

## APLICAÇÃO DA FERRAMENTA FMEA PARA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO NO TRANSOPERATÓRIO

Karin Viegas<sup>1</sup>, Marielli Trevisan Jost<sup>2</sup>, Aline Branco<sup>3</sup>, Rita Catalina Aquino Caregnato<sup>4</sup>

**Objetivo:** avaliar as principais falhas no processo de trabalho a partir da ferramenta FMEA. **Método:** estudo metodológico utilizando-se a FMEA, a qual permite analisar falhas existentes, suas causas e efeitos no processo de trabalho, bem como o risco de ocorrência e gravidade; possibilitando a construção de ações corretivas. O índice de risco (IR) é calculado pela multiplicação dos valores da gravidade pré-estabelecidos, probabilidade de ocorrência e possibilidade de detecção. O campo de ação foi um CC de um hospital de grande porte de Porto Alegre/RS, do período de julho a agosto de 2018. Realizaram-se grupos de trabalho, com profissionais ligados direta ou indiretamente ao CC para analisar os processos de trabalho do transoperatório. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição. **Resultados:** Realizou-se 10 reuniões com 13 profissionais que avaliaram o fluxo de trabalho para “agendamento de cirurgias”, “farmácia satélite”, “Centro de Materiais e Esterilização (CME)” e “CC”. Problemas foram identificados, mensurados e propostas ações de melhoria. Os processos identificados com índices de riscos mais elevados foram: agendamento de cirurgias: falha no agendamento de procedimentos cirúrgicos errados (IR=252); ação prática revisão do agendamento de cirurgias e comunicação. Farmácia satélite: erros na montagem e revisão de materiais; (IR=504); ação corretiva informatização e comunicação. CME: tempo insuficiente de esterilização do material; (IR=384); ação prática solicitação com antecedência dos materiais aos fornecedores externos. CC: falha voltada ao pouco quantitativo de enfermeiras para assistência no transoperatório; (IR=540); ação na adequação do quadro de profissionais e realizar a SAEP. **Conclusão:** este estudo permitiu avaliar os processos de trabalho do transoperatório com falhas potenciais. **Contribuições e Implicações para a Enfermagem:** a FMEA possibilita reconstruir o fluxo e refletir nas práticas, para promoção da segurança do paciente, para implantar no futuro a SAEP.

**Descritores:** Centro Cirúrgico. Assistência Perioperatória. Segurança do Paciente.

---

<sup>1</sup> Doutora em Gerontologia Biomédica, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; kviegas@gmail.com

<sup>2</sup> Mestra de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; marielli.jost@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem, bolsista de iniciação científica; Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; alinebranco95@gmail.com

<sup>4</sup> Doutora em Educação, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; ritac.ufcspa@gmail.com

## Referências:

1. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. ANZ J Surg. [Internet] 2014 [cited Sep 5, 2016]; 84(3):148-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0056252/?report=reader>.  
<http://dx.doi.org/10.1111/ans.12168>
2. ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN). Guidelines for Perioperative Practice: standards of perioperative nursing. Denver: AORN, 2015.
3. STAMATIS, D. H. Failure Mode and Effect Analysis: FMEA From Theory to Execution. Second edition, 2. ed. Milwaukee: ASQ Quality Press, 2003.