

GERENCIAMENTO DE RISCOS – UMA PROPOSTA DE TREINAMENTO



Alfredo Guarischi
Cirurgião Geral e Oncológico
Mestre em Cirurgia pela UFRJ
Membro Emérito Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Professor Voluntário da Escola Superior de Guerra

1 INTRODUÇÃO

A vida é uma viagem sem roteiro. Durante esta jornada, há a possibilidade de se buscarem caminhos alternativos para estender a viagem, porém, por falta dessa percepção, muitas viagens acabam sendo mais curtas do que deveriam.

Profissionais de saúde quando têm que decidir caminhos alternativos para seus pacientes, têm que agir de tal forma que os possíveis roteiros sejam contextualizados. Têm que ir além dos seus dogmas ou dúvidas.

Muitos pacientes não conseguem continuar nesta viagem. Para eles, as alternativas foram inadequadas. A autonomia do paciente não exclui a responsabilidade dos profissionais de saúde de decidir. Errar é humano – faz parte do processo decisório. Podemos falhar na escolha da mais adequada alternativa.

Enxergar fora da caixa é importante, pois é uma oportunidade para reflexão sobre a falibilidade humana e de como melhor treinar os profissionais de saúde em suas escolhas. Estas devem ser baseadas não apenas seguindo protocolos ou consensos, mas em busca da melhor resposta, mesmo que isto implique em contrariar protocolos ou ser uma voz

discordante (a primeira de muitas outras, num futuro, talvez distante) para um específico paciente (o seu paciente).

2 BREVE HISTÓRIA DO GERHUS

Preocupado com a segurança no sistema de saúde, reunimos nossas experiências e dúvidas em inúmeros encontros e discussões. Desenvolvemos uma metodologia de como aplicar os princípios do conceito de *Crew Resource Management* (CRM) da aviação em medicina. Nascia o CRM em Saúde, batizado de “Gerenciamento de Recursos Humanos em Saúde” (GERHUS). Estávamos no ano de 2005. A Força Aérea Brasileira (FAB) nos deu a oportunidade: o encontro de um aviador com um médico, em busca de contribuir para a segurança no sistema de saúde.

O primeiro GERHUS ocorreu em 8 de junho de 2010 no Hospital Central da Aeronáutica, no Rio de Janeiro. Desde então vem sendo aprimorado. Ganhamos experiência para customizar versões distintas conforme a unidade hospitalar (civil ou militar, público ou privado, parceria público-privada), sem perder o foco no básico: o Fator Humano que age como um pêndulo contínuo, sendo o cerne

da segurança, tanto na geração como solução de falhas. Não como eliminar o homem nos processos humanos, mas há como capacitá-lo a lidar com sua falabilidade.

Mesmo num ambiente hierarquizado, atitudes assertivas, pouco usuais na hierarquia do sistema de saúde, precisavam prevalecer. O foco no êxito da missão deve prevalecer sobre ordens ou dogmas. Isto nos deu a certeza que poderíamos avançar em outros ambientes.

Outra grande ajuda ocorreu com o convívio com o Batalhão de Operações Especiais, o BOPE, tropa de elite da Polícia Militar do Rio de Janeiro. Esta parceria começou em 2008, com o Cel. Alberto Pinheiro Neto, que abriu esta porta. A certeza da importância da rigidez operacional, num ambiente totalmente diferente da aviação – muito menos estável – ajudou na percepção quanto a necessidade de ajustes. O ambiente da saúde muitas das vezes lembra mais uma missão do BOPE do que uma situação de voo. No BOPE pode-se morrer, mas também se pode matar, quando se perde o foco da missão. Na aviação a tripulação pode morrer e na saúde a “tripulação” pode “matar”. Estes três sistemas, tão diferentes, têm enormes semelhanças. O número de mortos em solo, decorrente de um desastre aéreo é infinitamente menor comparado com as mortes dentro de uma aeronave. Na “aeronave” da Polícia ou da medicina é exatamente o inverso. Basta um segundo. O GERHUS explora como aviação e forças especiais desenvolveram capacitação para lidar com a tomada de decisão e o gerenciamento do erro.

3 BREVE HISTÓRICO DO CRM

Na aviação, o conceito de CRM nasceu em 1972. Os conceitos de Gerenciamento de Recursos Humanos (Fator Humano) foram propostos nos EUA em 1979, após avaliação de diversos acidentes aéreos. O primeiro treinamento estruturado ocorreu em 1981 pela *United Airlines*. Em 1986, a *Delta Airlines* iniciou a segunda geração do CRM. A partir de 1990, o CRM foi reconhecido pela *Federal Aviation Administration* como obrigatório para as companhias aéreas que voassem no território norte-americano. O Brasil através da VARIG e a FAB iniciaram seus primeiros treinamentos já em 1990. Atualmente, todos os tripulantes das companhias aéreas do mundo devem obrigatoriamente realizar o CRM pelo menos a cada dois anos. Em 1999 passou a ser obrigatório para toda a aviação mundial

O CRM da aviação, que evoluiu de “C” de “*COCKPIT*” (cabine, piloto e copiloto), para “C” de “*CREW*” (piloto, copiloto, *flight*, comissário de bordo). Mas o grande avanço foi a mudança do “C” para “*COMPANY*” (tripulação de voo, mecânico de solo, pessoal de pista, controle de espaço aéreo, despacho de carga, administradores, etc.).

Esse preâmbulo se faz necessário, pois nesses 34 anos, desde o primeiro CRM, sucederam-se seis gerações de CRM. Entende-se por geração a sistematizações do treinamento, com elementos novos sendo introduzidos. Estes conceitos novos, fruto do maior conhecimento adquirido com centenas de cursos realizados em todo mundo, foram introduzidos visando aprimorar o trabalho em equipe e gerenciar

os erros que sempre ocorrem em qualquer atividade humana. Está atualmente na sexta geração (Avaliação de Ameaça).

Não existe um CRM na aviação padrão, como ocorre na medicina com o ATLS ou ACLS, que focam nas habilidades técnicas. O CRM foca nas habilidades não técnicas, cognição. Com estas perspectivas e com o passar dos anos, cada companhia desenvolveu seu próprio CRM.

Todo aeronauta, civil ou militar tem que fazer um CRM a pelo menos cada dois anos. Companhias menores não têm condição de ter seu próprio *staff* para dar o treinamento obrigatório do CRM estabelecido por lei. Com isso, foram criadas inúmeras organizações voltadas para a atividade. O objetivo (cumprir a lei) é alcançado, mas o ganho de desempenho da tripulação é maior quando existe um maior conhecimento da cultura e das situações vividas pelas tripulações daquela companhia. Este tem sido um enorme desafio para as companhias menores de aviação: a terceirização deste treinamento.

4 O QUE O CRM MUDOU NA AVIAÇÃO

A análise desta questão revelou que cada um cumpria bem o seu papel individualmente. Persistiam os fatores humanos – em 70 a 90% dos acidentes. A conclusão é que havia falhas de comunicação, de relacionamento interpessoal, no processo de tomada de decisão, falhas na liderança, perda de consciência situacional. Havia, principalmente, falhas no Gerenciamento dos Recursos Humanos disponíveis. Baseado nestas conclusões surgiu a ideia do Gerenciamento de Recursos na Cabine de Voo (*Resource Management on the Flightdeck*) na NASA, em 1979.

O CRM é um processo de treinamento para tripulantes (pilotos ou não), que visa reduzir erros de julgamento por meio de um melhor uso dos recursos humanos disponíveis. O treinamento de CRM visa proporcionar: Conhecimento, Autoavaliação, Mudança de Atitude e Comportamento para atender ao trabalho da equipe. O CRM deve ser para todos os profissionais envolvidos no voo, dentro e fora da aeronave. Não visa mudar a personalidade de cada um de nós, mas prover o conhecimento científico sobre o gerenciamento dos recursos humanos e proporcionar oportunidade, num trabalho de grupo, de autoavaliação, com o objetivo de gerar mudança de atitude e comportamento com foco no trabalho em, com e para a equipe.

Com o estudo de acidentes, é possível deixar fixada na memória do profissional que o que aconteceu com o outro pode acontecer com ele. Foco nesses estudos é no quê, não em quem. Tudo o que aconteceu com eles poderia e pode acontecer conosco, sem nomes ou comentários pessoais.

Estamos na sexta geração do CRM nestes 37 anos de história. A IATA (*International Air Transportation Association*), criada há mais de 60 anos, representando 80% das companhias aéreas do mundo, exige o CRM de todos seus afiliados.

5 RISCO, ERRO E VIOLAÇÃO

Risco é um conceito intuitivo que quantifica a exposição ao perigo. O risco zero inexistente. Um dos maiores problemas para uma boa prática na saúde, está relacionado a percepção do que é ato seguro. Bons e respeitáveis profissionais não são isentos de envolvimento por essas mortes no sistema de saúde. Todos

profissionais podem cometer falhas, em qualquer país ou cidade. A resistência dos profissionais de saúde admitir sua falibilidade, comunicar e discutir como melhorar é o maior problema. Esta é uma enorme diferença em relação aos tripulantes, o colocou a aviação como *benchmarking* em segurança, junto a indústria nuclear. Nestes sistemas as falhas são constantes, mas a cultura de segurança e cultura justa, permitiu que estas falhas não se transformassem em acidentes.

O erro é fruto do julgamento profissional: quis fazer o bem e errou. Isto difere das violações, nas quais houve a intenção de realizar o correto e sabido. Na prática do dia a dia, a violação é muito menos frequente que os erros, porém por falta de cultura segurança e cultura justa isto não fica claro para a sociedade e a judicialização é reação natural da sociedade em relação a inércia do sistema de saúde de enfrentar esta questão de forma objetiva e preventiva.

O “Erro do Bem” se refere ao erro que ocorreu sem a intenção de cometê-lo. Alguém quis fazer o correto e acabou errando. As condições de trabalho, principalmente a fadiga crônica, são responsáveis por esses erros involuntários.

Situações de risco entre os sistemas complexos variam muito. Apesar da percepção geral, a indústria nuclear é estatisticamente mais segura do que a aviação. Existe um risco maior nos voos charter do que na aviação regular. Outras atividades têm mais riscos do que viajar de avião, como, por exemplo, dirigir carro. Por sua vez, dirigir é mais seguro do que escalar montanhas ou saltar com corda elástica (*bungee jumping*). Mas de todas essas atividades, a mais arriscada é a medicina. Na medicina existe uma enorme variedade de

atividades. Procedimentos simples têm menos etapas, essa é a regra. Mas é um aspecto que pode induzir a falsa percepção de segurança.

Pensar em qualidade sem discutir risco e governança é uma falácia. O acaso pode ocorrer, mas é raridade. Na maioria das vezes, o bom profissional na ponta do processo acaba falhando por falha na gestão ou pelo processo mal desenhado.

6 TOMADA DE DECISÃO

São inúmeros os modelos de tomada de decisão. O PDAC (*Plan-Do-Check-Act*) é o mais frequentemente utilizado em medicina. Qual o melhor? A resposta é simples: não há. A questão toda está em que tomar decisão é um processo dinâmico e dependente do contexto. A gravidade da questão e o tempo para a decisão são de extrema importância.

Estabelecer qual o real problema e a urgência da solução. Lembre-se: você não está sozinho! Peça ajuda e opinião. A maioria das pessoas tende a agir rápido numa situação de emergência. Poucas emergências exigem uma ação imediata. Na maioria das vezes, há tempo para utilizar o modelo de processo decisório. Identificar o problema claramente. Geralmente, o profissional passa por cima desse passo e vai direto para a decisão. Sempre questionar se o que temos é uma indicação isolada ou sintoma de um problema maior. Se estiver com outros profissionais, procurar informações sobre o tipo de problema. Nessa fase, deve-se considerar o tempo para completar o processo decisório. Reunir toda informação possível. Identificar alternativas possíveis: avaliar a influência de cada uma e identificar a que melhor se aplica à situação.

Adotar a ação. Nesse momento, adota-se a medida ou as medidas julgadas oportunas. Não há volta nesse ponto. Uma decisão foi tomada.

Acompanhar os efeitos. Verificar se foi efetiva. Geralmente, há uma tendência de se agarrar à primeira decisão. Mantenha a mente aberta e à medida que aparecerem novas informações, renove o processo decisório.

Em algumas situações, o tempo é curto e limita o processo decisório. Nesse caso, pode ser necessária uma resposta mais rápida. A padronização de procedimentos e o treinamento preparam o profissional para uma ação rápida. Nos procedimentos padronizados, as decisões críticas já foram tomadas anteriormente e em condições ideais.

7 GERENCIAMENTO DO ERRO

O objetivo é aplicar o gerenciamento do erro com foco no desempenho humano, de modo a atenuar os efeitos dos erros (danos) no sistema de saúde. O gerenciamento do erro é a conclusão do treinamento. Enfim, alguma coisa deu errado e precisamos gerenciar.

O gerenciamento do erro visa impedir que o avião caia ou que o paciente morra pela incapacidade da equipe em gerenciar suas habilidades e seus conhecimentos disponíveis por falha de comunicação, de relacionamento interpessoal, de proficiência técnica ou na tomada de decisão. Várias dessas falhas ocorrem, e o conhecimento técnico que salvaria vidas não é utilizado adequadamente pelo gerenciamento inadequado dos recursos humanos disponíveis. Falha no gerenciamento do erro. Falha na última barreira: o Fator Humano.

Com muita frequência, na investigação de acidentes aeronáuticos, percebemos que no processo, em determinado momento, ocorre uma falha crítica. Em seguida, falhas latentes (adormecidas). Os mecanismos de defesa começam a falhar em uma cascata concatenada. A equipe diagnostica o primeiro problema e tenta resolvê-lo, mas na mecânica do acidente (ou atendimento inadequado ao paciente, fazendo uma analogia com a saúde), novas falhas vão se sobrepondo. A tentativa de resolver a primeira falha não tem mais sentido, mas frequentemente a equipe fica focada nela. Quando ocorre recuperação da situação, esses diagnósticos secundários são identificados e mitigados. Frequentemente, quando há fatalidade, a equipe não percebe a nova situação. Quando a tripulação continua focada tentando resolver a falha inicial, a correção desta agrava a situação. É o mesmo que aumentar a dose de noradrenalina num paciente acidótico: é ineficaz. Corrigir sem critério pode levar a uma alcalose fatal.

O gerenciamento do erro ajuda a lidar com essas situações. O avião poderá cair, mas talvez em algum outro lugar, onde haverá mais sobreviventes ou sem ocasionar vítimas no solo. O paciente poderá ficar com sequelas graves, mas não morrerá em consequência de uma tentativa heroica do cirurgião de deter um sangramento intraoperatório em vez de fazer um tamponamento e reoperar quando for mais adequado.

Embora os erros não possam ser completamente evitados, os erros humanos são controláveis. Um método para conter ou controlá-los inclui melhoramento da tecnologia, treinamento relevante e regulamentação apropriada. Entretanto, precisamos compreender que a performance

desse pessoal pode ser fortemente influenciada por fatores organizacionais, regulamentadores e culturais que afetem seu local de trabalho.

Já que erros são inevitáveis, outro método para lidar com eles é minimizar seus efeitos. Esse método tem como foco a correção dos processos organizacionais que constituem terreno fértil para a ocorrência de erros humanos: comunicações inadequadas, procedimentos e padrões que não sejam absolutamente claros, planejamento insatisfatório, recursos insuficientes, orçamentos irrealistas e quaisquer outros processos que uma organização possa controlar.

Uma combinação dessas duas estratégias de gerenciamento de erros aumentará a tolerância do sistema quanto aos mesmos e tornará esses erros evidentes antes que possam causar danos.

“Segurança” é virtual. O que medimos são os erros. Esta é a dificuldade de visualizar a segurança.

Riscos e perigos que conseguimos identificar e visualizar tornam-se igualmente mais fáceis de ser atacados por medidas preventivas. Quantos riscos podem ser aceitos e quantos podem ser eliminados dependerá de diversas variáveis: humanas, materiais e financeiras. Mas o comprometimento de TODOS é fundamental. Isto não se impõe, mas se constrói com a cultura de segurança e com Cultura Justa. Portanto, é importante a equipe valorizar a existência do erro e não negá-lo. Quando uma equipe está alerta de que alguma coisa pode estar errada, há o seu reconhecimento precoce e a identificação da situação. Mecanismos de defesa são acionados e podem evitar o acidente ou, pelo menos, mitigar os danos. Equipes que negam a possibilidade do erro, buscando justificativas para o fato presente como se fosse uma

excepcionalidade, acabam não percebendo (ou negando) o agravamento da situação, e a possibilidade de acidente é muito maior.

O gerenciamento do erro e o gerenciamento da segurança são os elementos sobre os quais se constrói a integridade de uma organização. O mais alto nível de gerenciamento de uma companhia tem que se envolver ativamente na atividade de prover os recursos para gerenciar erros e segurança. A filosofia é que os incidentes devem ser evitados, mas se não notificados, haverá mais acidentes. Deve existir um sistema interno confidencial de relatórios de incidentes. Tal sistema favorece o gerenciamento de riscos ativo, que só prospera dentro de uma atmosfera corporativa onde os funcionários não tenham medo de ser advertidos por reportar erros que possam ter levado a incidentes ou acidentes. A notificação compulsória, sem a organização ter uma clara Cultura de Segurança e de Cultura Justa, aumenta a subnotificação. Mecanismos de notificações anônimas, na qual todos podem ter acesso (profissionais de saúde e pacientes) cria uma massa de dados mais próxima da realidade sobre as anormalidades (base da pirâmide de *Heinrich*). Desta forma pode ocorrer ações proativas de prevenção. No entanto, diante da notificação dos “quase acidentes” ou eventos adversos, que têm mecanismos semelhantes ao das anormalidades, mas com consequências bem diferentes, o sistema de saúde demora a reagir.

8 CULTURA JUSTA

O objetivo de este tópico reconhecer a cultura justa como o equilíbrio entre a busca da prevenção e a responsabilização profissional,

compreendendo qual é o tratamento adequado para os erros e para as violações.

O termo Cultura Justa é a tradução literal do “*Just Culture*” do inglês. Nem sempre traduções literais são o ideal, mas o termo está consagrado. A Cultura Justa não se limita a uma abordagem não punitiva. Do inglês vêm também dois termos os quais se deve ter cuidado ao traduzir: “*responsibility*” x “*accountability*”. Nessa ordem, falamos de “responsabilidade” x “ser responsabilizado”. Responsabilidade sugere uma expectativa em relação a um indivíduo ou grupo. Ao passo que “ser responsabilizado” se refere a uma obrigação individual.

A excelência de desempenho é uma decisão individual, nunca obtida por ameaças ou punições. Nenhuma organização é obrigada a tolerar violações intencionais das suas normas. A fronteira entre o aceitável e o inaceitável não depende totalmente de punições. Indivíduos capazes e motivados também erram. A punição não previne o erro, mas as defesas contra o erro normalmente não funcionam contra a violação. Em algumas violações, o erro é subestimar a probabilidade de ser descoberto. Esse erro é inaceitável. A ênfase a ser dada está na avaliação do processo, independentemente dos resultados.

No mundo real, há uma incessante busca pelo culpado, nem tanto para ser justo, mas para provar que não foi com um determinado indivíduo, uma categoria profissional, um serviço ou uma organização. Na saúde, é frequente ouvir “ainda bem que não foi comigo”.

A Cultura Justa não ocorre por decreto ou portaria. Ela se constrói, mas pode ser percebida de forma diferente dependendo do contexto. A ideia de que “não haverá punição

para determinadas situações” não pode ser confundida como “liberou geral”. Há também os que reagem com indignação, por acreditar na rigidez de princípios e sem considerar atenuantes e contexto. É importante ficar clara a distinção entre erro (o “erro do bem” a que nos referimos no começo) e “violação” (imperícia, imprudência e negligência). Disciplina não é tabu nem solução. Nossa experiência militar nos dá a certeza, no entanto, de que a indisciplina é intolerável e inadministrável sem a firmeza de seu combate. Mas para se ter uma Cultura Justa, temos de ter uma cultura de segurança. Não é fácil mudar a cultura de uma organização. Uma das dificuldades está em identificar a cultura atual, já que ela decorre dos atos dos membros da organização e dos relacionamentos que estabelecem com o decorrer do tempo.

Um dos desafios é lidar com a ação tolerada. No sistema de saúde, algumas ações toleradas se confundem como normais: atrasos, substituições informais de profissionais do mesmo setor ou setores diferentes, procedimentos realizados com insuficiência de pessoal ou material em condições eletivas. A pressão de tempo e da supervisão pode em alguns casos ser excessiva. Em todas as situações, existe a necessidade de uma gestão participativa. Neste quadro, fica claro que o erro operacional (ativo – o profissional na ponta – *sharp end*) é parte de muito mais situações, principalmente latentes e que nunca antes falharam. As situações de falha latente, até serem consideradas, muitas das vezes foram concebidas ou criadas como barreiras de segurança. Esse é o maior argumento para condenar a ideia de que “agora temos um sistema isento de falhas”.

A política de segurança deve encorajar de uma forma clara e persistente o reporte de ações e atitudes não seguras, definindo uma linha entre a performance aceitável (frequentemente entendida como erro) e a performance não aceitável (tal como negligência, imprudência, violação ou sabotagem), providenciando uma proteção justa de quem reporta. Isso está bem definido na aviação e foi um dos fatores mais importantes para a melhoria na segurança de voo.

Humanos são passíveis de falhas, cometem erros. Nas organizações onde há uma cultura de segurança estabelecida, as situações de risco são identificadas e discutidas abertamente para que sejam melhorados os procedimentos e sistemas em vez de se identificar e punir os indivíduos. É possível reduzir o erro, mas nunca eliminá-lo. Não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar a condição sob a qual os humanos trabalham. Significa que a responsabilidade só deve ser atribuída àqueles que tenham sido imprudentes ou claramente negligentes na execução do seu trabalho.

O modelo de Cultura Justa há o papel fundamental da liderança. Não basta dar o exemplo, é preciso ser o exemplo. É impossível obter “por ordem” a excelência de desempenho. O impossível se impor ao comprometimento. Pedir pouco adianta. Fica, portanto, claro a necessidade de liderança para gerenciar pessoas.

Em uma Cultura Justa, a verdadeira motivação para tratar violações de forma diferenciada tem que ser a de elevar a segurança, não a de poder punir sem comprometer a segurança. A ênfase no processo, independentemente dos resultados, é vital para formar e manter uma Cultura Justa, mas é um colossal desafio para as lideranças.

9 MODELO DE PROGRAMAÇÃO DO GERHUS

É importante haver profissionais em posição hierárquica diferente. Não é adequado um grupo “só com os chefes” ou só com “os famosos”. A experiência, mesmo no meio militar, pela questão hierárquica, esta “mistura de patentes” mostrou-se altamente positiva. Não há quebra da hierarquia, pois os exercícios visam desenvolver a assertividade e ouvir o “outro” que é fundamental para o cumprimento das missões.

As turmas não devem ter menos de 20 ou mais de 40 profissionais, para poderem realizar um trabalho de grupo adequado. Profissionais de distintas instituições podem ter o treinamento, mas, nessa situação, este passe a ser mais informativo do que formativo. Profissionais de uma mesma unidade têm uma cultura dessa organização e o GERHUS visa discutir e dar alternativas para que diante de problemas frequentes haja um melhor desempenho da equipe e não de um profissional. Aulas curtas, nas quais conceitos e exemplos são expostos, seguidos de exercícios de grupos formados por quatro ou oito profissionais. Os exercícios e trabalhos de grupo são sobre Comunicação, Relacionamento Interpessoal, Proficiência Técnica, Consciência Situacional, Tomada de Decisão, Cultura Justa e Gerenciamento do Erro.

Para as instituições ou grupos sem vivência de discutir o erro no processo deve-se ter cuidado para que o foco deixe ser em relação ao que ocorreu e passe a ser em quem fez. Esta é cultura equivocada vigente na maioria das instituições sem cultura de segurança estruturada.

Não existe aprovação ou reprovação no GERHUS, mas está claro que para ter o sucesso esperado, o Programa de Treinamento deve ser implantado em toda a instituição. Isso é inviável em curto prazo. Nas grandes companhias aéreas, mais de 80% dos tripulantes têm o CRM atualizado.

O GERHUS em um dia é constituído por sete tempos de aula. Inicialmente é apresentado uma base teórica explanatória, na qual são apresentados alguns filmes de curta duração sobre o tema. Em geral utilizamos filmes de anúncios ou fatos for a da medicina de modo a motivar a turma e mostrar como outros sistemas reagem a situações semelhantes ao que, de alguma forma. Também ocorre no sistema de saúde. Em seguida é discutido um caso, contextualizado ao hospital ou serviço para o qual o GERHUS está sendo realizado.

O local em que o treinamento vai ser realizado deve contar com cadeiras preferencialmente móveis e com dispositivo no qual os treinando possam escrever. O local das refeições deve ser perto, bem como acesso ao banheiro. Não é permitido o uso de telefone celular durante as aulas.

É importante que o maior ganho na consolidação do aprendizado está nos exercícios (trabalhos de grupos). Por isso é fundamental que a alta gestão participe destes treinamentos junto aos profissionais que estão na ponta do processo. Em vários momentos lembramos aos treinandos que se trata de “um treinamento especial” e as relações e obrigações dos participantes após seguem seu curso natural.

Falta ao sistema de saúde uma cultura de segurança já existente em outros sistemas, como na Aviação e Energia Nuclear. Uma

diretriz clara e sistêmica sobre a segurança do paciente é um problema não resolvido.

Para essa questão ser equacionada, é necessária uma radical mudança na cultura dos profissionais e das instituições de saúde. O que ocorre há décadas são tentativas pontuais. A busca por uma causa-raiz ou uma única solução é o que vem sendo buscado e prescrito por “especialistas em segurança”. Esse conceito arcaico pode eventualmente funcionar numa crise pontual, mas inexistente uma única solução para um problema multifatorial.

Errar é uma característica da atividade humana, que deve ser reconhecida, estudada e servir de constante aprendizado, de modo a mitigar a consequência do erro (o dano). O sistema de saúde precisa de uma Cultura de Segurança adequada. Buscar os ensinamentos emanados de outros sistemas ajuda, mas o sistema de saúde requer especificidade. Copiar um sistema e colar no sistema de saúde não funciona. Por outro lado, olhar “fora da caixa”, mas ficando imóvel dentro dela também pouco ajuda.

A busca constante em identificar um culpado, mesmo entre os profissionais de saúde, é uma realidade. Isoladamente, é um enorme equívoco. Quando não houve a intencionalidade (violação premeditada de uma norma), a falha na maioria das vezes decorre de uma falha do sistema: por um desenho dos processos equivocados, falta de trabalho de equipe ou uma comunicação não estruturada. Raramente decorre de uma falha individual.

O Diagrama de *Heinrich* demonstra que para cada fatalidade existem pelo menos 30 incidentes graves. Para estes, ocorrem 300 anormalidades ou situações de perigo. Em geral, apenas as situações de incidentes graves

(os quase acidentes – “*near miss*”) é que são notificadas, valorizadas e investigadas. A notificação é obrigatória quando ocorre uma fatalidade, porém, nessas situações, já teremos perdido 299 chances de prevenção.

O receio de relatar que ocorreu um erro é outro fator importante. Isso decorre principalmente por dois motivos: medo de punição (processo) e vergonha diante dos colegas.

Todo sistema é feito de pessoas diferentes, com sentimentos e posturas diferentes, e que, de uma forma ou de outra, acabam não atuando ativamente em equipe na busca da segurança. O que se busca, na formação de equipes, é que as pessoas façam parte do sistema (pertencimento). As individualidades devem ser preservadas. Não se devem buscar clones, mas que na sua diversidade individual, o grupo, na missão, seja coeso e não uma grande “colcha de retalhos”.

10 CONCLUSÃO

O conceito de gerenciamento de risco, semelhante ao utilizado em aviação e que desenvolvemos em medicina pode ter espaço em ser utilizado em equipes de submarinistas, no qual o trabalho em equipe é essencial. Seu

desenvolvimento pode ter um grande valor no desenvolvimento de habilidades não técnicas e ser mais uma ferramenta para aperfeiçoamento da segurança operacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTSARIS, A. Sem anestesia: o desabafo de um médico. Rio de Janeiro: Ed Objetiva. 2001.

GUARISCHI A., KOELLER F. **GERHUS, Safety**, 2014.

GUARISCHI, A. **Erro humano com Marcia Peltier**. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=dnH6JuSAJaM>.

HELMREICH, R.L.; WILHELM, J.A. Outcomes of Crew Resource Management Training. **Internacional Journal of Aviation Psychology**, v. 1, n. 4, p. 287-300, 1991.

REASON J. **Human Error**. New York: Cambridge University Press, 1990.

WIENER, E.L. *et al.* **Cockpit Resource Management**. San Diego: Academic Press, 1993.