

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

VANESSA MARIA DE BRITO SALES

**OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO
PACIENTE: Análise dos Custos de Implantação em um Hospital da Paraíba, Brasil**

**RECIFE
2016**

VANESSA MARIA DE BRITO SALES

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO
PACIENTE: Análise dos Custos de Implantação em um Hospital da Paraíba, Brasil

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do Título de
Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Lamartine Sobrinho

Recife

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

- S163o Sales, Vanessa Maria de Brito
Operacionalização do Programa Nacional de Segurança do Paciente:
análise dos custos de implantação em um hospital da Paraíba, Brasil /
Vanessa Maria de Brito Sales. - 2016.
88 folhas: il. 30 cm.
- Orientador: Prof. Dr. José Lamartine Sobrinho.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade
Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Pacientes – Medidas de Segurança. 2. Cuidados médicos - Custos. 3.
Economia da saúde. I. Lamartine Sobrinho, José (Orientador). II.
Título.
- 336 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 – 130)

VANESSA MARIA DE BRITO SALES

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO
PACIENTE: Análise dos Custos de Implantação em um Hospital da Paraíba, Brasil

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de Pernambuco para obtenção do título
de Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Aprovada em: 01/03/2016

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Lamartine Sobrinho (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Maira Galdino da Rocha Pitta (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Mônica Felts De La Roca Soares (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho à Saúde Pública do nosso país. Em virtude das dificuldades econômicas e sociais pelo qual nosso país vem passando, a sociedade carece de melhorias no campo da saúde, desde das políticas públicas, até infraestrutura de serviços, da rede de saúde e dos profissionais que compõem o SUS. Dedico também este trabalho aos colegas enfermeiros, profissionais que estão na linha de frente do cuidado, seja ele de qualquer ordem. Que possam ganhar cada vez mais espaço e valorização em sociedade para que cresçam como categoria, sejam mais respeitados e se destaquem no campo da pesquisa científica, da academia e da assistência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, sem a qual não teria motivação e forças para persistir, prosseguir e alcançar minhas metas. É a ela a quem recorro diante das pedras no caminho, das decepções e das fraquezas. É ela minha fortaleza, meu refúgio.

Ao Governo Federal e a Universidade Federal de Pernambuco, pela oportunidade lançada em formar profissionais especialistas em Economia da Saúde. Sem dúvida, é um diferencial para o país, no sentido de construir conhecimentos aprofundados na área e reforçar e apoiar as Políticas Públicas do SUS. Oportunidade ímpar.

Aos professores do curso e monitores, pela oportunidade do aprendizado, pela dedicação e esforço em apresentar conceitos de uma área, a da Economia, tão novos para profissionais da saúde.

Em especial, ao meu orientador, Prof. Lamartine Sobrinho, por acreditar na minha idéia, pelo apoio, incentivo, por ser luz quando os pensamentos travaram tantas vezes, pela maneira peculiar em me fazer refletir e organizar o pensamento científico.

Aos meus colegas de turma, pela amizade construída, pelo caminho tão bonito traçado durante esses dois anos, pela parceria e cumplicidade. É menos penoso obter sucesso nos projetos da vida quando encontramos pessoas que caminham verdadeiramente conosco.

Ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, seus gestores e colaboradores, por abrir às portas para a pesquisa e me dá a oportunidade em crescer no campo da segurança do paciente.

Aos amigos da vida que, mesmo na distância, enviaram boas energias e palavras de incentivo. Obrigado pelos aplausos e pelo ombro amigo.

Por fim, à Deus, Aquele que sempre estende Sua Mão, me direciona, me acalma, abre caminhos e me dá sabedoria para tomar as decisões certas.

*“Oportunidade não bate, ela se apresenta quando você
derruba a porta”.*

Kyle Chandler

RESUMO

A segurança do paciente é: “a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à assistência à saúde”. A Organização Mundial da Saúde estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Sabe-se que as causas que levam à ocorrência de um Eventos Adversos são multifatoriais, podendo ser identificados dois grandes grupos de fatores: humanos e organizacionais. No segundo, pode-se incluir as questões de infra-estrutura, adequação e preparo das instalações para a execução das ações de segurança por profissionais e pacientes (fatores humanos). Esse trabalho objetiva analisar a viabilidade financeira de implantação das 6 metas internacionais do Programa Nacional de Segurança do Paciente em um serviço hospitalar do município de João Pessoa/Paraíba/ Brasil. Trata-se de um estudo de caso, com projeção de custos por um período de 3 anos e aplicação do VPL (Valor Presente Líquido) como método de análise de viabilidade. Obteve-se um custo total de aquisição de insumos materiais de R\$ 931.296,44. O custo por paciente internado foi de R\$ 51,73 e por atendimento/mês foi de R\$ 3,87. O VPL obtido foi um valor positivo de R\$ 3.668.554,53, o que demonstra que a proposta de implantação pode ser aceita e é viável para execução. A análise de viabilidade financeira pode subsidiar a gestão pública para a tomada de decisão na alocação de recursos para a execução de estratégias em segurança do paciente. Outros estudos como os de custo-efetividade não necessários para achados mais precisos de resultados.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Custos. Viabilidade econômica.

ABSTRACT

Patient safety is: "minimizing the risk of unnecessary harm associated with health care". The World Health Organization estimates that damage to health occurs in tens of thousands of people every year in the world. It is known that the causes that lead to the occurrence of Adverse Events are multifactorial, and two major groups of factors can be identified: human and organizational. In the second, it is possible to include the questions of infrastructure, adequacy and preparation of facilities for the execution of safety actions by professionals and patients (human factors). This study aims to analyze the financial feasibility of implementing the 6 international goals of the National Patient Safety Program in a hospital service in the city of João Pessoa / Paraíba / Brazil. This is a case study, with projection of costs over a period of 3 years and application of NPV (Net Present Value) as a method of feasibility analysis. A total cost for the acquisition of material inputs of R \$ 931,296.44 was obtained. The cost per patient was R \$ 51.73 and per service / month was R \$ 3.87. The NPV obtained was a positive value of R \$ 3,668,554.53, which shows that the proposed implementation can be accepted and is feasible for execution. The financial feasibility analysis can subsidize public management for decision making in the allocation of resources for the execution of patient safety strategies. Other studies such as cost-effectiveness are not necessary for more accurate results.

Keywords: Patient Safety. Costs. Economic viability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Metas do MS para a Segurança do Paciente -----	33
Figura 2 - Exemplo de representação gráfica de fluxos de caixa descontados-----	45
Figura 3 - Equação para cálculo do VPL -----	45
Figura 4 - Planejamento Operacional da implantação do PNSP em um hospital municipal da Paraíba -----	52
Figura 5 - Distribuição dos custos totais de implementação das ações do PNSP em 3 anos, conforme legislação ministerial -----	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Incidência de EA no mundo -----	25
Quadro 2 - Definição dos insumos materiais necessários para os protocolos de segurança do paciente -----	57
Quadro 3 - Lista de práticas de segurança do paciente, segundo avaliações categóricas-	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IOM	Institute of Medicine
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
MS	Ministério da Saúde
EAs	Eventos Adversos
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
CHGMTB	Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarsício Burity
VPL	Valor Presente Líquido
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
IBSP	Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente
HS	Hospitais Sentinelas
NOTIVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
RENISS	Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
GGTES	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
UPP	Úlcera por Pressão
VEH	Vigilância Epidemiológica Hospitalar
TMA	Taxa Mínima de Atratividade
CHMGTB	Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity
CDI	Centro Diagnóstico por Imagem
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
EAP	Estrutura Analítica do Projeto

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Entendendo a segurança do paciente	15
1.2	Problema da Pesquisa	18
1.3	Justificativa	19
1.4	Apresentação do trabalho.....	22
1.5	Objetivos.....	22
1.5.1	Objetivos geral	22
1.5.2	Objetivos específicos.....	25
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1	Qualidade em saúde e a segurança do paciente no mundo e no Brasil: aspectos históricos e bases legais	24
2.2	Metas internacionais pactuadas para a segurança do paciente: diretrizes e recomendações	32
2.2.1	Protocolo Identificação Segura	33
2.2.2	Protocolo Uso, Prescrição e Administração Segura de Medicamentos	34
2.2.3	Protocolo Cirurgia Segura	36
2.2.4	Protocolo Prevenção de Quedas e Úlceras por pressão	37
2.2.5	Protocolo Higienização das Mãos	39
2.2.6	Protocolo Comunicação Segura	40
2.3	Avaliação econômica em saúde: aplicação do VPL na análise da viabilidade econômica da proposta de implantação do PSP.....	41
3	METODOLOGIA.....	48
3.1	Desenho do estudo	48
3.2	Caso do estudo	48
3.3	Fonte de dados	50
3.4	CrITÉrios de inclusão e exclusão	50
3.5	Definição das ações	51
3.6	Perfil dos recursos	54
3.7	O método de análise da viabilidade econômica e a base das estimativas	55
3.8	Considerações éticas	56
4	RESULTADOS	57
5	DISCUSSÃO	62

6	CONCLUSÃO	69
7	PERSPECTIVAS	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Formulário para avaliação das práticas de segurança.....	76
	ANEXO A - Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.....	78
	ANEXO B - Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.....	83
	ANEXO C - Lista de verificação cirúrgica elaborada pelo Ministério da Saúde (2013).....	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 Entendendo a segurança do paciente

Há alguns anos, ocorreu uma tendência em introduzir conceitos de qualidade na saúde, relacionados com a segurança do paciente. Esta pode ser definida como o “ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar, ou como, “a redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como, a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente” (QUINTO NETO, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) segurança do paciente é: “a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à *assistência à saúde*”. O “mínimo aceitável” refere-se à noção coletiva de conhecimentos atuais, recursos disponíveis e o contexto no qual a assistência é fornecida, confrontada com o risco de não tratamento ou de instituição de outro tratamento.

Apesar de já na década de 1920 a expressão “doença iatrogênica” (*iatros* – médico, *gênesis* – origem) ter sido usada para designar uma doença induzida pelo médico e já existirem estudos sistemáticos sobre complicações iatrogênicas, como os de Elihn Schimmel, na Faculdade de Medicina da Universidade de *Yale*, em 1960–1961, até recentemente os erros associados à assistência, eram considerados um “subproduto” inevitável da medicina moderna ou um infortúnio advindo de maus prestadores desses serviços (VINCENT, 2009).

Desde a década de 90, iniciou-se nos Estados Unidos da América (EUA) uma preocupação acerca do elevado número de mortes de pacientes em seus serviços de saúde, sendo parte delas de causas evitáveis (danos ocasionados por profissionais de saúde por meio de ações e assistência insegura, inadvertida). Percebeu-se que os serviços de saúde tinham um grande papel nesse cenário já que não havia preocupação em oferecer uma assistência em saúde confiável, de qualidade e livre de danos. Após estudo minucioso, os EUA publicaram em 1999 o trabalho “*To err is human*” pelo Institute of Medicine (IOM), marco do movimento mundial em prol da segurança do paciente, alertando toda a sociedade sobre os riscos oferecidos pelos serviços de saúde. A partir dos achados desse estudo (mortes de 44.000 a 98.000 pacientes/ano decorrentes de danos causados durante a prestação de cuidados em saúde), esforços começaram a ser dispensados para identificar os fatores que levavam o paciente a sofrer danos no percurso

por um serviço de saúde. Uma realidade velada tornou-se aparente o que revelou-se mais tarde como um problema mundial de saúde pública (BRASIL, 2013)

A OMS estima que danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Cabe salientar que a segurança do paciente é consequência da preocupação com a qualidade da assistência em saúde. Assim como a área da qualidade em saúde se baseou em técnicas aplicadas em indústrias automobilísticas para garantia da qualidade de seus produtos, a segurança do paciente tem como referencia as técnicas aplicadas em organizações aeroviárias, conhecidas como altamente confiáveis, já que garantem segurança no transporte constante de um volume grande de pessoas (WACHTER, 2013).

James (2013) demonstrou que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes ao cuidado hospitalar estaria entre 210.000 e 400.000 americanos por ano.

O tema “Segurança do Paciente” vem sendo desenvolvido sistematicamente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desde sua criação, cooperando com a missão da Vigilância Sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado (BRASIL, 2014 a.)

Um marco importante no sentido de enfatizar a Segurança, se deu em outubro de 2004, quando a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*, hoje denominada *Patient Safety*) por meio de Resolução na 57ª Assembleia Mundial da Saúde, recomendando aos países maior atenção ao tema Segurança do Paciente. Esta Aliança tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo.

Um aspecto essencial do trabalho da Aliança é a formulação dos Desafios Globais para a Segurança do Paciente. O Primeiro Desafio Global, no biênio 2005-2006, focou-se na prevenção e redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) com o tema “Uma Assistência limpa é uma assistência mais Segura”.

O Segundo Desafio Global (2007 -2008), “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” (OMS, 2009) foi direcionado para a segurança cirúrgica em serviços de saúde. O tema tem o objetivo de diminuir a morbimortalidade causada pelas intervenções cirúrgicas. A estratégia consiste em

definir um conjunto básico de normas de segurança dirigidas à prevenção das infecções pós-cirúrgicas, a segurança dos procedimentos anestésicos e das equipes cirúrgicas e a mensuração dos indicadores cirúrgicos.

O Terceiro Desafio Global teve início em 2009 e foi lançado em 2010 pela OMS, tendo como tema “Enfrentando a Resistência Antimicrobiana” e encontra-se em desenvolvimento pela Organização.

Diante disso, os países devem efetivar o compromisso político, lançando planos, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizar iniciativas que concorram para a garantia da segurança dos pacientes com base nas metas internacionais.

O Brasil é signatário destas recomendações da OMS, tendo assinado a adesão aos desafios globais propostos e participando já em 2007, da XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), primeiro movimento oficial do bloco de apoio à primeira meta da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente “*una atención limpia, es una atención mas segura*”, assumindo assim o compromisso internacional de desenvolver e aplicar planos nacionais de Segurança do Paciente para atender, não somente a redução do risco a que o paciente está exposto, mas também a questões amplas do direito à saúde.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído no Brasil pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 529, de 1 de abril de 2013, demonstra comprometimento governamental contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional e promovendo maior segurança para pacientes, profissionais de saúde e ambiente de assistência à saúde. O PNSP visa, especialmente, prevenir, monitorar e reduzir a incidência de Eventos Adversos (EAs) nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde do País. Cabe ressaltar que EA é o “incidente que resulta em dano à saúde e até o óbito”. Tais eventos causam prejuízos ao paciente, familiares e a todo sistema de saúde e ocorrem devido às falhas decorrentes de processos ou estruturas da assistência.

Sendo assim, a OMS definiu 6 metas internacionais a serem cumpridas pelos serviços de saúde. Através da elaboração de diretrizes e guias de implantação do PNSP recomenda aos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) as ações necessárias para o cumprimento dessas 6 metas: 1. Identificação Segura; 2. Comunicação Eficiente; 3. Higienização das mãos; 4. Uso,

prescrição e administração segura de medicamentos; 5. Cirurgia Segura e 6. Prevenção de quedas e úlceras por pressão. Essas 6 metas transformaram-se em protocolos, guias de recomendações de ações a serem executadas pelos colaboradores do serviço e direcionadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente local. Está explicitado os objetivos de cada meta, indicadores, finalidade das ações, papel dos agentes envolvidos. Acredita-se que com essas medidas os serviços de saúde podem oferecer um cuidado seguro a pacientes, minimizando erros e danos decorrentes do atendimento em saúde.

Junto à Portaria 529, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 em julho de 2013, veio instituir ações para segurança do paciente e melhoria da qualidade da assistência. Regulamenta a criação dos Núcleos de Segurança do paciente nas instituições, suas diretrizes e abrangência.

Sendo assim, no Brasil, os serviços públicos de saúde, a depender de suas receitas e despesas, vem dispensando esforços na tentativa de se fazer cumprir as determinações legais em segurança do paciente.

1.2 Problema da Pesquisa

O contexto econômico no qual a saúde está inserida mostra-se adverso, não favorável a aquisição de novas tecnologias e insumos para a execução de serviços, principalmente quando trata-se de aspectos financeiros. Os cortes aparecem de todos os lados e o orçamento destinado à saúde vem sendo enxugado cada vez mais. Por outro lado, é necessária a realização de ações de cunho sanitário e legal voltadas para a manutenção de um ambiente seguro e que não ofereça danos a pacientes. O hospital foco deste estudo encontra-se nesse cenário e necessita de um número variado de ajustes de ordem tanto estrutural como de processos para a operacionalização, minimamente, das ações de Segurança do Paciente descritas nas 6 metas internacionais. A execução de ações de segurança do paciente é de origem multifatorial e requer desde a mudança da cultura institucional – incluída aí o modelo vigente de assistência e administração gerencial -; processos de trabalho; engajamento de liderança, colaboradores e pacientes; até a adequação, reestruturação e reordenação do serviço para operar os protocolos básicos. E isso não se consegue a curto prazo, mas é um trabalho que exige esforço coletivo, trabalho de equipe e, principalmente, o acesso e fornecimento de insumos materiais que funcionem como instrumentos para práticas de segurança. E é nesse contexto, onde se insere este trabalho. Observou-se, desde a adesão do serviço hospitalar, campo deste estudo, ao PSP em 2014, que uma das maiores dificuldades em iniciar medidas preventivas de danos na

assistência eram às relacionadas à provisão de recursos materiais por parte da administração pública. As outras barreiras seriam às relacionadas com os recursos humanos, no que diz respeito à compreensão de colaboradores e gerências sobre a filosofia do programa e, conseqüentemente, conscientização, interiorização e execução de práticas de segurança durante seus processos de trabalho.

No entanto, entende-se que qualquer implementação de mudanças em serviço requer um bom planejamento, principalmente no que se refere à investimentos financeiros públicos. Na literatura, pouco ou quase nada se encontra acerca dos gastos que serviços de saúde já dispensaram para operacionalizar ações de segurança. O que se mostra mais comum são experiências de serviços quanto ao sucesso de implantação de medidas de segurança, sem tampouco mencionar os gastos incorridos para tal, o que não subsidia a tomada de decisão pela alta liderança de um serviço de saúde e, pelas autoridades públicas.

Se a implantação do PSP tornou-se obrigatória desde 2013, porque não levantar o quanto, em valor monetário, um serviço hospitalar pode empregar em ações de segurança, já que por um lado há a exigência legal de cumprimento e por outro o desafio da organização em executar as ações de segurança recomendadas.

É claro que os serviços de saúde diferem em muitos aspectos e que os valores investidos partem do pressuposto de que, os serviços já tinham (ou não) políticas de qualidade em processo de implementação e o PSP vem como conseqüência dessas políticas. Como o serviço

1.3 Justificativa

O movimento em segurança do paciente vem tomando grandes proporções em todo o mundo por vários motivos. Primeiro, percebeu-se que os eventos adversos aumentam os custos em saúde (pelo aumento da permanência hospitalar do paciente, pelo tratamento das complicações), o que é preocupante, já que estamos diante de um cenário com recursos cada vez mais escassos e que precisam ser racionados da melhor maneira. Segundo, porque na busca da qualidade, as organizações de saúde desejam obter certificações, o que as torna competitivas no mercado e geram para a sociedade uma impressão de segurança e confiança. Terceiro, porque vem crescendo o que se chama de judicialização da saúde, ou seja, o aumento freqüente de casos de erros médicos e não-médicos, que mais uma vez, onera o serviço público e em quarto, pela preocupação na formação de profissionais de saúde (qualidade acadêmica e em serviço) e na estrutura do sistema de saúde do país.

Os hospitais são responsáveis por dois terços dos gastos e dos serviços de saúde oferecidos à população. Ao contrario de outros países, o Brasil tem um serviço pluralista, composto por vários arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, que englobam tanto o setor público quanto o privado. Além disso, é o único a financiar prestadores privados com verba pública (LA FORGIA; COUTTOLENE, 2009).

O Brasil, apesar de sua limitação orçamentária e através do MS, vem publicando portarias e resoluções para que os serviços de saúde se adéquem à medidas e ações que tornem o cuidado em saúde seguro, através de diversas recomendações e diretrizes. Percebe-se que esforços existem, no entanto, as organizações de saúde já publicam suas experiências na área e são unânimes os relatos que apontam ser desafiadora, mas não impossível, a tarefa de adaptar e manter um serviço de saúde seguro. A ANVISA determina prazos para cumprimento das exigências. Os serviços de saúde devem acatar. No entanto, para uma organização evoluir para melhorias do cuidado, é necessário promover mudança organizacional, cultural e estrutural, o que gera tempo, planejamento, disponibilidade de gestores e, principalmente, recursos financeiros. Apesar do PNSP recomendar ações de baixo custo (o que é justificativa de sua existência) e, considerando que as esferas municipal, estadual e federal devem garantir insumos para a operacionalização das ações, é fundamental contabilizar, em termos monetários, o custo total dessas ações a nível local, já que os serviços públicos de saúde contam com orçamentos cada vez mais restritos.

Além disso, há estudos que apontam que os EAs tem um peso significativo sobre as despesas de um serviço de saúde, principalmente devido ao aumento do tempo de estadia hospitalar em decorrência das complicações decorrentes desses eventos, em maior ou menor grau. Organizações hospitalares que se destacam no Brasil e no mundo pela excelência no cuidado são aquelas que investem em qualidade e segurança do paciente. Alcançam melhores resultados e apresentam melhores desempenhos diante do mercado de saúde. Isso também pode ser estendido para os serviços públicos de saúde. A implementação de ações de segurança do paciente, traz para os gestores a oportunidade de se fazer um novo SUS, um SUS voltado para qualidade dos serviços, satisfação do paciente e, porque não, economia de recursos, já que já foi provado, através da divulgação de experiências de outros serviços de saúde, que a implantação de práticas de segurança diminui custos hospitalares. O serviço, no qual se insere esse trabalho, vem tendo a oportunidade de lidar com o PNSP, construir um modelo de assistência voltado para práticas de segurança, através de re-organização estrutural e assistencial. Nesse processo, é despertada a pergunta instigante: como aliar o interesse em

melhorar as práticas assistenciais, implantar o PNSP e dispor de recursos financeiros para tal? Será que a instituição hospital na qual se insere esse trabalho precisa dispor de baixos investimentos para operacionalizar, minimamente, as ações de segurança, assim como demonstram as evidências? Sendo assim, nesse contexto reflexivo, surge as seguintes perguntas norteadoras: Quais os custos da implantação do Programa de Segurança do Paciente no Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity (CHMGTB) (João Pessoa-PB), considerando as metas básicas internacionais pactuadas pelo Brasil? Qual o impacto desses custos no orçamento financeiro local?

Sabe-se que as causas que levam à ocorrência de um EA são multifatoriais, podendo ser identificados dois grandes grupos de fatores: humanos e organizacionais. No segundo, pode-se incluir as questões de infra-estrutura, adequação e preparo das instalações para a execução das ações de segurança por profissionais e pacientes (fatores humanos). É nesse contexto onde esse estudo se faz relevante, o de conhecer e se aprofundar nos custos que tal re-estruturação pode trazer para o serviço, com o intuito de subsidiar a implementação de mudanças de maneira sustentável.

Já dizia Vretveit (2009) que a implementação de mudanças para garantir práticas de segurança do paciente, recomendadas com base em evidência científica, irá não apenas reduzir o sofrimento evitável, mas também os custos para a organização e para o sistema.

O reconhecimento dos custos de implantação de tal política é fundamental para barganhar junto aos órgãos públicos os recursos necessários para garantir o cumprimento das 6 metas internacionais, bem como planejar ações e fundamentar outros estudos de custeio no serviço. Além disso, apóia a tomada de decisão pelo gestor e oportuniza a distribuição de gastos conforme as necessidades e prioridades elencadas pelo Programa. Ao racionalizar recursos na tentativa de melhorar as práticas assistenciais, o maior beneficiário, sem dúvida, é o paciente que é atendido nesse serviço hospitalar, bem como a sociedade como um todo, já que consumirá serviços de saúde com mínimos danos. Junto a isso, esse estudo vem a contribuir para o aumento do arsenal de trabalhos na temática de segurança do paciente, incentivando outras análises de custos na área.

1.4 Apresentação do trabalho

Com este trabalho visou-se apresentar inicialmente conceitos relacionados à segurança do paciente, suas bases de origem, filosofia de existência, bem como aspectos legais que respaldam o Programa de segurança do Paciente no Brasil, na tentativa de contextualizar o tema e discutir a problemática da implantação do programa a nível hospitalar, principalmente no que se refere ao serviço de saúde elencado como estudo de caso. É mostrado também a importância de implantar ações de segurança no processo assistencial, sobretudo, no que se trata dos recursos financeiros empregados e os custos incorridos na aquisição de novas tecnologias e insumos materiais para operacionalizar as ações definidas do Programa. Os objetivos são descritos de maneira clara, buscando correlacionar aspectos econômico-financeiros e o uso de técnicas de análise de viabilidade de projetos com aplicação na saúde. A descrição do serviço alvo do trabalho aparece na metodologia, na qual é demonstrada sua estrutura física, composição de recursos humanos, especialidades atendidas, bem como seu processo de formação e implantação do Programa de segurança do Paciente. Buscou-se explicitar a base das estimativas de levantamento dos custos dos insumos materiais de aquisição e suas premissas de cálculo, bem como exploração do método de viabilidade econômica utilizado, o Valor Presente Líquido (VPL) e a discussão sobre a viabilidade econômica da proposta de implantação do PSP no serviço com projeção para os próximos 3 anos. Ao final, ficou registrado as limitações do método empregado, do processo de coleta de dados e de sua generalização para outros serviços.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo geral

Analisar a viabilidade financeira de implantação das 6 metas internacionais do Programa Nacional de Segurança do Paciente em um serviço hospitalar do município de João Pessoa/Paraíba/ Brasil

1.5.2 Objetivos específicos

- Definir os insumos materiais estratégicos para operacionalizar as ações de segurança do paciente no serviço-alvo;

- Calcular os custos dos insumos materiais, subsidiando informações para a construção do fluxo de caixa da proposta de implantação do programa;
- Aplicar o método de VPL para análise da viabilidade financeira da proposta de implantação do programa ao longo de 3 anos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade em saúde e a segurança do paciente no mundo e no Brasil: aspectos históricos e bases legais

A qualidade em saúde é relatada desde os primórdios, há cerca de 200 anos a.C., pelo imperador da Babilônia no Código de Hamurabi, que dizia “não causar mal a alguém”. Em seguida, Hipócrates (400 anos a.C.), pai da Medicina, instituiu o juramento à profissão “*primum non nocere*”, que significa primeiro não causar dano (QUINTO NETO, 2006).

No Brasil, o primeiro estudo para melhoria da qualidade em hospitais data de 1935, onde foi desenvolvido uma Ficha de Inquérito Hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, que mais tarde foi substituída pelo Serviço de Medicina Social, hoje extinto.

O que estabeleceu um divisor de águas no assunto foi a publicação em 1999, do Relatório: “*To err is Human: building a safer health system*” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro) pelo IOM (QUINTO NETO, 2006; WACHTER, 2013) o qual estimou que entre 44.000 e 98.000 americanos morriam por ano devido a erros da assistência à saúde, superando em muito as mortes anuais atribuíveis a muitos tipos de cânceres e de acidentes em rodovias dos EUA. Tais números, dentre outras conclusões, geraram uma mobilização intensa no sentido de melhorar a segurança do paciente, produziram várias recomendações ao governo americano e tem incentivado pesquisas intensas na área e interesse de vários estudiosos (VINCENT, 2009). O Relatório do IOM identificou que até 4% dos pacientes nos Estados Unidos da América (EUA) sofreram lesões iatrogênicas e ainda que 7% dos pacientes eram acometidos por erros de medicação quando estavam internados. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), área de alto risco para falhas e acidentes, notou-se que 17% dos pacientes sofriam algum evento adverso (QUINTO NETO, 2006; ROSEN *et al.*, 2013).

Evento adverso é definido pela Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) como incidente que resulta em dano à saúde, podendo levar ao óbito do paciente. Incidente é o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano, desnecessário à saúde.

Em todo o mundo, as pesquisas sobre EAs vem tomando proporções cada vez maiores. Segundo o Portal Proqualis, as estatísticas sobre EAs em alguns países podem ser demonstradas abaixo:

Quadro 1 - Incidência de eventos adversos no mundo

	Artigos	INCIDÊNCIA DE EAS (%)	EAS EVITÁVEIS (%)
Califórnia, 1974	Estudo de viabilidade de seguro médico	4,7	3,0
Nova York, 1984	Incidência de eventos adversos e negligência em pacientes hospitalizados. Resultados do Estudo sobre Prática Médica de Harvard I (Harvard Medical Practice Study I)	3,7	27,6
Utah, 1992	Incidência e tipos de eventos adversos e cuidado negligente nos estados de Utah e Colorado	2,9	32,6
Colorado, 1992	Incidência e tipos de eventos adversos e cuidado negligente nos estados de Utah e Colorado	2,9	27,4
Austrália, 1992	O estudo sobre Qualidade no Cuidado de Saúde na Australia	16,6	51,2
Nova Zelândia, 1998	Lesões evitáveis intra-hospitalares sob o sistema de indenizações “sem culpa” na Nova Zelândia Eventos adversos em hospitais públicos da Nova Zelândia I: ocorrência e impacto Eventos adversos em hospitais públicos da Nova Zelândia II: evitabilidade e contexto clínico	11,3	37,1
Inglaterra, 1999-2000	Eventos adversos em hospitais britânicos: revisão retrospectiva de prontuários preliminar	10,8	48,0

	Artigos	INCIDÊNCIA DE EAS (%)	EAS EVITÁVEIS (%)
Canadá, 2000	Estudo sobre Eventos Adversos no Canadá: a incidência de eventos adversos em pacientes internados em hospitais canadenses	7,5	36,9
Dinamarca, 2001	Incidência de eventos adversos em hospitais: um estudo retrospectivo de prontuários médicos	9,0	40,4
França, 2002	Comparação de três métodos usados para estimar as taxas de eventos adversos e de eventos adversos evitáveis em hospitais dedicados ao cuidado de pacientes agudos	14,5	27,7
Brasil, 2003	Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil	7,6	66,7
Suécia, 2003-2004	Incidência de eventos adversos em hospitais suecos: um estudo baseado na revisão retrospectiva de prontuários médicos	12,3	70,0
Espanha, 2005	Incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado de saúde: resultados do Estudo Nacional Espanhol de Eventos Adversos (ENEAS)	9,3	42,8
Tunísia, 2005	Eventos adversos em um hospital da Tunísia: resultados de um estudo de coorte retrospectivo	10,0	60,0
Holanda, 2005-2006	Eventos adversos e óbitos potencialmente evitáveis em hospitais holandeses: resultados de um estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários de pacientes	5,7	39,6

	Artigos	INCIDÊNCIA DE EAS (%)	EAS EVITÁVEIS (%)
Itália, 2008	Eventos adversos e consequências evitáveis: estudo retrospectivo em cinco hospitais italianos.	5,2	56,7
Portugal, 2009	Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade.	11,1	53,2
Países do Mediterrâneo, 2012	Segurança do paciente em países em desenvolvimento: estimativa retrospectiva da escala e da natureza dos danos a pacientes em hospitais.	8,2	83,0
Itália, 2014	Incidência de eventos adversos em um hospital italiano de cuidado agudo: resultados de um método de coorte retrospectivo em duas fases.	3,3	-
Bélgica, 2015	Um quarto das transferências não planejadas para um nível de atenção mais elevado está associado a eventos adversos altamente evitáveis: uma revisão de prontuários em seis hospitais belgas.	56,0	46,0
Irlanda, 2016	Estudo Nacional Irlandês sobre Eventos Adversos (INAES): frequência e natureza de eventos adversos em hospitais irlandeses — um estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários.	10,3	72,7

Fonte: adaptado de Proqualis – Aprimorando as práticas de saúde: <http://proqualis.net/eventos-adversos>

Observa-se que os EAs ao longo do tempo teve tendência à elevação, já que em parte, incentivou-se a política da notificação de eventos, através da instituição de políticas de qualidade e segurança. Mendes (2007) identificou uma incidência de 12,7% de EA em um hospital no Brasil no ano de 2003. Quando se avalia o quanto os EAs onera o sistema público de saúde, Travassos *et al.* (2010) observaram que os gastos públicos com pacientes vítimas de EAs foi de R\$ 3195,42, sendo 200,5% superior aos gastos com pacientes sem EAs (aproximadamente R\$ 800,00) no Brasil.

A segurança e a prevenção de erros na saúde são comparadas desfavoravelmente com os que ocorriam na aviação, nos bancos, na indústria química e nos serviços militares em tempo de paz. Agora, as lições aprendidas com essas indústrias são aplicadas à indústria da saúde. As abordagens para segurança nessas indústrias são caracterizadas por estratégias bem definidas para proteger os trabalhadores e clientes. As abordagens baseadas na tecnologia fazem parte dessa estratégia, mas os fatores organizacionais e psicológicos também são contribuintes. Por exemplo, o desenvolvimento de uma cultura de segurança foi identificado como um método importante de melhora na segurança. A indústria da aviação focalizou a importância do trabalho em equipe para reforçar a cultura da segurança (WATCHER, 2013).

Diante desse cenário, a preocupação com a qualidade do cuidado e com a segurança do paciente em serviços de saúde tem sido uma questão de alta prioridade na agenda da OMS, refletindo na agenda política dos Estados-Membros, desde 2000.

O Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente (IBSP) destaca o estudo de James (2013) que estima a morte anual nos EUA para EAs de 440 mil, considerando as internações no ano de 2007, superando as 98 mil mortes anuais estimadas no relatório “Errar é humano” de 1999.

Várias iniciativas voltadas para a educação, para o cuidado seguro e promoção da aprendizagem foram tomadas no Brasil nos últimos 15 anos, destacando-se a implantação de projetos, como o de Hospitais Sentinelas (HS), em 2002, que criou uma rede de hospitais participantes mediante contrato. Mais de 200 Gerentes de Riscos foram formados, capacitados na identificação e notificação de eventos relacionados à farmacovigilância, hemovigilância e tecnovigilância¹ dentro dos hospitais e foi implantado o Sistema de Notificação em Vigilância

¹ O Ministério da Saúde (2014a) define farmacovigilância como a farmacovigilância é definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos. Tecnovigilância é o sistema de vigilância de eventos adversos e

Sanitária (NOTIVISA), com o propósito de monitorar medicamentos, sangue e hemoderivados, artigos, dispositivos e equipamentos médico-hospitalares, vacinas e imunoglobulinas, *kit* reagente para diagnóstico *in vitro*, cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfume, saneantes e agrotóxicos em comercialização e uso no país (BRASIL, 2013a).

De acordo com Oliveira *et al.* (2011), com o NOTIVISA houve um crescimento no número total de notificações de EAs ao longo do tempo, porém ainda é considerado baixo o número real de notificações de EAs, provavelmente devido às subnotificações.

Em 2004, há a criação da Rede Nacional de Investigação de Surto e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS), cujo objetivo era formar um grupo de profissionais treinados para investigar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco sanitário, para reduzir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas pelas infecções hospitalares (BRASIL, 2004).

Outro importante passo no âmbito da segurança do paciente foi dado com a criação do Portal Proqualis, em 2009, capitaneado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com apoio e financiamento da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, tendo como objetivo divulgar informações e tecnologias para os serviços e profissionais de saúde e servindo de apoio para as temáticas da qualidade da assistência à saúde.

Em 2011, o MS institui o grupo de trabalho para a Segurança do Paciente e Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde através da ANVISA/MS, por meio da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), que desenvolveu uma sequência ordenada de atividades voltadas para a segurança do paciente e da qualidade em serviços de saúde com a participação de representantes de instituições de saúde, Secretarias de Saúde e áreas do MS, além de hospitais de excelência, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Universidades (BRASIL, 2011).

Mais recentemente, através da Portaria MS nº 529, de 1 de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), foi lançado o PNSP como reconhecimento as necessidades já apontadas em todo o

queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas a recomendar a adoção de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população. Hemovigilância é o conjunto de procedimentos de vigilância que abrange todo o ciclo do sangue, com o objetivo de obter e disponibilizar informações sobre os eventos adversos ocorridos nas suas diferentes etapas para prevenir seu aparecimento ou recorrência, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do doador e receptor.

mundo, e com o objetivo de promover melhorias relativas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, decorrentes da prestação do cuidado nos serviços de saúde, prevendo interação da ANVISA e inclusive ações em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 2014). O PNSP tem como objetivo geral o de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

Uma das principais ações preconizadas pelo PNSP, complementado pela RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013c), é a obrigatoriedade da criação/implantação de NSPs nos hospitais e serviços de saúde, cuja finalidade é planejar e implementar ações para a promoção de uma assistência segura, com a adoção de protocolos e medidas para a melhoria da qualidade e segurança da assistência ofertada aos pacientes (BRASIL, 2014).

Os programas e políticas do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que têm maior destaque em âmbito nacional são: o conjunto de iniciativas da ANVISA, principalmente o Programa de Hospitais Sentinela, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), a união do Ministério da Saúde e das entidades de saúde que possuem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde), o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede), a Política Nacional de Humanização (PNH), o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, sob a coordenação do Ministério da Saúde e da Educação; a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), responsável por criar as diretrizes para a reorganização hospitalar da Rede de Atenção à Saúde.

A implantação do NSP é exigência para os estabelecimentos de saúde desde a publicação RDC nº 36/2013, que conceitua o Núcleo como sendo “instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do

paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (BRASIL, 2014b).

A Portaria MS/GM nº 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente, por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde. O PNSP tem quatro eixos: O estímulo a uma prática assistencial segura; o envolvimento do cidadão na sua segurança; a inclusão do tema no ensino e o incremento de pesquisa sobre o tema. Os benefícios da política incluem: futuras economias nos custos de cuidados de saúde, diretamente proporcionais à redução de pessoas acometidas por eventos adversos; custos de hospitalização reduzidos pelo não aumento do tempo de permanência hospitalar e, consequente a isso, não prolongamento da perda de produção por diminuição de dias de trabalho perdidos pelo paciente e sua família; aumento do bem-estar e redução do sofrimento do paciente e da sua família.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado:

- a) prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde;
- b) cirurgia segura;
- c) segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- d) identificação de pacientes;
- e) comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde;
- f) prevenção de quedas;
- g) úlceras por pressão;
- h) transferência de pacientes entre pontos de cuidado;
- i) e uso seguro de equipamentos e materiais.

Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais:

- a) prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde;
- b) cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes;

- c) controle de soluções eletrolíticas concentradas;
- d) garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa);
- e) identificação do paciente;
- f) comunicação correta durante a transmissão do caso.

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos.

De acordo com o Art. 5º da RDC nº 36/2013, a direção do serviço de saúde deve disponibilizar, para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais. Aspectos logísticos, tais como, a previsão de materiais e equipamentos de escritório (papel, caneta, grampeador, computador, impressora, telefone, fax e outros) e produtos e equipamentos para a saúde (sistema de código de barras, pulseira de identificação, oxímetros, sistema de dose única e outros) devem ser previstos, conjuntamente, pela direção e pelo NSP. Diversas formas e métodos de comunicação com os integrantes do NSP e divulgação do PSP devem ser estabelecidas, tais como, comunicação verbal, eletrônica, boletim informativo, uso de cartazes, lembretes e outras (BRASIL 2013).

2.2 Metas pactuadas para a segurança do paciente: diretrizes e recomendações

A ANVISA, com base na Portaria 529 de 01 de abril de 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (ANEXO 1) e na RDC Anvisa, nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANEXO 2), que instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde elaborou 6 Protocolos básicos em segurança do Paciente, legitimados pelas Portaria MS nº 1.377, de 09 de julho de 2013 e Portaria MS nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. As metas lançadas pelo MS podem ser facilmente visualizadas no item de divulgação oficial abaixo:

Figura 1- Metas do Ministério da Saúde para a segurança do paciente



Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Nesse caso de acordo com essas portarias e com os protocolos já disponibilizados pelo Ministério da Saúde, foi realizado um recorte das recomendações para esses protocolos que seguem-se abaixo:

2.2.1 Protocolo identificação segura

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar. Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente. Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia, ou atendidos no serviço de emergência ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no

serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado. Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação. A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. As pulseiras de identificação do paciente devem se adequar ao perfil dos pacientes, sendo compridas o suficiente para serem utilizadas em pacientes obesos, pacientes com linfedema e pacientes com acessos venosos e curativos e pequenas o suficiente para serem confortáveis e seguras em recém-nascidos, bebês e crianças.

2.2.2 Uso, prescrição e administração segura de medicamentos

Todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

Estudo brasileiro, realizado em 2005, analisou 1.425 prescrições médicas em cinco hospitais, todos membros da Rede Sentinela da ANVISA. No entanto, apenas um hospital apresentava o sistema computadorizado de prescrições e os medicamentos eram todos prescritos pelo nome genérico. Embora o sistema de prescrição nesse hospital seja computadorizado, ele permite que o médico prescreva medicamentos manualmente, principalmente nos casos onde o estado geral do paciente é alterado, necessitando acrescentar novos fármacos ou suspender outros. Apesar do sistema computadorizado de prescrições representar um grande avanço dentro das estratégias utilizadas para minimizar erros decorrentes de prescrições mal formuladas, ele não erradica a possibilidade de ocorrência de erros de medicação, visto que outros podem surgir.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do NSP do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição. O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na

prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico. Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente. Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração. Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico. Recomenda-se aos estabelecimentos de saúde o sistema de dose unitária. O sistema de distribuição por dose unitária consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente. O sistema automatizado pode ser caracterizado por unidades de dispensação eletrônica capazes de realizar o atendimento de 100% das prescrições médicas ou conforme rotina da instituição com o suporte ao sistema de dose unitária. A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância². Preconiza-se adotar o uso de rótulos diferenciados, notas em sistema informatizado e cartazes de alerta no local de armazenamento e dispensação de medicamentos com elevada propensão a trocas. Recomenda-se a implantação de sistemas seguros, organizados e eficazes de

² Medicamentos de alta vigilância: Agonistas adrenérgicos intravenosos (ex. epinefrina, norepinefrina); anestésicos gerais, inalatórios e intravenosos (ex. propofol, cetamina); antagonistas adrenérgicos intravenosos (ex. propranolol); antiarrítmicos intravenosos (ex. lidocaína, amiodarona); antitrombóticos; anticoagulantes (ex. heparina, varfarina, heparinas não fracionadas e de baixo peso molecular (ex. enoxaparina); bloqueadores neuromusculares (ex. suxametônio, rocurônio, pancurônio, vecurônio); contrastes radiológicos intravenosos; hipoglicemiantes orais; insulina subcutânea e intravenosa (em todas as formas de administração); medicamentos administrados por via epidural ou intratecal; medicamentos na forma lipossomal (ex. anfotericina B lipossomal) e convencionais (ex. anfotericina B deoxicolato); analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos, e de uso oral (incluindo líquidos concentrados e formulações de liberação imediata ou prolongada); sedativos de uso oral de ação moderada, para crianças (ex. hidrato de cloral); sedativos intravenosos de ação moderada (ex. dexmedetomidina, midazolam); Soluções de nutrição parenteral; água estéril para inalação e irrigação em embalagens de 100mL ou volume superior; Cloreto de potássio concentrado injetável; cloreto de sódio hipertônico injetável (concentração maior que 0,9%); Fosfato de potássio injetável; glicose hipertônica (concentração maior ou igual a 20%); nitroprussiato de sódio injetável; prometazina intravenosa; sulfato de magnésio injetável; vasopressina injetável. *Adaptado de Institute for Safe Medication – ISMP (2006) www.ismp-brasil.org/site/index/medicamentos/.*

dispensação para reduzir a ocorrência de erros, privilegiando a dispensação por dose individualizada e unitária, com controle por código de barras ou equivalente superior, de modo a assegurar a rastreabilidade do lote, fabricante e validade dos medicamentos e produtos para a saúde.

De acordo com Cassiani, Gimenes e Monzani (2009) várias são as medidas já referenciadas na literatura como estratégias para a redução e prevenção dos erros de medicação nas instituições hospitalares, sendo uma delas o investimento em tecnologias tais como a implantação da prescrição médica eletrônica, do código de barras, da automatização da dispensação e do sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária, além do uso de bombas de infusão “inteligentes”.

A tecnologia de códigos de barra tem sido amplamente utilizada nas indústrias, e alguns hospitais americanos já a tem implantado com sucesso, estando ela relacionada a uma redução de 80% nos erros de administração de medicamentos. Além de permitir que se tenha certeza de que o medicamento em mãos é, de fato, o prescrito podendo também registrar quem administrou e quem recebeu em vários intervalos de tempo. Os códigos de barra são mais rápidos do que os olhos humanos e também mais precisos, permitindo a ocorrência de menos de um erro para cada mil leituras. Além disso, não se cansam ou se distraem. (BATES, 2000).

2.2.3 Cirurgia segura

Dois terços dos eventos adversos ocorridos em ambiente hospitalar foram associados ao cuidado cirúrgico. Estima-se que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorram em cerca de 1 em cada 50.000 a 100.000 procedimentos nos Estados Unidos (EUA), equivalendo a 1.500 a 2.500 eventos adversos deste tipo por ano. Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura (ANEXO 3) reduz complicações e salva vidas. A Lista de Verificação foi aprovada por 25 países, que declararam ter mobilizado recursos para sua implementação e, em novembro de 2010, 1.788 hospitais no mundo haviam relatado o seu uso.

A lista de verificação divide a cirurgia em 3 fases:

- Antes da indução anestésica: confirmar com o paciente o procedimento; confirmar o consentimento; confirmar sítio cirúrgico e demarcação; confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento; revisar verbalmente com o anestesiológista, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

- Antes da incisão cirúrgica: confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto; revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia; confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica; confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.
- Antes do paciente sair da sala de cirurgia: conclusão da contagem de compressas e instrumentais; identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida; revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas; revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por médico membro da equipe cirúrgica antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento. A demarcação deverá ser realizada no corpo do paciente em local que indica a estrutura a ser operada com o uso de caneta dermatográfica. O protocolo de cirurgia segura deverá ser aplicado em todos os locais em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora do centro cirúrgico.

2.2.4 Prevenção de quedas e úlceras por pressão

A hospitalização aumenta o risco de queda, pois os pacientes se encontram em ambientes que não lhes são familiares, muitas vezes são portadores de doenças que predispõem à queda (demência e osteoporose) e muitos dos procedimentos terapêuticos, como as múltiplas prescrições de medicamentos, podem aumentar esse risco. Quedas de pacientes produzem danos em 30% a 50% dos casos, sendo que 6% a 44% desses pacientes sofrem danos de natureza grave, como fraturas, hematomas subdurais e sangramentos, que podem levar ao óbito. As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas.

A tríade para a não-ocorrência de quedas num serviço de saúde é composta dos seguintes elementos: pró-atividade da equipe multidisciplinar; fornecimento de um ambiente seguro – infra-estrutura e educação e sensibilização das famílias.

Uma das medidas para avaliar o risco de queda é identificar o paciente com risco (através de escalas padronizadas pelo serviço – ex. escala de Morse) com a sinalização à beira do leito ou pulseira, bem como avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala). Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída. Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado.

A Úlcera por Pressão (UPP) tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. Úlceras por pressão causam dano considerável aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de UPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da úlcera. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção. Os materiais e equipamentos para redistribuição de pressão pode ser colchões e camas na prevenção de UPP (colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco

para desenvolver UPP). Também é recomendado o uso de superfícies de apoio para a prevenção de úlcera por pressão nos calcâneos. Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes.

2.2.5 Higienização das mãos

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos. Segundo a BRASIL (2013 d), produtos como sabonete líquido ou agentes antisepticos (formulações alcoólicas, clorexidina) podem ser utilizados para a higienização das mãos. Além disso, destaca como insumos necessários para a higienização das mãos, a disponibilidade de lavatórios, dispensadores de sabonete e anti-septicos, porta-papel toalha, lixeira para descarte de papel-toalha. Os lavatórios/pias/lavabos cirúrgicos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Junto a estes deve existir provisão de sabonete líquido, além de recursos para secagem das mãos. Todos os lavatórios/pias devem ter fácil acesso e atender, no mínimo, à seguinte proporção:

- Quarto ou enfermaria: um lavatório externo pode servir a, no máximo, quatro quartos ou duas enfermarias;
- Unidade de Terapia Intensiva: deve existir um lavatório a cada cinco leitos de não isolamento;
- Ambientes destinados ao preparo e cocção de alimentos e mamadeiras: um lavatório em cada ambiente;
- Berçário: um lavatório a cada quatro berços;
- Ambientes destinados à realização de procedimentos de reabilitação e coleta laboratorial: um lavatório a cada seis boxes;
- Unidade destinada ao processamento de roupas: um lavatório na área “suja” (banheiro) e um lavatório na área “limpa”.

É destacado que uma das maneiras de elevar a adesão às praticas de higienização das mãos é a educação dos profissionais de saúde e fixação de lembretes e cartazes, bem como a instalação de dispensadores de preparações alcoólicas posicionadas próximas ao leito do paciente ou em embalagens de bolso. O acesso fácil ao produto alcoólico, próximo ao paciente,

soluciona o problema de falta de tempo em áreas críticas. A melhoria à acessibilidade de lavatórios/pias deve ser considerada.

2.2.6 Comunicação segura

Os processos de comunicação são muito complexos e dinâmicos nos serviços de saúde e, em especial, na área hospitalar. Os eventos adversos relacionados às falhas de comunicação estão altamente relacionados com as prescrições ou ordens verbais e informações relativas a resultados de exames. A falta de processos de comunicação integrados entre as diversas equipes de profissionais e os serviços de saúde são fatores que contribuem para as falhas no atendimento. A meta da comunicação efetiva tem o objetivo de desenvolver de forma colaborativa uma política de procedimentos para prescrições verbais ou telefônicas e para informar resultados de exames. Outro aspecto do processo de comunicação que pode ser considerado crítico para a ocorrência de eventos adversos com os pacientes é a forma como estão estruturadas as trocas de informações entre os turnos de trabalho nos serviços de saúde. As passagens de plantão, *rounds* ou relatórios de troca de turnos são uma característica do trabalho em saúde.

No caso da comunicação segura não há um protocolo de base, nem mesmo uma portaria específica. No entanto, faz parte das 6 metas adotadas pela OMS e cabe mais a uma reestruturação do processo de trabalho e está ligado a todos os outros protocolos.

Atualmente não existe em vigor nenhuma legislação que trate especificamente do financiamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Os recursos financeiros para executar as ações determinadas pelo programa estão embutidos em outras portarias e resoluções que tratam de melhorias da qualidade da saúde pública, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria nº 3.390 de 30 de Dezembro de 2013).

Os recursos repassados pelas esferas federadas deverão abranger ações de melhoria da rede de saúde e do ensino e pesquisa. De acordo com o Ministério da Saúde (2013) compete ao governo federal desenvolver metodologia e sistema informatizado para acompanhar, monitorar e avaliar as metas e os compromissos selados por hospitais públicos e privados conveniados ao SUS por meio de indicadores gerais e Segurança do Paciente. Por outro lado, compete aos hospitais implantar e/ou implementar as ações previstas na Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que estabelece o Programa Nacional de Segurança do Paciente, contemplando, principalmente, as seguintes ações:

- a) implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente;
- b) elaboração de planos para Segurança do Paciente; e
- c) implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente.

Ainda somando a isso, a Portaria 153/2014 da ANVISA regulamenta o incentivo financeiro à Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), articulada ao Núcleo de Segurança do Paciente do serviço, a hospitais credenciados e habilitados para compor a Rede de VEH. No entanto não especifica o valor de repasse para tais ações, tornando difícil extrair algum montante voltado para operacionalizar as ações específicas de segurança do paciente.

2.3 Avaliação econômica em saúde: Aplicação do VPL na análise da viabilidade econômica da proposta de implantação do PSP

As avaliações econômicas em saúde são definidas como técnicas analíticas formais para comparar diferentes alternativas de ações propostas, levando em consideração custos e conseqüências para a saúde, positivas e negativas. Essas análises comparativas ponderam os custos dos recursos aplicados e das conseqüências obtidas em termos de saúde, ajudando nas decisões sobre a priorização de intervenções e a alocação de recursos (BRASIL, 2014).

No campo da Economia, uma questão central é que os recursos da sociedade são sempre, e em todos os locais, escassos e finitos e o universo existente (e em contínuo crescimento) de tecnologias em saúde excede, consideravelmente, a capacidade de oferta por parte da sociedade. Como conseqüência, existe um permanente conflito entre usos de recursos e a necessidade de escolher entre alocações alternativas. Aí é que reside a importância de estudos de avaliação econômica em saúde (VIANNA; CAETANO, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013 c) define custos como “todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens ou serviços. Estão diretamente relacionados aos fatores de produção, no sentido de que só se têm custos durante a fabricação do bem ou a prestação do serviço”. Já Alonso (2013) aponta que custos é o valor dos recursos consumidos pelas atividades de órgão ou programa de governo num dado intervalo de tempo. Baseando-se nesses conceitos, Miranda Filho (2003) demarca dois momentos temporais distintos: o momento da “aquisição” dos recursos e o seu efetivo “consumo”.

O termo custos está incluso na definição de gastos ou dispêndios, que ainda definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013 c), são os termos mais abrangentes da contabilidade de custos que se aplicam a todos os bens e serviços recebidos. Representam todos os sacrifícios

financeiros despendidos por uma organização no intuito de obter bens e serviços, mediante a entrega (pagamento a vista) ou promessa de entrega (pagamento a prazo) de parte de seu ativo;

Miranda Filho (2003) apresenta a distinção de gastos em três grandes categorias no setor público: – gastos de funcionamento do governo como aqueles necessários à manutenção das atividades governamentais, sejam elas atividades- -meio ou atividades-fim; – gastos de investimento do governo, que de algum modo incorporam ao capital público e ao capital social, na forma de projetos e gastos de financiamento do governo, destinados a operações de repasse, transferência, subvenções etc. que na ponta acabarão se tornando gastos de financiamento ou de investimento.

Existem diversas abordagens para a avaliação econômica de tecnologias em saúde. Nas chamadas avaliações econômicas parciais, o relato contempla a descrição ou a análise dos custos e pode conter informações sobre o desempenho de uma determinada tecnologia. Por outro lado, nas avaliações econômicas completas ou totais, há comparação dos custos e de alguma medida de desempenho das alternativas consideradas. Os estudos de avaliação econômica também podem ser classificados quanto à utilização ou não de modelagem computadorizada para projetar as conseqüências futuras de intervenções comparadas. Assim, são encontrados na literatura dois tipos de estudos: (a) avaliações econômicas empíricas, baseadas exclusivamente em dados primários, de consumo de recursos e de desfechos em saúde (dados coletados diretamente de bases de dados administrativas, série de casos, estudos observacionais ou ensaios clínicos); (b) avaliações econômicas baseadas em modelagem computadorizada, nos quais os dados provenientes de muitas fontes (como dados primários, revisões sistemáticas e estudos de custos) são integrados em modelos a fim de oferecer estimativas mais robustas das reais relações de custo-efetividade existentes e do grau de incerteza dos valores obtidos (BRASIL, 2014a).

Segundo a ANVISA (2013c), os estudos de custos e avaliação econômica podem usar diversas formas de valoração de recursos como, por exemplo, mensuração direta de custos, métodos contábeis de custos, custos unitários padrões, pagamentos, remunerações, tarifas, preços de mercado, estimativas, extrapolações. O uso dos recursos deve ser medido a partir do seu custo unitário e ter seu valor pelo preço de mercado.

PEIXOTO *et al.* (2012) destacam que a decisão pela implementação de um dado programa é geralmente precedida pela apresentação de argumentos que justificam a racionalidade da opção por aquela determinada intervenção. Em geral, justificativas deste tipo se baseiam em estimativas de custos e impactos esperados do programa em questão. Prever a

magnitude dos impactos antes que a intervenção seja implantada é o objetivo das avaliações *ex-ante* de impacto. Embora o objetivo primordial de uma avaliação *ex-ante* seja justificar a adoção de um dado programa, é possível e recomendável que avaliações *ex-ante* sejam também utilizadas para decidir sobre o melhor desenho da intervenção.

As estimativas de custo são avaliações quantitativas dos prováveis custos dos recursos requeridos para a implementação das atividades. Podem ser apresentadas detalhadamente ou sumarizadas. Os custos devem ser estimados para todos os recursos que estarão empenhados no projeto. Isto inclui, mas não está limitado a mão-de-obra, materiais, suprimentos e categorias especiais tais como inflação ou reserva de custo. As estimativas de custos são geralmente expressas em unidades monetárias (dólar, euros, yen, etc.) para facilitar comparações tanto dentro ou fora dos projetos. Em alguns casos, o estimador pode usar unidades de medidas para estimar custo, tais como dias, junto com custos estimados. Geralmente as estimativas de custo incluem considerações apropriadas ao plano de resposta ao risco, assim como planos de contingências para facilitar o controle apropriado da gerência.

Os custos são comuns a todos os métodos de avaliação econômica e formam o outro lado da moeda da avaliação. A estimativa dos custos implica em três etapas: (1) a identificação dos custos relevantes à avaliação; (2) a mensuração dos recursos utilizados; e (3) a valoração dos recursos. Sempre levando em conta a perspectiva do estudo, as análises de custo devem identificar os custos diretos dos cuidados de saúde (honorários médicos, custos hospitalares, pagamentos de medicamentos e equipamentos etc.) e outros tipos de custos diretos, tais como os custos incorridos por membros das famílias com gastos de transporte no processo de obtenção do cuidado, co-pagamentos diversos e gastos na adaptação do domicílio para o cuidado doméstico. Devem ser considerados também os custos indiretos devido à morbidade (por exemplo, custo dos dias não trabalhados e/ou com produtividade reduzida) e mortalidade (morte prematura). Custos intangíveis da dor e sofrimento são muito difíceis de medir e freqüentemente omitidos das análises de custo (BRASIL, 2013c).

As abordagens para atribuir custos e resultados variam de acordo com aspectos diversos, sendo um deles a perspectiva que orienta o estudo. A perspectiva de uma análise econômica refere-se ao ponto-de-vista a partir do qual os custos e benefícios deverão ser compreendidos e que poderá ser o da sociedade como um todo, dos financiadores do cuidado de saúde, de uma companhia fabricante, dos médicos ou outros profissionais de saúde, ou do paciente/consumidor. Naturalmente, os custos e benefícios não são computados da mesma

maneira em cada uma dessas perspectivas e estas diferenças são uma das principais razões porque pode haver desacordo com relação ao valor de uma dada intervenção em saúde.

Camargos e Gonçalves (2004) apontam que existem 3 tipos de custos: o estimado/orçado, o real e o padrão. Além disso, Alonso (1999) destaca que “o desconhecimento dos custos é o maior indicador de ineficiência no provimento dos serviços públicos”. Embora o montante de recursos repassados independa dos custos, a alocação desses recursos na organização pode ser mais justa quando se conhece os custos, e portanto a necessidade de recursos.

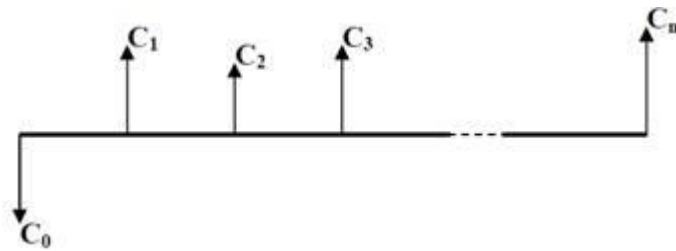
Na atualidade, há uma grande oportunidade para a utilização de novas tecnologias para melhorar a qualidade do cuidado e reduzir custos – se estas forem aceitáveis e adotadas pelos profissionais e se melhorarem, ao invés de prejudicarem, a segurança. Não há falta de novas idéias ou de evidências sobre o que representaria uma melhoria que agrega valor ao cuidado de saúde. As perguntas, portanto, são: podemos implementar essa mudança aqui? De quanto tempo e dinheiro precisamos para implementar a mudança? Quem poderá economizar dinheiro com a mudança? A economia depende do tipo de sistema de pagamento e dos custos da mudança.

Os benefícios e os custos dos programas não acontecem de forma instantânea e simultânea, mas ao longo de períodos de tempos futuros. Portanto, além de identificar quais custos correspondem a quais receitas, é preciso calcular o valor presente dos mesmos para averiguar o benefício líquido gerado.

Para o cálculo da viabilidade econômica da implantação do PSP utilizou-se o Valor Presente Líquido (VPL). Na visão de Martins (2002) é considerada uma sofisticada técnica de análise de orçamento de capital, exatamente por considerar o valor do dinheiro no tempo. Utilizando-se essa técnica tanto as entradas quanto as saídas de caixa são traduzidas para valores monetários atuais. Dessa forma, podem ser comparadas ao investimento inicial, que está automaticamente expresso em termos monetários atuais. O VPL é a relação de todos os investimentos realizados e retornos obtidos, calculados em cima de uma taxa de juros e somando-os algebricamente. Este valor é considerado em constantes positivas e negativas. Valores negativos indicam um VPL sem níveis de atratividade sendo um valor com retorno abaixo do mínimo esperado. Para investimentos que obtenham um VPL positivo é considerado um projeto com um índice bom de atratividade (Batalha, 2007).

De acordo com Montevechi (2005) o Valor Presente Líquido de uma proposta de investimento é a soma algébrica, na data zero, dos saldos dos fluxos de caixa descontados à Taxa Mínima de Atratividade (TMA), como representado abaixo:

Figura 2 - Exemplo de Representação Gráfica de Fluxos de Caixa Descontados



Fonte: Abreu, 1982.

Onde:

C_0 = Valor inicial do investimento

C_i = Valor dos saldos dos fluxos de caixa descontado; $i = 1, 2, 3, n$

Motta e Calôba (2002) conceituam o VPL descontado como a soma algébrica de todos os fluxos de caixa descontados para o instante presente ($t = 0$), a uma dada taxa de juros (i).

Figura 03 - Equação para Cálculo do VPL

$$\text{VPL} = \frac{FC_0}{(1+i)^0} + \frac{FC_1}{(1+i)^1} + \frac{FC_2}{(1+i)^2} + \frac{FC_3}{(1+i)^3} + \dots + \frac{FC_n}{(1+i)^n}$$

Fonte: Abreu, 1982.

Onde:

$FC_0, FC_1, FC_2, FC_3, FC_n$: representam os retornos gerados, o valor das entradas do fluxo de caixa;

i : taxa, concebe o que a empresa espera do investimento, ou seja, a taxa mínima de atratividade do investimento, a fim de avaliar se as entradas proporcionam um VPL positivo.

Ao analisar o VPL Montevechi (2005) ressalta que quando o VPL encontrado é positivo, o projeto é aceito, já que a empresa obterá um retorno maior do que seu custo de capital. Com

isto estaria aumentando o valor de mercado da empresa e, conseqüentemente, a riqueza de seus proprietários. Do contrário se for negativo deve-se rejeitar o projeto, pois significa que o investimento não é economicamente atrativo, já que o valor presente das entradas de caixa é menor do que o valor presente das saídas de caixa. Se o VPL for igual a zero, o investimento é indiferente, pois o valor presente das entradas é igual ao valor presente das saídas de caixa. Para Martins (2002) o VPL apresenta algumas vantagens e desvantagens, citadas abaixo:

Vantagens:

- Facilidade de cálculo, mas apenas uma vez conhecida uma taxa de atualização apropriada.
- Conceitualmente mais perfeito e complexo que o período de retorno uma vez que considera a totalidade dos fluxos assim como o custo de oportunidade do capital utilizado.
- Considera o valor do dinheiro no tempo
- Evidencia uma noção do risco envolvido

Desvantagens:

- É normalmente problemática a determinação segura da taxa de atualização mais apropriada, sendo este um inconveniente tanto mais importante uma vez que o VPL é muito sensível à taxa utilizada.
- O pressuposto da constância no tempo da taxa de atualização pode não ser realista, pois o custo do capital da empresa varia no tempo, assim como as taxas para as aplicações alternativas variam no tempo com as condições dos mercados financeiros.
- O pressuposto de que os fluxos intermédios serão reinvestidos ou financiados à mesma taxa pode não ser realista, pois depende das condições futuras do mercado de capitais assim como das alternativas de investimento que poderão surgir no futuro.
- O método não é conclusivo quando é aplicado a projetos alternativos com vidas econômicas substancialmente diferentes.

Os valores monetários, também, serão corrigidos com a finalidade de evitar distorções na análise causadas pelos efeitos da inflação.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Essa pesquisa, objeto da dissertação, caracteriza-se como sendo descritiva, exploratória, de avaliação econômica parcial e do tipo estudo de caso.

Trata-se de estudo de caso por se concentrar na investigação de uma única organização. Segundo Hartz (1997), três tipos de estratégias de pesquisa são propícios à análise de implantação de programas de saúde: o estudo de caso, o estudo comparativo e a experimentação.

Conforme descreve Yin (2001), pesquisas cujas questões centrais giram em torno de perguntas do tipo “como” e “por que”, investigando eventos contemporâneos e cujo comportamento o pesquisador não pode controlar, são situações propícias ao desenvolvimento de estudo de casos. O ponto forte nesta tipologia é o de permitir o estudo de um fenômeno em profundidade dentro de seu contexto, permitindo uma análise processual à medida que eles ocorrem dentro das organizações. Para Vergara (1997), o estudo de caso é o circunscrito a uma ou poucas unidades, tendo caráter de profundidade e detalhamento, podendo ou não ser realizado em campo.

Além disso, esse trabalho pode ser visto como de avaliação econômica parcial, porque avaliou estritamente os custos materiais de um programa, não avaliando a eficiência e a efetividade do mesmo. Nesse caso, foi pensado sob a perspectiva do SUS, como órgão comprador de serviços. Os estudos de avaliação econômica podem ser um importante instrumento nos processos de decisão sobre a incorporação de tecnologias e a alocação de recursos em saúde.

3.2 Caso do estudo

O caso em estudo foi o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcisio Burity (CHGMTB), instituição hospitalar de baixa e média complexidade pertencente à rede municipal de saúde da cidade de João Pessoa/Paraíba. Dedicar-se ao atendimento adulto de urgência/emergências clínicas, psiquiátricas, cirúrgicas e traumato-ortopédicas, bem como atendimento pediátrico de urgências traumato-ortopédicas. Tem 7 anos de existência no sistema público e está no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o número 2399628. Conta atualmente com 186 leitos, distribuídos em 60 leitos clínicos, 10 cirúrgicos, 94 ortopédicos, 10 psiquiátricos e 8 de terapia intensiva. Em seu quadro funcional participam 1161

colaboradores, sendo 268 do corpo clínico e 893 do corpo não-clínico (não-médicos) – 525 da categoria de enfermagem e 368 demais categorias profissionais. O atendimento hospitalar dispõe das seguintes especialidades: clínica, anestesiologia, endoscopia, radiologia, cirurgia geral, plástica, torácica, vascular, cabeça e pescoço e buço-maxilo, neuroclínica, ortotraumatologia, nefrologia, hematologia, psiquiatria, urologia e pediatria.

A instituição basicamente é composta por 3 blocos:

- Humberto Nóbrega: no primeiro pavimento encontra-se o ambulatório, o setor de radiologia, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Centro Cirúrgico com 3 salas, farmácia central, necrotério, enfermaria de pediatria, cirurgia geral e ortopedia adulto e pediátrica, bem como sala de apoio para o serviço social. No segundo pavimento encontra-se enfermarias de ortopedia, laboratório clínico e Agência Transfusional;
- Orto: O primeiro pavimento dispõe de pronto-atendimento de urgência/emergências (sala de observação e salas verde, amarela e vermelha), recepção central, centro de diagnóstico por imagem (CDI) e serviço de prontuário médico. O segundo pavimento possui outro Centro cirúrgico com 3 salas, central de esterilização e enfermarias clínicas. O terceiro pavimento é destinado ao Centro Administrativo, auditório, setor de informática, financeiro e contábil e núcleo de epidemiologia.
- Arnaldo Tavares: possui o serviço de nutrição, refeitório, cozinha, lavanderia e enfermaria ortopédica adulto.

O CHGMTB possui uma alta demanda de atendimentos mensais, já que é o único hospital municipal que ainda atende emergências, sendo referência local e regional. A média de atendimentos mensais no ano de 2015 foi em torno de 6.641, exceto atendimento ambulatorial (GeHos, 2015).

Esse serviço hospitalar está sob administração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sendo financiado exclusivamente pela esfera municipal. Não há gestão de recursos próprios. Todas as necessidades do serviço são supridas financeiramente pela SMS, através de pedidos formalizados pelas gerências do serviço. A SMS através de trâmites burocráticos e jurídicos avalia os pedidos, abrindo processos de licitação e pregão para aquisição de material-médico-hospitalar. O CHGMTB, em 2015, contou com um faturamento de, em média, R\$ 8.971.588,00 sendo a ortopedia/traumatologia responsável por grande parte da receita. Alguns serviços são terceirizados, como por exemplo, patologia clínica, manutenção de equipamentos e manutenção de gases medicinais.

O CHMGTB aderiu ao PNSP em 2014, através da Portaria 008/2014, onde foi criado o Núcleo Interno de Segurança do Paciente, responsável por desenvolver o Plano de Segurança do Paciente (diretrizes de ações que viabilizam a execução dos protocolos de segurança do paciente), implantar os protocolos de segurança elaborados, monitorizá-los, realizar atividades de educação e treinamento, como também avaliar e investigar os eventos adversos notificados pelas unidades assistenciais. O serviço ainda conta com uma baixa cobertura de ações de segurança do paciente, devido a fatores principalmente de infra-estrutura, financeiro e de recursos-humanos, apesar de já vir dispensando esforços a mais de um ano para instituir práticas assistenciais seguras.

3.3 Fonte dos dados

Na estimativa de preços utilizou-se preços procedentes de páginas virtuais comerciais. Para dados administrativos, utilizou-se os registros do sistema de alimentação próprio do serviço chamado de Gestão Hospitalar (GeHos) no ano de 2015, bem como dados procedentes do CNES.

De acordo com Drumond *et al.* (1997) a abordagem pragmática para estimar custos econômicos é trabalhar com preços de mercado ou com gastos relativos a reembolsos.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram consideradas todas as unidades assistenciais da instituição (unidades de internação, setor de urgência/emergência clínica e traumatológica, blocos cirúrgicos, e endoscopia, ambulatório, como também a recepção central e a farmácia, já que são setores críticos e contemplados nas recomendações do Ministério da Saúde, de acordo com a RDC 36/2013.

A fim de locação de insumos, os setores administrativos não foram contemplados, haja vista que tenha menor impacto sobre os processos assistenciais e operacionais de segurança do paciente, muito embora contribua para a organização e viabilização das ações assistenciais.

Na atribuição de preços não foram incluídos os custos decorrentes de reparos dos insumos já existentes, mas levou-se em consideração os insumos e materiais-médico-hospitalares que deverão ser adquiridos. Diante da análise diagnóstica foi percebido que os insumos existentes eram significativamente insuficientes para operacionalizar o programa.

3.5 Definição das ações e estimativa dos custos

A estimativa de custos para elaboração de projetos de saúde é tarefa complexa, já que os processos envolvidos nessa área são pouco precisos e carregam a difícil missão de valorar e monetarizar os efeitos das ações assistenciais sobre a saúde-doença de pacientes.

Diante da complexidade dos protocolos de segurança, nele compreendidos a disponibilidade de recursos materiais para operacionalizá-los e os processos humanos implícitos na operacionalização dos mesmos, optou-se por aplicar no serviço um formulário (APÊNDICE A) elaborado pela pesquisadora, adaptado de acordo com os protocolos legais de segurança, no intuito de identificar as fragilidades de segurança no ambiente hospitalar, principalmente no quesito de recursos materiais. Para cada um dos 6 protocolos, foi elaborado um conjunto de quatro alternativas, onde, a partir da visita aos setores, foi atribuída uma pontuação de 0 a 3 para cada alternativa. Ao final, obteve-se a pontuação para cada protocolo, o que possibilitou identificar qual(is) protocolo(s) de maior(s) prioridade(s).

Superada essa fase, foram definidas as metas desejáveis de cada protocolo e seus respectivos insumos materiais, com elaboração da Estrutura Analítica do Projeto (EAP), e decomposição das ações em pacotes de trabalho, conforme cada protocolo de segurança.

Para estimar o preço dos insumos, recorreu-se às recomendações do *PMBOK®* (PMI, 2013), um guia no campo de gerenciamento de projetos elaborado para fornecer ferramentas e técnicas para possibilitar o sucesso de um projeto. Nesse caso, entendeu-se que as recomendações desse guia poderiam ser úteis e adaptáveis para a área da saúde, principalmente quando se trata de operacionalização de um programa, já que para tal é necessária a realização de um planejamento prévio, *ex-ante*, no processo de implantação de um programa de saúde. O *PMBOK*, sobretudo, dá suporte e subsidia o desenvolvimento de estratégias para estimativa de custos de insumos. A estimativa é por natureza uma aproximação, uma maneira indireta de se orçar um projeto.

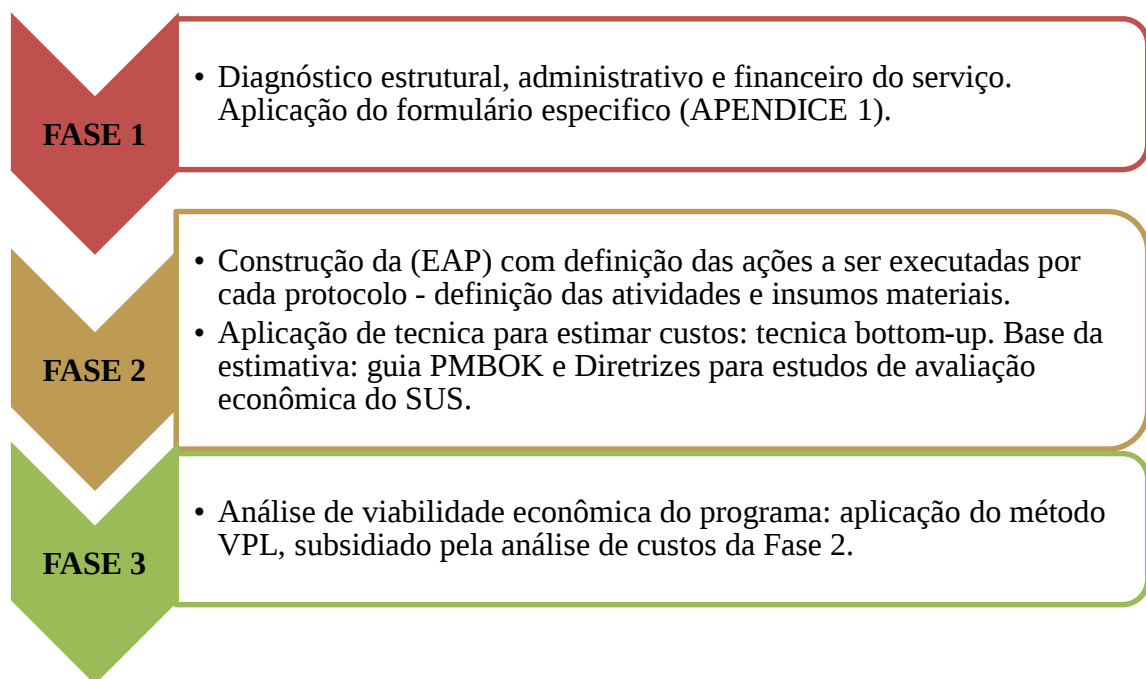
Nesse trabalho, foi utilizada para a estimativa de custos a técnica *Bottom-Up*, já que se apresenta como melhor alternativa dentre as apresentadas e possui maior exatidão. Consiste em estimar o custo de cada pacote de trabalho de baixo para cima, chegando ao custo estimado total do projeto. Um item deve possuir a somatória de custo de seus sub-itens e assim por diante. Estimativa “*bottom-up*” é um método de estimativa da duração ou custo do projeto pela agregação das estimativas dos componentes de nível mais baixo da estrutura EAP. As

necessidades do recurso são estimadas e essas estimativas são então agregadas numa quantidade total para cada um dos recursos da atividade.

O quadro abaixo demonstra a estrutura metodológica desse trabalho, baseada nas recomendações do PMBOK e do Ministério da Saúde (2014) para estudos de avaliação econômica.

A coleta de dados foi operacionalizada segundo recomendações das Diretrizes Metodológicas para estudos de avaliação econômica do SUS (BRASIL, 2014a), que aponta que a estimativa dos custos implica em três etapas: (1) identificação dos custos relevantes à avaliação; (2) a mensuração dos recursos usados e (3) valoração dos recursos.

Figura 4 - Planejamento operacional da implantação do Programa de Segurança do Paciente ...



Para estimativa dos custos dos insumos, utilizou-se como referência os preços de mercado. Preços de mercado para os fatores de custo refletem melhor o valor dos bens e serviços, ou seja, os custos de oportunidade considerando que podem existir imperfeições de mercado para alguns fatores que necessitarão de ajustes. Como fonte de dados, utilizou-se sites comerciais virtuais para a busca dos preços dos insumos materiais. Ao custo dos insumos, somou-se os custos relacionados a manutenção de uma comissão multiprofissional composta

por, no mínimo 4 pessoas, sendo 1 médico e outros 3 não-médicos. Os salários foram provenientes das folhas de pagamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Os preços foram corrigidos para valores de fevereiro de 2016, utilizando-se o IPCA-E³, através de ferramenta virtual disponibilizada on-line pelo Banco Central. Estimou-se uma variação de, em média, 10% na faixa de precisão dos custos.

Na estimativa da quantidade de insumos utilizou-se como referência a média de atendimentos do serviço do ano de 2015 e a estrutura das unidades assistenciais. Todos os itens de custeio elencados foram levantados a partir de detecção de necessidades locais após diagnóstico estrutural e assistencial (APÊNDICE A) e a partir das leituras aprofundadas sobre as evidências em segurança do paciente e legislação brasileira vigente sobre a temática.

Para fins de estimativa utilizou-se os custos diretos, ou seja, aqueles estritamente relacionados às ações de segurança, ou seja, os custos com equipamentos, mão-de-obra, material de escritório, mobiliário, material de expediente, material de consumo, elementos de divulgação.

O método de custeio adotado foi o direto, procurando associar os benefícios do programa com os custos diretamente incorridos para a sua realização.

Para os custos de capital (mobiliário e equipamentos) foram efetuados cálculos de depreciação, considerando que um bem sofre desgaste ao longo do tempo. As depreciações são as deduções fiscais, isto é, aquilo que a empresa pode registrar nos seus livros de contabilidade para ir amortizando os custos.

De acordo com a Receita Federal Brasileira (1998), para efeito de vida útil de um bem é considerado um prazo de 10 anos de depreciação para moveis; 5 anos para equipamentos e 3 anos para computadores. A depreciação foi calculada tomando-se como base o valor bruto do equipamento dividindo-o pelo tempo de vida útil, em anos.

Para fins de previsão de recursos e, considerando que a implementação do programa se daria de maneira insidiosa, já que trata-se de um serviço hospitalar de saúde público, com suas limitações e restrições orçamentárias, tomou-se como horizonte temporal o período de 3 anos. Esse período também possibilitou a aplicação do método definido para avaliar a viabilidade

³ O IPCA/IBGE verifica as variações dos custos com os gastos das pessoas que ganham de um a quarenta salários mínimos nas regiões metropolitanas de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e município de Goiânia. O Sistema Nacional de Preços ao Consumidor - SNIPC efetua a produção contínua e sistemática de índices de preços ao consumidor, tendo como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e domicílios (para levantamento de aluguel e condomínio).

econômica da proposta de implantação do PSP. Além disso, como a AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, utilizou o mesmo período de estudo para avaliar a eficácia e força da evidência das estratégias de segurança desenvolvidas em hospitais dos EUA, pensou-se em projetar os custos pelo mesmo período.

Na estimativa foram incluídas análises de reservas de contingências, ou seja, a inclusão dos custos das incertezas, na ocasião de mudança do perfil de atendimento do serviço, principalmente, no aumento da demanda. Para cada protocolo, foi incluído um custo empírico adicional de 3% para as reservas de incerteza.

3.6 Perfil dos recursos

Para o protocolo de identificação segura:

- Considerou-se que os produtos essenciais eram as pulseiras plásticas e a máquina etiquetadora. A máquina encaixa-se no critério de recurso permanente (tempo de vida útil maior que 1 ano), já as pulseiras, no critério de recursos consumíveis (vida útil menor que 1 ano e uso freqüente, diário e individualizado);

Para o protocolo de cirurgia segura:

- Considerou-se a média de cirurgia/mês para estimar a quantidade de canetas dermatográficas.

Para o protocolo de uso, prescrição e administração segura de medicamentos:

- Foi pensado a utilização de seladora de embalagem e bobina a saco plástico devido a importância e necessidade de fornecer a pacientes medicamentos em dose única, principalmente comprimidos, drágeas e cápsulas;
- Estimado em 7, a quantidade de computadores necessários para locação nas unidades assistenciais que ainda não dispõem de prescrição eletrônica;
- Estimado a quantidade de impressoras em 8, por um dos setores já dispor de computador.

Para o protocolo de prevenção de quedas e úlceras por pressão

- O quantitativo de recursos permanentes como andadores e muletas foi pensado baseado no número de leitos total do serviço, excetuando-se os 8 leitos de terapia intensiva

(pacientes sem locomoção, restritos ao leito), totalizando 178 leitos (muletas e andadores para cada 2 pacientes). O preço desses itens foi depreciado para 10 anos.

- A estimativa da quantidade de barras de apoio teve como referencia o número de banheiros existentes para uso de pacientes, bem como o número de corredores adjacentes às enfermarias clínicas.

Para o protocolo de comunicação segura

- Considerou-se como medida importante, a aquisição de quadros brancos a serem fixados nas 10 unidades assistenciais (UTI, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Endoscopia, Sala vermelha, Urgência, Clínicas Traumatológicas Arnaldo Tavares e Humberto Nóbrega, Pediatria e Ambulatório);
- Todos os itens se encaixam no critério de recursos consumíveis;

Para o protocolo de higienização das mãos

- A quantidade de lavatórios foi estimada baseada na Resolução ANVISA para Higienização das mãos. Foi identificada como necessidade a aquisição de 20 lavatórios a mais, com relação aos já existentes;
- O consumo de toalha de papel, sabão líquido e álcool gel foi estimado baseado na média de aquisição mensal do serviço de almoxarifado. Dado empírico.

3.7 O método de análise da viabilidade econômica e a base das estimativas

Foi necessário a construção de um fluxo de caixa prévio, para depois aplicar o método de análise econômica definido. Então tomou-se como investimento inicial ($t=0$) os custos totais do projeto. Como benefícios (entradas), foi considerado o fato de que os benefícios seriam decorrentes do valor economizado com as ações de segurança, ou seja, a redução de custos proporcionaria a aplicação do valor economizado em outras ações, insumos e melhorias dos processos assistenciais na instituição, tendo como reflexo a satisfação, o bem-estar e o aumento, por consequência, da sobrevivência do paciente. Considerou-se, empiricamente, que as ações de segurança reduziriam em 30% o percentual de eventos adversos.

Os principais indicadores de desempenho em uma análise econômica são o Valor Presente Líquido Econômico (VPLE) e a Taxa Interna de Retorno Econômica (TIRE). De modo

geral, o VPL deve ser positivo, indicando que o projeto produz ou é capaz de produzir benefícios maiores do que os custos, após torná-los comparáveis em termos de tempo.

Para fazer o cálculo do valor presente líquido foi pensado inicialmente o fluxo de caixa que compara os custos do programa com os benefícios gerados em 3 anos para pacientes internados, considerando que o serviço não apresente grandes variações de demanda ao longo do tempo.

Para o cálculo do VPL utilizou-se uma taxa mínima de atratividade de 15% e a taxa *Selic* de fevereiro de 2016 para fins de desconto, o que corresponde a um valor de 13,9%.

3.8 Considerações éticas

O acesso aos dados primários foi permitido pelo gestor do serviço. Por não utilizar dados que envolva seres humanos ou prontuário clínico, essa pesquisa não foi submetida à Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS

Após diagnóstico institucional de infra-estrutura, foram identificados os pontos críticos estruturais e realizado o levantamento das necessidades mais imediatas para operacionalizar o PNSP com suas 6 metas básicas. Observou-se, a partir da aplicação do formulário do Apêndice 1, que o protocolo de maior prioridade seria o de prevenção de úlceras por pressão e quedas. Apesar da falta de indicadores no serviço relacionados ao protocolo, observou-se que a parte estrutural, principalmente aquela relacionada à prevenção de quedas urgia atenção primeira. Sendo assim, por ordem de importância estrutural os protocolos que mereceriam prioridades de intervenção seriam os de prevenção de úlcera por pressão e quedas e o de higienização das mãos, recebendo pontuações de 0 por duas vezes no formulário de avaliação. Para os demais protocolos, não foi possível estabelecer uma ordem de prioridade, já que receberam, igualmente, as mesmas pontuações.

Em seguida, foram formuladas as intervenções necessárias para a execução de cada protocolo e, junto a isso, destacados os produtos a serem adquiridos pelo serviço para operacionalizar as ações de segurança do paciente, ou seja, os objetos de custeio.

Segue abaixo o quadro demonstrativo das intervenções:

Quadro 2 - Definição dos insumos materiais necessários para os protocolos de segurança do paciente

PROTOCOLO	INTERVENÇÕES	INSUMOS MATERIAIS
1º Prevenção de úlceras por pressão e quedas	• Dispor de meios de locomoção (cadeiras de rodas, muletas) • Fixar barras de apoio nos banheiros das unidades assistenciais	• Cadeiras de rodas • Muletas • Barras de apoio
2º Higienização das mãos	• Alocar equipamentos para higienização das mãos em todas as unidades assistenciais, postos de enfermagem, corredores	• Dispensers para álcool gel • Torneiras de uso por sensor • Lavatórios

	por onde transitam pacientes e colaboradores, salas de diagnóstico por imagem, laboratórios, farmácia, nutrição e lavanderia	• Dispenser de papel toalha • Dispenser de sabonete líquido
3º Cirurgia Segura	• Realizar demarcação do sítio cirúrgico • Utilizar listas de verificação de cirurgia segura no centro cirurgico	• Canetas dermatográficas • Formulários de cirurgia segura
4º Identificação segura	• Utilizar impressora para confecção de pulseiras	• Impressora térmica; • Pulseiras plásticas
5º Uso seguro de medicamentos	• Alocar computadores em todas as unidades assistenciais para uso de prescrição impressa • Dispensação de medicamentos em dose única para cada paciente • Dispor nas unidades assistenciais de armário para acondicionar medicamentos de alta vigilância • Sinalizar os medicamentos de alta vigilância com etiquetas vermelhas	• Computadores • Seladora de embalagem • Bobina de saco plástico • Armários de MDF • Tamanho • Etiquetas adesivas vermelhas tamanho

6º Comunicação efetiva	• Uso de quadro brancos nas unidades assistenciais para registros de informações de uso comum por colaboradores; • Elaboração de banners com material sobre segurança do paciente e campanhas ligadas ao tema	• Quadros brancos tamanho • Banners no tamanho
------------------------	--	---

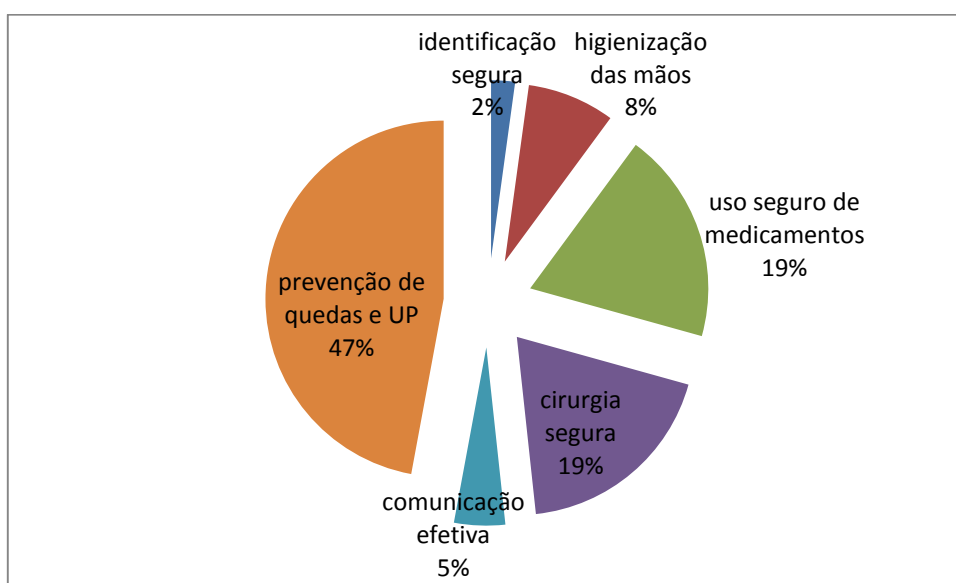
De acordo com o quadro acima e após definição dos insumos materiais, em sua quantidade e especificidade, foi encontrado um custo total de R\$ 560.496,44, o que corresponde ao investimento para implementar ações do programa por um período de 3 anos. A esse valor, somou-se R\$ 270.800,00, relativo aos salários pagos para os profissionais destinados a liderar as ações de segurança do paciente no serviço. Nesse caso, obteve-se um custo geral de R\$ 931.296,44.

Quando distribuído esse custo total pelo número de internações/mês obtivemos um custo de R\$ 51,73 por paciente e quando estendido para a média de atendimentos mensais do serviço, esse valor cai para R\$ 3,87.

Ao relacionar os custos totais para 3 anos com o faturamento obtido pelo serviço apenas no ano de 2015, observamos que esses custos corresponde a apenas 10,38% de todos os valores pagos pelo SUS nesse respectivo ano.

Ao analisar os custos isolados de cada protocolo para implementação no período citado, obtivemos a distribuição da figura abaixo:

Figura 5 - Distribuição dos custos totais de implementação de ações do PSP em 3 anos, conforme legislação ministerial



Observa-se que o protocolo que demanda maior custo é o de prevenção de quedas e úlceras por pressão, seguido de uso seguro de medicamentos e cirurgia segura, respectivamente.

Para a análise da viabilidade econômica do projeto de implementação do PSP, foi necessário identificar os benefícios potenciais que a proposta traria ao ser implementada no serviço. Entendendo-se que traduzir os benefícios de “vidas salvas” por um programa em termos monetários levantou-se a suposição de que os benefícios seriam resultantes da diminuição dos custos do tratamento de pacientes com eventos adversos e a possibilidade da aplicação e investimentos em equipamentos ou melhorias para o serviço, ou seja, o quanto de economia poderia haver na adoção de ações de segurança.

Sendo assim, tomou-se como referência, os estudos de Walter Mendes, pioneiro nos estudos em segurança do paciente. Mendes encontrou em 2010 um custo de 3195,42 para pacientes com eventos adversos. Esse valor foi corrigido para valores reais, por meio de ferramenta disponível on-line pelo Banco Central, através do IPCA, obtendo-se um valor final de R\$ 4.865,24.

Se considerarmos o número de 500 internações/mês realizadas no serviço e que, a incidência de EA no Brasil esteve em torno de 7,6% no ano de 2003, então cerca de 38 pacientes pode ser vítimas de EA durante seu período de internação.

O presente estudo assume que a economia resultante da diminuição dos potenciais eventos adversos seria a melhor maneira de captar os benefícios do programar ser a curto prazo. Outros benefícios seriam aqueles relacionados à volta dos trabalhadores ao mercado de trabalho, aos estudos, ao convívio familiar. No entanto, por ser de extrema complexidade essa medição, optou-se seguir a linha de economia de custos.

Ao pensar, empiricamente, que a execução das intervenções definidas para operacionalização das 6 metas básicas, diminuiria em 30% a ocorrências de EA, seria obtido uma redução de cerca R\$ 153.517,64 nos custos hospitalares ao ano e, conseqüentemente a economia de R\$ 5.526,635,00 ao longo de 3 anos.

Sendo assim, no primeiro ano teríamos uma economia de custos de 1.842.211,6. Se imaginarmos que com o tempo, as ações em segurança do paciente sejam aprimoradas, com melhoria dos indicadores de segurança e redução de eventos adversos ao longo do tempo e, aplicarmos um percentual de 10% de economia após o primeiro ano de implementação do PSP, obteríamos uma economia de R\$ 2.026.432,7 no ano 2 e R\$ 2.229,075,9 no ano 3. Esses valores subsidiam a construção do fluxo de caixa para o período, conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 - Construção do fluxo de caixa dos custos totais das ações em segurança do paciente no CHMGTB por um período de 3 anos

Ano	Valor
0	- 931.296,44
1	1.842.211,6
2	2.026.432,7
3	2.229.075,9

Fonte: da autora

Sendo ano 0 = custo total (considerado como investimento)

No cálculo do VPL, utilizando uma taxa mínima de atratividade de 15%, obtivemos um valor de R\$ 3.668.554,53, ou seja, um valor positivo, indicando que o projeto pode ser aceito para investimento por parte do serviço.

5 DISCUSSÃO

As soluções em segurança do paciente requerem ligações fortes entre evidência sobre segurança do paciente e políticas estabelecidas por organizações relacionadas com os cuidados de saúde e liderança pública. Isto inclui a transposição de políticas de globalidade das evidências sobre segurança do paciente divulgadas por instituições de saúde.

Os EUA, por meio de sua Agência de Pesquisa e Qualidade da Saúde (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY) divulgou em 2013 importantes práticas de segurança do paciente para evidência de eficácia, implementação e adoção. Estudo inédito que serve de ferramenta para tomada de decisão no que diz respeito à priorização de ações. A Agência, através de pesquisas em vários bancos de dados computadorizados, literatura cinzenta e painel de especialistas em segurança do paciente, avaliou a força da eficácia da evidência das ações de segurança, inclusive a estimativa de custos de tais medidas. O relatório incluiu informações sobre custos e outros potenciais obstáculos à implementação, com foco sobre os custos iniciais e as despesas anuais para uso contínuo da prática, com levantamento de estimativas de custos anuais e recorrentes. Assumiram um prazo de 3 anos para a implementação e as práticas de segurança foram classificadas por seus custos e complexidade. Os custos totais foram baseados em um *start* inicial e as despesas anuais para a plena implementação em um hospital de médio porte. Dentre todas as práticas relacionadas à segurança do paciente avaliadas no relatório foram selecionadas aquelas de interesse desse estudo. Abaixo está apresentada a análise sobre grau de impacto da estratégia, força da evidência, vigilância, custos e complexidade.

Quadro 3 - Lista de práticas de Segurança do paciente, segundo avaliações categóricas

ALVO DE SEGURANÇA	PRÁTICAS	IMPACTO	CUSTOS	COMPLEXIDADE
Erros de Prescrição médica alto	de Prescrição médica alto			
medicação e computadorizada com	medicação e computadorizada com			
Eventos Adversos sistema de suporte à	Eventos Adversos sistema de suporte à			
devido à falha de decisão clínica	devido à falha de decisão clínica			
processo	processo			
Eventos Adversos Uso de monitorização Médio Médio Baixa	Eventos Adversos Uso de monitorização Médio Médio Baixa			
à classes computadorizada para	à classes computadorizada para			
específicas de	específicas de			

medicamentos (analgésicos, KCl, Atbs, heparina)	monitorização de potenciais EAs			
EAs relacionados à dispensação de medicamentos	Uso de dispositivos para dispensação automática de medicamentos	Alto	Médio	Baixo
Infecção hospitalar	Melhorias na lavagem das mãos/educação, alteração do comportamento/ uso de tecnologias de pias	Alto	Baixo	baixo
Mortalidade associada à procedimento cirúrgico	Localização específica para cirurgias e procedimentos para centros de alta demanda	Alto	Variável	Alto
Quedas	Uso de pulseiras de identificação	Médio	Baixo	Baixo
	Uso de protetores de gradil	Médio	Alto	Baixo
Úlcera por pressão	Uso de materiais para alívio de pressão	Alto	Médio	Baixo
EAs relacionados à descontinuidade do cuidado	Transferência de informação entre farmácia hospitalar e setores	Alto	Médio	Baixo
EAs na transferência do cuidado	Estrutura padronizada para a transferência do cuidado	Médio	Baixo	Baixo
EAs relacionados à perda da informação	Uso de dióxido de resumos estruturados	Insuficiente	Baixo	Baixo

Fonte: Adaptado de: Agency for Health Care Safer: A critical analysis of patient safety practices – EUA, 2001.

Pode-se perceber que as estratégias de maior custo, segundo esse estudo são as relacionadas com a adoção de prescrição médica automatizada e uso de tecnologias para detecção de falhas assistenciais. Percebe-se também que, em geral, as iniciativas são classificadas como de baixa complexidade, com grau de impacto variando de médio a alto sobre a assistência em saúde.

A filosofia de segurança do paciente é algo extremamente complexo, já que propõe para a instituição de saúde uma mudança de valores conceituais e organizacionais, que exige comprometimento tanto da alta administração como de todos os demais colaboradores, envolvidos direta ou indiretamente na assistência. Nesse caso, ao tentar realizar um diagnóstico do serviço de saúde estudo do caso de maneira simplificada, focando em práticas relacionadas aos protocolos metas de segurança, buscou-se captar as deficiências do serviço quanto, principalmente à infra-estrutura que pudesse direcionar as ações de segurança do paciente. Paralelo a isso, estão envolvidos questões culturais, valores humanos e profissionais, e, principalmente, o grau de compromisso e esforço público destinados à segurança do paciente.

Dentro desse contexto, Instituto Canadense de Segurança do Paciente (CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE, 2009) destaca que é necessária a melhoria dos processos para transmitir e receber informação para promover as relações interpessoais positivas na organização. O uso apropriado de ferramentas e canais de comunicação eletrônicos é essencial. Uso de materiais para a comunicação escrita, registros eletrônicos e material para a educação são bem concebidos. Destaca ainda que a educação profissional, sensibilização e comunicação é a área de maior complexidade, sendo importante a utilização de técnicas de capacitação, formação de cursos e workshops.

Sendo assim, a base para o sucesso de um Programa de Segurança do paciente, parece ser a formação e capacitação de recursos humanos para desenvolver medidas de segurança em suas práticas diárias. De nada adianta, montar uma estrutura suficiente para abarcar todos os potenciais de danos e servir de barreira para os Eventos Adversos, se os colaboradores da organização de saúde não sentirem-se motivados, sensibilizados e dispostos a mudar o cenário de trabalho no qual operam. E é nesse cenário que aparece o papel do Núcleo de segurança do paciente do serviço, da gestão local e, sobretudo, da gestão pública. Ao se falar de uma organização de saúde pública, é necessário compreender que os processos jurídicos e normativos são muito mais complexos e, muitas vezes, atuam como obstáculos na adoção de intervenções in locu, principalmente no que tange a aquisição de equipamentos e insumos, que

possam contribuir para melhoria da qualidade do serviço. E é essa a realidade pela qual vive o CHMGTB.

Mesmo sabendo que a adoção de tecnologias para uso seguro de medicamentos ter alto impacto sobre medidas de segurança. Birkmeyer e Dimik (2004) relataram que o elevado custo da implementação de sistemas informatizados de prescrição representa uma barreira para muitos hospitais. As estimativas de custo variam de \$0,5 a \$15 milhões de dólares por hospital, com custos operacionais recorrentes variando de \$0,2 a \$2 milhões ao ano. A economia potencial decorrente da redução de erros e EAs relacionados aos medicamentos está estimada em \$0,18 a \$0,9 milhões por ano, dependendo da dimensão do hospital.

Quando observado o custo médio por paciente incorrido para a execução de práticas de segurança relacionadas ao protocolo, observou-se um custo de apenas R\$ 51,73/por paciente internado/mês. Isoladamente pode parecer um custo relativamente alto, mas se pensarmos nos estudos de Mendes, que encontraram um custo de R\$ 4.865,24 para tratar um paciente com Evento Adverso, observa-se que é extremamente significativo utilizar práticas de segurança pelo serviço.

Deve-se destacar que os resultados obtidos com a implantação de um programa de saúde na magnitude da segurança do paciente, aparecem de maneira insidiosa e cumulativa, ou seja, foi um paciente que deixou de cair porque apoiou-se numa barra no banheiro, uma lesão de pele que não foi aberta por uso de coxins de apoio e mudança de decúbito, uma supordosagem de medicamento que não foi administrada, já que a farmácia dispensou a dose unitária prescrita para o paciente ou uma bactérias multiresistentes que não foram transmitidas para pacientes ou objetos inanimados através da higienização das mãos. Ou seja, é uma série condutas que, quando adotadas conjuntamente e harmoniosamente, causam impacto sobre a saúde de pacientes que dependem de serviços de saúde.

Na análise da viabilidade econômica da proposta de implementação, buscou-se identificar se, os investimentos dispensados pela gestão local e pública para adquirir os insumos materiais necessários para operacionalizar as intervenções de segurança seriam compensados pelos benefícios (número de vidas salvas, ou, na premissa adotada nesse trabalho, a economia dos custos resultantes) das medidas de segurança e responder o questionamento de que: será que é possível e viável implementar as propostas do Programa?? Pelos resultados obtidos, pode-se dizer que sim, com um VPL positivo > 0 .

No entanto, deve-se ressaltar que métodos mais precisos de análise econômica, como os de custo-efetividade podem ser realizados para achados mais fidedignos e reais.

No entanto, essa análise subsidia a gestão pública para a tomada de decisão local e a dispensação de recursos públicos para cobrir os custos de implementação do PSP, pelo menos ao longo de 3 anos. Importante apontar é que o PSP não é limitado, mas é um programa contínuo, com dificuldade de avaliação do seu impacto a longo prazo sobre a saúde de pacientes. Além disso, requer que os gestores garantam sua sustentabilidade no serviço de saúde onde atua, ofertando continuamente insumos materiais e humanos para proporcionar as bases para operacionalização das ações de segurança em serviço.

Vem daí a importância em analisar os custos de uma intervenção, visto que é parte das análises de implantação de programas de saúde. Na literatura não é comum encontrar trabalhos que tratem de análise de custos de programas de saúde, principalmente pelo fato da influência dos custos intangíveis decorrentes de alguma intervenção (perda ou ganho de produtividade, afastamento do paciente do convívio social) bem como dos benefícios, uma vez que para a maioria deles não pode ser atribuído valores monetários, são subjetivos e difíceis de ser mensurados. É extremamente difícil em saúde fazer julgamentos racionais sobre qualidade do atendimento de serviços e profissionais, porque estão embutidos crenças, valores, hábitos e cultura individualizada e coletiva simultaneamente e, ainda, comportamentos diferenciados dependendo da categoria profissional.

Os custos com EAs aumentam, em média, 13% a 16% os custos hospitalares (JACKSON, 2009). Se pensarmos nesse aumento, comparando as despesas hospitalares com o cenário de estudo, isso equivale a mais de um milhão de reais (R\$ 1.435.454), o que é um valor extremamente significativo. Embora no serviço ainda não se tenha medição de Eventos Adversos, podemos utilizar os indicadores internacionais para efeito comparativo, mesmo que os mesmos sejam procedentes de países desenvolvidos.

Quando discutimos o impacto dos EAs e seus custos sobre a saúde pública, tem-se que, segundo WATCHER (2013), cerca de 5% dos pacientes hospitalizados sofrem um evento adverso relacionado a medicamentos. Se fizermos um comparativo sobre a realidade do CHMGTB, que dispõe de 186 leitos, verifica-se que, em média, cerca de 10 pacientes são vítimas de eventos adversos.

Como o foco deste trabalho, em se tratando do Protocolo de Uso, Prescrição e Administração Segura de medicamentos, foi relacionado à implementação de prescrição

eletrônica em todas as unidades assistenciais, a ilegibilidade de caligrafia de médicos não é exclusivamente responsável pelos erros de medicação. Muitas etapas ao longo da prescrição e da administração do medicamento são vulneráveis a erros. Ainda segundo WATCHER (2013) existem cerca de 50 a 100 etapas entre a decisão de um médico em prescrever um medicamento e a entrega para o paciente. No entanto, a decisão em começar a implantação desse protocolo pelo uso de prescrições eletrônicas, auxilia na operacionalização de outras estratégias como padronização e diminuição da ambigüidade em relação a nomes semelhantes, vigilância aos “cinco certos” da administração de medicamentos, dupla checagem, evitar interrupções e distrações, mecanismos de dispensação de dose unitária, remoção de medicamentos de certos ambiente, presença de farmacêuticos clínicos nas unidades assistenciais, principalmente na UTI e uso racional de medicamentos.

A cirurgia não é imune a erros de medicação, erros de diagnóstico, erros de trabalho em equipe e comunicação. A segurança do paciente em cirurgia está ligada ao pré-operatório, trans e pós-operatório, abrangendo segurança nos procedimentos anestésicos, monitorização cardio-respiratória, anamnese do paciente, demarcação do sítio cirúrgico e pausa cirúrgica antes do procedimento (checagem em equipe sobre paciente certo, local da cirurgia, alergias, funcionamento de equipamentos, tipo de procedimento). Hospitais que implementam listas de verificação cirúrgica apresentaram 30% menos complicações cirúrgicas e uma taxa de mortalidade quase 50% menor que outras instituições, segundo DE VRIES *et al* (2006).

No que tange às quedas, o risco de quedas foi reduzido em 50% entre pacientes cognitivamente intactos quando pacientes receberam um programa educacional abrangente acompanhado por um fisioterapeuta.

No estudo multicêntrico conduzido por Trick *et al.*, em 2007, com múltiplas intervenções voltadas para elevar a adesão à higienização das mãos e uso adequado de luvas, durante três anos de observação, houve redução na incidência de bactérias multirresistentes apenas no hospital com concomitante elevação da adesão à higienização das mãos (de 23 para 46%).

É estimado que o gasto anual com sabonetes e agentes anti-sépticos destinados a higienização das mãos, em um hospital de 450 leitos, é de aproximadamente um dólar por paciente-dia. Os custos adicionais associados a cinco casos de infecções de moderada severidade, pode ser equiparado ao gasto anual com produtos destinados a higienização das mãos Mas mesmo o custo dos produtos alcoólicos para higienização das mãos pode ser inferior ao custo do sabonete associado a anti-séptico. No estudo conduzido por Larson *et al.* (2000) em

duas UTI, o custo do gel alcoólico foi a metade do custo do sabonete associado a anti-séptico (0.025 versus 0.05 dólares por aplicação). Ao avaliar os custos associados à campanha de promoção de higienização das mãos em hospitais da Universidade de Genebra com ampla distribuição e acessibilidade ao produto alcoólico em toda a instituição, obteve-se um custo total de \$ 5.700,00 dólares/ano, em média \$ 1,42 dólares/paciente. O custo total em sete anos da campanha (1999 a 2001) foi inferior a 1% dos custos das infecções ocorridas neste período.

Em geral, embora cerca de dois terços dos eventos adversos causem pouco ou nenhum dano ao paciente, cerca de um terço o fazem, variando de um dano pequeno (como hospitalização prolongada) até incapacidade permanente.

Compreender as necessidades de custo para Implantação de um Programa de Segurança do Paciente é de significativa importância para qualquer gestor. Deve-se destacar que o PSP é de uma complexidade admirável e reduzi-lo a uma avaliação de custos implica em escapar da avaliação de interferências sociais, políticas e culturais implícitas na sua operacionalização. Embora a legislação recomende a aplicação de 6 Protocolos Básicos, o PSP não se restringe apenas à essas diretrizes, mas abrange outras metas como a de transfusões sanguíneas e terapias transfusionais seguras, segurança na transferência de pacientes, alta hospitalar responsável, profilaxia do tromboembolismo venoso, bem como se amplia para outros serviços de saúde não-hospitalares como atenção básica e clínicas especializadas. No entanto, esse trabalho objetivou estudar os custos apenas dos 6 protocolos básicos, por entender ser passo inicial para operacionalização do Programa. Cabe salientar que cada protocolo está imbricado em outro e funcionam simultaneamente, já que a saúde é um processo dinâmico, que envolve muitos atores sociais (desde profissionais, gestores, pacientes e famílias).

No Brasil, atualmente há apenas, e média, 1.300 NSP cadastrados na ANVISA. Isso significa um percentual de 18% em relação aos estabelecimentos de saúde existentes no país. Ou seja, os serviços de saúde ainda vem adaptando-se às exigências nacionais no âmbito de melhoria de qualidade da assistência e de segurança do paciente e os estudos relacionados ao tema vem ganhando proporções cada vez maiores. Sendo assim, uma análise de custos do PSP pode ser pioneira nesse contexto.

6 CONCLUSÃO

O estudo de caso realizado no CHMGTB, observou que os custos totais para operacionalizar o PSP ao longo de 3 anos foi de R\$ 931.296,44, isso equivale a apenas 10,38% de todo o faturamento do hospital no ano de 2015, o que demonstra ser o investimento baixo em comparação com o impacto das medidas de segurança sobre a qualidade da saúde de pacientes. A análise da viabilidade econômica demonstrou que, com o VPL positivo, na ordem de R\$ 3.668.554,53, os benefícios obtidos superam os investimentos para operacionalizar o programa ao longo de 3 anos, o que mostra que a proposta de implantação é viável e possível de ser implementada. Isso significa que, com baixo custo, comparado com o que o hospital tem de despesas anual, a operacionalização do PSP, considerando as 6 metas iniciais, pode atingir um alto impacto na saúde pública, com minimização dos efeitos dos EAs sobre indicadores hospitalares, principalmente os relacionados ao excedente de custos gerados por tais eventos.

É claro que os efeitos do Programa não aparecem de imediato, mas através de um programa de educação continuada bem estruturado e um planejamento estratégico do gestor alinhado à segurança do paciente, o serviço é capaz de modificar estrutura e organização para caminhar para melhorias ligadas à qualidade e segurança do cuidado. Através do conhecimento dos custos das decisões na escolha das estratégias de operacionalização, o gestor é capaz de otimizar seus recursos e empregá-los, a princípio, no protocolo mais ou menos dispendioso, a depender dos recursos que estão disponíveis.

O PSP é capaz de reduzir indicadores críticos de saúde, principalmente os ligados à mortalidade hospitalar, como já demonstrado aqui. Para isso, o serviço deve barganhar junto aos órgãos públicos recursos financeiros para operacionalizar suas estratégias e alavancar as medidas de segurança do paciente definidas pelo NSP local. Deve-se considerar que a operacionalização do PSP vai muito mais além da provisão de insumos e recursos materiais. Exige uma mudança cultural e modificação dos processos de trabalho em equipe, já que a mola propulsora de qualquer programa ou intervenção em saúde são os fatores humanos, os colaboradores, aqueles que estão na linha de frente do cuidado.

As limitações decorrentes desse estudo podem ser elencadas abaixo:

- Por se tratar de um estudo de caso, os resultados não podem ser generalizados para as demais instituições hospitalares de saúde. Os serviços de saúde são diferenciados e mesmo que o principal objetivo deles seja o de prover cuidados em saúde com foco no

paciente, eles tem estruturas física, organizacional e política diversificadas. Além disso, a depender do tipo do serviço que prestam, contam com faturamentos e despesas anuais variadas. Sendo assim, o impacto percentual dos custos sobre o faturamento do CHGMTB, pode não ser o mesmo para outros serviços;

- Ao analisar o Programa de Segurança do paciente, sob a ótica de suas recomendações legais para serviços de saúde, deve-se levar em consideração os determinantes contextuais da implantação, foco na qualidade, foco financeiro, foco na satisfação do paciente ou na dos colaboradores;
- Os custos aqui encontrados são relativos. Outros custos podem surgir durante a operacionalização do PSP no serviço;
- Os bancos de dados oficiais do governo ainda são muito restritos para fornecer preços dos insumos materiais definidos nesse trabalho. Portanto, foi necessário recorrer a preços de mercado, o que pode gerar impacto significativo sobre o montante dos custos totais, já que o serviço público é influenciado por modalidades de compra como concorrência, licitação, pregão, que disputam pela oferta do menor preço;
- Dificuldade na seleção da taxa de desconto adequada e na complexidade do cálculo do VPL;
- Por tratar com projeções, os dados imputados retratam os dias atuais, portanto, não é possível prever com certeza o futuro, visto que vários fatores exógenos podem influenciar no resultado.

7 PERSPECTIVAS

- Realizar uma avaliação de impacto do programa *ex-post*, ou seja, após implantação, na medida em que se possa mensurar os indicadores de eventos adversos e custos evitados após implementação das medidas de segurança;
- Aplicar técnicas de modelagem matemática e estatística a esse trabalho, de modo a subsidiar estudos de avaliação econômica completa, como os de custo-efetividade e custo-benefício;
- Aperfeiçoamento do Plano de Segurança do Paciente local, levando-se em consideração os custos levantados de cada Protocolo;
- Estender essa avaliação de custos a outras estratégias complementares de segurança do PSP como terapia nutricional segura, alta hospitalar segura e controle de infecções;
- Considerar esse estudo como subsidio para gestão e sustentabilidade do PSP no CHMGTB.
- Associar os custos desse trabalho a soluções de segurança relacionadas com a Tecnologia da Informação (aquisição de softwares inteligentes, com suporte à tomada de decisão e ao gerenciamento de riscos em saúde).

REFERÊNCIAS

ABREU, Paulo F. Simas P. de; STEPHAN, Christian. **Análise de Investimentos**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1982.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **A critical analysis of patient safety practices**. EUA, July, 2001.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices**. EUA, March, 2013.

ALONSO, M. Custos no serviço público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 50, n. 1, p. 37-63, jan./mar. 1999.

ANVISA. CADASTRAMENTO DE INSTITUIÇÕES - CNES. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/cadastro.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BATES, Davi. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. **BMJ**, v.320, n. 7237, p.788-91, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2013.

_____. **Higiene das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2007.

_____. RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 de outubro de 2010.

_____. **Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2014a.

_____. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Brasília, 2014b.

_____. **Diretrizes Metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde**. Brasília, 2014c.

_____. Ministério da Fazenda. Receita Federal do Brasil. **Depreciação de bens do ativo imobilizado**. Parecer Normativo RFB nº 1 de 29 de julho de 2011. Brasília, 2011.

_____. Portaria 529 de 01 de abril de 2013. **Cria o Programa de Segurança do Paciente em âmbito nacional**. Brasília, 2013a.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36. **Institui ações de segurança do paciente nos serviços de saúde**. Brasília, 2013b.

_____. **Introdução à gestão de custos em saúde**. Brasília, 2013c.

_____. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília, 2013d.

CANADIAN PATIENT SAFETY INSTITUTE. **The safety competencies**. August 2009.

CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de acumulação de custos, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custo: uma diferenciação didático-teórica para o ensino da disciplina Contabilidade de Custos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 2004, Florianópolis. **Anais...** 2004. Páginas 97-118.

CARVALHO, L. F. Padrões mínimos de organização de hospitais. **Rev. Paul. Hosp.** v. 21, n. 3, 1973.

CASSIANI, S. H. B.; GIMENES, F. R. E.; MONZANI, A. A. S. O uso da tecnologia para a segurança dos pacientes. **Rev. Eletr. Enf.** , v. 11, n. 2, 2009.

DE VRIES, E. N.; PRINS, H. A; CROLLA, R. M. et al. SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. **N Engl. Med**, 2010.

DRUMMOND, M. F.; STODDART, G. L.; TORRANCE, G. **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. 2. ed. Oxford Medical, 1997

HARTZ, Maria de Araújo Zulmira (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE. **Na ponta do lápis: número atual de mortes por eventos adversos no Brasil**. Agosto de 2015. Disponível em: <http://www.segurancadopaciente.com.br/central_conteudo/editoriais/na-ponta-do-lapis-numero-atual-de-mortes-por-eventos-adversos-no-brasil/>. Acesso em: 12 set. 2015.

JACKSON, T. **One dollar in seven: scoping the economics of patient safety: a literature review prepared for the Canadian Patient Safety Institute**. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2009 Sep.

JAMES, J. T. A new, evidence-base estimate of patient harms associated with hospital care. **J Patient Saf.** v.9, n. 3, p.122-8, sep. 2013.

KOHN, L.Y; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: Building a Safer Health System**. Washington DC: National Academy Press; 2000.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard E. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

MALIK, A. M.; PENA, F. P. M. **Administração estratégica em hospitais**. Relatório 21/2003. São Paulo: GV Pesquisa, 2003.

MARTINS, Carlos. **Plano de Negócios**: análise de investimentos. Disponível em: <http://www.carlosmartins.com.br/_bizplan/bizplan24.htm>. Acesso em: 10/11/2011.

MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007.

MIRANDA FILHO, C. R. **Sistema de Custos na Administração pública**: uma análise das proposições teóricas atuais à luz da realidade institucional: o caso da Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MONTEVECHI, José Arnaldo Barra. **Análise de investimentos em situações de incerteza**. Trabalho Apresentado como Nota Parcial do Curso de MBA da UFSC. Santa Catarina, 2005.

NACHTIGALL, I. et al. Adherence to standard operating procedures is crucial for intensive care unit survival of elderly patients. **J Int. Med. Res.**, v. 36, n. 3, p. 438-459, may/jun. 2008.

MONTEVECHI, José Arnaldo Barra. **Análise de investimentos em situações de incerteza**. Trabalho Apresentado como Nota Parcial do Curso de MBA da UFSC. Santa Catarina, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente**. Manual – cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)/Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Pan-americana da Saúde, 2009.

_____. **Parceria Africana para a Segurança do Paciente (APPS) trabalhando juntos por um cuidado de saúde mais seguro**. Versão Protótipo 1. Novembro de 2011.

OVRETVEIT, John. **Melhoria de qualidade que agrega valor**: o cuidado de saúde. Rio de Janeiro, 2009. Versão brasileira: Proqualis / Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015.

PEIXOTO, Betânia et al. **Avaliação econômica de projetos sociais**. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora, 2012.

PROJECT MANAGEMENT INSTITUTE. **Um guia do conhecimento em gerenciamento de projetos**. Guia PMBOK® 5a. ed. – EUA: Project Management Institute, 2013.

QUINTO NETO, Antônio. Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 8, n. 33, 2006.

RECEITA FEDERAL BRASILEIRA. **Instrução Normativa SRF nº 162 de 31 de Dezembro de 1998**. Fixa prazo de vida útil e taxa de depreciação dos bens que relaciona.

ROSEN, A. K. et al. Examining the impact of the AHRQ Patient Safety Indicators (PSIs) on the Veterans Health Administration: the case of readmissions. **Med Care**, v. 51, n.1, p. 37-44, 2013.

SCHRAMM, W. **Notes on case studies of instructional media projects**. Washington, D.C., The Academy of Educational Development, 1971. (Working Paper)

SOUSA, Paulo; MENDES, Walter (Orgs.). **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TRAVASSOS, C. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev. Port. Saúde Pública**, v. 10, p. 74-80, 2010.

VIANNA, Cid Manso de Mello; CAETANO, Rosângela. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, 2005.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: Patient for patient safety** [internet], Geneva, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety_for_patient/pfps_poster.pdf >. Acesso em: 10 dez. 2015.

APÊNDICE A– Formulário para avaliação das práticas de segurança

DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL CHGMTB – Condições para a segurança do paciente				
Datas da observação:	/	/		

Recomendações:

1. Pontuar o serviço/atividade de acordo com o perfil no qual se encaixa o serviço, conforme legenda abaixo:

0	1	2	3
<i>O serviço não cumpre o protocolo</i>	<i>O serviço esboça tentativa de cumprimento do protocolo</i>	<i>O serviço cumpre parcialmente o protocolo</i>	<i>O serviço cumpre todas as exigências do protocolo</i>

1. Protocolo Identificação Segura	Na admissão os pacientes são identificados com pulseiras brancas emitidas por computador	Os pacientes são identificados por outro meio (escrita manual em pulseiras) na ocasião da admissão	Algum setor específico já utiliza a identificação de pacientes de outra forma, que não seja por pulseiras	Há confirmação, durante a assistência, da identificação do paciente
<u>Pontuação</u>				
2. Protocolo uso, prescrição e administração segura de medicamentos	Medicamentos de alta vigilância são sinalizados nas unidades assistenciais e farmácia	Há dispensação de dose unitária de medicamentos	Há uso de prescrição informatizada em todos as unidades assistenciais	Há sinalização na prescrição do paciente sobre alergia medicamentosa
<u>Pontuação</u>				
3. Protocolo Cirurgia Segura	Há utilização do check list de cirurgia no ato cirúrgico	Unidades assistenciais cirúrgicas conhecem o protocolo cirurgia segura	Pacientes são submetidos à demarcação de sítio cirúrgico	Há fornecimentos de insumos (caneta dermatográfica, listas de verificação) nas unidades cirúrgicas
<u>Pontuação</u>				
4. Protocolo prevenção de quedas e úlceras por pressão	Há disponível no serviço, cadeiras de rodas e barras de apoio em banheiros para pacientes	Os pacientes são avaliados quanto ao risco de queda no momento da internação	Há disponibilidade e uso de equipamentos de sinalização de pisos para ocasião de reparos ou umidade	Há disponibilidade de insumos para proteção de pele (coxins, curativos)
<u>Pontuação</u>				
5. Protocolo Higienização das Mãos	As pias estão nas unidades assistenciais são de fácil acesso à profissionais e possuem sistema de não touch das mãos	Há fornecimento constante de papel toalha e demais insumos	Há dispositivos suficientes para higienização das mãos (dispenseres de álcool gel, dispenseres de papel toalha e	Os profissionais higienizam suas mãos regularmente, antes e depois do contato com pacientes

			sabonete) nas instalações do serviço.	
<u>Pontuação</u>				
6. Protocolo Comunicação Segura	As unidades assistenciais utilizam alguma ferramenta de registro de informações (quadro-branco, impresso de passagem de plantão).	O serviço divulga através de mídia interna e externa elementos de campanhas de saúde (segurança do paciente	O serviço utiliza sistema de comunicação de rádio e telefone entre categorias de profissionais na realização de chamadas	Os registros multiprofissionais acontecem de forma clara e legível no prontuário, com preferência para as informações impressas via computador.
<u>Pontuação</u>				

Conclusão
Categoria de maior peso:
Protocolos de maior criticidade (não cumprimento):

.....

*Elaborado por Vanessa Maria de Brito Sales
Novembro de 2015*

ANEXO A - Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013

PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013.
Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o [art. 15, inciso XI, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#) (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre a atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de exercer, em seu âmbito administrativo, a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

Considerando o [art. 16, inciso III, alínea "d", da Lei Orgânica da Saúde](#), que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para definir e coordenar o sistema de vigilância sanitária;

Considerando o art. 16, inciso XII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

Considerando o art. 16, inciso XVII, da Lei Orgânica da Saúde, que confere à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a competência para acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

Considerando o [art. 2º, § 1º, inciso I, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999](#), que confere ao Ministério da Saúde a competência para formular, acompanhar e avaliar a política nacional de vigilância sanitária e as diretrizes gerais do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando o [art. 8º, § 6º, da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999](#), que confere ao Ministério da Saúde a competência para determinar a realização de ações previstas nas competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em casos específicos e que impliquem risco à saúde da população;

Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país;

Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente";

Considerando a importância do trabalho integrado entre os gestores do SUS, os Conselhos Profissionais na área da Saúde e as Instituições de Ensino e Pesquisa sobre a Segurança do Paciente com enfoque multidisciplinar;

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e

Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP:

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;

II - envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Art. 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - 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;

III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;

V - 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; e

VI - 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.

Art. 5º Constituem-se estratégias de implementação do PNSP:

- I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;
- II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;
- III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;
- IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade;
- V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;
- VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e
- VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Art. 6º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

Art. 7º Compete ao CIPNSP:

- I - propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como:
 - 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 de cuidado; e

i) uso seguro de equipamentos e materiais;

II - aprovar o Documento de Referência do PNSP;

III - incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente;

IV - propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente;

V - analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria;

VI - recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente;

VII - avaliar periodicamente o desempenho do PNSP; e

VIII elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 8º O CIPNSP instituições é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades:

I - do Ministério da Saúde:

a) um da Secretaria-Executiva (SE/MS);

b) um da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS);

c) um da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS);

d) um da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); e

e) um da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS);

II - um da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

III - um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

IV - um da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

V - um do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

VI - um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

VII - um do Conselho Federal de Medicina (CFM);

VIII - um do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN);

IX - um do Conselho Federal de Odontologia (CFO);

X - um do Conselho Federal de Farmácia (CFF);

XI - um da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS); e

XII - três de Instituições Superiores de Ensino e Pesquisa com notório saber no tema Segurança do Paciente.

§ 1º A coordenação do CIPNSP será realizada pela ANVISA, que fornecerá em conjunto com a SAS/MS e a FIOCRUZ os apoios técnico e administrativo necessários para o seu funcionamento.

§ 2º A participação das entidades de que tratam os incisos V a XII do "caput" será formalizada após resposta a convite a eles encaminhado pela Coordenação do CIPNSP, com indicação dos seus respectivos representantes.

§ 3º Os representantes titulares e os respectivos suplentes serão indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos e entidades à Coordenação do CIPNSP no prazo de 10 (dez) dias a contar da data da publicação desta Portaria.

§ 4º O CIPNSP poderá convocar representantes de órgãos e entidades, públicas e privadas, além de especialistas nos assuntos relacionados às suas atividades, quando entender necessário para o cumprimento dos objetivos previstos nesta Portaria.

§ 5º O CIPNSP poderá instituir grupos de trabalho para a execução de atividades específicas que entender necessárias para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 9º As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público.

Art. 10. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO B - Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013

RESOLUÇÃO - 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;

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:

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

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;

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.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

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