

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA**



SAÚDE

ICA 160-27

**POLÍTICA DE MEDICINA PREVENTIVA NO
SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**

2016

**MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE**



SAÚDE

ICA 160-27

**POLÍTICA DE MEDICINA PREVENTIVA NO
SISTEMA DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**

2016



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE

PORTARIA DIRSA Nº 13 /SECSLTEC, DE 1 DE FEVEREIRO DE 2016.

Aprova a Instrução referente à Política de Medicina Preventiva no Sistema de Saúde da Aeronáutica.

O DIRETOR DE SAÚDE DA AERONÁUTICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso IX do Art. 10º, do Regulamento da Diretoria de Saúde, aprovado pela Portaria nº1592/GC3, de 25 de setembro de 2014, resolve:

Art. 1º - Aprovar a edição da ICA 160-27 “Política de Medicina Preventiva no Sistema de Saúde da Aeronáutica”, que com esta baixa.

Art. 2º - Revogar a PORTARIA DIRSA nº93/SECSLTEC, de 05 de outubro de 2015, que aprovou a edição da ICA 160-27 “Política de Medicina Preventiva no Sistema de Saúde da Aeronáutica”, publicado no Boletim do Comando da Aeronáutica nº189, de 13 de outubro de 2015 e nº191, de 15 de outubro de 2015.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Maj Brig Med JORGE REBELLO FERREIRA
Diretor da DIRSA

(Publicado no BCA nº 38, de 7 de março de 2016)

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES..... | 9 |
| 1.1 FINALIDADE..... | 9 |
| 1.2 COMPETÊNCIA..... | 9 |
| 1.3 ÂMBITO..... | 9 |
| 2 INTRODUÇÃO | 9 |
| 3 LEGISLAÇÃO..... | 10 |
| 3.1 PORTARIA NORMATIVA DO MINISTÉRIO DA DEFESA Nº 1.631/MD | 10 |
| 3.2 PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 1.823/MS | 10 |
| 3.3 PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 2.446 | 10 |
| 3.4 RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA Nº 36 DA ANVISA/MS..... | 10 |
| 3.5 ORDEM TÉCNICA n.º 01/DIRSA/2015 | 10 |
| 3.6 ORDEM TÉCNICA Nº 002/DIRSA/2013 | 10 |
| 4 PREVENÇÃO PRIMÁRIA | 11 |
| 4.1 PROTEÇÃO ESPECÍFICA..... | 11 |
| 4.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE | 14 |
| 5 PREVENÇÃO SECUNDÁRIA | 16 |
| 6 PREVENÇÃO TERCIÁRIA | 17 |
| 7 PREVENÇÃO QUATERNÁRIA..... | 17 |
| 8 DISPOSIÇÕES FINAIS..... | 19 |
| Anexo A - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO MILITAR ATÉ 20 ANOS..... | 20 |
| Anexo B - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO MILITAR A PARTIR DE 20 ANOS..... | 21 |
| Anexo C - (RDC 36) AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ MINISTÉRIO DA SAÚDE..... | 22 |

P R E F Á C I O

Estas Instruções destinam-se a estabelecer a doutrina geral que regula as normas e os procedimentos das práticas e ações referentes à Política de Medicina Preventiva nas Organizações de Saúde (OSA) do Comando da Aeronáutica (COMAER).

As definições de Prevenção e das Ações em Medicina Preventiva auxiliam no planejamento estratégico das diversas OSA no que se refere à manutenção da higidez física e mental do efetivo do COMAER, visando não somente a recuperação da saúde mas também antecipando-se ao aparecimento das doenças, com a intenção de evitar o surgimento e a evolução destas, através de atividades multi e interdisciplinares.

1 – DIPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 FINALIDADE

A presente instrução baixa diretriz para a implantação da Política de Medicina Preventiva no âmbito do COMAER.

1.2 COMPETÊNCIA

A presente ICA foi elaborada por determinação do Exmº Sr. Diretor de Saúde, através de sua Subdiretoria Técnica.

1.3 ÂMBITO

A presente ICA é de observância obrigatória e aplica-se a todos os níveis e setores do SISAU.

2 – INTRODUÇÃO

Prevenção, em saúde, tem o sentido de ação antecipada na história natural de uma doença, com o propósito de tornar improvável a evolução posterior desta, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A idéia de história natural das doenças concebe desde as primeiras forças do meio, responsáveis pela criação de um estímulo patológico (período de pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, e chegando às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (período de patogênese) (Leavell HR & Clark EG. Medicina Preventiva. 1976. São Paulo. Editora McGraw-Hill do Brasil).

A prevenção foi proposta em três níveis – primário, secundário e terciário - conforme o momento da história natural da doença em que ocorria. A prevenção primária é realizada no período de pré-patogênese. A promoção da saúde consta como um dos níveis da prevenção primária, e é definido como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”. Um segundo nível da prevenção primária é a proteção específica “contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente”, e se refere, por exemplo, à administração de vacinas e ao uso de equipamentos de proteção individual por trabalhadores.

A fase da prevenção secundária também se apresenta em dois níveis: o

primeiro - diagnóstico e tratamento precoce, e o segundo – a limitação da invalidez. Por fim, a prevenção terciária diz respeito a ações de reabilitação.

Recentemente, um quarto nível de prevenção foi proposto (Jamouille M. Quartenary prevention), e é chamado de prevenção quaternária. Decorreu da constatação de que a iatrogenia clínica – danos causados nos pacientes devidos à intervenção médica – havia se tornado a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América (Starfield B. Is US Health really the Best in the world? JAMA. 2000;284:483-485.). Alguns autores identificaram situações de maior exposição a estes eventos: tratamento farmacológico de fator de risco, implementação de programas de rastreamento não validados (overscreening, overdiagnosis e overtreatment), excessos na definição de uma situação como sendo patológica (ex: síndrome da disfunção sexual feminina, síndrome das pernas inquietas e síndrome da hiperatividade e do déficit de atenção), e medicalização das práticas de saúde (Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da medicina. Rev Port Clin Geral. 2007;23:289-293). Assim, o novo nível foi definido como sendo aquele que se propõe a identificar indivíduos em risco de tratamento excessivo, com o propósito de oferecer proteção contra intervenções inapropriadas e sugerir alternativas eticamente aceitáveis.

3 – LEGISLAÇÃO

3.1 - PORTARIA NORMATIVA DO MINISTÉRIO DA DEFESA Nº 1.631/MD, DE 27 DE JUNHO DE 2014, que institui o Calendário de Vacinação Militar.

3.2 - PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 1.823/MS, DE 23 DE AGOSTO DE 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

3.3 - PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

3.4 - RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA Nº 36 DA ANVISA/MS, DE 25 DE JULHO DE 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde

3.5 - ORDEM TÉCNICA N.º 01/DIRSA/2015, DE 27 DE JANEIRO DE 2015, sobre promoção da segurança do paciente

3.6 - ORDEM TÉCNICA Nº 002/DIRSA/2013, DE 10 DE SETEMBRO DE 2013, sobre o Programa Assistencial Integrado (PASIN) e os Centros de Atenção Primária à Saúde do SISAU

4 – PREVENÇÃO PRIMÁRIA

4.1- PROTEÇÃO ESPECÍFICA:

4.1.1 - POLÍTICA DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO NA AERONÁUTICA

O desenvolvimento de uma Política de Saúde Ocupacional e Segurança do trabalho na Aeronáutica está sob a responsabilidade da Subdivisão de Medicina do Trabalho/Divisão de Medicina Integrada/Subdiretoria Técnica/DIRSA, e suas orientações deverão estar alinhadas à Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), em todos os seus princípios declarados, mas em especial ao da universalidade e ao da precedência das ações de promoção, proteção e prevenção acima das ações de assistência, reabilitação e reparação. As ações em saúde inicialmente deverão se articular de forma integrada com as CIPA/CIPAT (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes/Campanhas Inclusivas de Prevenção de Acidentes Traumáticos) ou seção/assessoria similar responsável pelos procedimentos de segurança, proteção coletiva, e disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI) devidamente qualificados com o certificado de aprovação emitido pelo INMETRO ou por entidade credenciada. O objetivo é que sejam efetivamente aplicadas ferramentas de gestão visando educar e proteger o profissional exposto aos riscos ambientais próprios de suas atividades no trabalho.

4.1.2-IMUNIZAÇÃO

4.1.2.1 – Imunização do Militar:

O seguinte Calendário de Vacinação Militar foi instituído em 27 de Junho de 2014, conforme PORTARIA NORMATIVA Nº 1.631/MD, visando ao controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis e à padronização das normas de imunização para os militares das Forças Armadas.

Este padrão de imunização será adotado para os militares da ativa, e tanto as vacinas quanto os períodos determinados serão obrigatórios. O militar terá o prazo de seis meses, após a sua incorporação, para ter o seu comprovante de vacinação militar atualizado

(bagagem vacinal). Será responsabilidade do militar manter atualizado o seu comprovante de vacinação militar.

As Organizações Militares serão responsáveis pela realização do censo vacinal de seus militares, em periodicidade a ser estabelecida pelo Comando de cada Força Singular.

A comprovação de vacinação em dia é condição necessária à:

- matrícula nos cursos previstos nos Sistemas de Ensino das Forças Armadas;
- aptidão para o Serviço Ativo por ocasião das inspeções de saúde.

A comprovação de vacinação dar-se-á por meio de registro no Cartão de Vacinação ou Prontuário Médico, a ser emitido pelos Comandos das Forças Singulares.

Os imunobiológicos (vacinas), para o fim previsto nesta Portaria Normativa, estarão disponibilizados nos postos de vacinação da rede pública.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO MILITAR (Até 20 anos de idade incompletos): ANEXO A

No caso de militar que já tenha recebido anteriormente três doses ou mais de DTP/Hib, DTP/HB/Hib, DTPa, DPT, DT ou dT, deve ser administrada uma dose de reforço a cada dez anos. Em caso de gestação ou ferimentos graves, deve ser antecipada a dose de reforço para cinco anos, após a última dose. Esta vacina pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez em qualquer período gestacional. Deve ser respeitado o intervalo mínimo de trinta dias entre as doses.

Não administrar no militar que, comprovadamente, tiver registrado a administração de duas doses de vacina Tríplice Viral (SCR) ou dupla viral (sarampo e rubéola). Em caso de esquema incompleto, completar o esquema.

Considerar o histórico de vacinação anterior do militar. Em caso de esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema; apenas completá-lo conforme situação encontrada.

Observação:

- a) Para cada deslocamento de militar ao exterior poderá haver uma complementação vacinal específica, de acordo com avaliação criteriosa da situação epidemiológica da área

da missão, a ser emanada pela OSA que apóia o contingente ou pela SDTEC.

b) Caso o militar não apresente comprovação de vacinação anterior, deverá ser vacinado de acordo com o calendário ora proposto. Caso o militar apresente documentação com calendário incompleto, deve-se completar o esquema de acordo com o calendário.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO MILITAR (A partir de 20 anos de idade): ANEXO B

A partir dos vinte anos, caso o militar não apresente comprovação de vacinação anterior, deve ser obedecido este calendário. No caso de militar que já tenha recebido anteriormente três doses ou mais de DTP/Hib, DTP/HB/Hib, DTPa, DPT, DT ou dT, deve ser administrada uma dose de reforço a cada dez anos. Em caso de gestação ou ferimentos graves, deve ser antecipada a dose de reforço para cinco anos, após a última dose. Esta vacina pode ser administrada a partir da comprovação da gravidez em qualquer período gestacional. Caso o militar apresente o esquema de vacinação incompleto, deve completá-lo de acordo com este calendário. O intervalo entre as doses é de, no mínimo, trinta dias.

A vacina Tríplice Viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em militares até quarenta e nove anos que não tiverem comprovação de vacinação anterior. Considerar vacinado o militar que comprovar pelo menos uma dose da vacina Dupla Viral ou Tríplice Viral.

A vacina contra Hepatite B deve ser administrada a todos os militares que não tiverem comprovação de vacinação anterior. Considerar o histórico de vacinação anterior do militar. Em caso de esquema vacinal incompleto, não reiniciar o esquema; apenas completá-lo conforme situação encontrada.

Observação:

a) Para cada deslocamento de militar ao exterior haverá uma complementação vacinal específica, de acordo com avaliação criteriosa da situação epidemiológica da área da missão, a ser emanada pela OSA que apóia o contingente ou pela SDTEC.

b) Caso o militar não apresente comprovação de vacinação anterior, deverá ser vacinado de acordo com o calendário ora proposto. Caso o militar apresente documentação com calendário incompleto, deve-se completar o esquema de acordo com o calendário.

4.1.2.2 - Imunização de Pessoal Civil:

A imunização do Pessoal Civil deverá ser pautada pelas recomendações do Ministério da Saúde, disponíveis em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>

Cabe ressaltar a importância de se conferir no site do Ministério o calendário sempre atualizado.

4.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo. Em 2006, os seguintes temas foram definidos como eixos prioritários de ação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

- a alimentação saudável;
- prática corporal/atividade física;
- prevenção e controle do tabagismo;
- redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e
- promoção do desenvolvimento sustentável.

A epidemia de tabagismo acelerou-se vertiginosamente no Brasil a partir de 1970. Entre 1970 e 1986, o número de cigarros vendidos no mercado interno cresceu 132% – num período em que a população adulta cresceu apenas 69% – e o consumo de cigarros passou de cerca de 780 unidades per capita para mais de 1.200. Em meados de 1970, existiam 25 milhões de fumantes no país; dez anos depois, esse número já era de 33 milhões – um crescimento de 32% (Romero LC, Costa e Silva VL. 23 Anos de Controle do Tabaco no

Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011; 57(3):305-314). Embora ainda seja alta, a prevalência do tabagismo no Brasil vem apresentando queda significativa e consistente nas últimas décadas. Entre 1989 e 2008 caiu de 40,3 para 21,6% entre os homens e de 26,2 para 3,1% entre as mulheres (Silva GA. Câncer de pulmão e as tendências atuais do tabagismo no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(9):1620-1621.). O fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares (Duncan BB et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(Supl):126-34.).

Dentre os hábitos dos brasileiros, o álcool tem sido consumido em grandes proporções: 54 litros de cerveja, 12 litros de cachaça e 1,8 litro de vinho per capita por ano. Em 1999, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), O Brasil era 63º maior consumidor mundial na faixa etária de 15 anos, em um ranking com 153 países. No entanto, ao se analisar a evolução do consumo observa-se um aumento de 74,5% entre 1970 e 1990. (Galduróz JGF & Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl I):3-6.). Entre os óbitos devidos ao consumo excessivo de álcool, estima-se que 50% sejam em decorrência de alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). (Duncan BB et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(Supl):126-34.).

Em todo o mundo o sedentarismo causaria cerca de 6% da carga de doença de doença cardíaca coronária, 7% do diabetes tipo 2, 10% de câncer de mama e 10% de câncer de cólon. Estima-se que a inatividade resultaria em 9% da mortalidade prematura, ou cerca de 5,3 milhões dos 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. O estudo estimou ainda que a eliminação da inatividade física poderia aumentar a expectativa de vida da população do mundo em 0,68 anos (Malta DC et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2014;19(3):286-299.). A inatividade física aumenta em 20 a 30% o risco de mortalidade, enquanto o consumo excessivo de sal e de ácidos graxos trans também está associado a maior ocorrência destas doenças (Duncan BB et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(Supl):126-34.).

No âmbito do COMAER a Promoção da Saúde deverá ser feita por meio de campanhas de conscientização sobre as doenças e os riscos mais frequentes em nossa

sociedade e nosso meio, com o objetivo de criar um ambiente social e de trabalho favoráveis à boa saúde. As datas e os símbolos deverão ser aqueles mesmos das campanhas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), conforme o seguinte calendário (Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/comunicacao/leia-mais-comunicacao/136-chamada-eventos>):

- 30 de Janeiro: dia da não violência
- 04 de Fevereiro: dia mundial do câncer
- 24 de março: dia mundial de combate à tuberculose
- 26 de abril: dia nacional da prevenção e do combate à hipertensão arterial
- 26 de maio: dia internacional de luta pela saúde da mulher
- 21 de junho: dia nacional do controle da asma
- 28 de julho: dia mundial de luta contra as hepatites virais
- 29 de agosto: dia nacional de combate ao fumo
- 29 de setembro: dia mundial do coração
- 01 de outubro: dia nacional do idoso
- 14 de novembro: dia mundial do combate ao Diabetes
- 01 de dezembro: dia mundial de combate à HIV/SIDA.

5 – PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

A medicina preventiva tem um especial interesse pela prática do rastreamento de doenças, especialmente daquelas do grupo das DCNT. Refere-se à busca por doentes assintomáticos em uma subpopulação de alto risco. É um programa sistemático, não um teste. Sua base é sempre populacional. O rastreamento é como um garimpo, onde se deseja separar uns poucos de muitos.

Para que um programa de rastreamento tenha verdadeiro impacto positivo sobre a saúde populacional, é preciso que todas as etapas do programa sejam cumpridas com eficiência, desde a seleção da base populacional, passando pela identificação do grupo de alto risco, da oferta de tratamento àqueles com diagnóstico, do acompanhamento daqueles com anormalidades e do suporte aos suspeitos cujo diagnóstico não se confirmou e também aos que desenvolveram a doença, a despeito de terem sido rastreados.

Os exames de rastreamento de doenças devem ser solicitados, e o processo coordenado, pelos Médicos que atendem nos Centros de Atenção Primária que compõem o

Programa de Assistência Integrada à Saúde (PASIN), conforme o disposto na ORDEM TÉCNICA N° 002/DIRSA/2013, de 10 de setembro de 2013. Os protocolos seguidos serão aqueles preconizados pela Força Tarefa Americana para Serviços Preventivos (USPSTF), por serem criticados à luz das melhores evidências disponíveis na literatura médica e sofrerem uma análise de custo efetividade, e sua página na web pode ser acessada no link <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index>.

6 – PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Prevenção Terciária se refere a reabilitação, ou seja, faz parte dos domínios da Assistência, e não se insere no escopo deste documento.

7 – PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Recentemente, um quarto nível de prevenção, chamado de prevenção quaternária, foi proposto (Jamouille M. Quaternary prevention). Decorre da constatação de que a iatrogenia clínica – danos causados nos pacientes devidos à intervenção médica – é a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América (Starfield B. Is US Health really the Best in the world? JAMA. 2000;284:483-485.). É definida como sendo aquele nível de prevenção que se propõe a identificar indivíduos em risco de tratamento excessivo, com o propósito de oferecer proteção contra intervenções inapropriadas e sugerir alternativas éticamente aceitáveis.

Em 25 de Julho de 2013 o Ministério da Saúde publicou, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Resolução de sua Diretoria Colegiada n° 36 (RDC 36), que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANEXO C).

Com base nesta RDC, foi escrita a ORDEM TÉCNICA n.º 01/DIRSA/2015, de 27 de janeiro de 2015, que versa sobre a Promoção da Segurança do Paciente. O documento estabelece que a Direção ou Chefia das Organizações de Saúde da Aeronáutica devem constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. O NSP deverá adotar os seguintes princípios e diretrizes:

- A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

- A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Caberá ao NSP:

- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;
- Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente na OSA;
- Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente;
- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à Direção / Chefia e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde na OSA;
- Notificar os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com os prazos e procedimentos estabelecidos na RDC-36.
- Comunicar a notificação à DIRSA, por meio de endereço eletrônico constante no item 6.2 desta OT, concomitantemente ao envio à ANVISA.
- Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas

pelas autoridades sanitárias.

8 – DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1- Esta Instrução substitui a IMA 160-27, de 1993, aprovada pela Portaria DIRSA nº009, de 03 de março de 1993.

8.2- Os casos não previstos nesta ICA serão submetidos ao Diretor de Saúde da Aeronáutica.

Anexo A

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO MILITAR (Até 20 anos de idade incompletos)

| IDADE | VACINAS | DOSES | DOENÇAS EVITADAS |
|--|---------------------------|--------------|----------------------------|
| De quatorze a dezenove anos (por ocasião da incorporação) | dT (1) Dupla Adulto | 1ª dose | Difteria e Tétano |
| | *FA | Dose inicial | Febre Amarela |
| | SCR(2) Tríplice Viral | 1ª dose | Sarampo, Caxumba e Rubéola |
| | (3)Hep B | 1ª dose | Hepatite B |
| Um mês após a 1ª dose da vacina contra Hepatite B e a Tríplice Viral (SCR) | Hep B | 2ª dose | Hepatite B |
| | SCR | 2ª dose | Sarampo, Caxumba e Rubéola |
| Dois meses após a 1ª dose da vacina Dupla Adulto | dT | 2ª dose | Difteria e Tétano |
| Quatro meses após a 1ª dose da vacina Dupla Adulto | dT | 3ª dose | Difteria e Tétano |
| Seis meses após a 1ª dose da vacina contra Hepatite B | Hep B | 3ª dose | Hepatite B |
| A cada dez anos | (1)dT | Reforço | Difteria e Tétano |
| | * FA | Uma dose | Febre Amarela |
| <p>*: Indicada para residentes ou viajantes que se deslocam para áreas com recomendação da vacina ou países em situação epidemiológica de risco. Caso a data da dose da vacina coincida com o deslocamento para essas áreas ou países, o militar deve ser vacinado até 10 (dez) dias antes da viagem. Essas áreas podem ser consultadas no seguinte link:</p> <p>http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31626&janela=1</p> | | | |

Anexo B**CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO MILITAR (A partir de 20 anos de idade)**

| IDADE | VACINAS | DOSES | DOENÇAS EVITADAS |
|--|--------------------------|--------------|----------------------------|
| A partir dos vinte anos | dT(1) Dupla Adulto | 1ª dose | Difteria e Tétano |
| | FA* | Dose inicial | Febre Amarela |
| | SCR(2) Tríplice Viral | Dose única | Sarampo, Caxumba e Rubéola |
| | (3)Hep B | 1ª dose | Hepatite B |
| Um mês após a 1ª dose da vacina contra Hepatite B | Hep B | 2ª dose | Hepatite B |
| Dois meses após a 1ª dose da vacina Dupla Adulto | dT | 2ª dose | Difteria e Tétano |
| Quatro meses após a 1ª dose da vacina Dupla Adulto | dT | 3ª dose | Difteria e Tétano |
| Seis meses após a 1ª dose da vacina contra Hepatite B | Hep B | 3ª dose | Hepatite B |
| A cada dez anos | dT | Reforço | Difteria e Tétano |
| | * FA | Reforço | Febre Amarela |
| <p>*: Indicada para residentes ou viajantes que se deslocam para áreas com recomendação da vacina ou países em situação epidemiológica de risco. Caso a data da dose da vacina coincida com o deslocamento para essas áreas ou países, o militar deve ser vacinado até 10 (dez) dias antes da viagem. Essas áreas podem ser consultadas no seguinte link:</p> <p>http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31626&janela=1</p> | | | |

Anexo C**MINISTÉRIO DA SAÚDE/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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS****Seção I****Objetivo**

Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Seção II**Abrangência**

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Seção III**Definições**

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - 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;

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - 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;

Anexo C (Continuação)

IV - evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V - 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;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - 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;

IX - 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 a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - 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;

XII - 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.

CAPÍTULO II

DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Seção I

Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

Anexo C (Continuação)

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art.7º Compete ao NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Seção II**Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**

Anexo C (Continuação)

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

- I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- IV - identificação do paciente;
- V - higiene das mãos;
- VI - segurança cirúrgica;
- VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;
- X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;
- XI - prevenção de quedas dos pacientes;
- XII - prevenção de úlceras por pressão;
- XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.
- XVII - promoção do ambiente seguro

CAPÍTULO III

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 11 Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;

Anexo C (Continuação)

III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 12 Os serviços de saúde abrangidos por esta Resolução terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Resolução.

Art.13 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art.14 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.