

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) CÉSAR AURÉLIO SERRA

OS PROGRAMAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM).

Cirurgia Segura na MB.

Rio de Janeiro

2016

CMG (Md) CÉSAR AURÉLIO SERRA

OS PROGRAMAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA (SSM).

Cirurgia segura na MB.

Tese apresentada à Escola de Guerra Naval, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (RM1-Md) Wilson Alves Pariz

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2016

*Este trabalho é dedicado à memória do
CMG (RM1-Md) Ralph Torreão de Andrade,
amigo e cirurgião exemplar, com quem muito
aprendi; e aos usuários do Sistema de Saúde
da Marinha, que ao depositarem suas vidas e
esperanças em nossas mãos, engrandecem o
Corpo de Saúde da Marinha.*

“Primum non nocere.”

Hipócrates

RESUMO

Cirurgia segura é parte integrante de um tema complexo e desafiador, conhecido pela denominação “assistência segura” ou “segurança do paciente”. Esse assunto, por sua vez, atrai diversos segmentos de interessados, entre profissionais diretamente envolvidos na atividade assistencial de saúde; gestores hospitalares e de saúde pública; e os pacientes, que dela dependem, algumas vezes como recurso único, para sobrevivência ou alcance de melhor qualidade de vida. O argumento ganhou maior destaque no início deste século, a partir de um relatório intitulado “Errar é Humano”, elaborado por um importante grupo de pesquisadores de saúde nos Estados Unidos da América, que revelou, com base em revisões retrospectivas de prontuários, que um alarmante número de pacientes submetidos a cuidados de saúde naquele país havia sofrido danos, chamados de “eventos adversos”, provocados não pela doença que motivara sua internação hospitalar, mas pela assistência de saúde prestada. Uma elevada taxa de mortalidade foi associada à ocorrência dessas falhas relacionadas à prestação de cuidados de saúde. Outro grave prejuízo associado aos eventos adversos demonstrados decorreu dos custos por eles gerados, seja pela dilatação do tempo de internação hospitalar, pelo tratamento de doenças e incapacidades resultantes, ou pelas questões litigiosas originadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), entendendo a gravidade do assunto, iniciou uma campanha voltada ao desenvolvimento de estratégias sistematizadas para identificação e prevenção de falhas nos processos de prestação de atenção à saúde e mitigação dos danos provocados ao paciente. No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu o marco regulatório sobre segurança do paciente no ano de 2013, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril, complementada no mesmo ano pela Resolução nº 36, da ANVISA. A Marinha do Brasil (MB) cumpre o preconizado por ambas. O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) oferece assistência a mais de 340.000 usuários. A cada ano, mais de 10.000 cirurgias são realizadas nas dependências de suas Organizações Militares Hospitalares (OMH), o que configura um potencial elevado para a ocorrência de eventos adversos, considerando-se que o erro é inerente a todos os processos que envolvam o fator humano. Com uma centenária e sólida cultura de segurança operacional e prevenção de acidentes aeronáuticos, a Aviação Naval da Marinha pode ser considerada um campo vasto de oportunidades para o aperfeiçoamento das medidas de elevação no grau de segurança dos procedimentos cirúrgicos realizados no âmbito da MB. Por meio do aproveitamento de seus conceitos, podem-se reduzir e mitigar danos decorrentes de eventos adversos relacionados às cirurgias, e contribuir, desse modo, para o aprimoramento do SSM.

Palavras-chave: Cirurgia segura; assistência segura; segurança do paciente.

ABSTRACT

Safe surgery integrates a complex and challenging theme known as “safe health care” or “patient safety”. On its turn, the theme arouses interest to those directly concerned with health assistance activities, hospital and public health management, as well as those patients relying on that procedure, which might account for their survival or better quality of life. The argument was enhanced at the turn of the twenty-first century, with a report entitled “To Err Is Human”, released by an important health research team in the USA. Based on retrospective reviews of patients’ records, it asserted that an alarming number of patients undergoing health care had been harmed by the so-called “adverse events”, resulting from the health assistance received, and not from the disease motivating their stay in hospital. High death rates were associated to those health care-related failures. An additional serious loss associated to adverse events stemmed from the costs they generated, whether by extended hospital stay, or by both treatment and resulting incapacities, or even by incoming litigious issues. In face of the serious concern with the theme, the World Health Organization (WHO) started a campaign enhancing the development of systematic strategies to identify and prevent failures along processes of health attention and mitigation of harms to the patient. In Brazil, the Health Ministry set up the regulating mark on patient safety in 2013 by means of Ministerial Ordinance no. 529 of April the 1st, complemented by Resolution no. 36, by the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA). The Brazilian Navy (BN) attends to the provisions in both. The Navy Health System (NHS) provides assistance to over 340,000 users. Over 10,000 surgeries are performed within the premises of Hospital Military Organizations (HMO), a high potential figure to adverse events in view of the fact the errors are inherent to all processes involving human factors. With a sound centennial culture in operational safety and accident prevention, the Brazilian Naval Aviation can be regarded as a broad realm of opportunities to improve safety rates in surgeries within the BN. By means of lending away its conceptual framework, it may ensure reduction and mitigation of harms resulting from adverse events in surgeries, and may therefore help the improvement of the NHS.

Keywords: Safe surgery; safe health care; patient safety.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 —	Pintura (1882): primeira demonstração de anestesia cirúrgica	13
Figura 2 —	Organograma do Sistema de Saúde da Marinha	22
Figura 3 —	Fluxograma de informações dos Programas de Saúde da Marinha	24
Figura 4 —	Esquema Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente	35
Figura 5 —	Estratégias de Gerenciamento de Segurança e suas ferramentas	44
Figura 6 —	O acidente organizacional e as ações para evita-lo	46
Figura 7 —	Representação do Modelo de Reason	47
Figura 8 —	Fluxograma do Processo de Gerenciamento do Risco Operacional	49
Gráfico 1 —	Ocorrências Aeronáuticas entre 2006 e 2015	52
Gráfico 2 —	Taxa de Acidentes por 100.000 HV a cada 5 anos	53
Gráfico 3 —	Taxa anual de Incidentes Aeronáuticos por 10.000HV	53
Gráfico 4 —	Taxa anual de Ocorrências de Solo por 10.000HV	54
Gráfico 5 —	Fatores Contribuintes de Ocorrências Aeronáuticas 2011-2015.....	54
Gráfico 6 —	Fator Operacional 2011-2015	55
Gráfico 7 —	Fator Humano – Aspecto Psicológico 2011-2015	55
Gráfico 8 —	Número de RelPrev por cem horas de voo, no âmbito da MB.....	56
Quadro 1 —	As definições dos atributos da qualidade / IOM	27
Quadro 2 —	Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica	29
Quadro 3 —	Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS.....	31
Quadro 4 —	Objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente	32

Quadro 5 — Características principais de um sistema de reporte efetivo	45
Quadro 6 — Informações consolidadas da Aviação Naval no decênio 2006-2015.....	52
Quadro 7 — Plano de ação para melhora do nível de segurança em cirurgia	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CMAM	Centro Médico Assistencial da Marinha
DSM	Diretoria de Saúde da Marinha
GM	Gabinete do Ministro
GRO	Gerenciamento do Risco Operacional
HNMD	Hospital Naval Marcílio Dias
ICPS	Classificação Internacional para Segurança do Paciente
MB	Marinha do Brasil
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMH	Organização militar hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OTE	Órgão Técnico de Execução
PPAA	Programa de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSM	Programas de Saúde da Marinha
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SIPAAerM	Serviço de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos da Marinha
SGSO	Sistema de Gerenciamento de Segurança Operacional
SSM	Sistema de Saúde da Marinha
VSA	Vistoria de Segurança de Aviação
WAPS	“World Alliance for Patient Safety”
WHO	“World Health Organization”

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	DEFINIÇÕES E CONCEITOS.....	15
	2.1 COMENTÁRIOS	20
3	O SISTEMA E OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA.....	22
4	CIRURGIA SEGURA.....	25
	4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	25
	4.2 NO MUNDO.....	27
	4.3 NO BRASIL.....	32
	4.4 NA MB.....	37
5	SEGURANÇA DE AVIAÇÃO NA MB.....	41
6	SIMULADORES EM MEDICINA.....	57
7	DISCUSSÃO	59
8	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS.....	65
	ANEXO A	67

1 INTRODUÇÃO

O debate sobre assistência segura, tema que na última década vem ocupando espaços cada vez maiores em fóruns, científicos ou não, por todo o mundo, movimentou diversos segmentos de interessados. Dentre esses, médicos e outros profissionais da saúde; pacientes; governantes e gestores de saúde pública; administradores de instituições hospitalares ou securitárias; advogados; e a população em geral, ainda que por ângulos diferentes, enxergam com grande preocupação os riscos envolvidos na prestação dos serviços de saúde, dos quais todas as pessoas, em algum momento de suas vidas, necessitam.

Como em outras áreas do conhecimento, as atividades de saúde estão sujeitas a falhas em seus processos, provocadas ou não pelo ser humano, por ações ou omissões, bem como por causas alheias à sua participação, como nos casos de pane ou defeito inesperado em equipamentos. O entendimento de que equipamentos e pessoas sofrem influências ambientais e podem falhar é essencial para a compreensão mais ampla de um fato que se repete diariamente em todos os serviços de saúde no mundo, cuja pior repercussão é o dano ao paciente.

O fato de haver falhas nos processos de prestação de assistência de saúde em todas as instituições, públicas e privadas, nos mais variados lugares do planeta, aponta para o fato de que o erro, isto é, a ocorrência de qualquer evento de forma diversa do planejado, é inerente àquela atividade. As variações observadas quanto aos números e tipos de erros cometidos por diferentes instituições, bem como a presença e severidade dos danos deles decorrentes, indicam a possibilidade de detectá-los e de implantar medidas para evitá-los ou mitigar seus impactos. Para tanto, é de capital importância que todos os envolvidos nas diversas etapas reportem sua ocorrência aos setores competentes pelas devidas análises, tendo-se em mente que sua frequência decai proporcionalmente à elevação do grau de

comprometimento dos gestores de alto nível e das equipes multiprofissionais com a sua vigilância.

Inserido nesse contexto, o conceito de cirurgia segura envolve as medidas adotadas para a redução do risco de eventos adversos, que podem ocorrer antes, durante e após as cirurgias. Esses eventos são, de acordo com uma de suas definições, incidentes que resultam em dano ao paciente. Um exemplo disso seria a lesão provocada pela realização de cirurgia no joelho direito de um paciente, que apresentava, na realidade, lesão no joelho esquerdo. Curiosamente, como apontado por especialistas (STAHLE, 2014, p. 7), os eventos adversos resultantes de tratamentos cirúrgicos são mais frequentemente relacionados a erros ocorridos antes ou após os procedimentos, do que a problemas técnicos no decurso do ato operatório propriamente dito.

Vários usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), militares – ativos ou inativos – e seus dependentes, são diariamente submetidos a cirurgias nas Organizações Militares Hospitalares (OMH) da Marinha do Brasil (MB). Como se sabe, a assistência de saúde também está sujeita à ocorrência de eventos adversos, que provocam danos. Estes, por sua vez, estão distribuídos em um variável espectro quanto ao grau de severidade, compreendendo desde os pouco relevantes, com consequências inexistentes ou mínimas, até os mais graves, capazes de provocar incapacidade definitiva ou morte do paciente. Isso exerce impacto direto sobre os custos de saúde e levam, em muitos casos, à abertura de processos judiciais, comprometem a credibilidade da Instituição e trazem insegurança.

Os erros nos tratamentos cirúrgicos são potencialmente controláveis. Diante de um cenário de contingenciamento de recursos, a prevenção de acidentes cirúrgicos pode representar uma importante arma para a redução de custos em saúde.

O presente estudo encontra na evolução das sociedades e da medicina as bases fundamentais para desenvolver a linha de raciocínio ora apresentada. Desde a primeira

demonstração pública bem sucedida de anestesia cirúrgica, no ano de 1846 (FIG. 1), cirurgias antes consideradas impossíveis passaram a ser realizadas.



Figura 1 – Pintura (1882) de Robert Hinckley sobre a primeira demonstração pública bem sucedida de anestesia cirúrgica, em 16 de outubro de 1846, no *General Massachusetts Hospital*.
Fonte: LYONS, 1987, p. 532.

Com a sofisticação de técnicas e equipamentos ao longo dos anos, cada vez mais cirurgias passaram a ser realizadas em todo o mundo. Esse aumento, aliado ao desenvolvimento de tecnologias para coleta e análise sistemática de dados, contribuiu para que o problema da segurança dos procedimentos cirúrgicos fosse visto com maior atenção. Na década de 2000, a Organização Mundial de Saúde iniciou os primeiros passos de uma campanha, que mais tarde serviria como referência para que organismos governamentais de saúde em todo o mundo desenvolvessem normas técnicas e deliberassem juridicamente sobre o assunto.

A Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), acompanhando a evolução da medicina e da gestão de saúde, obedecendo também às exigências normativas elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS), iniciou, em 2013, as atividades de implantação dos núcleos de segurança em suas OMH, cujas atividades englobam a atenção aos cuidados voltados à segurança em cirurgia.

O Manual de Segurança de Aviação e o Programa de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos da Marinha são duas publicações que denotam toda a atenção que a Força dedica ao estudo e à implantação da cultura de segurança em aviação. Sua doutrina e o cumprimento rigoroso de um calendário extenso de atividades, com a geração de grande número de relatórios e a compilação regular de dados, apontam para um modelo bem-sucedido. Dentre as atividades voltadas à segurança, encontram-se o treinamento do pessoal em simuladores, com o intuito de reduzir o risco de acidentes relacionados ao fator humano.

Este trabalho tem por objetivo principal a proposição de ações a serem empreendidas para a redução da ocorrência de eventos adversos na área dos tratamentos cirúrgicos realizados no âmbito da MB, com base na incorporação, nos documentos que normalizam a sua realização, dos conceitos que norteiam a cultura de segurança da aviação na Força, contribuindo, assim, para o aprimoramento do Sistema de Saúde da Marinha. Para tanto, os seguintes objetivos intermediários foram estabelecidos:

- Analisar as normas legais e técnicas que estabelecem medidas para elevação do nível de segurança em cirurgias;
- Identificar a estrutura de gerenciamento da segurança de aviação no âmbito da MB, com vistas a avaliar a reprodução de seus conceitos na área da saúde, em especial nas cirurgias realizadas nos domínios do SSM; e
- Formular proposta para aperfeiçoar a atuação da MB na adoção de medidas para melhorar a qualidade da assistência de saúde, com foco na redução do número e da gravidade dos erros ocorridos em cirurgias realizadas na MB.

A metodologia a ser utilizada no presente trabalho consistirá de investigação, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com subsequente análise dos dados obtidos, a fim de possibilitar a proposição de ações a serem implantadas, com objetivo de elevar o grau de segurança das cirurgias realizadas no âmbito da MB.

2 DEFINIÇÕES E CONCEITOS

As seguintes definições e conceitos serão considerados neste trabalho:

Acidente Aeronáutico: Todo acontecimento relacionado à operação de uma aeronave, que ocorra no intervalo de tempo compreendido entre o embarque de uma pessoa com a intenção de realizar um voo, até o desembarque de todas as pessoas, com pelo menos uma das seguintes ocorrências: a) morte ou grave lesão de pessoa no interior da aeronave; em contato direto com qualquer de suas partes; ou diretamente exposta a sopro de hélice, rotor ou escapamento de jato, ou às suas consequências; b) dano ou falha estrutural da aeronave, que comprometa sua resistência estrutural, seu desempenho ou características de voo; e acarrete a necessidade de grande reparo ou substituição do componente avariado; c) desaparecimento da aeronave ou absoluta impossibilidade de acesso ao local onde esta se encontrar (BRASIL, 2011).

Ambulatório: é a unidade médico-assistencial, integrante de outra Organização de Saúde ou isolada com funcionamento autônomo, que se destina ao diagnóstico e ao tratamento do paciente externo (BRASIL, 2012).

Assistência Médico-Hospitalar (AMH): é o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, abrangendo os serviços dos profissionais de saúde, o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários (BRASIL, 2012).

Atendimento: é a atenção dispensada pela Organização de Saúde ao paciente ou seu responsável, no sentido da prestação da assistência médico-hospitalar, ou encaminhamento, ou notificação de ocorrência médica (BRASIL, 2012).

Boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados (BRASIL, 2013b).

Clínica Especializada: é a unidade médico-assistencial, integrante de outra Organização de Saúde ou isolada com funcionamento autônomo, destinada ao atendimento específico de pacientes de uma especialidade, em regime de internação ou ambulatorial.

Consulta: é a entrevista do profissional de saúde com o paciente para fins de exame, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2012).

Cultura de Segurança: Configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013d).

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (BRASIL, 2013b).

Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos (BRASIL, 2012).

Emergência: situação crítica ou perigosa, de surgimento imprevisto e súbito, como manifestação de enfermidade ou traumatismo, que obriga ao atendimento de urgência.

Erro: falha involuntária, inerente à condição humana. É um componente sempre presente em qualquer sistema onde haja interação entre os seres humanos e a tecnologia (BRASIL, 2011).

Evento adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2013d).

Exames Complementares: são os procedimentos necessários ao esclarecimento do diagnóstico e ao acompanhamento do tratamento, tais como: exames radiológicos, laboratoriais, histopatológicos, eletrocardiográficos, eletroencefalográficos, endoscópicos, funcionais e outros (BRASIL, 2012).

Garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem (BRASIL, 2013b).

Gestão de Risco: Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (BRASIL, 2013d).

Hospitalização: é a internação do paciente em organização hospitalar ou para-hospitalar para fins de tratamento (BRASIL, 2012).

Incidente: Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (BRASIL, 2013d).

Internação: é a admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar (BRASIL, 2012).

Núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente (BRASIL, 2013b).

Organização de Saúde: é a denominação genérica dada aos órgãos de direção ou de execução dos serviços de saúde, inclusive hospitais, policlínicas, departamentos, divisões e seções de saúde, ambulatórios, enfermarias e formações sanitárias de corpo de tropa, de estabelecimento, de navio, de base, de arsenal ou de qualquer outra unidade administrativa, tática ou operativa das Forças Armadas (BRASIL, 2012).

Organização Hospitalar Especializada (OHE): é o serviço capacitado a assistir, predominantemente, pacientes de uma determinada especialidade (BRASIL, 2012).

Organização Militar Hospitalar (OMH): é a Organização Militar de Saúde responsável pela Execução da AMH prestada em determinada área, aparelhada de pessoal e material com a finalidade de receber pacientes para diagnóstico e/ou tratamento, seja em regime de internação ou ambulatorial. As OMH estão classificadas em unidades de saúde com ou sem área de abrangência administrativa, para prestação da AMH (BRASIL, 2012).

Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM): é qualquer OM da MB responsável pela administração da prestação de AMH em sua respectiva área de abrangência, detentora de crédito em projeto específico do Plano de Ação (BRASIL, 2012).

Organização Militar Para-Hospitalar (OMPH): é a instalação de saúde com funções paralelas ou correlatas às desempenhadas pelo hospital, capacitada a executar, parcialmente, a finalidade hospitalar, tais como: ambulatórios navais, departamentos, divisões, serviços e seções de saúde (BRASIL, 2012).

Organização de Saúde Extra-Marinha (OSE): toda e qualquer Organização de Saúde não pertencente ao Sistema de Saúde da Marinha (BRASIL, 2012).

Órgão Técnico de Execução (OTE): toda Organização Militar que execute o efetivo exercício das atividades de saúde (BRASIL, 2012).

Perigo: condição, atividade ou material capaz de provocar lesões corporais ou morte, danos materiais, diminuição da habilidade de desempenhar determinada função ou degradação da missão (BRASIL, 2011).

Plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

Relatório de prevenção: documento por meio do qual é feito o reporte voluntário de uma situação de potencial risco para a segurança operacional, permitindo que a autoridade competente tome conhecimento de tal fato, a fim de adotar as medidas corretivas adequadas.

Risco: Quantificação da ameaça decorrente da exposição de um perigo. É expresso em termos da gravidade das possíveis consequências e da probabilidade de sua ocorrência.

Segurança do Paciente: Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (BRASIL, 2013d).

Serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis (BRASIL, 2013b).

Tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

Tratamento: é o conjunto de meios terapêuticos utilizados pelos profissionais habilitados para a cura ou alívio do paciente (BRASIL, 2012).

Urgência: é o atendimento que se deve fazer imediatamente, por imperiosa necessidade, para que se evitem males ou perdas consequentes de maiores delongas ou protelações (BRASIL, 2012).

Usuário: é todo aquele que faz jus à AMH prestada pela Marinha (BRASIL, 2012).

2.1 Comentários

É bastante frequente, ainda nos dias de hoje, o emprego equivocado de conceitos e expressões relacionados ao estudo da segurança e qualidade na assistência de saúde, o que pode, muitas vezes, dificultar o processo de comunicação e o cumprimento de metas estabelecidas para a redução de falhas ou, caso estas ocorram, de suas consequências, durante a prestação da assistência. Isso pode se dar por erros de tradução entre idiomas, haja vista que diretrizes internacionais se prestam à propagação de conceitos e estratégias para emprego em nível mundial e, por esta razão, devem ser traduzidas, de forma a expressar o conteúdo de maneira fiel ao originalmente proposto, respeitando o idioma para o qual é traduzido, evitando-se falsos cognatos.

A expressão *medical error*, comumente traduzida como erro médico, em diversos contextos definirá, na realidade, um erro de qualquer profissional envolvido no processo de assistência de saúde.

Near miss é outra expressão incorporada da língua inglesa que leva muitos profissionais à interpretação equivocada da sua ocorrência. Quando se fala em *near miss*, não significa que o erro não tenha ocorrido. Na verdade, o erro aconteceu, mas o fato não chegou a acarretar danos ao paciente.

Outro modo pelo qual determinados conceitos deixam de ser compreendidos pelos agentes envolvidos, dificultando sua aplicação na promoção da melhoria da qualidade assistencial, é o emprego anterior e consagrado de determinadas expressões ou palavras, com significado diverso do proposto.

De acordo com a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS), desenvolvida pela *World Alliance for Patient Safety /Aliança Mundial para Segurança do Paciente* (WAPS) por iniciativa da OMS, o termo “evento adverso” é empregado para definir um incidente com lesão. Incidente, por sua vez é algo que pode resultar em dano desnecessário ao paciente. Todos os eventos adversos são evitáveis. Todavia antes do desenvolvimento da ICPS, evento adverso já era uma expressão empregada por diversos autores, que ainda acreditavam, em determinadas circunstâncias, na impossibilidade de evitá-lo (SOUSA, 2014). No presente estudo, será observada a definição estabelecida pela OMS.

Outra terminologia comumente empregada, evento sentinela é definido em manual publicado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde como uma ocorrência inesperada que resulte em morte ou perda grave e permanente de função. Na mesma publicação, evento adverso é empregado sem a vinculação a um dano. Isso sugere uma gradação da severidade do efeito produzido ao paciente, pela qual o evento sentinela seria o de maior gravidade (SOUSA, 2014).

3 O SISTEMA E OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA MARINHA

Conforme sua definição, “O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil” (BRASIL, 2012, p. 2-1). Para realizar suas atividades, o SSM conta com três subsistemas, a saber: Subsistema Assistencial; Subsistema Médico-Pericial; e Subsistema de Medicina Operativa, conforme apresentado pela FIG. 2.

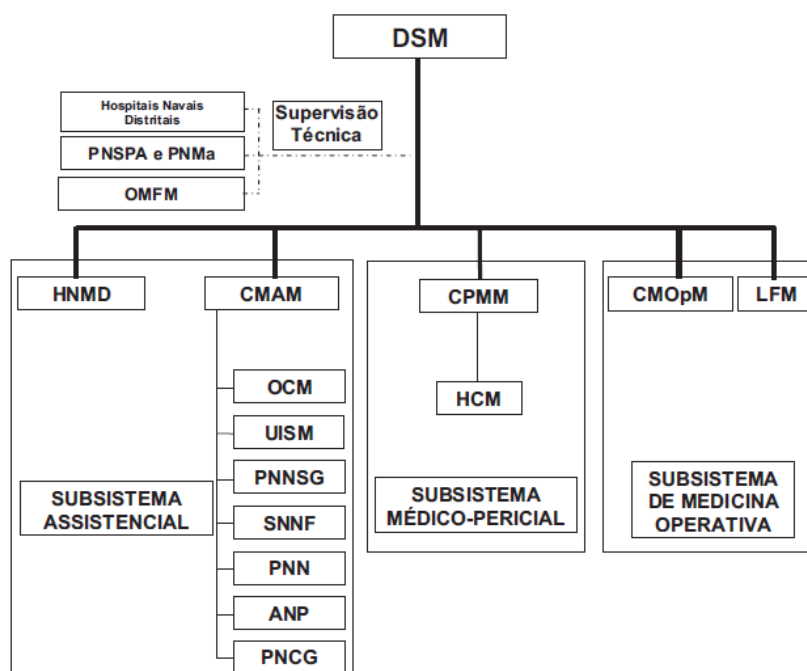


FIGURA 2 – Organograma do Sistema de Saúde da Marinha
Fonte: BRASIL, 2012, p. A-1.

Cabe ao Subsistema Assistencial a prestação da Assistência Médico-Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM, de acordo com os três eixos de ações de saúde definidos pela norma vigente:

- Prevenção e Promoção de Saúde;
- Atenção básica; e
- Atenção especializada.

Os Programas de Saúde da Marinha (PSM) e as Campanhas Assistenciais representam, em conjunto, as atividades do primeiro eixo e são, na maior parte das vezes, ações de baixo custo e sem emprego de tecnologia (BRASIL, 2012).

O Manual dos Programas de Saúde da Marinha (DSM-2006) detalha os Programas de Saúde desenvolvidos no âmbito do SSM, a fim de uniformizar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças a serem empreendidas pelas unidades que compõem a rede assistencial.

A estrutura administrativa dos PSM é assim composta: **a) OM Normatizadora** - (DSM), a quem cabe definir diretrizes e estratégias anuais para os PSM; **b) OM Coordenadora** – Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM), que coordena, supervisiona e avalia a aplicação dos PSM e define as condutas para sua aplicação; participa das Visitas Técnicas (VISITEC) promovidas pela DSM aos Órgãos Executores; e compila os relatórios elaborados pelos Consultores Técnicos dos PSM; e **c) OM Executoras**, que realizam as ações dos PSM junto aos usuários do SSM em suas áreas de jurisdição e atuação (BRASIL, 2015).

A estrutura de pessoal dos PSM é assim composta:

- a) Presidente dos Programas de Saúde – DSM;
- b) Gestor dos Programas de Saúde – CMAM;
- c) Coordenador Geral – Chefe do Departamento de Saúde do CMAM;
- d) Encarregado da Divisão de Programas de Saúde – Oficial do CMAM;
- e) Consultores Técnicos – Profissionais de saúde com reconhecido saber;
- f) Supervisor dos Programas de Saúde da OM; e
- g) Executores dos Programas de Saúde da OM.

O fluxograma de informações dos PSM é representado abaixo, pela FIG. 3.

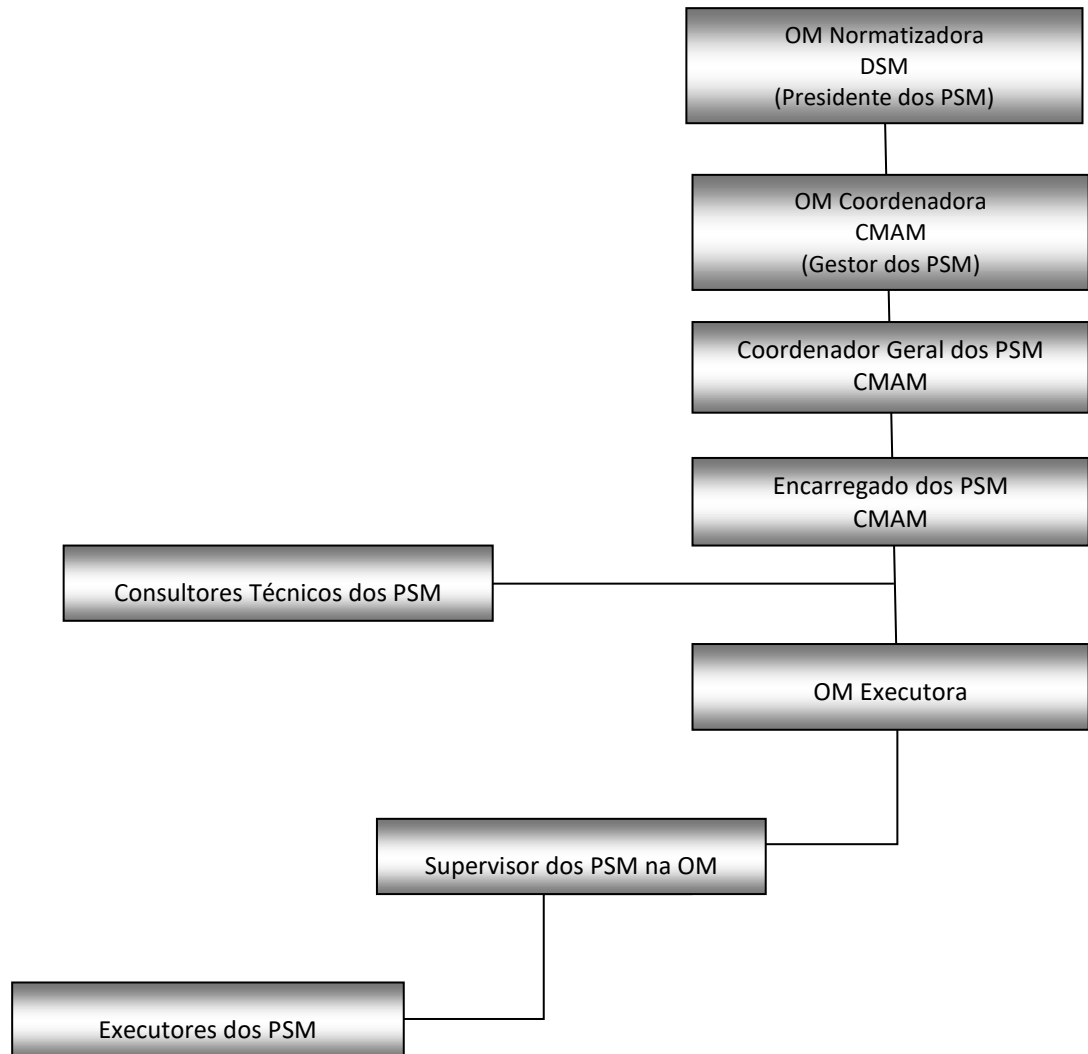


FIGURA 3 – Fluxograma de Informações

Fonte: BRASIL, 2015, p. 1-7.

4 CIRURGIA SEGURA

Para a plena compreensão deste tópico será necessária a sua inserção em temas mais abrangentes, como a qualidade na prestação de serviços de saúde, segurança do paciente e eventos adversos. Como será apresentado, o atingimento de metas nessa área deve ser obtido por meio de esforços coordenados de gestores e demais profissionais, com o intuito de evitarem-se os danos provocados pela assistência de saúde. Particularmente neste estudo, serão contempladas as estratégias voltadas para a redução da ocorrência de prejuízos causados pelos tratamentos cirúrgicos oferecidos pela MB aos usuários do seu sistema de saúde.

4.1 Aspectos Históricos

O conhecimento da possibilidade de se causar prejuízo quando da prestação de um cuidado de saúde não é novo. Ao definir, em seus valores, a consagrada expressão *Primum non nocere* (“primeiro, não prejudicar”), Hipócrates (460 a 370 a.C.), considerado o pai da medicina, já demonstrava sua preocupação com o ato de cuidar, sabedor dos riscos inerentes a esta ação. Ao longo dos séculos até os dias de hoje, diversas personalidades se notabilizaram por sua contribuição nessa área, seja pela organização e sistematização dos cuidados em saúde; pelo conhecimento das formas de transmissão de infecção; ou ainda pela definição de atributos e padrões de qualidade em saúde.

A enfermeira britânica Florence Nightingale (1820 – 1910) figura entre as personagens históricas de destaque por seu trabalho. Conhecida como “A dama da lamparina”, objeto que utilizava para localizar os feridos em combate para os atendimentos noturnos que prestava durante a Guerra da Crimeia, Florence publicou diversos trabalhos,

estabelecendo uma relação direta entre a estrutura e a organização dos hospitais e o resultado final na saúde dos pacientes.

Outro exemplo notável é o do médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818 – 1865), que observou que a taxa de morte por infecção em mulheres assistidas durante o trabalho de parto por estudantes de medicina era maior do que a daquelas que haviam sido ajudadas por enfermeiras. Ao correlacionar este achado ao fato de que os estudantes de medicina participavam de autópsias antes de atuarem nos trabalhos de parto, e que não lavavam as mãos entre os dois procedimentos, Semmelweis concluiu que era necessário o cuidado com a higiene das mãos dos profissionais, a fim de evitar a transmissão de infecção àquelas pacientes. Infelizmente sua descoberta foi rechaçada e seus fundamentos só foram aceitos e compreendidos anos mais tarde, após estudos mais sofisticados, entre os quais os de Louis Pasteur (1822 – 1895), um dos fundadores da microbiologia (SOUSA, 2014a).

Nos estertores do século passado, o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) emitiu um relatório que viria a movimentar a discussão sobre o tema segurança do paciente, então inserido como uma das dimensões da qualidade na atenção à saúde. O documento intitulado “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” (*To err is Human: building a safer health system*) chamava atenção para um alarmante índice de mortalidade nos hospitais dos EUA, decorrente de danos provocados aos pacientes submetidos a cuidados de saúde. Os gastos dos EUA decorrentes desses erros foram estimados entre 17 e 29 bilhões e dólares anuais.

Além da elevada taxa de mortalidade, o que chamou atenção foi o fato de que os danos causados aos pacientes, definidos como eventos adversos, eram decorrentes do cuidado à saúde e não da doença que motivara a internação hospitalar. A publicação foi considerada como marco inicial para que diversas entidades internacionais passassem a desenvolver estudos e estratégias, a fim de diminuir o número de falhas nos cuidados à saúde.

4.2 No mundo

O IOM, ao definir em 2001 seus atributos de qualidade (quadro 1) no contexto do cuidado em saúde, não exerceu pioneirismo. Há algumas décadas, diversos autores vinham desenvolvendo pesquisas e teorias sobre o tema, de forma que a conceituação sobre qualidade da assistência de saúde fosse incorporando novos olhares, à medida que o tempo e a sua conjuntura própria revelavam problemáticas ainda não identificadas ou vivenciadas. Segundo Avedis Donabedian (1919 -2000), um dos principais precursores dos estudos sobre qualidade em saúde, o cuidado de alta qualidade é aquele que, considerando-se o balanço entre perdas e ganhos durante todas as etapas do processo de cuidado, consegue maximizar o bem-estar do paciente (SOUSA, 2014a). Essa evolução é contínua e refletirá sempre o grau de desenvolvimento das organizações de saúde e instituições públicas ou privadas, prestadoras de atenção e cuidados à saúde, bem como os valores vigentes na sociedade em cada época.

QUADRO 1
As definições dos atributos da qualidade / IOM

Atributos	Definição
Segurança	Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evita subutilização e sobreutilização, respectivamente).
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente.
Oportunidade	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Eficiência	Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Equidade	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: BRASIL, 2014c, p. 6.

Em 2002, por meio da resolução WHA 55.18, que tratava da segurança do paciente no âmbito da qualidade da prestação de atenção à saúde, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde deflagrava um apelo para que seus Estados Membros priorizassem o tema, o que foi respondido com a mobilização de diversos pesquisadores. Seus propósitos foram os de compreender melhor os processos da assistência de saúde, identificando as etapas de maior sujeição a falhas, para, desse modo, propor medidas capazes de evitá-las ou reduzir seu impacto (BRASIL, 2013a).

No ano de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a WAPS, que originou o Programa de Segurança do Paciente, a fim de desenvolver e organizar definições e conceitos específicos sobre o assunto, de forma a possibilitar também a elaboração de medidas para a redução de riscos e diminuição dos impactos dos eventos adversos e promover, desse modo, a melhoria na segurança do paciente, em nível mundial (SOUSA, 2014).

Uma das contribuições da Aliança é a proposição periódica de Desafios Globais para a Segurança do Paciente, a fim apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de estratégias locais para a obtenção das melhores práticas, visando à segurança e qualidade na assistência. Em sua segunda edição, o desafio lançado dedicou especial atenção para as ações envolvidas na melhoria das práticas cirúrgicas. Sob o título “Cirurgias seguras Salvam Vidas” (WHO, 2009), o material contemplou os seguintes tópicos:

- 1) prevenção de infecções de sítio cirúrgico;
- 2) anestesia segura;
- 3) equipes cirúrgicas seguras; e
- 4) indicadores da assistência cirúrgica.

No que tange à prevenção das infecções dos sítios cirúrgicos, sua importância encontra bases no fato de que as complicações de etiologia infecciosa são as mais frequentes,

podendo levar a sérios danos à saúde dos pacientes cirúrgicos. Apesar de estudos demonstrarem a eficácia de técnicas como esterilização de instrumentos cirúrgicos e administração de agentes antimicrobianos com a adequada antecedência ao momento da incisão cirúrgica, evidências apontam o emprego inconsistente de tais medidas (WHO, 2009).

A mensuração da qualidade na assistência cirúrgica depende diretamente da disponibilidade de dados que permitam o estabelecimento de indicadores, de forma a obter, pelo correto uso da ferramenta, a melhoria contínua nos padrões de segurança cirúrgica.

Assim, dez objetivos essenciais foram desenvolvidos pelos grupos de trabalho da WAPS. Com o propósito de melhorar a segurança e a qualidade da assistência, os objetivos devem ser alcançados, em sua totalidade, por todas as equipes envolvidas na assistência cirúrgica. O Quadro 2 apresenta os objetivos estabelecidos.

QUADRO 2
Dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica

Objetivo 1	A equipe operará o paciente certo e o sítio cirúrgico certo.
Objetivo 2	A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
Objetivo 3	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
Objetivo 4	A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
Objetivo 5	A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
Objetivo 6	A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do sítio cirúrgico.
Objetivo 7	A equipe impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas.
Objetivo 8	A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
Objetivo 9	A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
Objetivo 10	Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Fonte: WHO, 2009.

Após a definição dos objetivos essenciais, a OMS desenvolveu uma lista de verificação para ser utilizada pelos profissionais de saúde em três momentos distintos na assistência cirúrgica, de forma a assegurar o cumprimento dos objetivos traçados. Intitulada “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS” e composta de três partes dispostas em uma única página, a ferramenta possibilita a assimilação e incorporação de rotinas simples, mas essenciais para o desenvolvimento de uma cultura de segurança em cirurgia (Anexo A).

A primeira parte da verificação, dedicada à correta **identificação** do paciente, das suas condições de saúde, da parte do corpo a ser operada e da disponibilidade e segurança de meios adequados à administração da anestesia, deve ser realizada antes da indução anestésica.

A segunda parte é então verificada antes da incisão cirúrgica e tem por objetivo assegurar, por meio da **confirmação** pelos membros da equipe multiprofissional envolvida (anestesiologistas, cirurgiões, instrumentadores, técnicos de enfermagem e outros, na dependência da cirurgia prevista), que todos sabem o nome do paciente, o sítio cirúrgico e o procedimento a ser realizado; conhecem e estão preparados para etapas previstas do procedimento, reconhecendo os riscos inerentes a cada uma delas; verificaram a existência de todos os meios necessários, em quantidade e condições adequadas para emprego durante a cirurgia; e que a profilaxia antimicrobiana, quando indicada, foi efetuada no momento correto.

Por fim, antes de o paciente sair da sala de cirurgia, deve haver o **registro** de todo o procedimento realizado; da contagem de compressas, agulhas e instrumentos utilizados no campo cirúrgico; da identificação de peças para envio ao laboratório de anatomia patológica; de eventuais problemas com equipamentos observados durante a cirurgia que demandem providências; e das orientações a serem cumpridas para a recuperação e o manejo do paciente no período pós-operatório.

Motivada pela existência de elevado número de definições distintas para “erro em saúde”, “evento adverso” e outros termos relacionados à segurança em saúde, a OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014c). Dessa forma, foi possível padronizar algumas das expressões comumente utilizadas, facilitando a compreensão e o intercâmbio de informações entre um maior número de profissionais envolvidos com a temática. O quadro 3 apresenta alguns dos conceitos dessa classificação.

QUADRO 3
Alguns conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
<i>Near miss</i>	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

Fonte: BRASIL, 2014c, p. 7.

Uma década após a publicação da IOM que desencadeou diversos estudos e campanhas mundiais para a redução da ocorrência de eventos adversos, incluindo ferramentas de identificação e análise de erros, os números encontrados não foram animadores. Isto motivou o desenvolvimento de novas estratégias, como o envolvimento do paciente e familiares nas questões de segurança, que passaram a contribuir, apresentando seus relatos, reclamações e sugestões, por meio de questionários de satisfação, ou mesmo de forma espontânea.

4.3 No Brasil

O Brasil é membro componente da WAPS, criada pela OMS em 2004. Ao integrar tal dispositivo, assumiu o compromisso de promover, no seu território, a cultura de segurança proposta com base nos estudos desenvolvidos por especialistas de todo o planeta e, desse modo, determinar adaptações nos serviços prestadores de assistência à saúde no país, de forma a atender à doutrina, adotando as ações recomendadas para a redução de riscos à saúde dos pacientes.

Em 2013, duas publicações oficiais contemplaram a segurança do paciente: A Portaria nº 529, de 1º de abril, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36, de 25 de julho, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

A Portaria nº 529 do MS, que institui o PNSP, possui 11 artigos que tratam, entre outros assuntos, dos seus objetivos específicos (QUADRO 4) e das definições de conceitos essenciais em segurança do paciente.

QUADRO 4
Objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente

Objetivo I	Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.
Objetivo II	Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente.
Objetivo III	Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente.
Objetivo IV	Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.
Objetivo V	Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Fonte: BRASIL, 2013d, p.2.

Os objetivos específicos do PNSP denotam a preocupação do Ministério da Saúde em estabelecer eixos principais, claramente redigidos, de forma a promover, por meio do seu fiel cumprimento, o alcance do objetivo geral, conforme definido no Art. 2º da Portaria que o instituiu: “contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional”.

Destarte, os eixos identificados são: a promoção de uma prática assistencial segura e de qualidade, dentro dos padrões estabelecidos pela OMS e em conformidade com a Resolução aprovada na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou a atribuição de prioridade quanto à segurança dos pacientes; a inclusão do tema na pauta de ensino de todas as instituições formadoras de profissionais de saúde; A inclusão do paciente, seus familiares e a sociedade em geral nos esforços envidados para a garantia da assistência segura; e o incentivo à pesquisa voltada para o desenvolvimento da cultura de segurança do paciente, e à ampla difusão de seus conceitos (BRASIL, 2014c).

Com relação ao primeiro eixo, que trata do estímulo à prática assistencial segura, duas linhas de ação principais foram estabelecidas, a fim de possibilitar o alcance dos objetivos, por caminhos complementares: a elaboração de protocolos básicos e o desenvolvimento de planos de segurança do paciente pelos estabelecimentos de saúde.

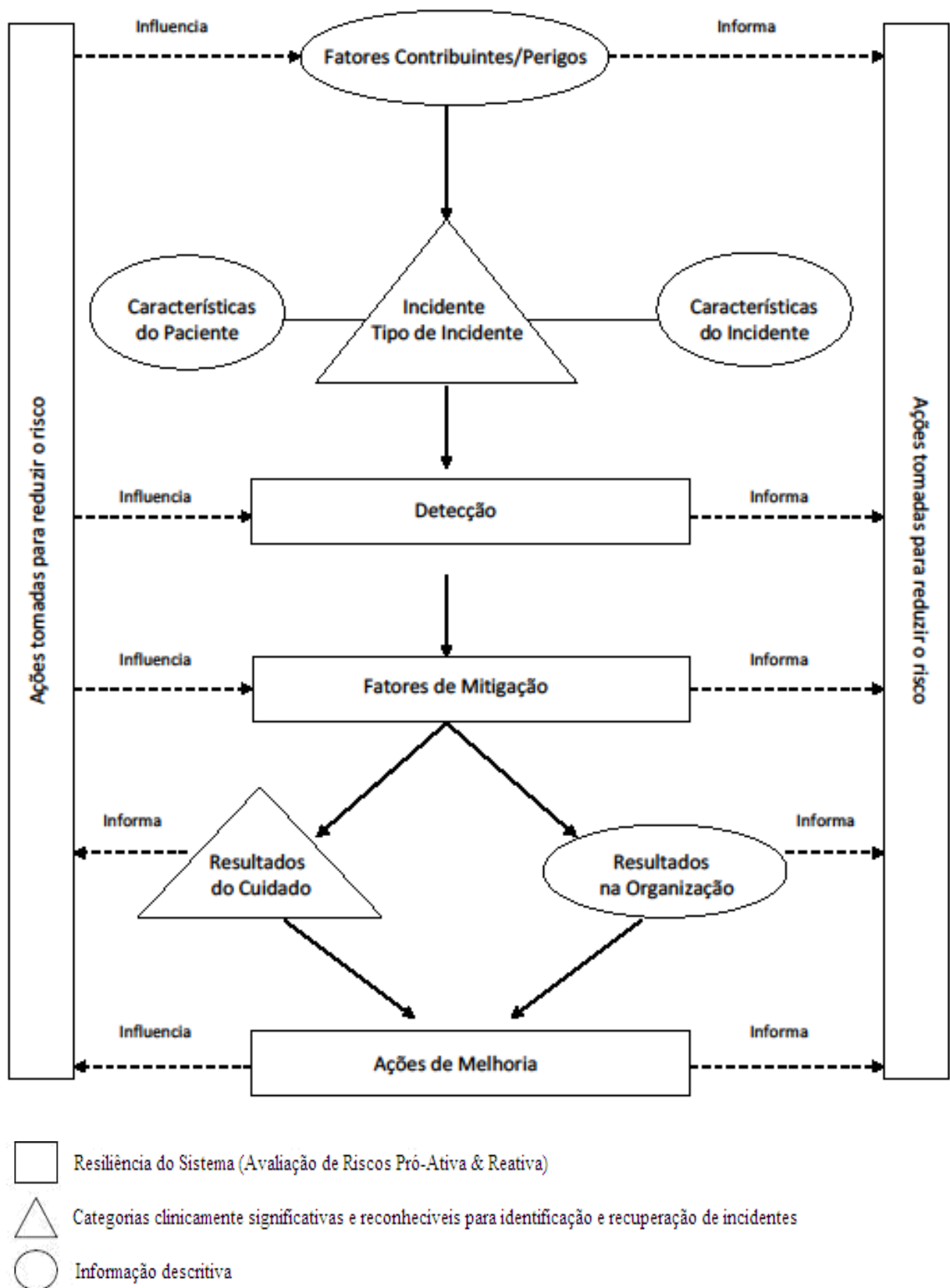
Os protocolos, guias e manuais mencionados na Portaria MS/GM nº 529/2013 são destinados à segurança do paciente e divididos pelos seguintes temas:

- a) Infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) Procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia;
- c) Prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados;
- d) Processos de identificação de pacientes;
- e) Comunicação no ambiente dos serviços de saúde;

- f) Prevenção de quedas;
- g) Úlceras por pressão;
- h) Transferência de pacientes entre pontos e cuidado; e
- i) Uso seguro de equipamentos e materiais.

Tais protocolos foram propostos pela OMS, como decorrência das evidências obtidas por estudos realizados em países desenvolvidos. Como motivadores essenciais para sua proposição, dois fatores foram apontados: o baixo custo para sua implantação e o grande número de erros e eventos adversos que podem ser evitados pelo seu correto emprego (BRASIL, 2014c).

Os planos de segurança do paciente são desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde e devem encontrar sua fundamentação no esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS, apresentado pela Figura 4 (BRASIL, 2014c).



As linhas a cheio representam as relações semânticas entre as classes. As linhas a tracejado representam o fluxo de informação

FIGURA 4 – Esquema Conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS. Fonte: BRASIL, 2014c, p. 20.

Para a compreensão do esquema conceitual apresentado pela figura 4, é preciso considerar a proposta da OMS em representar um ciclo de evolução continuada, visando à identificação, prevenção, detecção e redução do risco, bem como a recuperação do paciente exposto ao incidente e a resiliência do sistema. Desse modo, pelo documento de referência para o PNSP, as ações são classificadas do seguinte modo:

- Ações definidas a partir da detecção de um incidente.
- Ações (Fatores de Mitigação) que previnem ou moderam a progressão de um incidente, tomadas depois da ocorrência de um erro que tenha colocado em cheque os mecanismos de prevenção de incidentes existentes.
- Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um incidente.
- Ações de redução de risco – para prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou de incidente similar e para melhorar a resiliência do sistema.
- Ações que busquem compreender a realidade e o perfil assistencial do ponto de atenção, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado (BRASIL, 2014c, p. 21).

É igualmente importante, para o desenvolvimento de um plano de segurança do paciente, a compreensão de que fatores de diversas origens podem propiciar, provocar, agravar ou aumentar o risco da ocorrência de um incidente. Assim, os fatores são chamados de humanos, quando relacionados ao profissional; sistêmicos, se afetos ao ambiente de trabalho; externos, quando originados fora do alcance da governabilidade do gestor; e relacionados ao paciente, como, por exemplo, a desobediência a normas e orientações ou, ainda, falta de adesão a condutas terapêuticas prescritas (BRASIL, 2014c).

A RDC nº 36/2013 do MS/ANVISA institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, exercendo sua abrangência sobre diversos tipos de serviços de saúde, incluindo, entre outros, os militares e os que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013b).

Em seu Art. 4º, inserido na Seção que trata da criação do NSP, a Resolução determina que a direção de cada serviço de saúde constitua o seu núcleo, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde. Para tanto, conforme o disposto no Art. 5º, a direção

deve disponibilizar recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais; e um profissional responsável pelo NSP, que participe das instâncias deliberativas daquele serviço de saúde (BRASIL, 2013b).

Os princípios e diretrizes a serem adotados pelo NSP são: a melhoria contínua nos processos de assistência ao paciente e usos de tecnologias de saúde; a metódica disseminação da cultura de segurança; a coordenação dos processos de gestão de risco; e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço. Dentre suas competências, destacam-se: a elaboração, implantação, divulgação e atualização do PSP; a promoção das ações para a gestão de risco; a identificação de não conformidades nos processos, com a proposição da devida correção ou prevenção; a implantação de protocolos para segurança do paciente e o monitoramento de seus indicadores; o estabelecimento de barreiras para a prevenção de incidentes ; e a notificação de eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013b).

A segurança cirúrgica é tratada pela RDC MS/ANVISA nº 36/2013 como uma das grandes áreas de atenção do PSP, para as quais o NSP deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco (BRASIL, 2013b).

4.4 Na MB

Em atendimento ao preconizado pela Portaria MS/GM nº 529/2013 e pela RDC MS/ANVISA nº 36/2013, a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM) determinou, em 2014, a criação dos NSP em todas as OMH do seu sistema de saúde. A título de demonstração das ações empreendidas pelas OMH, serão apresentadas neste estudo apenas as gestões realizadas pelo Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), por ser este o Órgão Técnico de Execução

(OTE) de atenção especializada de alta complexidade, além de executar a formação e o aperfeiçoamento de pessoal, por meio de sua Escola de Saúde.

O NSP do HNMD foi criado em março de 2014, tendo em sua composição os seguintes membros: Coordenador; Encarregado de Tecnovigilância (responsável pelos kits de laboratório); Encarregado de Tecnovigilância (responsável pelo material médico-cirúrgico); Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Representante do Departamento de Enfermagem; Encarregado de saneantes; Encarregado de Farmacovigilância; Encarregado do Programa de Cirurgia Segura; Encarregado do Programa de prevenção de quedas; Encarregado do Programa de prevenção e tratamento de úlceras de pressão; e Auxiliar de Tecnovigilância (responsável pelos equipamentos médicos) (BRASIL, 2014a).

Em setembro de 2014, a primeira versão do PSP do HNMD, elaborado pelo respectivo NSP, foi aprovada. Em sua apresentação, ao reconhecer a importância do papel que a equipe de saúde exerce nos processos que envolvem a atenção ao paciente, o Hospital assumiu o compromisso de examinar suas práticas rotineiras, na busca pela identificação de falhas no processo, com o objetivo de reduzir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde (BRASIL, 2014b).

Após conceituar e descrever seu processo de gerenciamento de riscos, elaborado em conformidade com o estabelecido pelos protocolos básicos e princípios do MS, o PSP do HNMD apresenta sua estratégia para o cumprimento das metas estabelecidas, envolvendo: o mapeamento e a identificação de riscos; o sistema de avaliação e notificação de incidentes; as ações para monitoramento e controle de eventos adversos; e a comunicação, entre profissionais, dos riscos identificados nos Serviços e Clínicas daquele hospital (BRASIL, 2014b).

No que diz respeito à educação continuada, o PSP do HNMD aborda as atividades a serem sistematicamente oferecidas aos diversos públicos-alvo do hospital, com vistas ao aprimoramento e manutenção da cultura de segurança do paciente. Assim, militares recém-embarcados, profissionais oriundos do meio civil; alunos dos diversos cursos ministrados pela Escola de Saúde; toda a tripulação do hospital; pacientes e familiares recebem orientações e instruções, com recursos, formatos, linguagens e momentos próprios, de acordo com as necessidades específicas identificadas para cada grupo.

Ainda com relação à educação, três campanhas foram lançadas pelo PSP/HNMD. A primeira delas, sob o slogan “E você, já fez sua notificação hoje?”, tem por objetivo principal incentivar a notificação de incidentes ocorridos no Hospital. A segunda, “Setor Seguro do Trimestre”, afere o nível de conhecimento dos profissionais acerca do PSP e o grau de adesão dos setores aos protocolos estabelecidos. “Prêmio Inovação em Segurança” foi a campanha criada para valorizar os profissionais e equipes que se empenham no desenvolvimento de soluções inovadoras para melhorar a segurança e reduzir os riscos em suas respectivas atividades.

Em seu anexo 4, o PSP do HNMD estabelece o protocolo para cirurgia segura naquele hospital. O protocolo é baseado na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica desenvolvida pela WAPS (Anexo A), e divide as medidas adotadas para a melhora no nível de segurança cirúrgica em três fases, denominadas: “Entrada”, “Pausa Cirúrgica” e “Saída”. A responsabilidade pela verificação dos itens constantes da lista é atribuída a uma única pessoa, geralmente um profissional de enfermagem daquela equipe multiprofissional designada para a cirurgia.

A verificação da entrada é realizada tão logo o paciente chegue à sala de cirurgia, e requer a presença do anestesiológista e da equipe de enfermagem. Após sua conclusão, não havendo nenhuma inconformidade ou situação de risco diversa do previsto que possam

suscitar a recomendação de que a cirurgia seja postergada em prol da segurança do paciente, o anesthesiologista pode iniciar os procedimentos anestésicos, de acordo com o previamente planejado para aquele paciente.

Uma vez que o paciente esteja anestesiado e antes do início da cirurgia, normalmente caracterizado por uma incisão cutânea, deve ocorrer a pausa cirúrgica, para que a segunda verificação seja realizada. Essa etapa é o momento em que toda a equipe deve se concentrar no cuidado com a segurança do procedimento, confirmando verbalmente todas as informações relevantes ao ato cirúrgico, como: dados do paciente; da cirurgia a ser realizada; dos acontecimentos previstos para cada tempo cirúrgico; das possíveis complicações e alternativas para sua resolução; e da adequada preparação e disponibilidade de materiais e equipamentos.

A terceira verificação, realizada imediatamente antes da saída do paciente da sala de operação (SO), tem por objetivo fornecer informações precisas e completas sobre todo o ocorrido durante o ato cirúrgico às equipes que prestarão os cuidados de saúde no período pós-operatório. É também atributo da equipe, por ocasião dessa verificação, a prevenção de eventos adversos durante a próxima cirurgia a ser realizada naquela sala SO, pelo relato das condições observadas das instalações e equipamentos, como focos cirúrgicos, bisturi elétrico, ar-condicionado, mesa cirúrgica, e outros.

Por fim, a lista de verificação proposta pelo PSP do HNMD prevê alguns indicadores para mensuração de sua eficácia e do nível de segurança cirúrgica do hospital. Entre eles, citam-se: percentual de pacientes que recebeu profilaxia antimicrobiana no momento adequado; taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; e taxa de adesão à lista de verificação.

5 SEGURANÇA DE AVIAÇÃO NA MB

Neste capítulo serão apresentados conceitos contidos em algumas das publicações da MB que abordam a segurança na aviação, com o intuito de identificar as ações por ela adotadas nessa área do conhecimento, que permitiram o desenvolvimento de sua cultura de segurança e prevenção de acidentes aeronáuticos.

A publicação DGMM-3010 (REV. 3) - MANUAL DE SEGURANÇA DE AVIAÇÃO tem como propósito a regulamentação do Serviço de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos da Marinha (SIPAAerM) e o estabelecimento de normas e procedimentos pelos quais deverá exercer o gerenciamento da segurança da aviação no âmbito interno, de forma a orientar as ações relacionadas à investigação e à prevenção de acidentes aeronáuticos. O SIPAAerM é o elo do Sistema de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos (SIPAER) na MB e desenvolve as ações de planejamento, execução e controle das atividades de investigação e prevenção de acidentes aeronáuticos no âmbito de sua jurisdição. Ao desenvolvê-las, preservando recursos humanos e materiais, e propondo medidas para que a repetição de acidentes seja evitada, contribui para a eficácia operacional dos meios navais e aeronavais da MB (BRASIL, 2011).

A Gestão de Segurança de Aviação na MB é orientada pela filosofia de Segurança Operacional, cuja definição evoca uma situação onde o risco de ferir pessoas ou danificar bens é reduzido e mantido num patamar tolerável, como resultado dos esforços organizacionais para a detecção dos fatores que podem levar às lesões corporais ou danos materiais, bem como para o gerenciamento de riscos. Gerenciar a segurança é parte de uma premissa fundamental para o cumprimento da missão de uma organização. Para o seu alcance, não bastam os gerenciamentos de recursos humanos, financeiros ou das operações em si (BRASIL, 2011).

Não é possível desassociar de uma missão seus riscos inerentes. Não os correr leva a organização ao não cumprimento de suas obrigações precípuas; ignorá-los, certamente favorece as chances de um desastre. Isto define o dilema de segurança em aviação. O gerenciamento de segurança operacional visa, por meio de processo analítico baseado nos recursos disponíveis e objetivos estabelecidos, estabelecer níveis adequados e realistas para alocação de recursos, com equilíbrio entre o desempenho no atingimento de propósitos e a proteção de pessoas e meios (BRASIL, 2011).

Ao longo do tempo, o foco de atenção da segurança de aviação mudou de objeto, à medida que novos conhecimentos ganharam espaço. As primeiras aeronaves, se comparadas às atuais, eram destituídas de grandes recursos tecnológicos, tanto no que diz respeito à sua fabricação, quanto no tocante aos equipamentos embarcados. Por essa razão, eram as máquinas consideradas como o principal motivo de preocupação quanto à segurança do voo. Com o aperfeiçoamento dos projetos de construção de aeronaves, sendo estas cada vez mais confiáveis, maior atenção passou a ser dedicada aos procedimentos operativos. Em uma fase posterior, considerando-se que a imperfeição é inerente à condição humana, foi a vez de se desenvolverem estratégias para a redução do impacto desse fator sobre a origem dos acidentes. Sabe-se, contudo, que enquanto os seres humanos continuarem a projetar e operar aeronaves, esse fator não será eliminado. O foco atual aponta para o desenvolvimento de defesas desenvolvidas pelas organizações, a fim de se controlarem os riscos inerentes e indissociáveis de suas atividades (BRASIL, 2011).

Se no passado a prevenção de acidentes era baseada na apuração e combate das causas identificadas, especialmente com relação aos atos inseguros cometidos pelos operadores, a abordagem atual procura entender a aviação como um sistema que nem sempre funciona como previsto. A ideia de estabilidade dos sistemas de aviação, que se rompia apenas diante de desvios ocasionais no cumprimento de normas, foi abandonada. Além de

identificar o “que”, “quem” e “quando” falhou, é necessário explicar o motivo e o modo como o evento ocorreu. Além disso, o enfoque atual busca a compreensão dos processos organizacionais geradores das condições que possibilitam que os desvios do padrão previsto e acidentes aconteçam (BRASIL, 2011).

O Manual de Segurança de Aviação identifica os seguintes tipos de estratégia para gerenciamento da segurança:

1 - Reativa - baseada na noção de que se deve esperar que o sistema falhe para consertá-lo. É apropriada para situações que envolvam falhas de tecnologia e eventos incomuns. O valor do enfoque reativo ao gerenciamento da segurança depende da profundidade com que se conduz a investigação além das causas imediatas, incluindo todos os fatores contribuintes e constatações sobre os riscos.

2 – Pró-ativa - sistema de reportes mandatórios ou voluntários, vistorias, programas de prevenção e pesquisas de segurança. Baseada na noção de que as falhas do sistema podem ser minimizadas pela identificação dos riscos existentes, antes que ocorra a falha, e pela tomada de ações para reduzir os riscos identificados.

3 - Preditiva - sistemas de coleta de dados “on-line”, análise de dados de voo e monitoramento contínuo das operações no dia a dia. Baseada na noção de que o gerenciamento da segurança se otimiza buscando descobrir os problemas antes que se manifestem. Busca agressiva da informação de diferentes fontes que podem revelar riscos Iminentes (BRASIL, 2011, p. 3-2).

As estratégias de prevenção servem, em última análise, para orientar a forma de atuação de cada uma das ferramentas empregadas pela MB para a prevenção dos acidentes aeronáuticos. Por exemplo, relatórios de investigações de ocorrências fornecem dados para a prevenção de situações futuras, mas não se deve esperar que o sistema apresente falhas para que se adotem medidas corretivas. O que se deseja é a obtenção de informações valiosas, antes que falhas aconteçam. Dessa forma, com base na análise dos dados obtidos, será possível evitá-las. Um modelo de ferramenta voltada para a identificação de ameaças latentes que possam prejudicar o adequado funcionamento do sistema, antes que ele apresente falhas, é a realização de vistorias de segurança e a elaboração dos relatórios proativos. As modernas aeronaves são dotadas de sistemas de observação direta, capazes de coletar informações em tempo real que permitem, por meio da análise dos dados registrados, a identificação de potenciais problemas, antes mesmo que qualquer sintoma seja percebido por um observador

menos experimentado. As estratégias são, portanto, complementares, e a cada uma correspondem ferramentas próprias, de mesmo valor (FIG. 5).

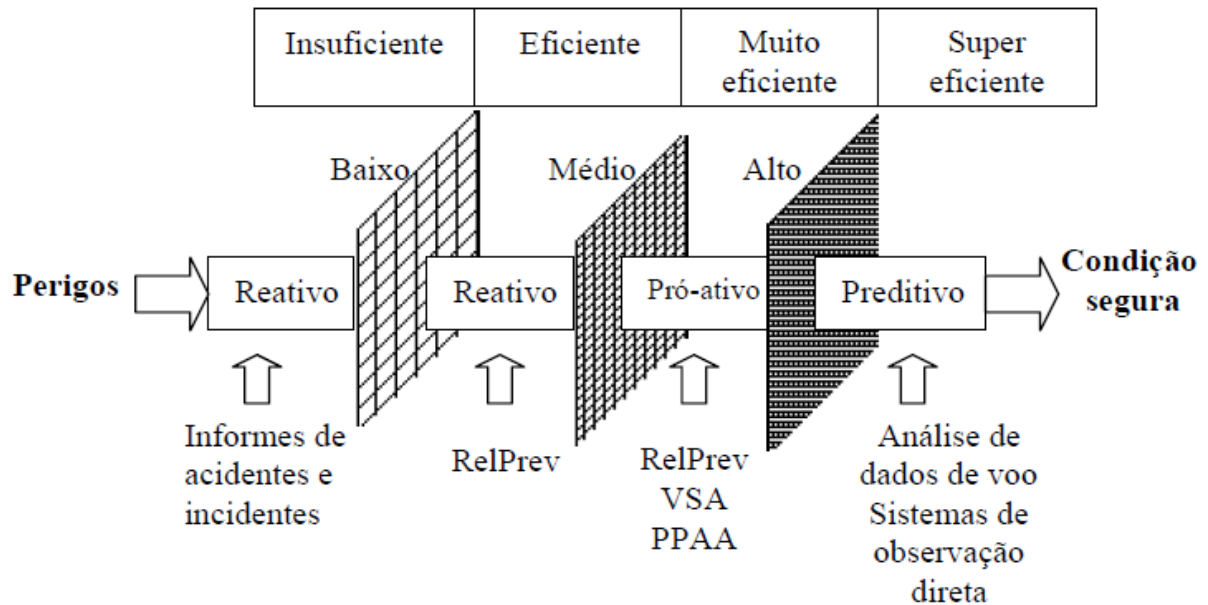


Figura 5 – Estratégias de gerenciamento de segurança e ferramentas
Fonte: BRASIL, 2011, p. 3-3.

A preocupação com as potenciais ameaças à aviação na MB levou a Força à implantação de uma cultura organizacional baseada na adoção de práticas seguras, com estímulo à comunicação sobre segurança e ao gerenciamento ativo das questões afetas a esse tema. A cultura organizacional estabelece padrões aceitáveis de comportamento no ambiente de trabalho, facilitando o reconhecimento de limites, a formulação de normas e a tomada de decisão por parte de gestores e executores. Ela estabelece, para o nível operacional, como proceder diante de cada situação, e o modo como cada procedimento deve ser reportado. São estes os alicerces da segurança que possibilitam o desenvolvimento de uma cultura organizacional:

- Compromisso da alta administração com o gerenciamento da segurança;
- Reporte efetivo das informações de segurança;

- Vigilância permanente, por meio de sistemas de obtenção, análise e compartilhamento de dados de segurança operacional;
- Investigação dos eventos que afetam a segurança, a fim de identificarem-se as deficiências sistêmicas, em vez de apontar culpados;
- Compartilhamento das lições de segurança aprendidas e das melhores práticas, por meio de efetivo intercâmbio dessas informações;
- Integração do treinamento de segurança para os profissionais que atuam no nível operacional;
- Implantação efetiva dos procedimentos operacionais padronizados, incluindo listas de verificação e briefings;
- Melhora contínua do nível geral de segurança (BRASIL, 2011).

O quadro 5 resume as características principais de um sistema de reporte efetivo, pré-requisito essencial para a gestão de segurança operacional.

QUADRO 5
Características principais de um sistema de reporte efetivo

Informação	As pessoas têm conhecimento dos fatores humanos, técnicos e organizacionais que determinam a segurança operacional do sistema como um todo.
Flexibilidade	Quando enfrentam situações imprevistas, as pessoas executam os procedimentos de reporte, adotando uma forma direta de comunicação, visando a informar mais rapidamente ao nível apropriado.
Disposição	As pessoas estão preparadas para reportar seus erros e experiências.
Aprendizagem	As pessoas têm a competência para extrair conclusões dos sistemas de informação de segurança operacional e a vontade de implementar as mudanças necessárias.
Responsabilidade	As pessoas são encorajadas e recompensadas para prover informações essenciais sobre a segurança operacional.

Fonte: BRASIL, 2011, p. 3-4.

As organizações desenvolvem as atividades sobre as quais mantêm determinado grau de controle. Essas atividades são também conhecidas como “processos organizacionais”. Diversos fatores são capazes de exercer influência sobre a eficiência do pessoal, desde características ambientais e de instalações do local de trabalho até características pessoais, valores e qualificação profissional. Presentes nas organizações encontram-se condições latentes, capazes de provocar acidentes organizacionais, bastando, para tanto, que sejam “acionadas” por outros fatores desencadeadores. Tais condições são motivadas por falhas na identificação de perigo, pela ineficiência na gestão de riscos, pela tolerância a desvios e violações de procedimentos padronizados. Os recursos de que as organizações dispõem para protegerem seus setores produtivos dos riscos são chamados de “defesas”. Ocasionalmente ocorrem as falhas ativas, que são as omissões, erros e violações por parte do pessoal executor, representados, por exemplo, por pilotos, controladores de voo, mecânicos e pessoal de apoio. Tais falhas são capazes de precipitar os acidentes (BRASIL, 2011).

Para a prevenção dos acidentes, é de fundamental importância a adoção de algumas medidas, compreendendo o permanente monitoramento dos processos, que devem ser ajustados sempre que necessário, a identificação de condições latentes, a melhoria das condições de trabalho, o reforço das defesas da organização e a contenção das falhas ativas (FIG. 6).

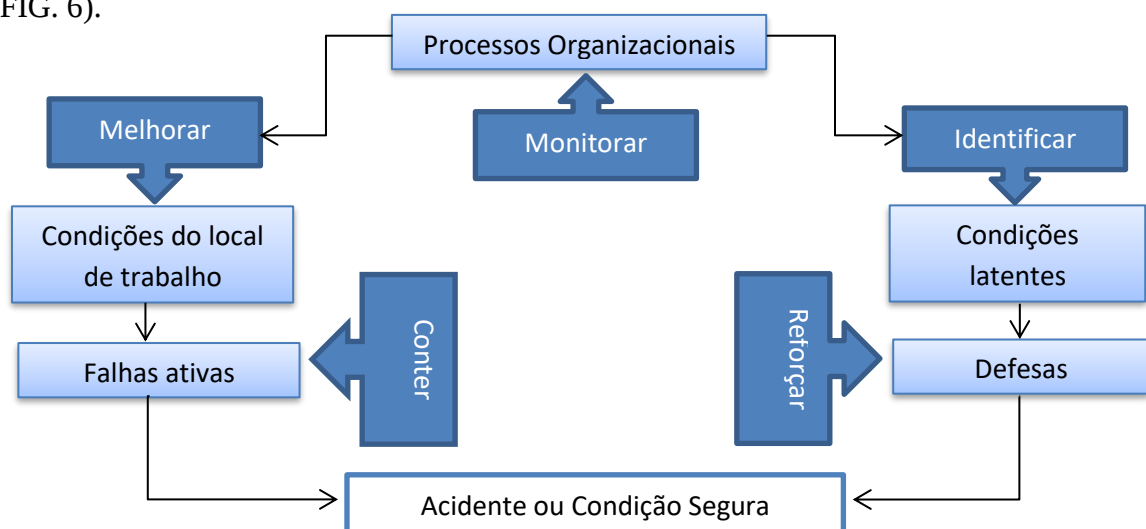


Figura 6 - O acidente organizacional e as ações para evitá-lo. (Adaptado de BRASIL, 2011, p.3-5).

O acidente organizacional foi estudado por James Reason, que em 1990 concebeu um modelo sistêmico para sua demonstração (FIG. 7). Conhecido como “modelo do queijo suíço”, a ferramenta é adotada em todo o mundo por diversos sistemas de prevenção, advogando que o acidente ocorre quando um evento desfavorável é capaz de atravessar as diversas barreiras, chamadas de “defesas organizacionais”. Como a eliminação simultânea de todas as falhas nas defesas parece ser bastante improvável, haja vista o seu surgimento em locais e momentos aleatórios, o adequado trabalho de prevenção deve contemplar não apenas a redução sistemática de falhas latentes e ativas, mas também a interposição de maior quantidade de defesas organizacionais entre os eventos desfavoráveis e o potencial acidente, a fim de aumentar as chances de contenção de tais eventos. Deste modo, a probabilidade de ocorrência do acidente organizacional passa a ser reduzida (BRASIL, 2011).

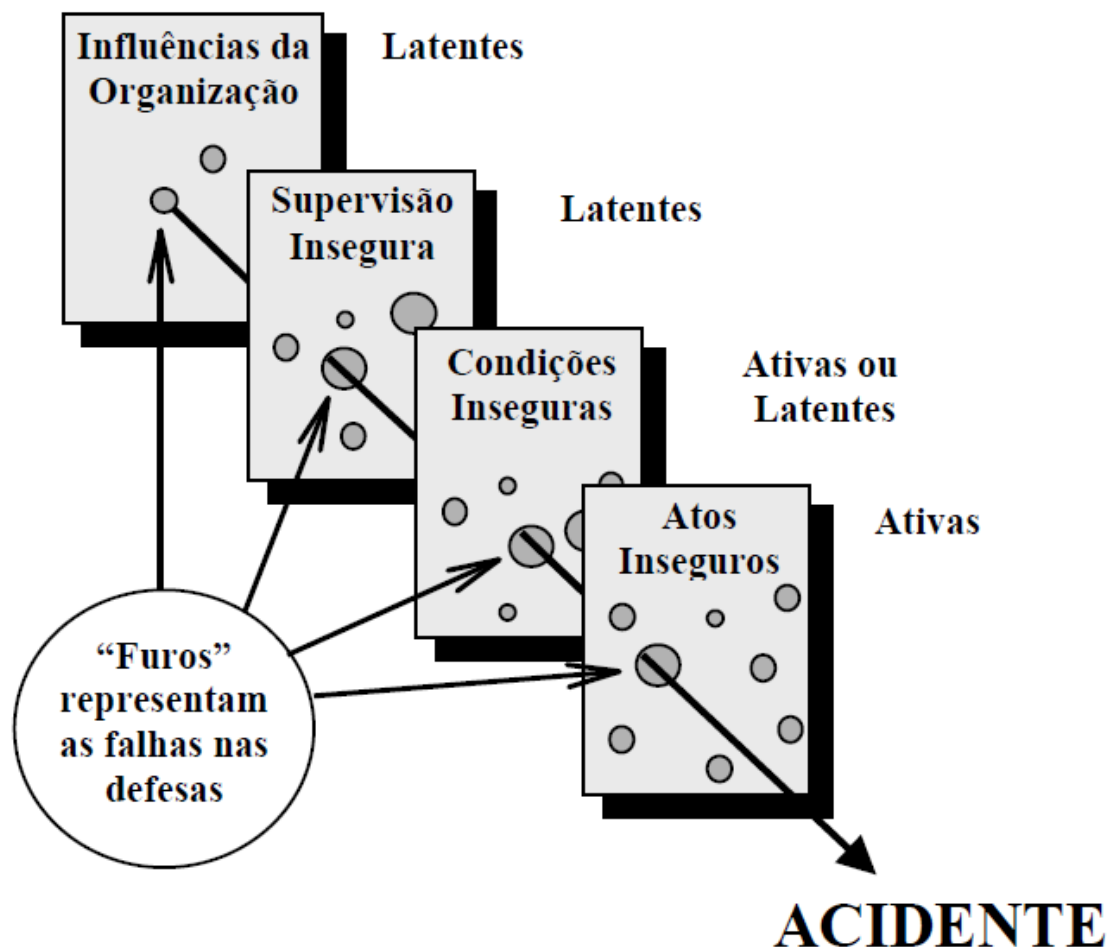


Figura 7 – Representação do Modelo de Reason, ou “Queijo Suíço” para o acidente organizacional
Fonte: BRASIL, 2011, p. 3-6.

O Sistema de Gerenciamento de Segurança Operacional (SGSO), elaborado no âmbito da aviação civil e incorporado pela cultura de segurança de aviação da MB, visa à melhoria permanente no nível geral de segurança das organizações. Como mencionado, o foco da prevenção de acidentes não mais se limita apenas ao conjunto de máquinas e indivíduos. Mais que isso, a segurança passou a ser vista como um processo importante, a ser gerenciado em todas as instâncias, desde o mais alto nível da organização. O SGSO possui as seguintes características: sistemático, porque as atividades obedecem a um plano pré-determinado e de aplicação consistente a toda a organização; proativo, com abordagem que prioriza a atuação sobre as condições latentes, de forma a evitar a ocorrência de acidentes; e explícito, considerando-se que todas as atividades desse gerenciamento são documentadas e visíveis (BRASIL, 2011).

Entende-se por Gerenciamento do Risco Operacional (GRO) aquele no qual a restrição imposta pela escassez de recursos à neutralização de riscos e à limitação do nível aceitável de perdas é analisada em conjunto com os benefícios a serem obtidos com determinada operação. Seu processo oferece aos Comandantes de OM e seus subordinados uma ferramenta útil para a redução dos riscos inerentes às operações militares, constituindo-se como uma metodologia própria para se identificarem antecipadamente os perigos, possibilitando, ainda, uma avaliação dos riscos com maior precisão (BRASIL, 2011).

O GRO pode ser definido como um processo para a administração dos riscos de uma operação, contendo as seguintes etapas:

- Identificação de perigos;
- Avaliação do risco;
- Análise de medidas para controle do risco;
- Decisão de risco;
- Implementação de medidas para controle do risco; e
- Acompanhamento e avaliação da eficácia de tais medidas (BRASIL, 2011).

O GRO consiste, portanto, em um processo de etapas encadeadas, que permite a tomada de decisão pelos gestores, levando-se em conta os benefícios a serem obtidos por uma operação, diante dos perigos e riscos identificados e analisados (FIG. 8).

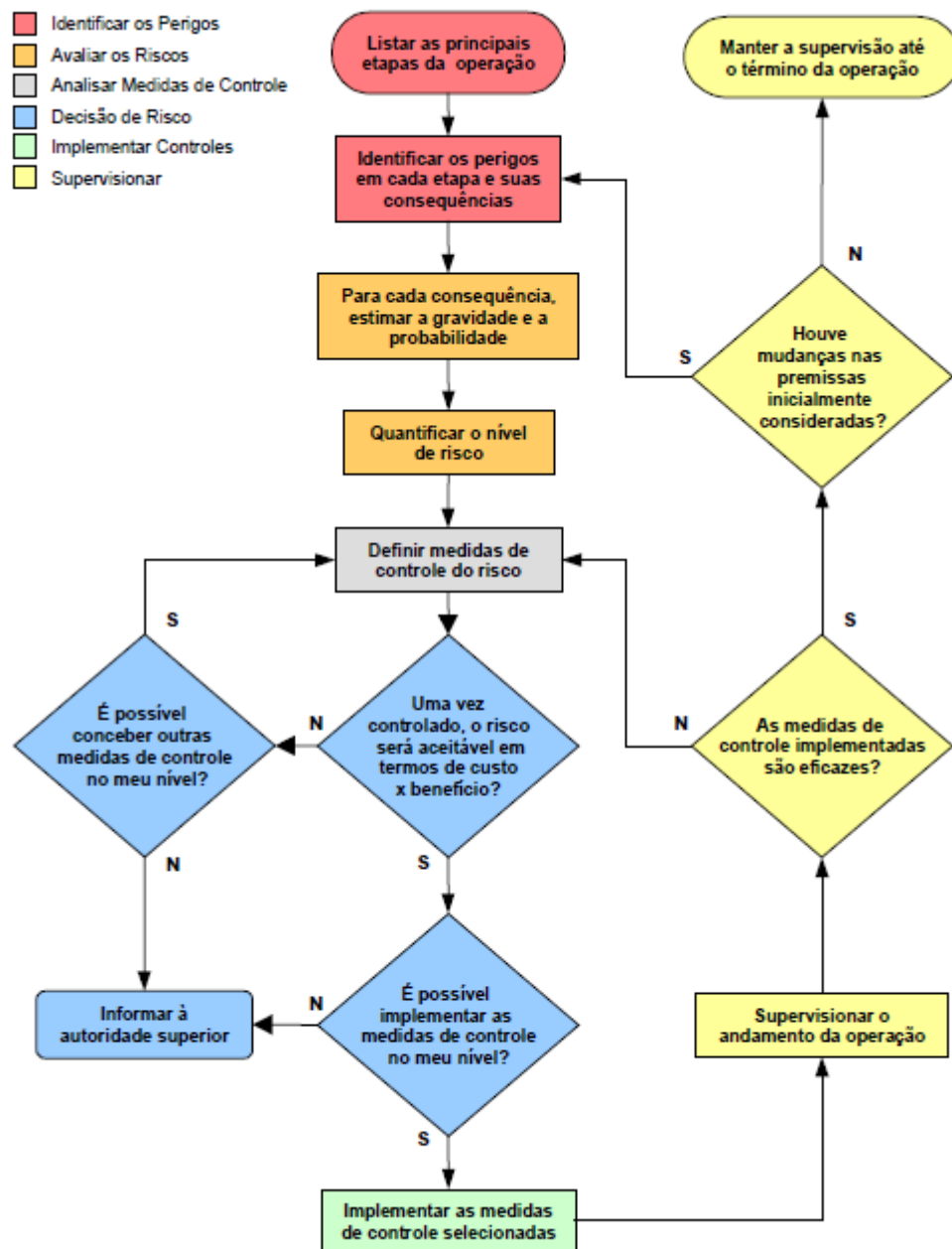


Figura 8 – Fluxograma do Processo do GRO
Fonte: BRASIL, 2011, p. 4-6.

O processo do GRO possui diferentes atribuições e responsabilidades, conferidas aos executores conforme o nível de decisão na operação, cabendo aos Comandantes, em todos os níveis: a responsabilidade pelo gerenciamento dos riscos; a seleção, dentre as sugeridas,

das medidas de controle a serem efetivamente implementadas; aceitar ou rejeitar o risco, diante dos benefícios esperados pela execução da operação; capacitar e motivar os líderes para o uso do processo de GRO em suas decisões; e elevar a decisão de risco para o nível adequado, quando a situação assim o exigir (BRASIL, 2011).

A prevenção de acidentes aeronáuticos compreende todas as ações empreendidas com o intuito de se eliminar ou reduzir os riscos inerentes à atividade de aviação. Contribui para o preparo e para aplicação do Poder Naval, na medida em que evita a perda de vidas humanas, pessoal altamente capacitado e material aeronáutico de alto custo; além de estabelecer as condições para que as operações aéreas possam ser realizadas sem riscos injustificadamente elevados ou inaceitáveis (BRASIL, 2011).

Sabendo-se que os acidentes decorrem da associação de fatores contribuintes e ocorrem quando as falhas ativas superam as defesas do sistema; que nenhuma atividade humana ou sistema projetado pelo homem é livre de riscos ou falhas; e que a maior parte dos acidentes é precedida por sinais ou ocorrências de menor gravidade, pode-se concluir que todo acidente aeronáutico deve ser evitado, o que pode ser alcançado pelo correto gerenciamento do risco e pela utilização de barreiras adequadas. Para tanto, é preciso haver a mobilização de todos os profissionais envolvidos com a atividade de aviação, cabendo aos Comandantes, Diretores ou Chefes a maior parcela de responsabilidade, haja vista seu poder de decisão e sua capacidade de influenciar todos os demais (BRASIL, 2011).

Os fundamentos da atividade de prevenção de acidentes aeronáuticos na MB pressupõem a ampla disseminação, do maior número possível de informações que possam contribuir para a segurança de todos. Não deve haver acusações ou punições de erros humanos, para que as pessoas sejam encorajadas a reportar qualquer erro ou falha que possam ser utilizadas em prol da segurança. É preciso, contudo, distinguir entre o erro, que é involuntário, da violação de uma norma ou procedimento, que é uma atitude deliberada. A

prevenção não tem por objetivo impor restrições às operações, mas torná-las mais seguras. (BRASIL, 2011).

O Programa de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos (PPAA) da Marinha é o documento elaborado a cada doze meses pelo SIPAAerM, por meio do qual se divulgam o planejamento e as orientações das atividades de prevenção a serem realizadas no período de sua vigência, contribuindo, desse modo, para a redução do número de acidentes aeronáuticos no âmbito da MB ou ainda, na impossibilidade de evitá-los, para a minimização de suas consequências (BRASIL, 2016).

Seu conteúdo é dividido em três partes: a primeira contém a análise estatística das ocorrências aeronáuticas, fatores contribuintes e indicadores referentes ao exercício anterior, a fim de possibilitar a avaliação da eficácia e eficiência das atividades de prevenção empreendidas naquele período; na segunda, são divulgadas as orientações do SIPAAerM e demais matérias relevantes para a Segurança de Aviação, aí incluídos os Subprogramas de Prevenção e as metas a serem alcançadas, de forma a nortear a elaboração dos PPAA dos demais elos do SIPAAerM; na última seção, as Recomendações de Segurança decorrentes das análises realizadas são apresentadas (BRASIL, 2011).

Durante o ano de 2015, a Aviação Naval realizou 9.304,1 horas de voo, sendo registrados 1 Incidente Grave, 16 Incidentes Aeronáuticos, 4 Ocorrências de Solo e nenhum Acidente. Pelas análises seriadas e comparativas, observou-se que o número de Incidentes Aeronáuticos e ocorrências de solo no mesmo ano encontravam-se abaixo da média dos últimos dez anos, resultado avaliado como positivo, considerando-se que no mesmo período o número de horas de voo foi 20% menor que a média apurada na década. (BRASIL, 2016).

Comparando-se com 2013, houve, no ano de 2015, um aumento significativo no número total de ocorrências, apontando para a reversão da tendência de redução desse indicador. Com relação ao registrado em 2014, o aumento foi de uma única ocorrência.

Conjugando-se essa informação com a redução do número de horas de voo em 2015, pode-se observar uma tendência a elevação da taxa de ocorrências aeronáuticas na MB (BRASIL, 2016). O Quadro 6 ilustra a consolidação das médias de ocorrências aeronáuticas na MB e outros indicadores relevantes, para um período de dez anos.

QUADRO 6
Informações consolidadas da Aviação Naval no decênio 2006-2015

Ano	AA	IA	OS	Horas de Voo (HV)	Taxa de Acidentes por 100.000 HV ^(a)	Vítimas Fatais	Aeronaves Irrecuperáveis
2006	0	21	5	14.669,0	8,04	0	0
2007	0	25	13	13.079,0	4,13	0	0
2008 ^(b)	1	25	8	12.781,0	2,89	0	1
2009	1	26	9	12.273,0	4,41	0	0
2010	0	30	8	11.098,0	3,13	0	0
2011	1	24	7	10.444,0	5,03	0	1
2012	0	18	6	10.670,9	5,24	0	0
2013	0	9	3	11.017,2	3,61	0	0
2014	0	15	4	10.337,9	1,87	0	0
2015	0	16	4	9.304,1	1,93	0	0
Média	0,3	17,7	5,2	11.567,4	4,03	0	0,2

(a) Taxa de acidentes calculada por quinquênio.

(b) Ano de referência para redução de 80% dos acidentes.

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-1.

Analisando-se o QUADRO 6 e o GRAF. 1, é possível concluir que na última década a MB teve, em média, um acidente aeronáutico a cada três anos, e uma perda total de aeronave a cada 5 anos.

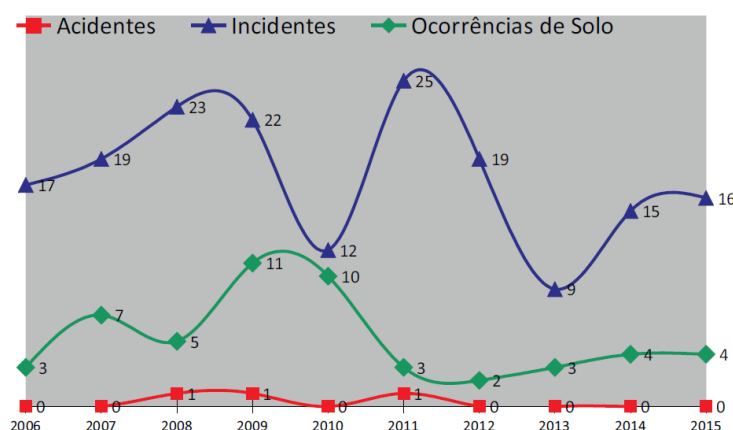


GRÁFICO 1- Ocorrências Aeronáuticas entre 2006 e 2015

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-2.

O GRAF. 2 demonstra a evolução da taxa de acidentes por 100.000 horas de voo na MB, um dos indicadores de Segurança de Aviação consagrados. O valor do quinquênio 2003-2007 foi utilizado como parâmetro para estipulação da meta definida pelo SIPAAerM, de redução desse número em 80% até 2018 (BRASIL, 2016).

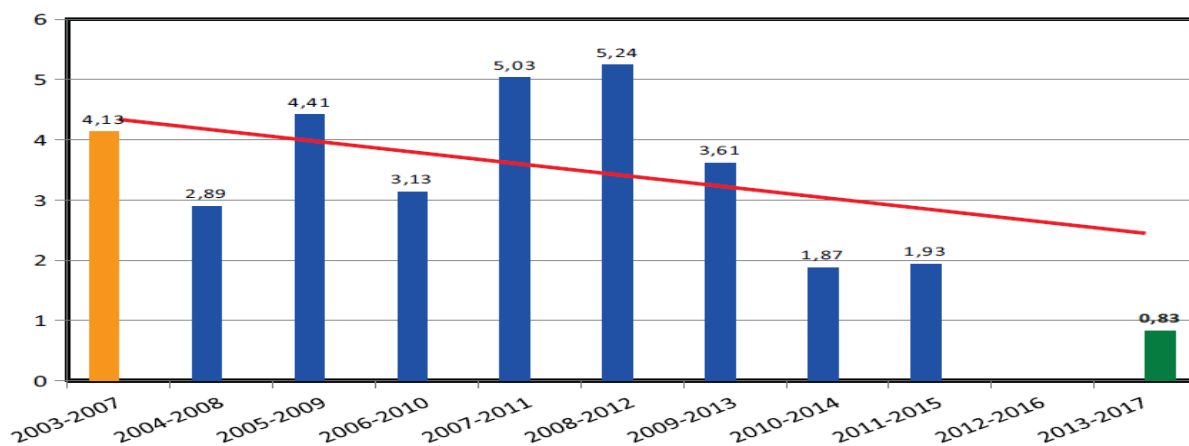


GRÁFICO 2 – Taxa de Acidentes por 100.000 HV a cada 5 anos

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-3.

Por considerar que os Incidentes Aeronáuticos e as Ocorrências de solo são precursores de potenciais acidentes aeronáuticos, a MB lança mão da análise dessas taxas, a fim de identificar tendências e adotar medidas adequadas para o seu tratamento, evitando-se, assim um Acidente Aeronáutico futuro. Os GRÁF. 3 e 4 expostos a seguir demonstram o acompanhamento desses valores, por um período de 20 anos, desde 1995 até 2005 (BRASIL, 2016).

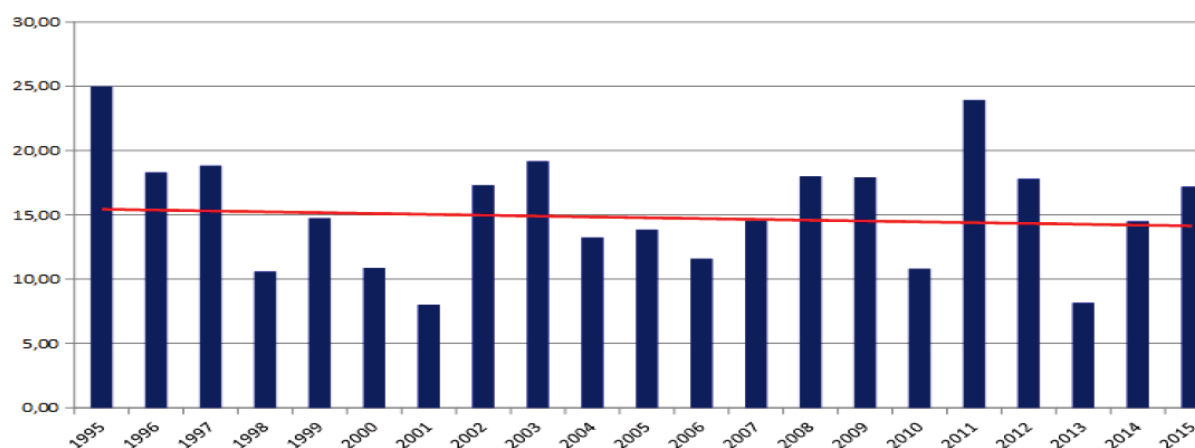


GRÁFICO 3 – Taxa anual de Incidentes Aeronáuticos por 10.000HV

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-4.

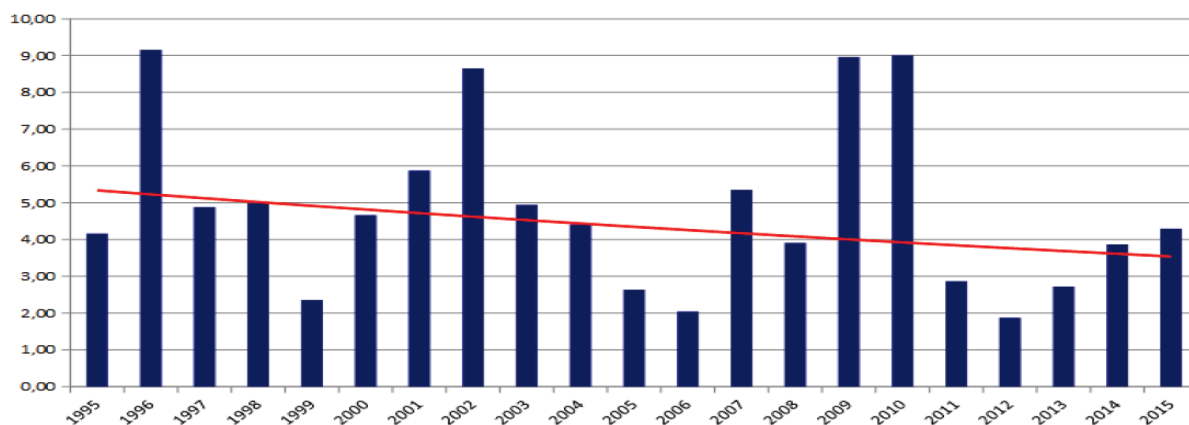


GRÁFICO 4 – Taxa anual de Ocorrências de Solo por 10.000HV

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-4.

As análises realizadas apontam para uma tendência de estabilidade para a taxa de Incidentes Aeronáuticos e uma tendência de queda para as Ocorrências de Solo. Isso permite, por exemplo, a adoção de medidas específicas voltadas para a redução da taxa de Incidentes Aeronáuticos, a fim de que essa também apresente redução.

Desde 2013, o SIPAAerM apresenta no PPAA/MB estatísticas dos fatores contribuintes das ocorrências aeronáuticas, a fim de identificar suas tendências e finalmente adotar medidas específicas para melhorar a Segurança de Aviação, por meio da redução da contribuição do fator ou fatores identificados como de maior relevância na gênese das ocorrências. O GRÁF. 5 ilustra a distribuição dos fatores contribuintes com relação às Ocorrências Aeronáuticas entre os anos de 2011 e 2015 (BRASIL, 2016).

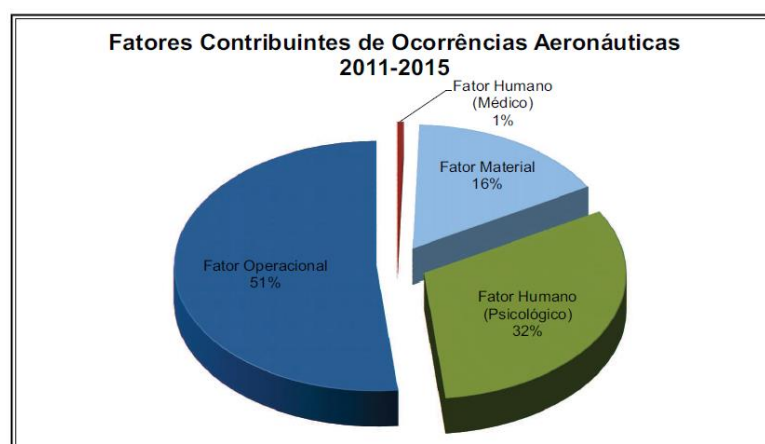


GRÁFICO 5 – Fatores Contribuintes de Ocorrências Aeronáuticas 2011-2015

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-8.

Para os relatórios finais emitidos entre 2011 e 2015 foram identificadas 98 ocorrências. De acordo com a atual classificação, o fator Operacional foi o de maior participação, com 51%, seguido pelo fator Humano (Psicológico), presente em 32% dos fatores identificados. Os GRÁF. 6 e 7 ilustra a distribuição dos fatores contribuintes relacionados aos Fatores Operacional e Humano (Psicológico), respectivamente.

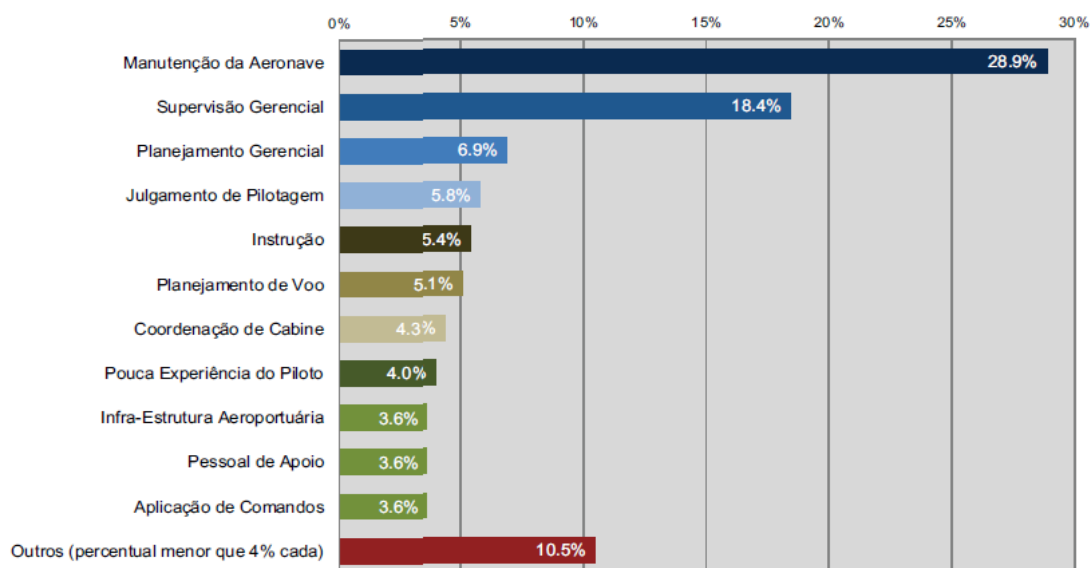


GRÁFICO 6 – Fator Operacional 2011-2015

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-8.

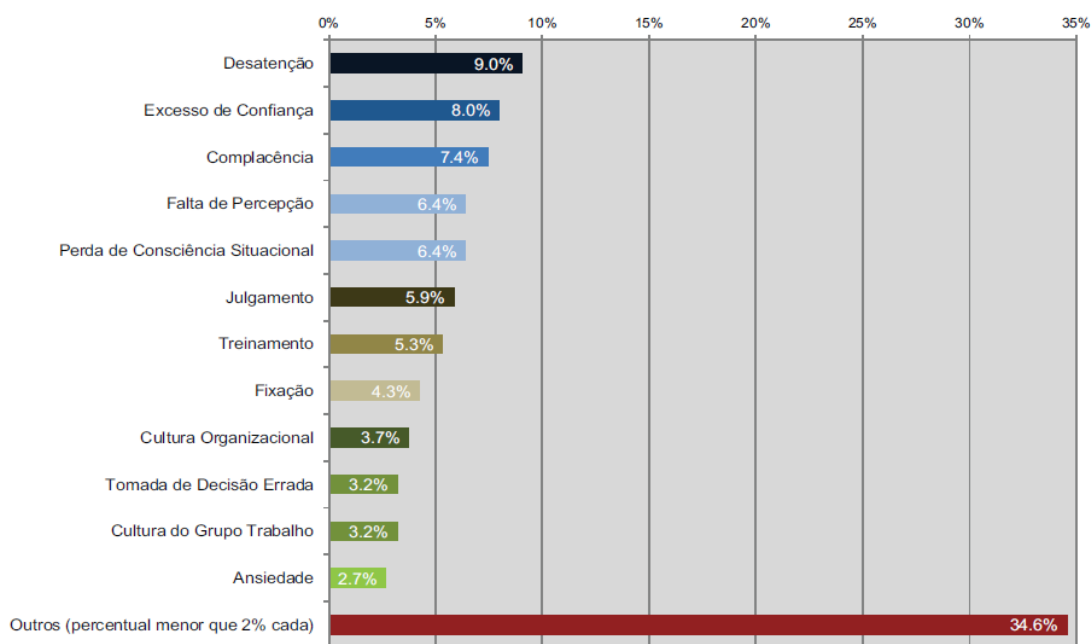


GRÁFICO 7 – Fator Humano – Aspecto Psicológico 2011-2015

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-10.

Foram emitidos, em 2015, 1956 Relatórios de Prevenção (RelPrev), número este 8,2% maior que o do ano de 2014. Observou-se ainda um aumento expressivo na taxa de RelPrev emitidos por cem horas de voo, cuja representação visual é mostrada abaixo, pelo GRÁF. 8.

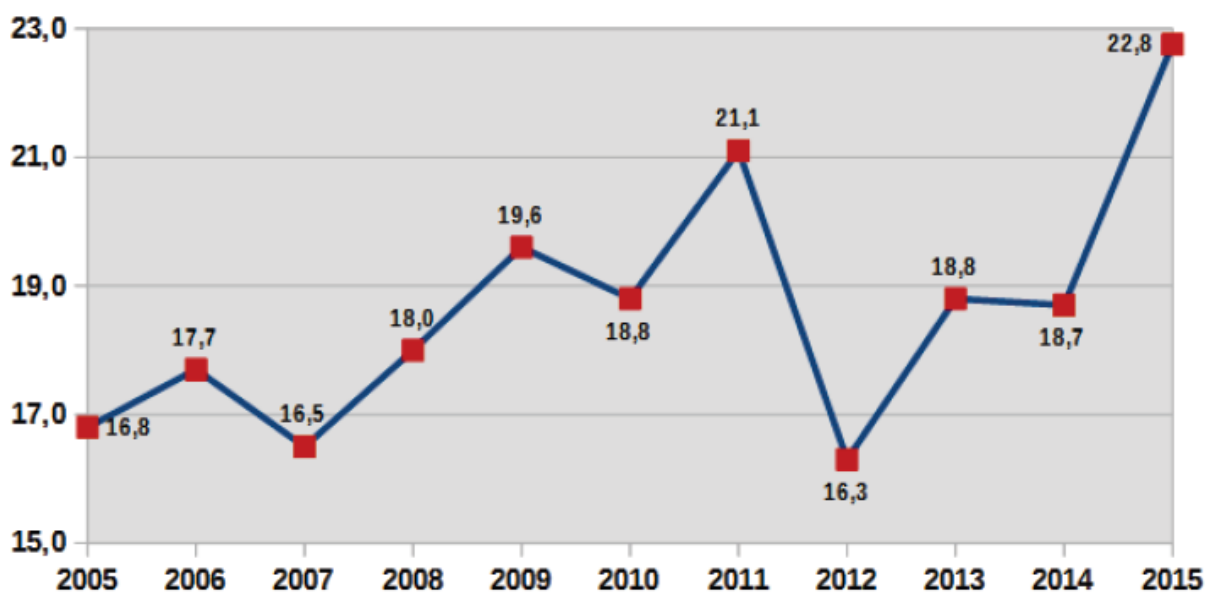


GRÁFICO 8 – Número de RelPrev por cem horas de voo, no âmbito da MB

Fonte: BRASIL, 2016, p. 1-11.

Haja vista a grande variação para cima e para baixo desde 2010, no índice de RelPrev por cem horas de voo, não é possível realizar uma análise de tendência satisfatória para o parâmetro estudado (BRASIL, 2016).

O PPAA-2016 deixa explícita a meta do SIPAAerM de realizar treinamento em simuladores ou aeronaves especialmente preparadas, para todos os pilotos da MB que estejam exercendo a atividade aérea, com prioridade para os treinamentos de emergência, a fim de manter um nível de segurança satisfatório, diante do cenário de redução de horas de voo cumpridas pela Aviação Naval, especialmente nos dois últimos anos. A redução nas horas de voo pode impactar negativamente o nível de adestramento dos aviadores (BRASIL, 2016).

Os simuladores de voo são dispositivos utilizados para o cômputo de horas de treinamento em voo, para qualificação de tripulantes técnicos.

6 SIMULADORES EM MEDICINA

A simulação pode ser descrita como uma técnica em que se utiliza um objeto de representação parcial ou total, chamado “simulador”, de uma tarefa a ser replicada. Isso chama atenção para duas características fundamentais da simulação: a primeira é a utilização de um simulador; a segunda é o ensino baseado em tarefas, com foco no que deve e como deve ser realizado, para que o objetivo seja alcançado. Ela é normalmente utilizada em treinamentos, em que o que se deseja é a obtenção de habilidades psicomotoras ou a tomada de decisões de forma rápida, precisa e correta, principalmente em um cenário de adversidades, como o que ocorre em situações de emergência (PAZIN FILHO, 2007).

Por meio da sua realização em modelos artificiais, a simulação oferece a possibilidade do erro sem danos reais, facilitando a compreensão dos mecanismos pelos quais o profissional falhou ou violou algum procedimento padronizado, aspecto fundamental para o desenvolvimento de estratégias voltadas à prevenção do erro e, conseqüentemente, do dano ao paciente.

Um grande número de simuladores encontra-se disponível no mercado, para emprego em situações e ambientes distintos, dotados de tecnologia e recursos variáveis em um amplo espectro, de forma a reproduzir, com maior ou menor grau de fidelidade, a situação real.

O treinamento simulado pode ser aplicado não apenas a indivíduos isoladamente, mas também, e com maior importância, a tripulações, grupo de pessoas, estações de trabalho, ou mesmo a organizações inteiras (GABA, 2012).

A simulação oferece ainda benefícios éticos, por não submeter um ser humano a uma lesão provocada pelo erro; precisão na avaliação do desempenho; e a possibilidade de ensino da gestão de risco e cultura de segurança.

O HNMD possui um Instituto de Pesquisas Biomédicas (IPB), dotado de equipamentos e instalações de alta tecnologia, aí incluídos seus simuladores realísticos, cujos modelos são: Simman[®], Pedyasim[®], Lap-Vr[®], HPS, CathLab[®], e EndoVr[®].

Com a utilização desses simuladores, procedimentos de alta complexidade podem ser ensinados/aprendidos, com a economia de recursos financeiros decorrente da não utilização de insumos e material médico-cirúrgico, e abolição da possibilidade de expor um paciente a uma eventual lesão corporal.

Entre as cirurgias e procedimentos médicos possíveis de serem realizados nos simuladores do HNMD, citam-se: cirurgias videolaparoscópicas, dentre as quais: colecistectomia, ooforectomia e salpingectomia; colonoscopia; endoscopia digestiva alta; broncoscopia; procedimentos endovasculares, como a colocação de *stents*; e anestesia geral.

Vários são os benefícios a serem obtidos por meio da utilização de simuladores no treinamento das equipes médicas, especialmente no tocante à prevenção de eventos adversos e ao desenvolvimento da cultura de segurança.

7 DISCUSSÃO

Desde a revelação de que uma quantidade expressiva de pacientes em todo o mundo é exposta a riscos desnecessários e sofre danos como consequências de falhas nos processos de assistência de saúde, não é mais aceitável ignorar a imperiosa necessidade de implementação de estratégias sistematizadas para a redução de riscos e promoção da segurança dos pacientes.

O assunto ganha importância ainda maior quando se observam os prejuízos decorrentes das falhas, naturalmente não intencionais, e violações das normas de conduta e procedimentos padronizados. Esse prisma representou, na realidade, um dos grandes motivadores de toda a iniciativa dos organismos internacionais para o desenvolvimento de campanhas educacionais e normas a serem implantadas para a segurança do paciente, mas também para uma grande economia de recursos financeiros.

A Marinha do Brasil possui uma política bem definida e amplamente divulgada com relação aos seus Programas de Saúde, que representam a sua investida no eixo de prevenção e promoção de saúde. As atividades relacionadas a essa política são, na maior parte das vezes, ações de baixo custo e sem emprego de tecnologia. O resultado, entretanto, reflete uma importante economia com despesas que deixam de ser efetuadas com tratamentos médicos, que por sua vez envolvem cada vez maior quantidade de recursos humanos, material de alta complexidade e, financeiros.

A estrutura administrativa, a estrutura de pessoal e o fluxograma de informações referentes aos Programas de Saúde da Marinha espelham a importância que a Instituição atribui ao seu funcionamento, o que pode ser comprovado pela participação direta do Diretor de Saúde da Marinha e do Diretor do CMAM.

A Marinha do Brasil, embora ainda não possua uma documentação voltada especificamente para a normalização, no âmbito de sua jurisdição, de procedimentos voltados à prevenção de eventos adversos causados pela assistência cirúrgica, segue as recomendações preconizadas pelos documentos normativos adotados pelo Ministério da Saúde e ANVISA.

Os executores das ações referentes à segurança do paciente, dentre as quais se encontram aquelas voltadas para a segurança cirúrgica, são os Núcleos de Segurança do Paciente de cada OMH, que, além de responsáveis pela elaboração do Plano de Segurança do Paciente do hospital, são também encarregados de notificar diretamente os incidentes e eventos adversos às autoridades competentes do Serviço Nacional de Vigilância Sanitária.

Benchmarking é uma das ferramentas utilizadas para a gestão organizacional, cujo princípio se baseia no estudo das práticas e processos de outra organização, concorrente ou não, reconhecida como modelar na sua área de atuação. Pode também ser desenvolvida utilizando-se, como modelo, outro segmento de uma mesma empresa. O objetivo de sua utilização é o aperfeiçoamento dos processos organizacionais de quem as utiliza, por meio da compreensão, análise e utilização, ainda que mediante adaptação, das soluções adotadas pela instituição escolhida como parâmetro de qualidade, para problemas comuns ou semelhantes (ARAÚJO, 2001). Trata-se, portanto, de um processo para identificação de oportunidades de melhorias, por meio da aferição do desempenho da própria organização e da comparação de seus processos e resultados com os da empresa escolhida para análise (DAMAZIO, 1998).

Nesse sentido, analisando-se a estrutura da Segurança de Aviação da MB, é possível constatar-se que a sua atividade de prevenção de acidentes aeronáuticos é consolidada, com estruturas documental, organizacional e operacional bem desenvolvidas. Isso envolve não apenas campanhas de prevenção, mas uma rede de informações precisa e eficiente, amplamente divulgada por todos os segmentos que, de forma direta ou não, participam da atividade de aviação. Por esse motivo, a estrutura de segurança de aviação na

MB pode ser utilizada como modelo para aperfeiçoamento das suas atividades de segurança do paciente, aí incluída a cirurgia segura, no âmbito do SSM.

Alguns aspectos específicos distinguem a situação de um tripulante técnico de aviação daquela inerente aos profissionais que realizam atividades de assistência de saúde, dentre as quais se encontram as equipes cirúrgicas. Isso pode ser bem compreendido quando se leva em conta o fato de que a falha do piloto de uma aeronave pode provocar um acidente aeronáutico, com perda irreparável da aeronave e da vida de todos os tripulantes. Isso não acontece com as equipes de saúde, que, quando falham, expõem apenas a vida do paciente.

Por essa razão, é aceitável imaginar-se que, fato inerente à natureza humana, a compreensão e o comprometimento dos profissionais expostos a risco de morte em caso de falha são mais facilmente obtidos. Isso torna ainda maior o desafio de fazer com que todos os profissionais desenvolvam a mentalidade de prevenção de eventos adversos e cumpram integralmente os protocolos e procedimentos de segurança, especialmente quando suas próprias vidas não estejam sob risco, como é o caso dos profissionais de saúde e, em particular, das equipes cirúrgicas.

Outro aspecto importante é a crescente demanda de processos judiciais de reparação de danos provocados por profissionais de saúde, que faz com que as comunicações de incidentes e situações de perigo sejam inibidas, prejudicando, assim, a proatividade na prevenção de acidentes relacionados.

O PPAA é um documento revestido de caráter preventivo, livre de enfoque voltado à punição ou exposição dos agentes que incorrem em falhas, considerando que todos os processos que envolvem a participação do ser humano estão sujeitos a elas.

O uso de simuladores de voo é amplamente utilizado na qualificação e manutenção da certificação dos tripulantes técnicos. Com relação à simulação em medicina, apesar de sua disponibilidade, ainda não existe uma cultura sólida para o emprego dessa

valiosa ferramenta de ensino, treinamento e prevenção de acidentes. Esse é certamente um campo fértil para novas oportunidades na área de saúde. A Marinha já deu um primeiro passo, com a aquisição de alguns simuladores realísticos, disponíveis no HNMD.

Os simuladores existentes no HNMD podem ser utilizados de forma a contribuir para a formação dos médicos em especialização nas diversas especialidades médicas e para a manutenção da qualificação, da destreza e do desempenho profissional dos médicos já especializados, especialmente quando do retorno de longas missões militares, para as quais tenham sido designados, fora do ambiente hospitalar. O quadro abaixo, utilizando a ferramenta 5W2H, ilustra o esboço de um plano de ação a ser empregado para essa finalidade.

QUADRO 7

Plano de ação para melhora do nível de segurança em cirurgia

PLANO DE AÇÃO	
OBJETIVO: Melhorar o nível de segurança em procedimentos cirúrgicos	
O QUÊ	Reduzir a ocorrência de eventos adversos em cirurgia pelo fator humano, por meio do treinamento de médicos especialistas e em especialização, utilizando, para tanto, os simuladores realísticos disponíveis no HNMD.
ONDE	HNMD – Instituto de Pesquisas Biomédicas (IPB).
PORQUE	1. O Treinamento em simuladores realísticos aumenta as habilidades do cirurgião, sem submeter pacientes a risco; 2. Médicos residentes têm pouca experiência e participam de cirurgias; 3. Cirurgiões afastados da atividade cirúrgica por longos períodos apresentam redução no desempenho, podendo comprometer a segurança do ato operatório; 4. Quanto mais treinados os profissionais, menores as chances de eventos adversos.
COMO	Treinamentos práticos em simuladores realísticos, com programação de cirurgias e procedimentos médicos em situações rotineiras e de crise.
QUEM	1. Instrutores: Encarregado do IPB e Chefes de Clínicas; 2. Participantes: cirurgiões e médicos residentes.
QUANDO	1. Semestralmente, para médicos residentes; 2. Após retorno de afastamentos por período superior a 1 ano, para cirurgiões.
QUANTO	Custo de material de ensino, manutenção e insumos para simuladores.

8 CONCLUSÃO

Ao se concluir este trabalho, é de capital importância que aqui sejam registradas propostas identificadas para a melhoria do nível de segurança dos procedimentos cirúrgicos realizados no âmbito da MB. Essas podem compreender ações no nível operacional, amplamente estimuladas pela literatura científica, pelas instituições de acreditação hospitalar, e pelos órgãos governamentais de saúde.

O enfoque pretendido, contudo, foi o de evidenciarem-se as oportunidades de melhoria do SSM, por meio da implantação de medidas no nível estratégico, de forma a abranger a todas as OMH da MB.

O uso de ferramentas de gerenciamento é peça fundamental para todo processo de melhoria da qualidade, em qualquer segmento de atividade profissional. Sem o correto entendimento e mensuração dos problemas de uma organização, não é possível gerenciá-los. A identificação de seus fatores internos de força e fraqueza; e dos fatores externos que representam ameaças ou oportunidades são também determinantes de uma boa gestão.

O HNMD é possuidor de um Instituto de Pesquisas Biomédicas dotado de simuladores realísticos capazes de proporcionar o treinamento seguro e livre de riscos aos profissionais de saúde, especialmente médicos, em diversas especialidades. O desenvolvimento de um programa regular de treinamento para esses profissionais, com registro de dados e horas de treinamentos é uma medida a ser adotada, de forma a reduzir a contribuição do fator humano nos eventos adversos provocados pela assistência à saúde, em particular os eventos cirúrgicos.

Resta claro que para que todas as atividades de prevenção de acidentes e desenvolvimento de uma cultura de segurança alcancem o êxito, todos os níveis da

organização devem estar envolvidos, sendo que o papel do mais alto nível decisório é determinante para o comprometimento de todos.

A diferença do nível de elaboração e execução entre os Programas de Saúde da Marinha – que contam com a atuação direta do Diretor de Saúde da Marinha e do Diretor do CMAM – e o Programa de Segurança do Paciente, que se encontram principalmente a cargo dos Núcleos de Segurança dos hospitais, leva à formulação de uma proposta de modificação na estrutura deste último, de forma a elevá-lo ao mesmo patamar dos primeiros.

Assim sendo, a elaboração de um Manual, nos mesmos moldes da publicação DSM-2006, voltada especificamente à segurança do paciente e ao desenvolvimento da cultura de segurança do paciente própria da MB, configura uma importante ferramenta para o atingimento do propósito ora definido.

A análise realizada sobre a sistemática empregada pela Aviação Naval para as ações de Segurança de Aviação e prevenção de acidentes aeronáuticos, que lança mão da elaboração anual do seu Programa de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos, com ampla divulgação das ocorrências aeronáuticas do ano anterior e extensiva análise de tendências de indicadores de segurança, leva este autor a acreditar que a reprodução desse modelo na área de prevenção de acidentes de saúde venha a contribuir sobremaneira para o desenvolvimento da segurança do paciente na MB.

Do mesmo modo, o desenvolvimento de um calendário de atividades de segurança e prevenção de acidentes, incluindo vistorias de segurança, relatórios consolidados e recomendações de segurança formalizadas poderão contribuir para o aprimoramento do Sistema de Saúde da Marinha nas atividades de segurança do paciente e no desenvolvimento de sua cultura própria.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Luiz César G. **Organização, Sistemas e Métodos e as Modernas Ferramentas de Gestão Organizacional**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília, 2013a.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b.
- BRASIL. Diretoria de Aeronáutica da Marinha - SIPAAerM. **PPAA-2016: Programa de Prevenção de Acidentes Aeronáuticos da Marinha**. Rio de Janeiro, 2016.
- BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-206: Manual dos Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2013c.
- BRASIL. Diretoria Geral do Material da Marinha. **DGMM-3010 Rev. 3: Manual de Segurança de Aviação**. Rio de Janeiro, 2011.
- BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401 Rev. 3: Normas para Assistência Médico-Hospitalar**. Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Hospital Naval Marcílio Dias. **Portaria nº 65 de 11 de março de 2014**. Cria o Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Naval Marcílio Dias. Rio de Janeiro, 2014a.
- BRASIL. Hospital Naval Marcílio Dias. **Plano de Segurança do Paciente – Versão 1**. Rio de Janeiro, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013d.
- DAMAZIO, Alex. **Administrando pela gestão da qualidade total**. Rio de Janeiro: Interciência, 1998.
- FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELLOS, Ana Cristina de. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas**. 8. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.
- GABA, David M. **The future vision of simulation in health care**. Qual Saf Health Care, Palo Alto, n. 13, p. 2-10, out. 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas** (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde ; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.
- PAZIN FILHO, Antonio; SCARPELINI, Sandro. **Simulação: definição**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 2, n. 40, p.162-166, abr./jun. 2007.
- Segurança do Paciente e Prática Médica** / Editores: Sylvio Valença de Lemos Neto, Luis Antonio

dos Santos Diego, Julio Cezar Mendes Brandão, João Henrique Silva e Antônio Fernando Carneiro. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2014.

SOUSA, P. **Patient Safety – A Necessidade de uma Estratégia Nacional**. Acta Med. Port; n. 19, p. 309-318, 2006.

SOUSA, P. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde** / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. - Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014a.

SOUSA, P. **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras** / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. - Rio de Janeiro, EAD/ENSP, 2014b.

STAHEL, Philip F. **Patient Safety in Surgery**. London: Springer, 2014.

WHO – World Health Organization. **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report**, 2009.

WHO – World Health Organization. **Learning from error: Patient Safety Workshop**. 2008.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (PRIMEIRA EDIÇÃO)

Antes da indução anestésica



Antes da incisão cirúrgica



Antes de o paciente sair da sala de operações

IDENTIFICAÇÃO	CONFIRMAÇÃO	REGISTRO
☐ PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO	☐ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO	☐ O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA	☐ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO	☐ REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	☐ EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS	☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO	☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?	☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ O PACIENTE POSSUI: - ALERGIA CONHECIDA? - NÃO - SIM	☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?	☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? ☐ NÃO	☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTÊSES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR)
☐ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?	☐ A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? - SIM - NÃO SE APLICA	
☐ SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS	☐ AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?	
	☐ NÃO SE APLICA	

Assinatura _____

ESTA LISTA DE VERIFICAÇÃO NÃO TEM A INTENÇÃO DE SER ABRANGENTE. ACRÉSCIMOS E MODIFICAÇÕES PARA ADAPTAÇÃO À PRÁTICA LOCAL SÃO RECOMENDADOS.