

EDITAL PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR - "PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE" - 2019 e 2020
Comissão Especial do Programa de Desenvolvimento Hospitalar – Qualidade e Segurança do Paciente

Nº	TEMA	SUBITEM	DÚVIDAS	ESCLARECIMENTOS
1	Considerações Gerais sobre os Pré-Projetos	Não se aplica	Identificado como inconsistência nos pré-projetos.	As etapas de avaliação não deverão ser norte para início dos planos de ação para desenvolvimento do item, nas auditorias serão avaliados a completude quando aplicável ou o andamento da implementação e/ou da rotina de monitoramento. Ex.: Item que se refira a indicador e que está para ser avaliado apenas na 4ª etapa: toda a estrutura de coleta e análise tem que ser criada desde já para que haja série histórica deste indicador de pelo menos 1 ano.
2	Núcleo de Segurança do Paciente	Notificação no NOTIVISA	O que tem que ser notificado no NOTIVISA com as investigações de causa e ações corretivas?	1) Todos os eventos adversos identificados pelo hospital têm que ser notificados no NOTIVISA, independente do grau de risco (vide Manual da ANVISA sobre os prazos para notificação de cada tipo de evento). 2) Os eventos leves e moderados terão sua análise feita apenas internamente (serão verificadas as análises destes eventos durante as auditorias concorrentes do Programa). 3) Os eventos graves, óbitos e never events deverão ter sua investigação e tratativa informadas no prazo do término das análises pelo hospital.
3	Núcleo de Segurança do Paciente	Plano de Segurança do Paciente	Alguns hospitais estão conceituando os tipos de eventos de maneiras diversas.	A orientação é utilizar os conceitos já definidos pela ANVISA.
4	Núcleo de Segurança do Paciente	Cirurgia segura	Alguns hospitais alegam que sabem que os procedimentos cirúrgicos e/ou intervencionistas devem contemplar o check list, entretanto a mudança da rotina para todo o hospital, requer tempo para acontecer. Sugiram manter a amostra dos pacientes que realizam incisão cirúrgica e fechamento por primeira intenção, excluindo endoscopias, colonoscopias, ecotransesofágico, punções guiadas, entre outros.	A orientação é que, para atender ao Programa de Desenvolvimento Hospitalar, os hospitais deverão evidenciar a implantação e o funcionamento de forma integral do protocolo de Cirurgia Segura em todos os locais onde são realizados procedimentos cirúrgicos (blocos cirúrgicos internos, blocos de cirurgias ambulatoriais, blocos obstétricos).
5	Programa de Controle de Infecção	Bundles do IHI	Há necessidade de refazer os protocolos atuais de bundles em situações nas quais os indicadores referenciados já estejam sob controle?	Não há necessidade de alterar nenhuma prática já desenvolvida pelo hospital e que demonstre resultados já satisfatórios. Portanto, a orientação da Comissão Especial é manter os bundles já existentes da maneira como estão implantados atualmente, desde que se garanta que eles funcionem realmente como bundles, ou seja, todos os componentes elencados são aplicados simultaneamente (ou "em pacote") para todos os pacientes elegíveis; este ponto será verificado no check-list de conformidade de aplicação do bundle. Há que se garantir, também, que os componentes excluídos estejam implantados e monitorados de outras formas (ex.: em protocolos próprios das unidades de internação).
6	Programa de Controle de Infecção	Taxa de infecção de sítio cirúrgico	Alguns hospitais solicitam a possibilidade de definir amostra baseada no total de cirurgias National Nosocomial Infections Surveillance System (NNISS)/CDC, ou seja, do total de cirurgias realizadas no serviço com nível de confiança de 95% e limite de 10%.	A orientação da Comissão Especial é que pode ser calculada amostra para confecção deste indicador (para busca ativa fonada), obedecendo os seguintes parâmetros: - usar intervalo de confiança de 90% e margem de erro de 3%; - excluir da amostragem as cirurgias por videolaparoscopia (estas devem ser buscadas em 100%); - excluir da amostragem as cirurgias com colocação de prótese (estas devem ser buscadas em 100%); - fazer a seleção de pacientes de forma aleatória e ponderada por especialidade (incluindo as cesareanas); - as perdas não podem ser incluídas na amostra válida (ou seja, sempre que um paciente selecionado se configurar como perda, este deverá ser substituído até que seja atingida a quantidade necessária para a amostra). Explicar no pré-projeto como será a seleção dos pacientes da amostra (toda esta metodologia será avaliada nas auditorias concorrentes). A lista de cirurgias do mês deverá ser apresentada nas auditorias para verificarmos a conformidade das ponderações por especialidade feitas pelo hospital.
7	Programa de Controle de Infecção	Taxa de infecção no período neonatal	O que será considerada como infecção hospitalar no período neonatal?	A orientação é usar como parâmetro as definições do Manual ANVISA nº 3 (Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde - Neonatologia) de 2017 que determina: "será considerada como IRAS neonatal tardia, de provável origem hospitalar, aquela infecção diagnosticada enquanto o neonato estiver internado em unidade de assistência neonatal ou após alta hospitalar de acordo com o início da manifestação clínica, considerando os seguintes períodos de incubação: - gastroenterite e infecções do trato respiratório: até 3 dias; - sepse, conjuntivite, impetigo, onfalite, outras infecções cutâneas, infecção do trato urinário: até 7 dias; - infecção do sítio cirúrgico sem prótese: até 30 dias; - infecção do sítio cirúrgico com prótese: até 90 dias. Poderá ser calculada amostra para busca ativa de recém-nascidos, sendo a população total o nº de nascidos vivos no hospital (incluindo partos normais e cesareanas); usar os mesmos parâmetros de IC e margem de erro determinados para o indicador de ISC).
8	Gestão da Qualidade e Desempenho Assistencial	Tempo de permanência (parâmetro DRG, base SUS) - % de pacientes que excederam o tempo de permanência	Como serão avaliados estes indicadores durante as auditorias?	Para este indicador, a meta será aquela definida pelo DRG para permanência média. Tempo de codificação - no máximo 2 meses de atraso. Analisar série histórica de pelo menos 12 meses. A análise crítica poderá ser global, mas terão que ser demonstradas as ações corretivas separadas pelas unidades /especialidades.
9	Gestão da Qualidade e Desempenho Assistencial	Taxa de readmissão em menos de 30 dias (DRG)	Como serão avaliados estes indicadores durante as auditorias?	Para este indicador, considerar as readmissões que se configurem como complicações da internação anterior no mesmo hospital. Tempo de codificação - no máximo 2 meses de atraso. Analisar série histórica de pelo menos 12 meses. A análise crítica poderá ser global, mas terão que ser demonstradas as ações corretivas separadas pelas unidades /especialidades.
10	Gestão da Qualidade e Desempenho Assistencial	Taxa de mortalidade (DRG)	Como serão avaliados estes indicadores durante as auditorias?	Tempo de codificação - no máximo 2 meses de atraso. Analisar série histórica de pelo menos 12 meses. A análise crítica poderá ser global, mas terão que ser demonstradas as ações corretivas separadas pelas unidades /especialidades.
11	Gestão da Qualidade e Desempenho Assistencial	Óbitos com condições adquiridas (DRG)	Como serão avaliados estes indicadores durante as auditorias?	Tempo de codificação - no máximo 2 meses de atraso. Analisar série histórica de pelo menos 12 meses. A análise crítica poderá ser global, mas terão que ser demonstradas as ações corretivas separadas pelas unidades /especialidades.
12	Gestão da Qualidade e Desempenho Assistencial	Taxa de mortalidade em DRG de baixo risco (investigação em 100% desses óbitos) (DRG)	Como serão avaliados estes indicadores durante as auditorias?	Tempo de codificação - no máximo 2 meses de atraso. Analisar série histórica de pelo menos 12 meses. A análise crítica poderá ser global, mas terão que ser demonstradas as ações corretivas separadas pelas unidades /especialidades.
13	Gestão da Qualidade e Desempenho Assistencial	Análise crítica da Alta Direção	Quais indicadores deverão ser avaliados na Análise crítica da Alta Direção?	Análise Crítica da alta direção para todos os indicadores estratégicos da instituição inclusive os indicadores do DRG.
14	Gestão do Cuidado Continuado		Quando será desenvolvido o pré-projeto desta dimensão?	Não será necessário constar no primeiro pré-projeto. Orientação: aguardar manifestação da secretaria.
15	Anexos		É preciso mudar o indicador que já está em uso no hospital para se adequar às propostas das fichas de indicadores do Edital?	Ficha de indicadores: não há obrigatoriedade de seguir, são apenas sugestões, desde que consigam comprovar que o indicador que usam atualmente traz respostas eficientes para análise crítica e propostas de intervenção.