

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DE FALHAS E EFEITOS DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS
PACIENTES PEDIÁTRICOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
DE CANOAS

- Relatório Técnico -

Janaína Barreto Sauer
Prof. Orientadora Dra. Karin Viegas

Porto Alegre
2018

Janaína Barreto Sauer

**AVALIAÇÃO DE FALHAS E EFEITOS DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS
PACIENTES PEDIÁTRICOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
DE CANOAS**

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA - como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Práticas inovadoras e tecnologias de enfermagem na atenção à saúde.

Eixo Temático: Atenção Primária

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karin Viegas

Porto Alegre

2018

Catálogo na Publicação

Sauer, Janaína Barreto

Avaliação de falhas e efeitos do fluxo de
transferência dos pacientes pediátricos da rede de
atenção primária do município de Canoas / Janaína Barreto
Sauer. -- 2018.

64 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Orientador(a) : Karin Viégas.

1. Avaliação de processos em saúde. 2. Rede de Atenção
Primária. 3. Transferência de Pacientes Pediátricos. 4.
Processo de Trabalho. I. Título.

Folha de aprovação

AVALIAÇÃO DE FALHAS E EFEITOS DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CANOAS

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA - como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 27 de julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Karin Viégas (orientadora) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

Profa. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Profa. Dra. Ana Claudia Souza Vazquez (suplente) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado à minha amada mãe, que me iniciou na enfermagem e sempre, sem medir esforços, me incentivou a buscar conhecimento e crescimento pessoal e profissional.

Dedicado à Claudia Maria Barreto Sauer

In Memoriam

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento aos meus pais pelas horas de trabalho e dedicação profissionais, encontrando sempre tempo para a família. Especialmente à minha mãe, que já não se encontra conosco fisicamente, mas que está presente em todos os momentos de minha vida, particularmente neste em que seu maior ensinamento se solidifica: o de que tudo é possível, basta querer e trabalhar para isto!

Ao meu marido Fabrízio, por tudo que fez e faz para que eu possa alcançar meus objetivos profissionais, sempre com muito carinho, amor, zelo, paciência e confiança.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre por me proporcionar momentos de aprendizado e de compartilhamento de conhecimentos, por despertar em mim a vontade de fazer a diferença no meio profissional e acadêmico.

Às professoras queridas, dotadas de saber e carinho, nos acolhendo e oportunizando nosso crescimento profissional.

À minha orientadora Karin, sem você este trabalho não teria sido concluído, tu és extraordinária! Soube entender as minhas dificuldades, compreender os momentos difíceis que passei e com muita paciência me conduzir de forma ímpar! Obrigada, tens minha imensa admiração!

Por fim gostaria de agradecer a todos que de alguma forma contribuíram em minha formação, direta ou indiretamente, na busca do saber!

RESUMO

Ao falar de avaliação em serviços de saúde encontramos diversos métodos possíveis de serem aplicados, entre eles o FMEA – Análise do Modo de Falhas e seus Efeitos – cujo objetivo é identificar falhas nos processos de trabalho, assim como elencar um escore e a partir daí uma série de ações de melhoria dos serviços de saúde. **Objetivo:** identificar as falhas no processo de transferência dos pacientes pediátricos da Rede de Atenção Primária no município de Canoas, propondo melhorias ao mesmo através do FMEA. **Método:** foi criado o Grupo de Trabalho (GT), que se reuniu semanalmente, a fim de revisar e redesenhar o fluxograma de atendimento e transferência dos pacientes pediátricos na rede de atenção primária do município de Canoas. **Resultados:** um total de 22 falhas foram identificadas e a partir delas levantadas 23 possíveis causas de ocorrência e 24 efeitos potenciais para estas falhas. Após as análises o GT pontuou e classificou o índice de risco e a partir deles, as possíveis ações de melhoria. **Conclusão:** desta forma o estudo pode contribuir com a proposta de ações de melhoria e redução de riscos assistenciais aos usuários do serviço, qualificando e proporcionando maior segurança nos processos.

Palavras-chave: Avaliação de Processos em saúde; Rede de Atenção Primária; Transferência de Pacientes Pediátricos; Processo de Trabalho.

ABSTRACT

When talking about evaluation in health services we find several possible methods to be applied, among them the FMEA - Failure Mode Analysis and its Effects - whose objective is to identify failures in the work processes, as well as to list a score and from there a series of actions to improve health services. **Objective:** to identify the failures in the process of transferring pediatric patients from the Primary Care Network in the city of Canoas, proposing improvements to it through FMEA. **Method:** Working Group (WG) was created, which met weekly, in order to review and redesign the flow chart of care and transfer of pediatric patients in the primary care network of the municipality of Canoas. **Results:** a total of 22 faults were identified and from them 23 possible causes of occurrence and 24 potential effects for these faults. After the analyzes, the WG scored and classified the risk index and from them, the possible improvement actions. **Conclusion:** in this way the study can contribute with the proposal of actions of improvement and reduction of assistance risks to the users of the service, qualifying and providing greater security in the processes.

Keywords: Health care process evaluation; Health Care Network; Pediatric patient transfer; Work process.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CID	Cadastro Internacional de Doenças
CLT	Consolidação de Leis Trabalhistas
FMEA	Análise de Modos de Falhas e Efeitos
GAMP	Grupo de Apoio a Medicina Preventiva
GT	Grupo de trabalho
HPSC	Hospital Pronto Socorro de Canoas
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
NUMESC	Núcleo de Municipal de Ensino e Educação em Saúde
RCR	Referência e Contrarreferência
RS	Rio Grande do Sul
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UI	Unidades de internação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
APS	Atenção Primária em Saúde
CID	Cadastro Internacional de Doenças
CLT	Consolidação de Leis Trabalhistas
FMEA	Análise de Modos de Falhas e Efeitos
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
NUMESC	Núcleo de Municipal de Ensino e Educação em Saúde
RCR	Referência e Contrarreferência

RS	Rio Grande do Sul
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes e Interfaces da Rede de Atenção às Urgências. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde	16
Figura 2 – Etapas do processo de análise de Modos de Falhas e Efeitos processo do fluxo de transferência de pacientes pediátrico	21
Figura 3 - Vista frontal da Unidade de Pronto Atendimento Carlos Loureno Giacomazi	22
Figura 4 – Fluxograma de Transferência Pacientes Pediátricos ao Hospital Universitário/Grupo de Apoio a Medicina Preventiva - Canoas	27
Figura 5 – Fluxograma (revisado) de Transferência Pacientes Pediátricos ao Hospital Universitário/Grupo de Apoio a Medicina Preventiva - Canoas	49
Figura 6 – Documento para transferências de pacientes pediátricos preenchido pelo enfermeiro	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escala de Gravidade dos Efeitos Potenciais das Falhas	29
Quadro 2 – Probabilidade de Ocorrência das Inconformidades	30
Quadro 3 – Probabilidade de Detecção da Falha	31
Quadro 4 – Índice de risco da inconformidade	31
Quadro 5 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “É urgência? sim ou não “	33
Quadro 6 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Abertura de Boletim por ordem de chegada”	35
Quadro 7 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Acolhido/Classificado no Protocolo Manchester”	36
Quadro 8 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Cadastro na recepção”	37
Quadro 9 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Aguarda atendimento médico”	38
Quadro 10 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Atendimento Médico”	39
Quadro 11 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Sala amarela/observação”	40
Quadro 12 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Reavaliação”	41
Quadro 13 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Solicitação de internação”	42
Quadro 14 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Enfermeiro cadastra paciente no sistema Aghos”	43
Quadro 15 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “UPA aguarda disponibilidade do leito”	43
Quadro 16 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Leito liberado para UPA”	45
Quadro 17 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Médico da UPA faz contato com médico do HU”	45
Quadro 18 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Enfermeiro UPA faz contato com enfermeiro do andar do HU”	46

Quadro 19 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Enfermeiro da UPA solicita a remoção”	47
Quadro 20 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “UPA aguarda transporte”	48
Quadro 21 – Etapas do fluxograma retirados ou incluídos e seus motivos	51

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	15
1.1 A REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	16
1.2 REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 MÉTODO	20
3.1 DELINEAMENTO.....	20
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	21
3.2.1 Descrição do problema local.....	23
3.3 PARTICIPANTES	23
3.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	24
3.4.1 Critérios de inclusão.....	24
3.4.2 Critérios de exclusão	24
3.5 ORGANIZAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO PARA A ANÁLISE DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA	24
3.6 ANÁLISE DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA.....	29
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
4 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO	33
4.1 ANÁLISES DAS ETAPAS DO FLUXOGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS PELO GT	33
4.2 REMODELANDO O FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS	48
5 APLICABILIDADE DO PRODUTO	52
REFERÊNCIAS	56
ANEXO A – ANÁLISE DOS MODOS DE FALHAS E EFEITOS NO PROCESSO FLUXOGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE PEDIÁTRICO	59
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DE POLÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CANOAS PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	60
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 80, conduziu uma série de transformações na área da saúde, especialmente nos saberes e práticas que envolvem o processo saúde e doença, bem como o conceito de integralidade que norteia as ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde, permitindo o entendimento holístico do indivíduo sem inviabilizar o coletivo¹.

A integralidade da assistência acontece por meio dos serviços e ações prestadas, individual e coletivamente, abrangendo todos os níveis de atenção e complexidade¹. Sendo um dos pilares da Atenção Primária em Saúde (APS). A integralidade está longe do que os usuários desejam em qualidade e quantidade de serviços, evidenciando a necessidade de maior atenção aos serviços de saúde e ações mais articuladas entre seus integrantes¹.

Um dos mecanismos de comunicação e articulação na rede de serviços de saúde é a Referência e Contrarreferência (RCR), com encaminhamento do usuário para os diferentes níveis de complexidade dentro da rede, para a resolução de suas necessidades. Para que este direcionamento ocorra, existem fluxos a serem seguidos, atendendo demandas, desde a Unidade Básica de Saúde (UBS), até a internação hospitalar e demais serviços especializados².

Um dos serviços de articulação é a regulação de leitos. Este serviço regula o acesso do usuário aos diferentes serviços do SUS. Na necessidade de uma internação hospitalar, podendo ser desde eletiva, onde os cuidados são menos complexos, até em um leito de cuidados intensivos, com complexidade maior de cuidados e serviços. No Rio Grande do Sul (RS) a Secretaria Estadual de Saúde (SES) é quem realiza a regulação de acesso aos leitos de cuidados intensivos de neonatologia, pediatria e clínica adulta, através de uma central reguladora. O acesso aos leitos eletivos é regulado pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios, por meio de cadastro no sistema informatizado, com direcionamento por proximidade geográfica ou especialidade³.

No município de Canoas a regulação de leitos para transferência de pacientes pediátricos é referenciada para um único hospital, demandando uma oferta menor que a procura e seguindo os fluxos que não sofrem atualização contínua e não tem a participação dos integrantes do processo. O processo de transferência destes pacientes contém etapas que não fluem com clareza e agilidade, como por exemplo encontrar a enfermeira do Hospital Universitário (HU) para passagem do estado geral do paciente a ser transferido. Dentre as dificuldades estão o aceite do médico do hospital para receber o paciente, encontrar o enfermeiro para realizar a passagem do estado do paciente e a demora do serviço de remoção terceirizado.

Desta maneira, se faz necessária uma avaliação dos fluxos e processos de transferências de pacientes pediátricos da rede de serviços à saúde, visando a melhoria dos processos e a satisfação dos usuários.

1.1 A REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Os serviços em saúde no Brasil estruturam-se em três esferas hierárquicas que complementam a atenção à saúde (Atenção Básica, média e alta complexidade), as quais servem de referência aos serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades¹. Estas esferas fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde, organizando-a, acolhendo e solucionando as principais demandas de seus usuários⁴.

A elevada carga de doenças conduz à necessidade de um atendimento integral, articulado, amplo, qualificado e humanizado em nível nacional, que se torna possível através da implementação da RUE, que é composta por diferentes elementos e interfaces (Figura 1) que objetivam o atendimento planejado e simultâneo, reorganizando a rede de atenção primária através da atenção à saúde nas situações de urgência e emergência⁵.

Figura 1 - Componentes e Interfaces da Rede de Atenção às Urgências. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde



Fonte: Secretaria de Ação Social, Ministério da Saúde (2011).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são caracterizadas pela complexidade intermediária de seus serviços, estabelecendo a ligação entre UBS, Unidade de Saúde da Família (USF) e hospitais. Mantém portas abertas nas 24h do dia, nos sete dias da semana, com

funcionamento ininterrupto à população, com foco no acolhimento, intervenção clínica e na contrarreferência aos demais pontos da rede, podendo ser a atenção básica, especializada ou hospitalar⁵.

Os serviços prestados na UPA caracteriza-se pela resolutividade e qualidade imediata no atendimento aos casos assistidos pelas equipes de enfermagem e médica, atributos determinantes para um desfecho que atenda aos principais objetivos da RUE⁵. Para os casos de menor gravidade é necessário que o serviço de referência e contra referência forneça o suporte adequado na RUE, viabilizando o retorno e o desfecho satisfatórios aos usuários.

No município de Canoas a UPA acaba por ser muitas vezes a primeira porta de entrada para a população com as mais diversas demandas assistenciais. Entre os atendimentos clínicos de maior complexidade e gravidade estão os protocolos de Dor Torácica e Acidente Vascular Cerebral, e entre os de menor complexidade estão desde sintomas gripais a algias e problemas crônicos.

Para os atendimentos pediátricos recorrentes encontramos as convulsões febris, febre, desidratação (maior incidência no verão) e as doenças respiratórias, com maior incidência no inverno.

A unidade presta, em média, nove mil atendimentos mensais, entre eles estão aproximadamente dois mil atendimentos pediátricos, com uma demanda maior no período do inverno, em que se agrava a dificuldade de transferência para a unidade de referência para internação pediátrica. A dificuldade se instala pelo município contar apenas com um hospital de referência e pelo aumento significativo da demanda, já que conta com duas Unidades de Pronto Atendimento com funcionamento por 24 horas e um Hospital de Pronto Socorro, todos sendo atendidos para referência de internação pediátrica pelo Hospital Universitário.

1.2 REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA

A atenção à saúde divide-se em diferentes níveis, os quais desempenham papel complementar importante, reportando ao conceito da integralidade na assistência no SUS, contemplados na Constituição Federal de 1988⁶ e da Lei nº 8.080 de 1990⁷ nas disposições sobre promoção, proteção e recuperação da saúde assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A integralidade à saúde está definida num dos princípios do SUS, trazida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Art 7º, inciso II).

O principal ponto na integralidade das redes de saúde é um factível sistema de RCR, norteando os usuários nos diferentes níveis de assistência à saúde, articulando os serviços dentro da rede de atenção primária. É necessário entender que o serviço de RCR submete-se à aspectos relevantes nestes serviços, como oferta de serviços, condições de acesso aos serviços, logística, estrutura física e recursos humanos⁸.

A gestão dos serviços envolve uma rede de suporte adequada a fim de qualificar e efetivar a assistência aos usuários, entre eles o controle de disponibilidade de leitos e vagas nos serviços de alta complexidade de referência nos municípios. A regulação de leitos municipal confere aporte aos serviços de menor complexidade e que necessitam de uma resolução aos casos onde a internação se faz necessária⁸.

Um suporte bem articulado na regulação de leitos não garante eficiência e eficácia ao processo de transferência dos usuários na rede de serviços à saúde, sendo pertinente uma avaliação deste processo, visando a melhoria das ações e a participação mútua de informações acerca deste.

Para o município de Canoas a única referência para internação pediátrica é o Hospital Universitário, devendo este prestar suporte para três portas de entrada, com funcionamento por 24 horas ininterruptas. Para uma demanda tão significativa, se faz necessária uma avaliação mais criteriosa de cada caso que necessita de internação, avaliação esta realizada junto à central de leitos do município, já que não há leitos para todos ao mesmo tempo. Esta é uma das dificuldades mais importantes enfrentadas pela unidade, ficando muitas vezes por um tempo além do previsto na UPA.

Como proposta de melhoria está a análise através da metodologia qualitativa da confiabilidade, envolvendo o estudo dos modos de falha que podem existir em cada etapa do processo do conjunto, o FMEA (Análise de Modos de Falha e Efeitos). A proposta é analisar e garantir que os modos potenciais para falhas e suas causas possam ter sido considerados e localizados e assim desenvolver ações de melhoria.

A análise é um método padronizado e sistemático utilizado na prevenção ou minimização de falhas, podendo ser aplicado em projetos de produtos ou de processos. Para as duas aplicações os objetivos são os mesmos: melhor a qualidade, confiabilidade e segurança dos produtos ou processos analisados; reduzir tempo e custo nos desenvolvimentos dos projetos; a documentação e rastreamento das ações de melhoria ou de mudanças dos produtos ou processos; auxiliar no foco e priorização de ações para redução ou extinção das falhas. Todos estes objetivos tangem o alcance da melhoria da satisfação dos clientes¹⁰.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar falhas e efeitos visando reestruturar o fluxo de transferência de pacientes pediátricos da rede de Atenção Primária do município de Canoas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Revisar o fluxo de transferência de pacientes pediátricos da rede de Atenção Primária do município de Canoas.
- b) Identificar as inconformidades em cada etapa do fluxo.
- c) Classificar o risco de ocorrência, gravidade e detecção de cada inconformidade.
- d) Apresentar as ações corretivas para o serviço.
- e) Aplicar ações corretivas no serviço.

3 MÉTODO

A seguir serão apresentadas as etapas metodológicas a serem utilizadas nesta pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO

Pesquisa exploratória com abordagem de intervenção, utilizando o modelo de Análise de Modos de Falhas e Efeitos (FMEA), que envolve a compreensão do contexto e dos indivíduos, com a participação de equipe multiprofissional para o desenvolvimento da investigação, diagnóstico e intervenção para adversidade sinalizada¹¹.

O FMEA é uma das ferramentas de maior eficiência na prevenção de possíveis problemas e de detecção de soluções que apresentem maior eficácia prática e de menor custo, buscando a prevenção destes problemas. É uma técnica estruturada que identifica o problema antes dele surgir, fazendo com que o serviço possa se antecipar e evitar surpresas durante os processos. É um método qualitativo de análise de confiabilidade envolvendo o estudo de modos e falhas que possam existir para cada item analisado, determinando os efeitos de cada modo de falha sobre outros itens e sobre a função detalhada do conjunto^{20,26}.

O tipo de FMEA escolhido para este estudo foi o de processo, utilizado para planejamento e execução, a fim de evitar falhas no processo, com base em não conformidades do produto com as especificações do projeto¹¹.

Neste projeto a FMEA será utilizada como uma ferramenta de qualidade com o objetivo de evitar que ocorram falhas no processo do fluxo de transferência de pacientes pediátricos, por meio de análise das potenciais falhas, além de propor ações de melhoria para o serviço de atenção primária do município de Canoas¹² (Figura 2).

O FMEA é um método qualitativo que estuda os possíveis modos de falha dos processos, entre outros (componentes, sistemas, projetos) e os respectivos efeitos gerados por esses modos de falha. Quando o processo e o mecanismo da falha são caracterizados falamos em modo de falha. Efeito é a forma como o modo de falha manifesta-se. Para cada item podemos ter diferentes modos de falha. Efeito e modo de falha podem apresentar-se em diferentes níveis de evidência, dependendo de qual função a etapa desempenha no processo a ser analisado²⁶.

Existem quatro tipos específicos de FMEA²⁶:

- a) de produto: utilizado para avaliar deficiências no desenvolvimento de um produto, antes que o mesmo seja produzido;
- b) de sistema: indicado para a identificação de falhas nos sistemas e subsistemas antes

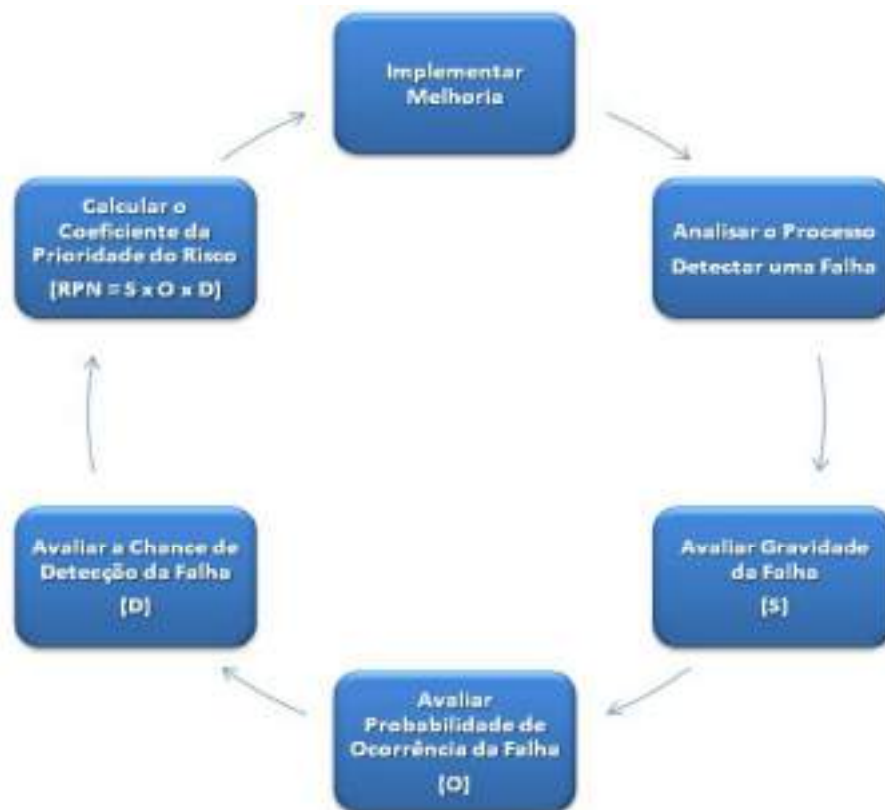
do desenvolvimento de um projeto;

- c) de processo: focado em modos de falhas causados por deficiências nos processos de fabricação e montagem; e
- d) de serviço: utilizado para identificação dos modos de falha de processos e sistemas antes que o mesmo chegue ao consumidor.

O FMEA é aplicado com o objetivo de detectar correlações entre funções e falhas, avaliar os riscos e assim determinar ações de melhoria. Sua aplicação é realizada, através de um grupo multidisciplinar, podendo acontecer durante todo o ciclo do processo analisado²⁶.

O FMEA é bastante procurado pelo objetivo de trabalhar a ocorrência de eventos adversos de forma preventiva, antes que os mesmos aconteçam e tenham um impacto direto sobre a assistência prestada ao paciente²⁷.

Figura 2 – Etapas do processo de análise de Modos de Falhas e Efeitos processo do fluxo de transferência de pacientes pediátrico



Fonte: elaborado pela autora (2018).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo escolhido para execução do estudo foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada no município de Canoas, Rio Grande do Sul. A unidade funciona em regime

de 24h, com atendimento ininterrupto, desde o ano de 2013, nas especialidades de clínica geral e pediatria. Sua estrutura física é distribuída em salas de medicação, sala de observação e de estabilização para o atendimento dos usuários e área administrativa para os colaboradores¹³.

A unidade de escolha foi a UPA Carlo Loureno Giacomazzi, localizada na região nordeste do município, contemplando uma população estimada de 95 mil pessoas¹⁴. Esta unidade foi inaugurada em 26 de setembro de 2013, exercendo, desde então, suas atividades em saúde, com atendimento clínico e pediátrico em caráter de 24 horas ininterruptos, com atendimentos de baixa e média complexidades, além do serviço de radiologia (Figura 3).

Figura 3 – Vista frontal da Unidade de Pronto Atendimento Carlos Loureno Giacomazi



Fonte: <http://tvfacelkm.blogspot.com.br/>

A UPA faz parte do serviço de urgência e emergência do município, com serviço de baixa e média complexidade, articulando referências e contrarreferências no serviço de saúde. A unidade mantém uma média de 300 atendimentos diários e uma demanda de 15 a 20 internações mensais em leitos regulados pela central de regulação de leitos do município. A unidade contempla em média oito mil atendimentos mensais, destes, em torno de dois mil são pediátricos, o que representa 25% de todos atendimentos realizados¹³.

Seu quadro de colaboradores é formado por equipes médica, enfermagem, radiológica, administrativa, higienização, auxiliares de farmácia e segurança, tendo colaboradores terceirizados e contratados em regime das Consolidações de Leis Trabalhistas (CLT). A equipe de enfermagem é formada por 12 enfermeiros e 26 técnicos de enfermagem, distribuídos em três turnos de trabalho, com carga horária mensal de 180 horas em regime CLT de trabalho¹³.

3.2.1 Descrição do problema local

Conforme os protocolos de funcionamento da RUE, as UPAS são os locais para atendimento de baixa e média complexidade, contemplando os encaminhamentos para internações hospitalares. Para os casos de maior complexidade contam com os serviços de referência no município, que deve oferecer o suporte e retaguarda adequados à UPA.

Dentro das dificuldades enfrentadas está o encaminhamento e internação hospitalar, que depende da disponibilidade de leitos no município, o que pode fazer com que os pacientes permaneçam na unidade tempo além do esperado e além do permitido pela legislação que é de até vinte e quatro horas. A permanência expirada conflita com a legislação que preconiza a observação dos pacientes em UPAS e não a internação, pois a unidade não é reconhecida como um local de internação de pacientes, não recebendo verbas para tal, dificultando o gerenciamento financeiro do município.

As rotinas da unidade são diariamente gerenciadas pelos enfermeiros assistenciais, contemplando desde a entrada do usuário para acolhimento e classificação de risco, até sua transferência para outro serviço ou alta médica¹³.

Um dos processos de trabalho utilizados é a transferência de pacientes aos serviços de saúde de referência, realizando a retaguarda de leitos para internação dos pacientes adultos e pediátricos da unidade, tendo em vista não existir a caracterização de internação na UPA, conforme legislação do Ministério da Saúde (MS). Neste contexto uma das maiores dificuldades nas transferências abrange os pacientes pediátricos, já que conta com apenas uma referência para internação no município, o HU de Canoas¹³.

3.3 PARTICIPANTES

A amostra foi constituída pelos seguintes participantes:

- a) quatro enfermeiras da UPA: duas do turno vespertino e duas noturno;
- b) uma enfermeira do HU: folguista na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de unidade de internação;
- c) uma enfermeira administrativa do HU: plantonista administrativa responsável pelo gerenciamento de leitos no hospital durante seus plantões;

Estes profissionais preenchem os critérios de inclusão e fazem parte do processo a ser avaliado. Um total de seis pessoas foram selecionadas, conforme disponibilidade na participação e criação do grupo de trabalho (GT), dando seguimento nas etapas de avaliação.

3.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

3.4.1 Critérios de inclusão

a) pertencer a uma das áreas de articulação no processo de transferência de pacientes pediátricos na rede de atenção à saúde do município – UPA, Regulação de Leitos, HU e Serviço de Ambulância.

3.4.2 Critérios de exclusão

- a) estar em licença maternidade ou licença saúde no período da coleta de dados;
- b) possuir menos de seis meses de trabalho em uma das áreas de articulação no processo de transferência de pacientes pediátricos.

3.5 ORGANIZAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO PARA A ANÁLISE DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA

Foi realizado um convite para os participantes que executam o processo de transferência do paciente pediátrico, conforme os critérios de seleção.

Os encontros foram realizados no HU a partir de um cronograma previamente acordado entre a pesquisadora e os participantes, em seus horários de trabalho e relacionadas quatro etapas do processo do fluxograma de transferência de pacientes pediátricos da rede de atenção primária no município de Canoas.

Na primeira reunião foram expostos os objetivos do trabalho, a assinatura do TCLE, o cronograma para os próximos encontros, bem como a metodologia FMEA. Após, foi realizada uma revisão detalhada dos fluxograma atual (Figura 3). Esta fase estabeleceu distorções e correções, definindo quais etapas, dentro do fluxo, a serem estudadas. O fluxograma foi apresentado para o grupo e cada etapa foi detalhadamente analisada e confirmada. Quando houve a necessidade de alguma alteração de etapa, bem como a inclusão e exclusão delas no processo, as mesmas foram realizadas no momento da apresentação para que o grupo fizesse sua validação.

O formulário FMEA é de simples preenchimento e possui os campos (Anexo A):

Identificação do sistema (1): identificar o nome do sistema ou o título de identificação do FMEA.

Participantes (2): nome das pessoas da equipe FMEA que estão presentes na reunião.

Página e datas (3): número da página, datas de início (dia/mês/ano) das reuniões para o desenvolvimento do FMEA e data atual.

Componente (4): nome dos componentes do sistema.

Função (5): os participantes escrevem a intenção, propósito, meta ou objetivo do componente. A função deve ser escrita de uma maneira concisa e fácil de entender, usando termos específicos, preferencialmente com um verbo e um substantivo.

Modo potencial de falha (6): o problema, a preocupação, a oportunidade de melhoria, a falha. Quando alguém pensar nos modos potenciais de falha, deve pensar na perda da função do sistema – uma falha específica. Para cada função do sistema identificado na coluna 10 da planilha, foi listado a correspondente falha do sistema, podendo existir mais de uma falha por função.

Efeitos potenciais de falha (7): são as consequências que surgem no sistema causadas pelos modos de falha. Eles devem ser identificados, avaliados e registrados para cada modo de falha. As consequências podem ser para o sistema, produto, cliente. Deve-se descrever os efeitos em termos do que o usuário pode perceber ou sentir. O usuário tanto pode ser um cliente interno ou externo.

A causa do modo de falha (8): é a causa geradora do modo de falha. Pode estar no componente, nos componentes vizinhos, ambiente.

Ações recomendadas (9): nenhum FMEA deve ser feito sem ação recomendada. A ação recomendada pode ser uma ação específica ou pode ser um estudo mais adiante. A ideia das ações recomendadas é diminuir os índices de severidade, ocorrência e detecção.

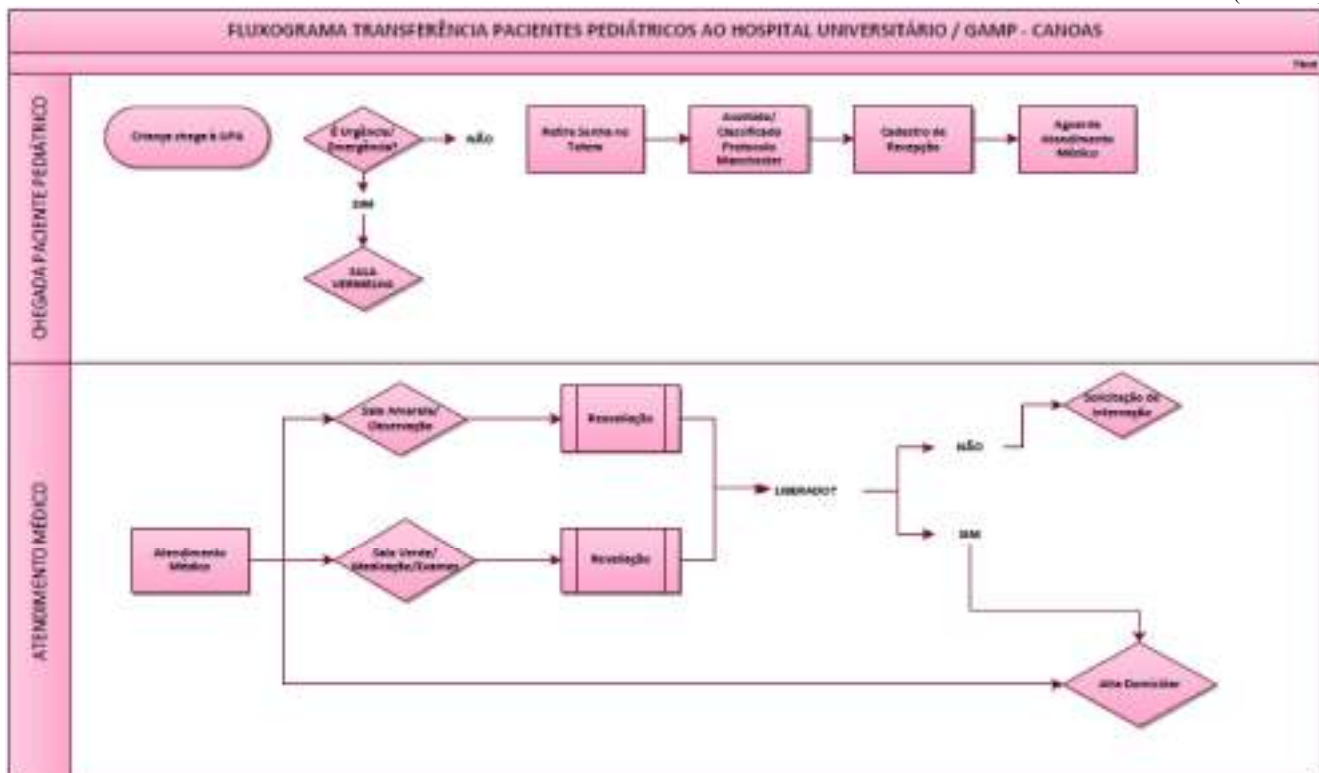
Responsabilidade e data de conclusão limite (10): foi elegido os responsáveis para as tomadas de ações e definir prazos para a entrega dessas ações.

Ações tomadas (11): só porque algo foi recomendado, não significa que algo foi feito. É imperativo que alguém siga as recomendações para determinar se elas foram direcionadas adequadamente, e/ou se é necessário fazer atualizações nestas ações. O FMEA é um documento vivo, pode ser realizado em momentos distintos e comparado com outras análises do mesmo processo. Depois que as ações fossem tomadas, uma breve descrição da ação deveria ser feita.

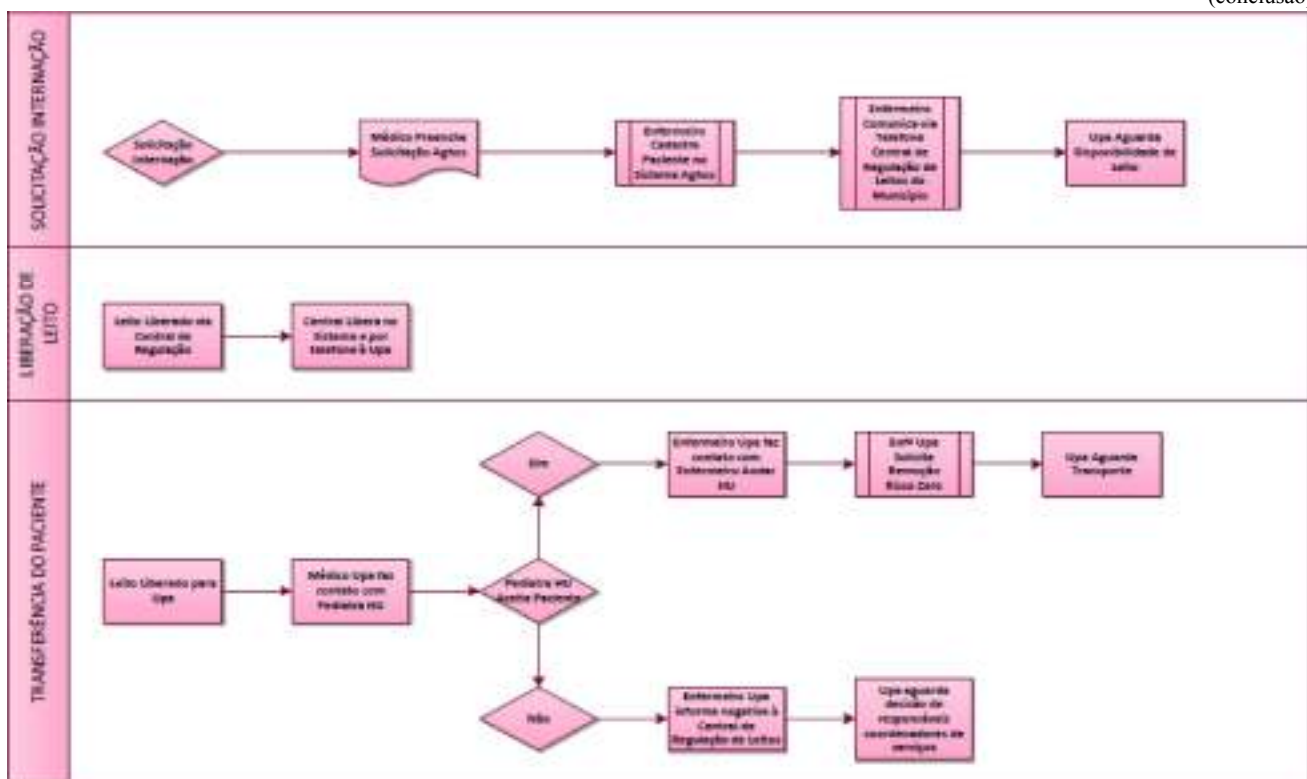
A escolha do método de análise de fluxo para este estudo foi a *Failure Mode and Effects Analysis* (FMEA ou análise dos modos de falhas e efeitos) do tipo processo. Esse tipo identifica os modos de falha, com foco nos modos de falhas ocasionados pelas carências nos processos que envolvem a transferência dos pacientes pediátricos da UPA para o HU. É uma metodologia que abrange tanto a identificação, como a intervenção das falhas no processo de trabalho.

Antes do emprego da metodologia FMEA, foi realizada a revisão do fluxograma de transferência dos pacientes pediátricos, desde sua entrada para atendimento na UPA até sua saída para uma internação em um leito pediátrico no HU no município de Canoas, a fim de determinar alterações e correções no processo, estabelecendo as etapas chaves que precisariam ser estudadas. Esta etapa foi importante para confirmação do fluxograma e dos processos de atendimento e transferência pediátricos, assim como para quaisquer esclarecimentos acerca dos processos (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma de Transferência Pacientes Pediátricos ao Hospital Universitário /Grupo de Apoio a Medicina Preventiva – Canoas (continua)



(conclusão)



Fonte: UPA/RUE (2017).

Em cada etapa do fluxograma de transferência dos pacientes pediátricos foi aplicada a ferramenta FMEA (Anexo A), iniciando pelo preenchimento do cabeçalho do instrumento com a definição do **responsável pelo projeto**, data do preenchimento, discussão e análise das etapas dos fluxogramas. No campo **time/grupo** foram descritos os nomes de todos os profissionais participantes desta fase. No campo etapa, foram descritas a fase do processo de atendimento a ser analisada, o profissional envolvido e onde a mesma é desenvolvida e no campo **fase/setor** a fase do processo sendo analisada.

Após a identificação de cada etapa, o seguimento de preenchimento da ferramenta foi realizado de forma horizontal e linear, cabendo aos integrantes do grupo a definição de falhas potenciais (modos de falhas), que podem desencadear um erro com impacto direto na assistência do paciente. Cada etapa foi discutida e analisada na sua totalidade, consensuada pelo grupo, antes de prosseguir para a próxima, sendo que nenhuma etapa pode ser subtraída ou substituída.

Para cada modo de falha identificado pelo grupo, foram determinados os efeitos potenciais e as causas potenciais para a ocorrência dessa falha, sob a responsabilidade do GT em descrever as mesmas no campo específico da ferramenta. Cada etapa pode ter diversos modos de falha, efeitos e causas, sendo que todos foram analisados pelo grupo¹⁵.

3.6 ANÁLISE DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA

O fluxograma foi analisado conforme metodologia do FMEA, que tem por objetivo principal identificar e prevenir os problemas potenciais antes de ele chegue ao usuário. Entretanto, cada problema tem diferentes prioridades, que são definidos pela severidade ou gravidade da falha (G), frequência de ocorrência da falha (O) e capacidade de detecção da falha (D), antes que ela chegue ao usuário.

Para a análise da gravidade, foi adaptada para este projeto a Escala de Severidade de Palady, utilizando-se cinco padrões de classificação (Quadro 1).

Quadro 1 - Escala de Gravidade dos Efeitos Potenciais das Falhas

(continuação)

Grau	Descrição da escala de gravidade
1	Efeito não percebido pelo usuário.
2	Efeito bastante insignificante, percebido pelo usuário; entretanto, não faz com que procure o serviço.
3	Efeito insignificante, que perturba o usuário, mas não faz com que procure o serviço.
4	Efeito bastante insignificante, mas perturba o usuário, fazendo com que procure o serviço.

(conclusão)

Grau	Descrição da escala de gravidade
5	Efeito menor, inconveniente para o usuário; entretanto não faz com que procure o serviço.
6	Efeito menor, inconveniente para o usuário, fazendo com que procure o serviço.
7	Efeito moderado, que prejudica o desempenho do atendimento, levando a uma falha grave ou a uma falha que pode impedir a execução das funções do processo de atendimento.
8	Efeito significativo, resultando em falha grave; entretanto, não coloca em risco a segurança do usuário em risco e não resulta em custo significativo da falha.
9	Efeito crítico que provoca a insatisfação do usuário interrompe as funções do processo de atendimento, gera custo significativo da falha e impõe um leve risco a segurança (não ameaça a vida nem provoca incapacidade permanente) ao usuário.
10	Perigoso, ameaça à vida ou pode provocar incapacidade permanente ou outro custo significativo da falha que coloca em risco a continuidade operacional do atendimento.

Fonte: Adaptado de Palady (1997).

Para a análise da probabilidade de ocorrência (O) da inconformidade foi utilizado a escala de probabilidade, apresentado no Quadro 2. Esta classificação auxiliou na identificação de quanto é possível ocorrer uma falha no processo de transferência pediátrica.

Quadro 2 – Probabilidade de Ocorrência das Inconformidades

Ocorrência (O)	Significado
1	Extremamente remota ou improvável.
2	Remota ou improvável.
3	Pequena chance de ocorrência.
4	Pequeno número de ocorrências.
5	Número ocasional de ocorrências.
6	Ocorrência moderada.
7	Ocorrência frequente.
8	Ocorrência elevada.
9	Ocorrência muito elevada.
10	Ocorrência certa.

Fonte: Adaptado de Moraes (2014).

Para a descrição da classificação da probabilidade de detecção (D) da inconformidade foi utilizada a escala de probabilidade de detecção da falha. Uma escala de Likert com valores de um a dez foi utilizada para definir o grau de detecção da probabilidade de falha. Assim, quanto maior a chance de detecção da falha, menor o valor atribuído (Quadro 3).

Quadro 3 – Probabilidade de Detecção da Falha

Grau	Escala de detecção
1	É quase certo que será detectado. Existe um sistema de revisão eficaz.
2	Probabilidade muito alta de detecção. Existem controles automatizados de processo.
3	Alta probabilidade de detecção. Existem programas de confiabilidade em implantação ou treinamento.
4	Chance moderada de detecção. Não existe um programa formal de revisão. Depende de recurso humano.
5	Chance média de detecção. Não existe programa formal. Protocolos em fase de elaboração.
6	Existe alguma probabilidade de detecção. Existem poucos controles no processo.
7	Baixa probabilidade de detecção. Realizada auditoria aleatória.
8	Probabilidade de detecção muito baixa. Depende totalmente do operador e não existem padrões estabelecidos.
9	Probabilidade remota de detecção. Reação quando o problema está em andamento.
10	Detecção quase impossível. Ausência total de padronização e baseada em julgamento individual.

Fonte: Adaptado de Palady (1997).

O cálculo do índice de risco (R) foi realizado com a multiplicação dos valores da gravidade (G), probabilidade de ocorrência (O) e possibilidade de detecção (D), conforme fórmula: $R = G \times O \times D$.

Este valor (R) foi assinalado no instrumento de análise das inconformidades no processo de transferência pediátrica e foi classificado de acordo com índice de risco da inconformidade.

Quadro 4 – Índice de risco da inconformidade

ÍNDICE DE RISCO (R)	VALOR
Baixo	2 a 32
Moderado	33 a 150
Alto	151 a 300

Fonte: Adaptado de Moraes (2014).

Após a definição do (R), o grupo definiu as ações corretivas exclusivamente para a fase classificada como moderado e alto risco, isto é, a partir do valor 33 (Quadro 4), especialmente por entender-se que são aquelas que provavelmente causarão maior impacto no controle do processo de transferência pediátrica.

A partir dessas ações foi recalculado o (R). Se o escore de reclassificação foi menor ou igual a 32, a ação de correção passou a ser denominada ação implementada, sendo descrita no campo específico do instrumento e o grupo definiu quem será o responsável pela implementação

na área correspondente. Quando o recálculo do (R) apresentou escore dentro da faixa de classificação moderado e alto risco, isto é, acima do valor de 33, as ações foram revistas e corrigidas até que o risco foi reduzido para baixo ou eliminado.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os preceitos éticos determinados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que decreta sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos foram seguidos e preservados¹³.

Todos os participantes foram convidados, por e-mail, a participar do estudo, após foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e foi solicitada a assinatura presencial do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o qual contém informações sobre os objetivos, etapas e finalidade da pesquisa. A participação foi voluntária e os participantes não sofreram nenhum tipo de constrangimento, prejuízo no trabalho ou ônus, caso não quisessem participar ou desistissem durante a pesquisa.

O presente projeto teve a anuência da Direção de Política da Rede de Atenção à Urgência e Emergência de Canoas (Anexo B).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e ao Núcleo de Municipal de Ensino e Educação em Saúde (NUMESC) da Secretária Municipal de Saúde de Canoas e aprovado pelo parecer 2.441.895 de 15 de dezembro de 2017 (Anexo C).

A identidade dos participantes foi preservada, garantindo seu anonimato em todas as fases do estudo. Os profissionais foram identificados através do pseudônimo Participante, seguidos de números arábicos (P1, P2, P3, etc.).

Os dados e informações desenvolvidos pelo grupo foram guardados e permaneceram de posse dos pesquisadores pelo período de cinco anos e após serão descartados por picotagem.

A divulgação deste trabalho se dará na forma de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado Profissional em Enfermagem e publicação de artigos e trabalhos em eventos científicos. Os benefícios deste trabalho serão revertidos a todos os usuários (internos e externos) que utilizam o processo de transferência de pacientes pediátricos na rede de saúde de Canoas. Também foi apresentado o novo fluxo de transferência de pacientes pediátricos para os gestores da rede de saúde de Canoas, na forma de relatório e apresentação oral.

4 CARACTERIZAÇÃO DO PRODUTO

O produto deste estudo foi a revisão do fluxograma de transferência dos pacientes pediátricos no município de Canoas, de uma UPA para a instituição de referência do município (HU). A caracterização do produto foi realizada de acordo com as etapas metodológicas do FMEA.

4.1 ANÁLISES DAS ETAPAS DO FLUXOGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS PELO GT

A composição do GT teve a participação de seis profissionais, todos agentes diretos nos processos do fluxograma, reunidos em 10 encontros com duração de uma hora cada.

ENCONTRO	FASE ABORDADA
1º Encontro	Apresentação do Projeto + Metodologia utilizada e assinatura do TCLE.
2º Encontro	Avaliação dos Quadros 5 e 6.
3º Encontro	Avaliação dos Quadros 7 e 8.
4º Encontro	Avaliação dos Quadros 9 e 10.
5º Encontro	Avaliação dos Quadros 11 e 12.
6º Encontro	Avaliação dos Quadros 13 e 14.
7º Encontro	Avaliação dos Quadros 15 e 16.
8º Encontro	Avaliação dos Quadros 17 e 18.
9º Encontro	Avaliação dos Quadros 19 e 20.
10º Encontro	Avaliação do Fluxograma reformulado.

Com a exposição do fluxograma de transferência foi iniciado o debate sobre as etapas que compõem o serviço de atendimento e transferência dos pacientes pediátricos. Iniciou-se a abordagem pela primeira etapa (Quadro 5), que apresenta a definição de urgência ou não do paciente pediátrico à UPA.

Quadro 5 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “É urgência? sim ou não”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Criança chega a UPA: é urgência? Sim ou não	Gravidade não ser informada à enfermagem na triagem	Piora do quadro clínico	Não priorização do atendimento	10	5	4	200	A triagem ser realizada pelo enfermeiro. Retorno do sistema informatizado.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Nesta etapa foi definido pelo GT que a ocorrência da definição de urgência ou não na chegada do paciente pediátrico à UPA é uma falha potencial de erro de processo, uma vez que a gravidade não é informada ao enfermeiro da triagem, podendo ocasionar a piora do quadro clínico do paciente. O enfermeiro poderia avaliar o paciente na chegada num primeiro momento, desde que a entrada do usuário no serviço ocorresse desta forma.

Hoje a entrada do usuário acontece primeiramente com os profissionais administrativos, que realizam o cadastro e a abertura dos boletins de atendimento, não sendo os profissionais indicados para uma primeira avaliação dos usuários. Este fator gera o efeito potencial: piora do quadro clínico, enumerando uma causa potencial descrita a seguir, assim como o cálculo dos riscos.

Como causa potencial está na não priorização do atendimento, que gerou um risco alto de 200 pontos. Como proposta, foi colocada pelo GT, a ação corretiva da triagem ser realizada pelo enfermeiro, no primeiro momento da chegada do usuário ao serviço. O usuário chegaria ao serviço e teria um primeiro atendimento pelo enfermeiro, reduzindo o tempo de classificação de risco do mesmo, classificando-o da maneira correta, conforme o protocolo utilizado. Para tal, foi proposto também o retorno do sistema informatizado para uso na triagem, já que o utilizado hoje é manual e dificulta bastante o processo de mudança na entrada do usuário no serviço da maneira correta.

“Está errada a entrada do paciente ser primeiro com a recepção, deve ser com o enfermeiro da triagem.” (P1)

“A recepção não tem qualificação adequada para olhar para o paciente e identificar qualquer alteração.” (P2)

A proposta de retorno da informatização do sistema na triagem foi colocada à supervisão da unidade como melhoria importante no processo de entrada do usuário ao serviço, oferecendo um respaldo adequado ao enfermeiro, já que poderia ofertar o atendimento correto no tempo correto. Todos participantes concordaram que esta melhoria qualifica o serviço e minimiza a possibilidade de ocorrência deste tipo de falha.

Na segunda etapa foi analisado a “Abertura de Boletim por ordem de chegada” (Quadro 6).

Quadro 6 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Abertura de Boletim por ordem de chegada”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Abertura de Boletim por ordem de chegada	Demora na avaliação da gravidade clínica do paciente	Piora do quadro clínico	Boletim demora a chegar na triagem	10	6	9	540	Entrega dos Boletins na triagem assim que preenchidos pela recepção. Retorno do cadastro informatizado. Primeira entrada com enfermeiro na triagem.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Nesta etapa ocorre a abertura do boletim com a realização do cadastro do usuário, feita pelo profissional administrativo da unidade, que fica na recepção da mesma. A abertura do boletim ocorre por ordem de chegada ao serviço, não havendo nenhum tipo de priorização ao usuário. O GT apontou como principal falha a piora da gravidade clínica do usuário, tendo em vista que na chegada ao serviço podem haver outros para abertura do boletim antes deste.

“Se o primeiro atendimento do paciente for com o enfermeiro no acolhimento, podemos minimizar esta falha, já que ele é o profissional adequado para isto.” (P5)

“As meninas da recepção deixam acumular boletins para então entregar para nós na triagem, acumula e se perde o tempo ideal para chamar os pacientes.” (P3)

Para esta falha foi pontuado um risco alto no valor de 540 pontos e como principal causa potencial foi apontada a demora na chegada dos boletins à triagem, que é uma ação totalmente dependente dos profissionais administrativos, já que a abertura do boletim é manual. Uma das ações corretivas está a entrega dos boletins assim que preenchidos e não deixar acumular para então entregá-los. Esta demora impacta diretamente no tempo que o enfermeiro tem para classificação de risco, conforme protocolo utilizado na unidade.

Outra ação corretiva seria o retorno do cadastro informatizado, pois possibilita que o primeiro atendimento seja com o enfermeiro - o cadastro realizado pelo enfermeiro se restringe ao preenchimento de dados básicos mas importantes: nome e um sobrenome, gênero e data de nascimento - e já saia da triagem classificado, conforme o protocolo, sendo encaminhado corretamente para um atendimento imediato ou para a finalização do cadastro com o profissional administrativo na recepção.

A última ação corretiva proposta foi de que a primeira entrada do paciente seja com o enfermeiro na triagem, exposta acima e associada ao retorno da informatização do cadastro ou a um processo manual que permita esta ação. Aqui foi proposto um documento de preenchimento manual, com os mesmos dados de cadastro inicial do informatizado, que permitisse ao enfermeiro prestar o atendimento inicial ao usuário no serviço, com chamada por senha de retirada manual.

“Poderia ser feito manual, com o término do cadastro na recepção...assim não se perde tempo com quem realmente está mal.” (P3)

“Se preenche este documento inicial, com a classificação de risco e lugar para o atendimento médico e se anexa a ficha de cadastro feita pela recepção, seria uma boa e a gente ficaria melhor respaldado.” (P2)

Na terceira etapa foi analisado o “Acolhido/Classificado no Protocolo Manchester” (Quadro 7).

Quadro 7 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Acolhido/Classificado no Protocolo Manchester”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Acolhido/ Classificado no Protocolo Manchester	Falta de conhecimento pelo enfermeiro que aplica o protocolo.	Classificação errada do paciente.	Demora no atendimento	10	75	84	560	Treinamento com Protocolo de Manchester.
	Falta de informações do paciente.	Falha na aferição de Sinais Vitais.						Manejo profissional.
	Falta de equipamentos adequados							Equipamentos adequados.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Nesta etapa foram evidenciadas as possíveis falhas no momento da classificação de risco do usuário, sendo uma delas a falta de conhecimento técnico do enfermeiro em aplicar o protocolo de classificação de risco, no caso o Manchester, sendo elencada como importante o treinamento e a realização do curso do protocolo.

“Se o enfermeiro não conhecer, se pelo menos não se interessar em ler o material sobre o protocolo, poderá classificar errado um paciente.” (P2)

“Vejo as triagens de alguns colegas e tem muitas que são classificadas erradas, isso traz prejuízo direto ao paciente.” (P3)

“O enfermeiro tem obrigação de se interessar em aplicar da maneira correta o protocolo, tem que pensar no paciente.” (P1)

A outra falha apontada foi a falta de equipamentos adequados e em condições de trabalho, interferindo diretamente no registro dos sinais vitais e na avaliação do enfermeiro.

“Principalmente os oxímetros pediátricos não funcionam, é um sacrifício para fazer um registro correto.” (P2)

“Por vezes perdemos um tempo precioso na triagem porque os oxímetros não pegam a saturação das crianças.” (P5)

A causa potencial identificada foi a demora no atendimento, tendo em vista que uma classificação de risco malfeita, tanto por falta de conhecimento, como por falha de equipamentos, resulta diretamente num tempo maior de espera pelo usuário, o que pode ocasionar na piora clínica e prejuízo ao mesmo. A pontuação do risco para esta falha foi de 540 pontos, um risco alto que demandou como ação corretiva proposta a aquisição ou uso de equipamentos adequados e o treinamento dos enfermeiros no protocolo de Manchester.

Como implementação de ação, foram adquiridos e ofertados ao serviço novos equipamentos de oximetria pediátricos a fim de otimizar e melhorar a qualidade assistencial aos usuários.

“Agora com estes oxímetros vamos ver se verificamos mais rápido a saturação.” (P5)

“Tem que funcionar e ser rápido, se não for assim não nos ajuda.” (P3)

Após a aquisição e implantação dos novos equipamentos de oximetria pediátricos, o risco alto passou para moderado, numa pontuação de 130 pontos.

Na quarta etapa foi analisado o “Cadastro na recepção” (Quadro 8).

Quadro 8 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Cadastro na recepção”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Cadastro na recepção	Dados errados	Troca de Paciente	Erros assistenciais e administrativos	10	3	4	120	Protocolo de Segurança do Paciente

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Nesta etapa é realizado o cadastro do paciente pelos colaboradores da recepção com: nome completo, data de nascimento, nome da mãe, endereço completo, contato telefônico e número de cartão do SUS. Para esta etapa, uma possível falha é a inserção de dados errados sobre o paciente no sistema e, consequentemente, no boletim de atendimento, podendo causar erros assistenciais tais como: resultado de exames em nome do paciente errado e troca de paciente ou boletim de atendimento.

Nesta etapa o risco recebeu uma pontuação de 120, apresentando risco moderado para a falha do cadastro do paciente. Tendo em vista que, hoje na unidade o processo do cadastro é realizado na entrada do paciente. Esta etapa acabou por ser excluída do fluxograma e suas potenciais falhas inseridas na etapa dois do mesmo.

“Antes com o sistema informatizado esta etapa viria após o primeiro atendimento com o enfermeiro, o que era mais trabalhoso para nós, mas, mais seguro, pensando em assistência” (P1)

“Quando isso acontecia com o enfermeiro, pedíamos um documento de identificação para evitar os erros, ou identidade, cartão do SUS ou a carteira de vacinação, no caso das crianças” (P4)

Mesmo não preenchendo o critério para uma ação corretiva, os participantes foram unânimes em sugerir um protocolo de segurança do paciente onde o *checklist*, a dupla checagem, o uso de pulseira de identificação do paciente e de identificação de alergias, poderia auxiliar muito em minimizar os erros de cadastro e consequentemente assistenciais.

Na etapa quinta etapa foi analisada “Aguarda atendimento médico” (Quadro 9).

Quadro 9 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Aguarda atendimento médico”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Aguarda atendimento Médico	Extravio do Boletim de Atendimento.	Falha na distribuição dos boletins.	Desatenção	7	4	4	112	Atentar quanto à distribuição correta dos boletins.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

A falha encontrada nesta etapa foi o extravio do boletim de atendimento no momento de distribuí-los aos profissionais médicos. Hoje, na unidade, o processo é manual, assim, após ser classificado pelos enfermeiros, o paciente aguarda o atendimento na recepção e seu boletim de atendimento permanece com os enfermeiros da triagem, para posterior distribuição entre a equipe médica.

Um efeito potencial é a falha na distribuição dos boletins, podendo ser entregue à especialidade errada (clínica ou pediatria), já que a alocação destes boletins se dá em escaninhos num local específico ao alcance dos profissionais médicos.

Calculando-se o escore de risco, esta etapa recebeu a pontuação de 112, sendo classificada em risco moderado e como causa a desatenção dos profissionais no momento da distribuição dos boletins de atendimento.

“Quando o sistema era informatizado isto não corria o risco de acontecer, porque era tudo no sistema e ele mesmo não nos deixava direcionar o boletim para a especialidade errada por causa da idade” (P6)

“Seria muito melhor com tudo no sistema, a gente corre menos risco de errar” (P3)

O GT é unânime em dizer que um sistema informatizado é a melhor forma de prevenir erros nesta etapa, o que já foi experienciado pela unidade e hoje por questões técnicas está suspenso temporariamente.

No quadro 10 é apresentado a análise de risco da etapa “Atendimento Médico”.

Quadro 10 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Atendimento Médico”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Atendimento Médico	Não ser especialista. Pediatria.	Falha de Profissional qualificado.	Falta no mercado	10	10	1	100	Captação de profissionais qualificados.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Na etapa onde o atendimento médico ocorre, o modo de falha encontrado foi o fato do profissional não ser da especialidade pediatria, o que pode acontecer pois, segundo o GT, a equipe de atendimento pediátrico da unidade também conta com profissionais da medicina da família. Segundo o GT, isto causa certo impacto quando a criança atendida é menor, tendo em vista que na unidade atendem-se crianças recém-nascidas até os doze anos, idade limite para atendimento na especialidade de pediatria, adotada na unidade.

Esta falha pode acontecer pela restrição de profissionais pediatras no mercado, o que vêm ocorrendo com frequência, há pelo menos quatro anos; dado pela menor procura pela especialidade e pela escolha de residências específicas, retirando estes profissionais do mercado de pronto atendimento e alocando-os em clínicas e consultórios particulares.

Com risco calculado em 100 (moderado) para esta falha, a única ação é a captação de profissionais na especialidade de pediatria, para maior segurança assistencial, tanto da equipe médica, quanto da equipe de enfermagem.

Na sexta etapa é analisado os modos de falha da “Sala amarela/observação” (Quadro 11).

Quadro 11 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Sala amarela/observação”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Sala Amarela / Observação	Falha na administração de medicação	Falta de revisão a beira do leito	Falta de processo de revisão	10	6	4	240	Revisão a beira do leito
	Manipulação de oxigenioterapia/soroterapia pelo familiar	Ilegibilidade de Prescrição Falta de Orientação	Desatenção Desconhecimen-to	10	6	4	240	Prescrição informatizada Orientação aos familiares

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Para o GT, esta etapa trouxe duas potenciais falhas, uma delas é a falha na administração de medicação pelos profissionais de enfermagem e a outra é os familiares dos pacientes manipularem, sem autorização, a oxigenioterapia ou a soroterapia dos pacientes. Para a primeira falha, a falta de revisão a beira do leito e a ilegibilidade gráfica das prescrições são fatores importantes na ocorrência desta, podendo ser minimizadas com uma rotina de verificação e a informatização das prescrições, que hoje são preenchidas manualmente, dependendo unicamente da legibilidade caligráfica do prescritor.

Para a segunda falha, a disposição da sala é um fator importante, mas sem possibilidade de mudança. A estrutura física da UPA é estabelecida mediante documento legal, via MS. Para minimizar esta falha a sugestão do GT foi a orientação aos familiares das crianças quanto à importância da oxigenioterapia e soroterapia, sendo muitas vezes fatores decisórios para uma alta para casa ou internação hospitalar.

“É muito ruim depender da letra do médico para fazer o nosso trabalho. Não é sempre, mas às vezes precisamos ir atrás deles para saber o que está prescrito.”
(P1)

“As mães muitas vezes mexem ou tiram o oxigênio das crianças porque não aguentam elas chorando, e, também, não sabem o porquê de o tratamento ser assim.” (P5)

Com risco alto para as duas falhas, com 240 pontos, a sugestão é a implementação de uma revisão à beira do leito a fim de identificar o paciente e, ao mesmo tempo, orientar os familiares quanto à importância do tratamento.

Na etapa “Reavaliação”, o quadro 12 analisa o risco.

Quadro 12 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Reavaliação”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Reavaliação	Falha na comunicação entre profissionais médicos	Demora na reavaliação	Falta de uma passagem de plantão registrada Demanda alta de atendimentos	7	7	4	196	Passagem de plantão registrada e efetiva
	Falha na comunicação do laboratório para recoletas	Laboratório não comunicar as recoletas	Falta de rotina para comunicação de recoletas	7	7	4	196	Rotina para comunicação de recoletas

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Nesta etapa, uma das falhas encontradas é a demora nas reavaliações, que pode acontecer por falha na comunicação na passagem de plantão médica - um profissional não passar ao outro os pacientes que aguardam reavaliação - ou a demanda alta de atendimentos, que pode desencadear a priorização no atendimento dos pacientes que estão “chegando” e postergando as reavaliações que já receberam este primeiro atendimento e estão recebendo assistência. Outra falha importante é quando existe a necessidade de coleta de material biológico para o laboratório, pois não existe uma rotina por parte do laboratório para informar com rapidez a necessidade de recoletas.

Esta etapa foi classificada com risco moderado, com 196 pontos, não necessitando de intervenção, conforme os critérios de estudo. O GT sugere a adoção de uma rotina de comunicação mais ágil e efetiva quando existir a necessidade de coleta de material biológico, a fim de melhorar o processo de atendimento e reavaliação dos pacientes.

Para a falha na comunicação na passagem de plantão a adoção de uma passagem de plantão registrada, com os principais dados dos pacientes feita por cada plantonista, sendo passado ao colega que o substitui, minimizando esta falha.

Na próxima etapa foi avaliada a “solicitação de internação” (Quadro 13).

Quadro 13 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Solicitação de internação”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Solicitação de Internação	Preenchimento incorreto do formulário de internação no Aghos ^a	Demora no cadastro	Desatenção no preenchimento Ilegibilidade na caligrafia	1	4	1	4	Preenchimento informatizado

^aSistema de gestão e regulação assistencial e financeira de saúde módulo de regulação ambulatorial de consultas especializada.

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Ao solicitar a internação do paciente, o profissional médico necessita preencher o formulário de internação, com dados importantes acerca desta, tais como: sinais e sintomas, Cadastro Internacional de Doenças (CID), exames realizados, nome completo do paciente, etc. Um efeito potencial para esta falha é o preenchimento incorreto deste documento ou por falta de atenção ou por ilegibilidade na caligrafia do mesmo. Uma sugestão, é salvar este documento em todos os computadores da unidade que as equipes médicas utilizam, para que possa ser preenchido e impresso após, minimizando a não compreensão do documento.

O documento legível é importante, pois o cadastro no sistema informatizado é realizado pelos enfermeiros da unidade. Os dados são inseridos no sistema municipal AGHOS a fim de então, aguardar a liberação de um leito para o paciente, através da central de leitos do município.

Com a classificação de risco de 4 pontos, o mesmo é considerado baixo, não seria necessária uma intervenção, já que o documento salvo nos computadores já é uma ação em andamento na unidade.

“Acontece muito raramente de não entendermos o que está escrito, quando acontece a gente vai até o médico imediatamente para resolver” (P3)

A próxima etapa analisa o modo de falha “Enfermeiro cadastra paciente no sistema Aghos” (Quadro 14).

Quadro 14 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Enfermeiro cadastra paciente no sistema Aghos”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Enfermeiro cadastra paciente no Sistema Aghos	Preenchimento incorreto	Liberação de leito errado	Desatenção no preenchimento do formulário	9	2	4	72	Atenção no preenchimento do formulário Revisão da solicitação

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Como citado na etapa anterior, o cadastro no sistema Aghos é realizado pelo enfermeiro e para esta etapa, uma das possíveis falhas, é o preenchimento errado de algum item no sistema, tendo com causa potencial a desatenção, já que o documento preenchido pelo médico tem de estar completo e legível quando chegar ao enfermeiro. Como efeito potencial a liberação de um leito errado pode acontecer, ocasionando uma espera maior pelo paciente, devido às circunstâncias de demanda e oferta de leitos de retaguarda. Neste caso, atenção ao registrar os dados no sistema são fundamentais para o enfermeiro que realiza o cadastro, segundo o GT, podendo revisar o cadastro antes de liberá-lo à central de leitos do município.

A etapa recebeu risco baixo com 72 pontos, não evidenciando uma intervenção imediata por parte do GT.

“O enfermeiro tem de preencher com calma e atenção. Se escolher um item errado no sistema, pode acontecer de darem um leito errado e aí demoramos mais para ter o leito correto para a criança que espera na UPA.” (P6)

Na etapa “UPA aguarda disponibilidade do leito” a análise é apresentada no quadro 15.

Quadro 15 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “UPA aguarda disponibilidade do leito”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
UPA aguarda leito	Piora do quadro do paciente	Risco de vida	Demora na liberação de leito	10	3	4	120	Revisão ao completar 24hs do último cadastro no sistema
	Recadastramento após 24hs	Demora no tratamento	Demora de leito	7	10	4	280	

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Ao avaliar esta etapa, o GT discutiu sobre as possíveis falhas e foram encontradas duas importantes: a piora do quadro clínico do paciente, enquanto aguarda leito na UPA e a necessidade de recadastramento do mesmo no sistema da central de leitos após 24hs na unidade.

A piora do paciente pode acontecer tendo em vista os recursos limitados disponíveis na UPA e por muitas vezes a oferta de leitos que não supre as necessidades do município. Para estas ocasiões existem dois recursos: a necessidade de leito de UTI Pediátrica para o paciente ou, a necessidade de uma assistência de emergência com mais recursos. Para a necessidade de UTI Pediátrica é necessário mudar o item de caracterização de leito solicitado no Aghos e, para uma assistência de emergência, com mais recursos, o contato com a instituição de referência no município, o Hospital Pronto Socorro de Canoas (HPSC).

Para o recadastramento, não existe outra opção senão realizá-lo, conforme normativa e portaria que discorre sobre normas de funcionamento das UPAs, o paciente pode permanecer na mesma até 24hs, pois a unidade não tem caracterização para manter pacientes internados e a permanência de quaisquer pacientes por mais de 24hs caracteriza uma internação, gerando ressarcimento sobre a mesma. No caso da UPA, as portarias são claras em estabelecer o prazo máximo de permanência destes pacientes e, assim, transferir o paciente para as instituições de referência. Por muitas vezes, as instituições de referência não conseguem ofertar em tempo hábil os leitos necessários, fazendo com que o paciente permaneça por mais tempo na UPA e, conseqüentemente, necessitando de seu recadastramento no sistema, quando há necessidade de leito para este.

A falha de piora do quadro clínico recebeu 120 pontos, sendo classificada com risco moderado. Para a falha de recadastramento no Aghos, a pontuação foi de 280, classificada como risco alto, tendo como plano de ação a revisão a cada 24hs do último cadastro no sistema, a fim de minimizar os efeitos causados pela demora neste processo.

“É importante que cada enfermeiro fique atento quando fecharem as 24hs para recadastrar a criança e não perder tempo. Todos os colegas deveriam cuidar disso.”
(P2)

“Já que não tem uma forma de sinalizar no computador, a gente poderia colocar na passagem de plantão, seria uma forma de não se perder e todos saberem.” (P6)

“Mas todos tem que ficar atentos, não adianta só uns fazerem e outros não darem a devida importância pra isso” (P5)

A etapa a seguir analisa os modos de falhas e efeito em relação ao “Leito liberado para UPA” (Quadro 16).

Quadro 16 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Leito liberado para UPA”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Leito liberado para UPA	Leito incorreto	Demora de leito	Falha no cadastro	7	3	4	84	Atenção no cadastro e revisão

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Para esta etapa, o GT discutiu a falha do leito liberado estar incorreto, o que ocasionaria a demora na disponibilidade do correto, causada potencialmente por um cadastro errado na unidade. Sendo classificado como baixo risco, com 84 pontos, esta falha não necessita de uma ação direta, mas foi colocada novamente a sugestão de maior atenção no preenchimento do cadastro e uma revisão antes da liberação da solicitação no sistema da central de leitos do município.

A etapa “Médico da UPA faz contato com médico do HU” (Quadro 17) é analisada a seguir.

Quadro 17 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Médico da UPA faz contato com médico do HU”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Médico da UPA faz contato com médico do HU	Não encontrar o médico	Atraso na transferência	Intercorrência na UI	9	6	1	54	Localização através de telefone corporativo
	Não aceitar transferência	Ultrapassar o horário de transferência	Não preencher critérios de UI					Formulário com critérios de unidade de internação
		Permanência na UPA	Ultrapassar o horário de aceite no HU					

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Duas falhas acarretam efeitos potenciais significativos ao processo de transferência dos pacientes nesta etapa. O primeiro a ser discutido foi a dificuldade de encontrar o médico do serviço de referência para passar o caso do paciente a ser transferido. Por vezes há a necessidade de contato com o plantão administrativo da instituição para, então, localizar o médico que receberá a criança. Isto implica diretamente no tempo de espera do paciente na unidade de origem e até na transferência para o dia seguinte, se ultrapassar o horário de recebimento na instituição de destino.

A segunda falha a ser discutida pelo GT foi o médico da instituição de origem não aceitar o paciente naquele momento ou por causa do horário de recebimento (até as 22hs) ou pelas

condições clínicas do paciente. Foi sugerido no GT a inserção de um formulário com critérios de aceitação destes pacientes nas unidades de internação (UI) pediátrica, disponibilizado para a UPA, sendo preenchidos no momento de liberação do leito. Caso o paciente não tenha os critérios de aceitação na UI pediátrica, a UPA já poderia manejar o paciente de outra forma, ou até mesmo transferi-lo para outro local de acordo com as condições clínicas da criança.

O documento sugerido foi disponibilizado pelas profissionais assistenciais do HU e será colocado como sugestão de uso na UPA. Será realizado um pré-teste para posterior avaliação de sua efetividade dentro deste processo.

Nesta etapa as duas falhas receberam a classificação de risco baixo, com 54 pontos, devendo serem avaliadas posteriormente após ao teste do novo documento de transferência pediátrica.

“Na UI pediátrica usamos este documento que é como um checklist. Seria muito bom vocês utilizarem na UPA, porque se a criança não se encaixar ali, vocês já sabem que aqui o médico não vai aceitar.” (P1)

A etapa a seguir é analisada pelo GT como mostra o quadro 18.

Quadro 18 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Enfermeiro UPA faz contato com enfermeiro do andar do HU”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Enfermeiro da UPA faz contato com enfermeiro do HU	Não encontrar o enfermeiro	Atraso na transferência	Demanda na UI	7	7	1	49	Uso de telefone corporativo

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Na etapa onde existe o contato entre enfermeiros para passagem do caso do paciente existe o fato da dificuldade de encontrar o enfermeiro da UI pediátrica. Foi colocado no GT que por vezes, especialmente à noite e finais de semana, os enfermeiros do HU assumem uma unidade inteira, até duas, o que dificulta encontrá-lo em uma unidade específica para passagem do caso. Assim como no caso médico, por vezes é necessário o contato com o plantão administrativo para então conseguir falar com o enfermeiro da UI.

“À noite é bem complicado, a gente acaba ligando direto para o plantão administrativo para conseguir falar com o enfermeiro.” (3)

“Como eles ficam sozinhos na unidade, é difícil encontrar o enfermeiro no posto de enfermagem.” (4)

Nesta etapa o risco foi baixo, com 49 pontos, não obtendo critérios para uma ação corretiva, mas sugerido no GT um celular corporativo para cada unidade de internação, passado entre os enfermeiros, na passagem de plantão, a fim de facilitar a comunicação externa.

O quadro 19 analisa o modo de falha “Enfermeiro da UPA solicita a remoção”.

Quadro 19 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “Enfermeiro da UPA solicita a remoção”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
Enfermeiro UPA solicita remoção	Demora na chegada da remoção	Atraso na transferência	Demanda elevada de remoções	9	7	1	63	Avaliação de outros serviços terceirizados

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Nesta etapa uma falha importante discutida foi a demora na chegada do serviço de remoção, que é terceirizado pela unidade. Permeiam como causas potenciais para esta falha a demanda elevada de remoções que a empresa realiza e talvez a frota em número que não consegue mais atender à necessidade dos contratantes. Como efeito potencial único, e por vezes decisório, está o atraso na transferência dos pacientes, ocasionando a necessidade de manejo, tanto do paciente, quanto de seus familiares, dada a expectativa da transferência para o leito de UI.

“Por vezes eles estão com todos carros de remoção na rua e à gente só resta esperar...” (P2)

“Difícil é manter a mãe ou o pai calmos, muitas vezes eles nos perguntam se não podem eles mesmos levar a criança para o HU.” (P3)

Com risco baixo e pontuação de 63, a etapa não demanda uma ação corretiva, ficando a cargo da contratante a avaliação de outros serviços que atendam às suas necessidades e do município, conforme previsões contratual.

A seguir é identificado os modos de falhas e efeitos na etapa “UPA aguarda transporte”. (Quadro 20).

Quadro 20 - Análise dos modos de falhas e efeitos no processo de transferência de pacientes pediátricos da etapa “UPA aguarda transporte”

ETAPA	MODOS DE FALHA	EFEITOS POTENCIAIS	CAUSAS POTENCIAIS	G	O	D	R	AÇÕES
UPA aguarda remoção	Equipe de remoção não aceitar realizar a transferência	Permanência do paciente na UPA	Demora na remoção	9	4	1	36	Avaliação de outros serviços terceirizados

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Na etapa final do processo de transferência está a finalização do mesmo com a espera pelo serviço de remoção do paciente para UI, tendo apresentado ao GT como falha a não aceitação da equipe de remoção na transferência da criança. Ao chegar para remoção, a equipe avalia o paciente e analisa se é seguro levá-la ou não, tendo em vista que a equipe para remoção é básica, contando apenas com um condutor e um técnico de enfermagem. Como efeito potencial o paciente permanecerá mais tempo na UPA aguardando sua estabilidade para remoção ou sua remoção para uma unidade de maior complexidade assistencial.

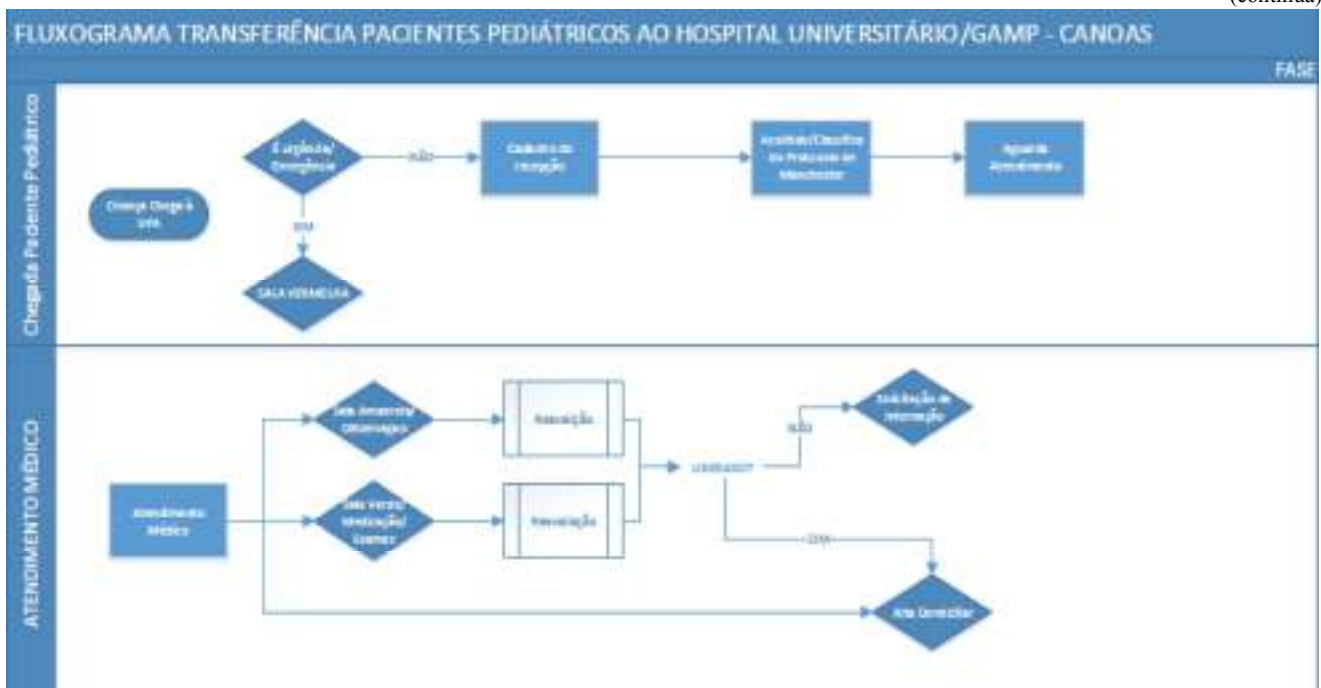
Como causa para este efeito podemos considerar a própria demora na chegada do serviço de remoção, o que pode agravar o quadro do paciente não permitindo sua transferência com uma equipe de remoção básica. Como classificada num risco baixo, com 36 pontos, esta falha não demanda uma ação corretiva.

4.2 REMODELANDO O FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

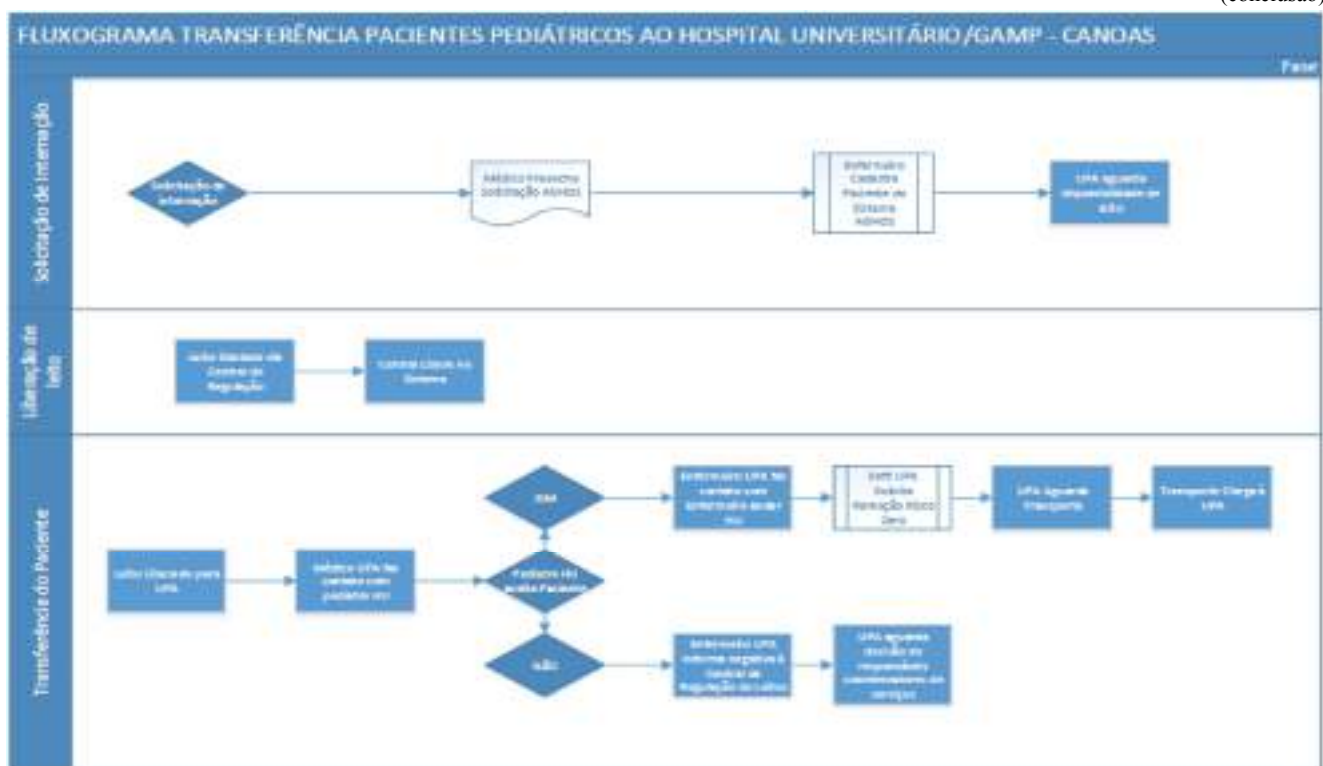
Após as análises realizadas nos encontros do GT, o fluxograma inicial (Figura 3) foi exposto novamente e analisado para então oportunizar a construção de um novo fluxograma, adequado à realidade da unidade (Figura 5).

Figura 5 – Fluxograma (revisado) de Transferência Pacientes Pediátricos ao Hospital Universitário/Grupo de Apoio a Medicina Preventiva – Canoas

(continua)



(conclusão)



Fonte: dados da pesquisa (2018).

Abaixo os itens que foram excluídos e incluídos do fluxograma inicial e os motivos pelos quais os mesmos foram retirados ou incluídos, conforme avaliação do GT (Quadro 21):

Quadro 21 – Etapas do fluxograma retirados ou incluídos e seus motivos

ETAPAS EXCLUÍDAS	
Item	Motivo
Retirar senha no totem	O sistema informatizado não está sendo utilizado na unidade
Enfermeiro comunica via telefone central de regulação de leitos do município	Não se aplica à rotina realizada hoje na unidade.
Leito Liberado via central de regulação de leitos	Os leitos não são liberados em tempo real no sistema Aghos.
Central de leitos libera no sistema e por telefone à UPA	Os leitos não são liberados em tempo real no sistema Aghos.
ETAPAS INCLUÍDAS	
Item	Motivo
Cadastro na recepção	Hoje a primeira entrada do paciente acontece na abertura do boletim de atendimento, com seu cadastro.
Enfermeiro cadastra paciente no sistema Aghos	A rotina é cadastrar o paciente e aguardar o retorno da central de leitos.
Leito liberado para UPA	A rotina é comunicar via telefone a liberação do leito antes da liberação no sistema.
Leito liberado para UPA	A rotina é comunicar via telefone a liberação do leito antes da liberação no sistema.

Fonte: elaborado pela pesquisadora (2018).

5 APLICABILIDADE DO PRODUTO

A rotina da unidade já recebeu equipamentos como melhoria para os processos assistenciais pediátricos, a fim de qualificar e ofertar segurança ao paciente e às equipes que prestam atendimento a eles.

Para os participantes do GT, as maiores perspectivas estão acerca da educação continuada com treinamentos aos enfermeiros, quanto ao protocolo de classificação de risco como respaldo à otimização da assistência e ao retorno do sistema informatizado na unidade. Para estes uma das maiores contribuições assistenciais à unidade foi um processo informatizado, trazendo segurança aos pacientes desde sua entrada até sua alta ou transferência à unidade de referência.

A proposta inicial é levar o trabalho aos responsáveis pelo gerenciamento da unidade e da prefeitura municipal e traçar um plano estratégico para melhorar os processos dentro das possibilidades e expectativas da equipe e trabalhar no retorno do sistema informatizado como meta principal.

Uma limitação importante é a pouca heterogeneidade dos participantes do grupo, o que poderia ser enriquecida com os demais profissionais que fazem parte do fluxograma, tais como os integrantes da recepção e técnicos de enfermagem. Ou ponto é que a própria pesquisadora fez parte do grupo de trabalho, trazendo o ponto de vista tanto do lado da funcionária, quanto da autora deste processo.

As evidências positivas da aplicabilidade da metodologia FMEA nesta intervenção estão descritas nos resultados, sendo aplicado a fim de avaliar as falhas e seus efeitos no fluxo de transferência dos pacientes pediátricos, que são atendidos na rede de atenção primária no município de Canoas, com a intenção de minimizar os riscos assistenciais classificados em moderados e de alto risco.

Uma das primeiras avaliações diz respeito à entrada do paciente na unidade ocorrer de forma insegura para equipe de enfermagem. Todos foram unânimes em colocar que o primeiro contato do paciente na unidade deveria ser na classificação de risco, com o enfermeiro, como ocorria quando a unidade trabalhava com sistema informatizado, reduzindo significativamente os riscos assistenciais principalmente para o paciente, trazendo respaldo aos enfermeiros no que tange o Protocolo de Manchester, utilizado na unidade.

A contratação de profissionais qualificados para aplicação do protocolo de classificação de risco também se fez presente no GT. Como meio de aperfeiçoamento para esta colocação foi sugerida a implementação de treinamentos periódicos sobre o Protocolo de Manchester para os

enfermeiros, já que são eles os aplicadores deste. O treinamento contínuo traria maior segurança na aplicação do protocolo e, ao paciente atendido na unidade, além do respaldo acerca do atendimento e gravidade do mesmo.

Uma das contribuições para da metodologia é o documento com preenchimento de critérios para a transferência dos pacientes para a UI, material que poderá contribuir significativamente na avaliação do paciente antes de encaminhá-lo à UI se este não estiver bem para tal. A sugestão é aplicar o documento na chegada do serviço de remoção para que se tenha um parâmetro registrado das condições reais do paciente neste momento (Figura 6).

Figura 6 – Documento para transferências de pacientes pediátricos preenchido pelo enfermeiro

NOTA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

NOME: _____ DN: ____/____/____ IDADE: _____

SEXO: () M () F RESP: _____ FONE: () _____

UNIDADE DE ORIGEM: _____ DATA ENTRADA: ____/____/____

UNIDADE DE DESTINO: _____ DATA TRANSF: ____/____/____

DOENÇA ATUAL: _____

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES: _____

SV NO	FC	FR	TA	SAT	TAX	HGT
MOMENTO DA TRANSF						

Sensório: () Alerta () Sonolento () Comatoso

() Confuso () Torporoso

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Fotorreagentes

() Mióticas () Midrícticas

Dieta: () VO () SNE/SNG () NPO

Ap Respiratório: () Simétrico () Assimétrico

Retração: () Subesternal () TSC () TIC () TF () BAN

Ausulta: () MVUD () Sibilos () Crepitanes

() Roncos

Ventilação: () AA () ON () MH () MV () TQT () VM

_____ lt _____ lt _____ lt _____ lt

Mado: _____

FiO2: _____

Peep: _____

Abdomem: () Normotenso () Tenso/Distendido () Globoso

Eliminações: Diurese () ESP () SVD () CLARA () CONC () HEMAT

Evacuação () Normal () Liq () Pastosa () Cost

Ap Vascular: () Pulso Regular () Pulso Irregular

Acesso Venoso: () Periférico () Central

Em uso de Broncodilatador ?	Sim	Não	Intervalo entre doses

Preenche Critérios de UI? () Sim () Não

Médico que recebeu o paciente: _____

Hora Saída Unid Origem: ____ : ____

Enfº Resp: _____

Fonte: dados da pesquisa (2018).

A proposta agora é levar aos representantes do município e ao gestor da unidade o trabalho do GT com as sugestões de melhorias, adequá-las às necessidades da unidade e da população, a fim de elevar a qualidade assistencial de forma segura e contextualizada.

REFERÊNCIAS

1. Souza MC, Araújo TM, Júnio JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre fisioterapia. *O mundo da Saúde*;2012;36(3):452-60.
2. Pacífico JV, Ferreira ML, Souza LCSL. A integralidade e o sistema de referência e contrarreferência no SUS: uma revisão de literatura. 17º SENPE: O Clássico e o Emergente: Desafios da Pesquisa; 2013 Jul 3-5;1(1), Natal, RN: ABEn; 2013, p. 01681-2.
3. Ministério da Saúde. Regulação Hospitalar. Brasília (DF); 2013.
4. Ministério da Saúde. Média e Alta complexidade. Brasília (DF); 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade. Brasília (DF); jan. 2013. 84 p.
6. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília (DF): Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p
7. Lei orgânica da saúde (Lei Lei 8.080/1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
8. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no programa saúde da família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Nov;15(Suppl 3):3579-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>.
9. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7º ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
10. Zorzan F, Dorneles L, Servat ME, Pereira EO, Polacinski E. FMEA: Orientações conceituais para aplicação de uma ferramenta de antecipação de falhas. In: 3ª Semana Internacional de Engenharias da FAHOR; 2013 Out 16-18, Horizontina/RS, 2013.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
12. Secretaria Municipal de Saúde. Indicadores Gerenciais da Unidade de Pronto Atendimento Carlos Loureno Giacomazzi. Canoas, 2017.

13. Prefeitura Municipal de Canoas [Internet]. Canoas: Prefeitura Municipal de Canoas [atualizada em 2018; acesso em 2017 Mai 12]. Prefeitura de Canoas; [1 tela] Disponível em: <http://canoas.rs.gov.br/site/home/pagina/idDep/17/id/130>.
14. Palady P. FMEA: análise dos modos de falhas e efeitos: prevendo e prevenindo problemas antes que ocorram. 3º ed. São Paulo: Instituto IMAM; 2004, p. 20-22.
15. Moraes CS, Rabin EG, Viégas K. Avaliação do processo de cuidado com órteses, próteses e materiais especiais. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 May;71(3):1099-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0031>.
16. Sakurada EY. As técnicas de Análise do Modos de Falhas e seus Efeitos e Análise da Árvore de Falhas no desenvolvimento e na avaliação de produtos. Florianópolis: Eng. Mecânica, Universidade Federal de Santa Catarina [Dissertação]; 2001.
17. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Portaria N°1.559 (Ago 01, 2008).
18. Costa RS, Jardim GM. Os cinco passos do pensamento enxuto Net [Internet]. Rio de Janeiro, 2010 [acesso em 20 Nov 2017]. Disponível em: <http://www.trilhaprojetos.com.br>
19. Toledo JC. Qualidade: gestão e métodos. São Paulo, LTC, 2012.
20. Derosier JPE, Stalhandske ECSP, Bagian JP, Nudell T. “Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety’s Prospective Risk Analysis System.” The Joint Commission Journal on Quality Improvement Volume 27 Number 5:248-267, 2002.
21. Stamatis D. Failure Mode and Effect Analysis: FMEA from Theory to Execution. American Society for Quality, 2003.
22. Derosier JPE, Stalhandske ECSP, Bagian JP, Nudell T. “Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety’s Prospective Risk Analysis System.” The Joint Commission Journal on Quality Improvement Volume 27 Number 5:248-267, 2002.
23. Rotondaro RG. SFMEA: Análise do Efeito e Modo da Falha em Serviços – aplicando técnicas de prevenção na melhoria de serviços. Revista Produção v. 12 n. 2 2002.
24. Santos MC, Rabin EG, Viégas K. Avaliação do processo de cuidado com órteses, próteses e materiais especiais. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 Mai;71(3):1099-1105. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0031>.
25. ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 5462: Confiabilidade e manutenibilidade. Porto Alegre: ABNT, 1994.

26. Caixeiro FTO. Aplicação do método análise dos modos de falha e seus efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2011.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
28. Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. RAS, v. 15, n. 60, p. 1-5, 2013.
29. Laurenti R, Rozenfeld H, Franiek EK. Avaliação da aplicação dos métodos FMEA e DRBFM no processo de desenvolvimento de produtos em uma empresa de autopeças. Gestão & Produção, v. 19, n. 4, p. 841-55, 2012.

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DE POLÍTICA DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE CANOAS PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



TERMO DE APROVAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Canoas, através do NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva, vem por este termo manifestar **APROVAÇÃO** para realização de pesquisa do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, de JANAÍNA BARRETO SAUER sob o título :

“ Avaliação de Falhas e Efeitos do Fluxo de Transferência dos Pacientes Pediátricos da Rede de Atenção Primária do Município de Canoas/RS”

Estamos cientes de que, para execução, serão utilizadas as dependências da UPA Guajuviras e a pesquisadora não interferirá no fluxo normal do serviço, também serão aplicados questionários previamente apresentados e aprovados pelo NUMESC.

A coleta de dados só terá início após a aprovação do Comitê de Ética conforme diretrizes e normas da Resolução CNS nº 466/12.

Canoas, 30 de junho de 2017.


SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CANOAS
Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
NUMESC

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE FALHAS E EFEITOS DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CANOAS

Pesquisador: Karin Viegas

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80482517.2.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.467.157

Apresentação do Projeto:

Um dos mecanismos de comunicação e articulação na rede de serviços de saúde é a Referência e Contrarreferência (RCR), com encaminhamento do usuário para os diferentes níveis de complexidade dentro da rede, para a resolução de suas necessidades. Para que este direcionamento ocorra, existem fluxos a serem seguidos, atendendo demandas, desde a Unidade Básica de Saúde (UBS), até a internação hospitalar e demais serviços especializados.

No município de Canoas, a regulação de leitos para transferência de pacientes pediátricos é referenciada para um único hospital, demandando uma oferta menor que a procura e seguindo os fluxos que não sofrem atualização contínua e não tem a participação dos integrantes do processo. Desta maneira, se faz necessária uma avaliação dos fluxos e processos de transferências de pacientes pediátricos da rede de serviços à saúde, visando a melhoria dos processos e a satisfação dos usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar falhas e efeitos no fluxo de transferência de pacientes pediátricos da rede de Atenção Primária do município de Canoas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

"Riscos:

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.060-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.467.157

Os riscos são considerados mínimos, pois o tempo dispendido para as reuniões será de no máximo duas horas, sendo que em nenhum momento qualquer participante será prejudicado e terá de substituir este horário por participar das reuniões. Qualquer funcionário que se considerar constrangido por participar das reuniões, pois será discutido o fluxo de atendimento pediátrico da rede municipal, pode se retirar, sem que seja prejudicado ou sofra qualquer penalidade. E qualquer risco, desde que comprovadamente seja desta pesquisa, será ressarcido pelos pesquisadores.

Benefícios:

Os benefícios deste trabalho serão revertidos a todos os usuários (internos e externos) que utilizam o processo de transferência de pacientes pediátricos na rede de saúde de Canoas. E, evitar que ocorram falhas no processo do fluxo de transferência de pacientes pediátricos, por meio de análise das potenciais falhas, além de propor ações de melhoria para o serviço de atenção primária do município de Canoas.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto para mestrado em Enfermagem em um dos programas da UFCSPA.

Projeto apresenta tema atual e relevante para a academia e comunidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados adequadamente.

Recomendações:

O autor enviou carta resposta respondendo adequadamente os apontamentos do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data de início da coleta: 05/02/2018

Data de encerramento do projeto: 31/07/2018

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	21/12/2017		Aceito

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 91.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.407.157

Básicas do Projeto	ETO_977474.pdf	18:27:27		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	21/12/2017 18:27:10	Karin Viegas	Aceito
Outros	anuencia.pdf	21/12/2017 18:25:10	Karin Viegas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/12/2017 18:06:15	Karin Viegas	Aceito
Outros	termo_entrega_relatorio.doc	21/12/2017 16:36:48	Karin Viegas	Aceito
Outros	Lattes_Janaina.pdf	21/12/2017 16:30:56	Karin Viegas	Aceito
Outros	Lattes_Karin.pdf	21/12/2017 16:29:53	Karin Viegas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_atual.pdf	21/12/2017 16:29:29	Karin Viegas	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	25/08/2017 18:50:18	Karin Viegas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Janeiro de 2018

**Assinado por:
ELIANE DALLEGRAVE
(Coordenador)**

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 91.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: AVALIAÇÃO DE FALHAS E EFEITOS DO FLUXO DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE CANOAS

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa para avaliação de falhas e efeitos do fluxo de transferência dos pacientes pediátricos da rede de atenção primária do município de Canoas, a qual será conduzida pela mestrandia Janaína Sauer, sob a orientação da Prof^a Dr^a Karin Viegas (UFCSPA). Ao participar deste estudo você participará de um grupo de trabalho utilizando a ferramenta de Análise de Modo de Falhas e Efeitos. Este grupo se reunirá para revisar os fluxos de transferência de pacientes pediátricos em períodos de aproximadamente uma hora de duração com agendamento prévio e dentro do horário de trabalho dos participantes. Serão no mínimo 5 e no máximo 10 encontros.

Sua participação é voluntária e não terá remuneração por participar dos encontros. Se desejar, pode se recusar a participar sem penalidades ou prejuízos pessoais. Sua participação será sigilosa e em nenhum momento seu nome será revelado. A interrupção de sua participação deverá ocorrer mediante a substituição por outro profissional, indicado ou não e que atenda aos critérios de seleção da pesquisa (pertencer a uma das áreas de articulação no processo de transferência de pacientes pediátricos na rede de atenção à saúde do município). Se aceitar participar, você estará contribuindo para o incremento do conhecimento científico sobre o tema abordado, trazendo benefícios para os usuários da rede de saúde de Canoas.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, pois apenas ocupará uma hora de seu tempo, que será programado com antecedência.

Todas as informações e resultados da pesquisa serão exclusivamente destinados para fins científicos, tais como relatórios de pesquisa e publicações especializadas. Os dados da pesquisa serão mantidos por cinco anos pela pesquisadora responsável, mestrandia Janaína Sauer. Após este período serão apagados.

Ao assinar o presente Termo de Consentimento você declara que autoriza a sua participação no projeto de pesquisa e que seus dados coletados serão para fins científicos. Ao clicar no botão **‘Aceito Participar da Pesquisa’** você estará assinando virtualmente o presente Termo de Consentimento. Caso queira, você poderá imprimir uma via deste termo. Neste você declara que autoriza a sua participação no projeto de pesquisa e que os dados coletados serão para fins científicos. Também declara de que foi informado dos objetivos e dos procedimentos desta pesquisa de forma clara e detalhada e que foi esclarecido do fato de que sua participação não acarretará nenhum prejuízo para a sua situação profissional e pessoal.



Aceito participar da pesquisa



Não aceito participar da pesquisa

ENVIAR