, a espera por uma informação dos setores de guias ou internação e até mesmo o tempo total gasto com a troca de plantão. Como todos os fornecedores foram envolvidos no projeto, desde o treinamento e mapeamento, as relações e entendimento das entregas necessárias se estreitaram e as melhorias puderam ser implementadas de maneira efetiva.

g) Responsabilidade Social

O resultado do projeto teve um grande impacto na área assistencial. A quebra de alguns paradigmas no processo de comunicação para a troca de informações de um plantão para outro propiciou a construção de um novo modelo na instituição. O processo diferenciado de distribuição da escala dos colaboradores contribuiu fortemente para a redução do tempo de setup e organização inicial reduzindo consideravelmente o tempo do inicio do plantão e o primeiro contato com o paciente.

Novo método passagem de plantão de Enfermagem Hospital São Camilo



Figura 15 – Cartilha de troca de plantão

Este trabalho deu origem a uma cartilha com informações e instruções do novo método de comunicação durante a etapa de passagem de plantão

1. Objetivo

Garantir a continuidade da assistência através de uma comunicação rápida e dinâmica sem comprometer a qualidade das informações que são transmitidas.

2. Qual a finalidade?

Transmitir informação objetiva, clara e concisa sobre fatos que envolvem a assistência direta ou indireta ao paciente bem como assuntos de interesse institucional durante um período de trabalho.

3. Como fazer?

O código de ética dos profissionais de enfermagem dispõe entre as responsabilidades e deveres:

→ Art. 41 da Seção II: Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

4. Como proceder?

4.1 Antes da troca de plantão

	O quê?	Quem?	Aonde?
1.	Verificar se as pendências referentes ao turno anterior foram solucionadas	Enfermeiro / Técnico de enfermagem	Posto de enfermagem
2.	Fazer dimensionamento da equipe do próximo turno	Enfermeiro	Impresso “Escala de Funcionários por turno”
3.	Atualizar e sinalizar os riscos dos pacientes internados	Enfermeiro	Prontuário??
4.	Atualizar quadro de pacientes nos campos: Paciente, D.N. (Data de Nascimento), D.I. (Dias de internação), Médico, Alta Prevista (AP)	Escriturário	Quadro de pacientes
5.	Atualizar quadro de pacientes	Técnico de	Quadro de pacientes

nos campos: Diagnóstico, enfermagem Prescrição Médica, Situação, Sistema de Classificação do Paciente (SCP), Prevenção

4.2 Durante a troca de plantão

O quê?	Quem?	Aonde?
1. Apresentar ao enfermeiro do próximo turno quais foram as principais intervenções feitas no paciente (fazer uso do prontuário)	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Posto de Enfermagem (frente ao quadro de paciente)
2. Apresentar quais são as pendências para o próximo turno	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Posto de Enfermagem (frente ao quadro de paciente)

4.3 Após ter assumido o plantão

O quê?	Quem?	Aonde?
1. Revisar as anotações ocorridas no plantão anterior, priorizando as pendências, identificar os casos graves e as necessidades de condutas imediatas.	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Prontuário
2. Faltando 30 min. Verificar com os técnicos qual a situação dos pacientes que estavam sob seu cuidado	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Prontuário do paciente / Posto de enfermagem
3. Certificar que os procedimentos realizados foram registrados no prontuário do paciente	Enfermeiro	Prontuário do paciente/ Posto de enfermagem
4. Realizar o processo de enfermagem (SAE) sob sua responsabilidade	Enfermeiro	Prontuário/ Posto de enfermagem

5.	Verificar se as pendências do turno anterior foram solucionadas	Enfermeiro/ Técnico de enfermagem	Quadro de pacientes/ Posto de enfermagem
6.	Atualizar quadro de pacientes	Escriturário/ Técnico de enfermagem	Quadro de pacientes

5 O que ganhamos com isso?

Redução de tempo na passagem de plantão;

Praticidade durante troca informações

Garantia da continuidade da assistência (?)

Focamos nas ações que demandam iniciativas imediatas

h) Resultados financeiros

Após as ações implementadas, foi planejado e executado um novo mapeamento para comparar e evidenciar os ganhos onde pudemos notar:

Redução de 35% no tempo gasto com movimentação

Redução de 70% no tempo de passagem de plantão

Redução de 38% no tempo gasto com organização

Aumento de 30% no tempo dedicado ao paciente

Melhoria no processo de registro e evolução

O tempo elevado para troca do plantão gerava um acúmulo de banco de horas no registro de ponto dos colaboradores. A redução do tempo desta atividade consequentemente provocou uma considerável redução do saldo de banco de horas que representou somente no referido andar de internação, uma economia anual de R\$ 136.000,00.

Análise do custo da passagem de plantão (Antes das ações)

1- Tempo gasto por funcionário:	5- Custo por hora com encargos:
Inicio do plantão: 0:36:00	Técnicos R\$ 16,17
Final do plantão: 0:36:00	Enfermeiros R\$ 26,43
2- Quantidade de funcionários:	6- Valor diário da troca de plantão:
Técnicos 20	Técnicos R\$ 388,00
Enfermeiros 4	Enfermeiros R\$ 126,88
3- Somatória de tempo gasto por dia:	7- Custo anual com a troca de plantão:
Técnicos 24:00:00	Técnicos R\$ 141.620,00
Enfermeiros 4:48:00	Enfermeiros R\$ 46.311,20
4- Custo mensal por colaborador com encargos	8- Custo Total anual : Técnicos + Enfermeiros: R\$ 187.931,20
Técnico: R\$ 2.910,00 Enfermeiro: R\$ 4.758,00	

Análise do custo da passagem de plantão (Depois das ações)

1- Tempo gasto por funcionário:	5- Custo por hora com encargos:
Inicio do plantão: 0:10:00	Técnicos R\$ 16,17
Final do plantão: 0:10:00	Enfermeiros R\$ 26,43
2- Quantidade de funcionários:	6- Valor diário da troca de plantão:
Técnicos 20	Técnicos R\$ 107,78
Enfermeiros 4	Enfermeiros R\$ 35,24
3- Somatória de tempo gasto por dia:	7- Custo anual com a troca de plantão:
Técnicos 6:40:00	Técnicos R\$ 39.338,89
Enfermeiros 1:20:00	Enfermeiros R\$ 12.864,22
4- Custo mensal por colaborador com encargos	8- Custo Total anual : Técnicos + Enfermeiros: R\$ 52.203,11
Técnico: R\$ 2.910,00 Enfermeiro: R\$ 4.758,00	

Prêmios e certificações.

Em 2008 a unidade passou pela visita de diagnóstico pelo manual da ONA, sendo que em março de 2009 fomos certificados ONA I – ACREDITADO.

Em março de 2010, passamos por visita de certificação em busca do nível II – ACREDITO PLENO, alcançando mais um degrau da metodologia.

E em agosto de 2011, fomos certificados ONA III – ACREDITADO COM EXCELÊNCIA, fazendo parte de um seletivo grupo de sessenta e seis hospitais acreditados pela IQG neste nível.

Em 2010, a Unidade Ipiranga recebeu, o Urso de Ouro do Programa Soluções Integradas para a Saúde. Premiada na Categoria Ouro em Fixação Segura, a Unidade agora é reconhecida na fixação de cateteres – cobertura estéril utilizada para fixar o cateter de acesso venoso junto à pele, proporcionando assim mais segurança aos pacientes.

Conclusão

A busca por informações confiáveis e análise, antes de tudo do processo e posteriormente de causas de desperdícios, juntamente com envolvimento e comprometimento dos colaboradores com a qualidade do processo, satisfação do cliente e melhoria contínua se destacaram como grandes saídas que foram trabalhadas no projeto e devem continuar sendo praticada por todos de maneira sistêmica pois as lições aprendidas devem perdurar.

Há necessidade da implementação de outros métodos de passagem de plantão, constituindo-se em um desafio a ser enfrentado na busca de informações fidedignas, em especial, quando se deseja construir um novo paradigma norteador para a assistência no setor, uma vez que esse envolve uma equipe multidisciplinar, transcendendo os processos de trabalho somente de enfermagem, o que implica em desenvolver habilidade de relacionamento humano no trabalho - Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão de literatura. Cogutare Enferm 2007 Out/ Dez; 12 (4)502-7.