

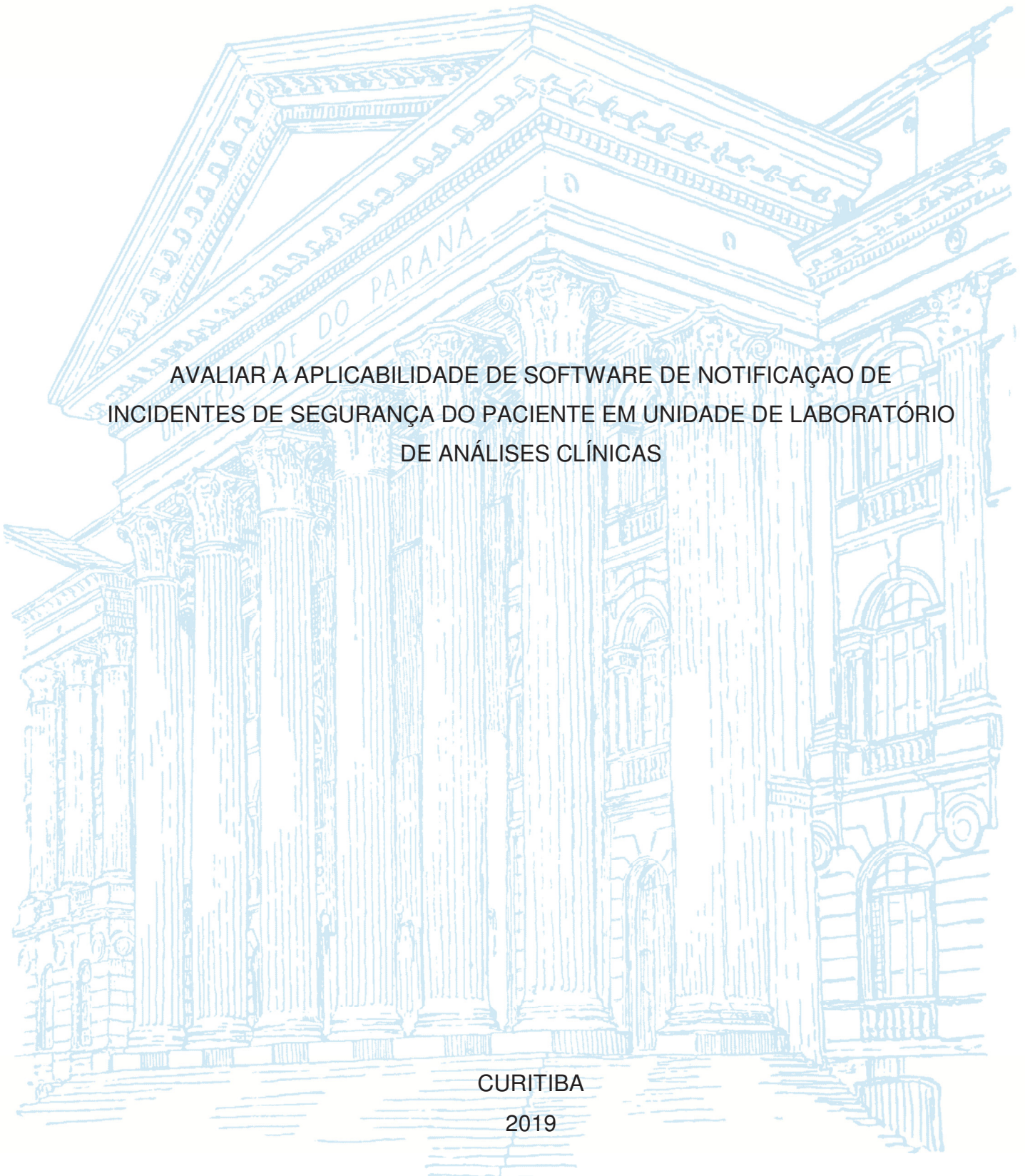
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LILI VOLOCHEN LOPUCH

AVALIAR A APLICABILIDADE DE SOFTWARE DE NOTIFICAÇÃO DE
INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE LABORATÓRIO
DE ANÁLISES CLÍNICAS

CURITIBA

2019



LILI VOLOCHEN LOPUCH

AVALIAR A APLICABILIDADE DE SOFTWARE DE NOTIFICAÇÃO DE
INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE LABORATÓRIO
DE ANÁLISES CLÍNICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, Departamento de Administração Geral e Aplicada Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dra^ª Ana Paula Hermann
Tutora: Jaqueline Balthazar Silva

CURITIBA

2019

Aos meus filhos Yuri, Vithor e Raphael. Que a semente que planto hoje, possa render bons frutos para vocês. Ao Marcelo meu esposo, obrigada por me entender e me acompanhar a cada passo. À minha mãe, exemplo de persistência. Ao meu pai, o senhor sempre estará comigo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, base de tudo em minha vida.

Ao meu marido Marcelo, pelo apoio indiscutível e por fazer nossos filhos dormirem, nas noites em que eu precisava estudar.

Ao meu primogênito Yuri de sete anos, que ao me ver cansada no computador, me disse “ mãe, calma, você vai conseguir”, suas palavras renderam a energia que eu precisava para finalizar este trabalho.

À minha família que sempre está ao meu lado.

Agradeço imensamente à Prof.^a Dra. Ana Paula Hermann, pela orientação, dedicação e contribuições dadas a este projeto.

À Tutora Prof.^a Jaqueline Balthazar Silva, que prontamente respondeu as minhas dúvidas e muito contribuiu para este momento.

Ao Complexo Hospital de Clínicas, minha segunda casa e em especial, à ULAC.

À Marisol Domingues Muro, chefe da Unidade Laboratório de Análises Clínicas, pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos Adriana, Regielly, Rosângela e Sohaila, que não me deixaram desistir no início da jornada.

À Rosângela Lameira Pinheiro, por clarear minhas ideias e indicar o melhor caminho.

Um agradecimento especial à Regielly Caroline Raimundo Cognialli e ao Alisson de Mattos, vocês são incríveis.

À Marcia Fabricio de Mello, Silmara da Silva Popia e Suzete Adam de Oliveira dos Santos do GIQ da ULAC, pela valiosa colaboração ao meu trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	APRESENTAÇÃO	9
1.2	OBJETIVOS	9
1.2.1	Geral.....	9
1.2.2	Específicos	9
1.3	JUSTIFICATIVA.....	10
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1	COMPREENDENDO ALGUNS CONCEITOS	12
2.2	GERENCIAMENTO DE RISCOS	13
2.3	O LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E A INCIDÊNCIA DE EVENTOS	14
2.4	UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE COMO INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE.....	15
3	DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	17
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	17
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	18
3.2.1	Uso adequado do Vigihosp na ULAC	21
3.2.2	Possíveis causas para falta de notificação e análise dos resultados	23
4	PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	24
4.1	PROPOSTA.....	24
4.1.1	Plano de Implantação	25
4.1.2	Recursos	27
4.1.2.1	Recursos Financeiros	27
4.1.2.2	Recursos Humanos	27
4.1.3	Resultados esperados	27
5	CONCLUSÃO	28

REFERÊNCIAS.....	30
-------------------------	-----------

RESUMO

O tema envolvendo a segurança do paciente tem sido muito discutido atualmente. Uma das ferramentas mais importantes para a investigação das causas de incidentes e eventos adversos em saúde é a notificação. Este estudo objetivou avaliar a aplicabilidade do *software* de notificação de incidentes em saúde em uma unidade de Laboratório de Análises Clínicas de um Hospital Público Federal de média/alta complexidade situado na região sul do Brasil. Foram levantados os dados referentes à notificação de incidentes desde a implantação do sistema *on line* em 2016, através dos arquivos do setor de Qualidade da Unidade estudada. Percebeu-se o aumento das notificações em relação à época em que eram manuscritas, porém no último ano houve diminuição das notificações pela unidade em estudo, necessitando ações para reverter este quadro. A análise das notificações geradas por cada setor que compõe a referida unidade durante o ano de 2018 demonstrou que nem todos os setores utilizam o aplicativo. Foi possível verificar a percentagem de produção de exames de cada setor *versus* a notificação gerada e constatar que o setor mais produtivo da unidade, conseqüentemente o mais passível de ocorrer erros/incidentes, é o que menos gera notificação, sendo necessária a intensificação das ações neste setor. A proposta de intervenção sugere ações educativas como elaboração de um cartaz sobre o aplicativo institucional ilustrado neste trabalho para ser distribuído aos setores da unidade. Além disso, divulgação dos dados referentes às notificações geradas pelos setores da unidade bimestralmente, através de documentos impressos na própria unidade discriminando cada setor e o número de notificações efetuadas no período, fixando os resultados em todos os setores para que cada equipe possa discutir e identificar os problemas internos para a falta de notificação e assim melhorar seus processos. Foi possível dimensionar o uso do aplicativo institucional na Unidade de Análises Clínicas do Complexo Hospitalar como forma de contribuir para a melhoria na qualidade dos serviços prestados. Somente através da notificação é possível investigar as causas, aprimorar os processos, evitar novos incidentes e reduzir as recorrências.

Palavras-chave: Notificação de incidentes. Evento adverso. Segurança do paciente. Aplicativo institucional.

ABSTRACT

Patient safety's subject has been much discussed today. One of the most important tools for investigating the causes of adverse health events and incidents is the notification. This study aimed to evaluate the applicability of health incident notification software in a Clinical Analysis Laboratory Unit of a medium/high complexity Federal Public Hospital located in the south region of Brazil. The data referring to the notification of incidents since the implementation of the online system in 2016, the data were collected through the files of the Quality sector of the unit studied. It was noticed the increase of the notifications in relation to the time in which they were handwritten, but in the last year decreased the number of notifications by the unit in study, needing actions to reverse this picture. The analysis of the notifications generated by each sector that makes up unit during the year 2018 showed that not all the sectors use the app. It was possible to verify the percentage of production of exams per sector versus the notification generated and was verified that the most productive sector of the unit, consequently the most likely to occur errors/incidents, is the one that least generates notification, being necessary the intensification of the actions in this sector. The intervention proposal suggests educational actions such as the preparation of a poster on the institutional app illustrated in this paper to be distributed to the sectors of the unit. Furthermore the disclosure of data related to notifications generated by the sectors of the unit bimonthly, through documents printed in the unit discriminating each sector and the number of notifications made in the period, fixing the results in all sectors so each team can discuss and identify internal problems for the lack of notification and thus improve their processes. It was possible to size the use of the institutional app in a Clinical Analysis Laboratory Unit of Hospital Complex as a way to contribute to improvement in the quality of services provided. Only through notification is possible investigate the causes, improve processes, avoid new incidents, and reduce recurrences.

Keywords: Notification of incidents. Adverse event. Patient safety. Institutional app.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos utilizado no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) é uma ferramenta voltada para a qualidade e segurança do paciente, que se traduz em um software de identificação, avaliação, análise e tratamento, comunicação e monitorização de riscos, incidentes em saúde, queixas técnicas, doenças e agravos e notificação compulsória. Tem o objetivo de agilizar ao Serviço de Qualidade Hospitalar, a ciência e a solução de problemas ocorridos nos hospital, facilitando o processo decisório em ações para melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. O aplicativo foi desenvolvido em julho de 2014, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), estatal vinculada ao Ministério da Educação, a qual assumiu a gestão do CHC-UFPR em outubro do mesmo ano. Porém a instituição somente passou fazer uso do software quase dois anos depois, em junho de 2016.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Avaliar a aplicabilidade de *software* de notificação de incidentes de segurança na Unidade de Laboratório Análises Clínicas (ULAC) do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR).

1.2.2 Específicos

1. Diagnosticar o uso do *software* de notificação de incidentes de segurança em todos os serviços que compõe a ULAC.
2. Identificar as possíveis causas para falta de notificação.

3. Analisar os resultados obtidos, buscando soluções para as dificuldades encontradas.
4. Propor ações que viabilizem a utilização do aplicativo em questão.
5. Expor em reunião do Colegiado da ULAC, os resultados obtidos e as ações implementadas.
6. Divulgar as ações realizadas para o restante do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR.

1.3 JUSTIFICATIVA

As notificações geram informações importantes para corrigir fragilidades ou falhas, contribuindo para a melhoria dos processos, incluindo o atendimento ao paciente, queixas técnicas entre outros. Analisando os arquivos disponibilizados pelo Grupo Interno de Qualidade (GIQ) da ULAC, sobre a quantidade de notificações (recebidas e realizadas) no período compreendido entre 2016 e 2018, percebeu-se a necessidade de conscientizar todos os colaboradores desta Unidade, sobre a importância de realizar de forma correta a notificação utilizando o *software* implantado na instituição. Notou-se também que a quantidade de notificações realizadas pela referida Unidade aumentou em 2018, porém a qualidade destas notificações não seguiu da mesma forma, havendo necessidade de maiores esclarecimentos quanto à forma de notificar. É imprescindível que as notificações sejam efetuadas de forma clara, contendo todos os dados envolvendo o incidente, para que seja realizada a devida avaliação e tomada de providências pelo serviço de Qualidade Hospitalar.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Preocupações relacionadas à segurança do paciente surgiram na década de 1990 com a importante publicação americana, o relatório *err is human: Building a Safer Health System* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), pelo *Institut of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, no qual os autores referem a morte de 44.000 a 98.000 pessoas, resultantes de incidentes que eram, em sua maioria, evitáveis (TOFFOLETTO; RUIZ, 2013). Desde então, inúmeras medidas foram tomadas envolvendo a segurança do paciente em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) mobilizou-se diante das questões de segurança do paciente e da qualidade do cuidado em saúde a partir de 2002, na Assembleia Mundial da Saúde e em 2004, foi criada a primeira edição da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, que se voltou para a criação e o desenvolvimento de políticas e práticas visando à segurança do paciente para todos os países membros (WEGNER et al, 2016).

No Brasil, várias ações têm sido desenvolvidas visando a segurança do paciente e seguindo a tendência mundial, foram publicadas diversas pesquisas relativas ao tema. Em estudo realizado por Mendes *et al* (2009) em três hospitais do Rio de Janeiro, foi verificado que a incidência de pacientes vítimas de eventos adversos (EA) foi de 7,6%, e destes, 67,7% foram considerados evitáveis. Uma taxa avaliada como alta para os autores, quando comparado com outros estudos internacionais semelhantes.

Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância (ANVISA, 2019) com a missão de “proteger e promover a saúde da população mediante a intervenção nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, em ação coordenada e integrada no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Uma de suas iniciativas foi a criação, em 2001 da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela, constituída por uma rede de hospitais com o objetivo de ampliar e sistematizar a vigilância sobre produtos de saúde e assim promover melhores serviços e condições de trabalho. Funciona como um observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Também estabeleceu em 2011 que as instituições deveriam criar uma gerência de risco e propor uma política

de gestão de risco que contemplasse estratégias para a comunicação de riscos, sua identificação, avaliação e o monitoramento (MILAGRES, 2015).

A notificação e o registro dos eventos adversos são instrumentos de melhoria da qualidade para a assistência ao paciente e contribuem para a análise crítica e a tomada de decisão, o que pretende eliminar, evitar e reduzir essas circunstâncias do dia a dia do cuidado na área da saúde (WEGNER et al, 2016).

Estudo realizado em hospital do Rio de Janeiro objetivou sensibilizar os profissionais através de cartazes e folhetos com informações sobre os conceitos que estão associados à Rede Sentinela obtendo como resultado o aumento de notificações. Foi comparada a taxa de notificação a cada 1.000 pacientes/dia antes e após a intervenção. Com exceção da Hemovigilância, houve aumento no número de notificações referentes à Tecnovigilância, Farmacovigilância e Processo de Risco. Verificou-se que o aprimoramento profissional, através de práticas educativas, pode modificar sua cultura e, assim, contribuir para a qualidade do cuidado prestado, através da prevenção e notificação dos incidentes e Eventos Adversos quando identificados (Silva et al 2011).

2.1 COMPREENDENDO ALGUNS CONCEITOS

O Ministério da Saúde (MS) através da Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC N° 36 de 25 de julho de 2013, a qual objetiva instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde define:

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

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

Os Incidentes ainda são classificados em circunstância notificável, onde houve potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu; *near miss*, quando o incidente não atingiu o paciente; sem dano, onde o incidente atingiu o paciente, mas não causou dano e incidente com dano ou evento adverso, o qual resulta em dano ao paciente (BRASIL, 2014).

Deve se dar a devida atenção ao *near miss* ou quase erro, pois como se manifesta de forma latente, se não tratado corretamente, pode evoluir para um evento adverso ocasionando danos ao paciente e prejudicando a qualidade e segurança do cuidado (Milagres, 2015).

2.2 GERENCIAMENTO DE RISCOS

Entre as ações estabelecidas na RDC nº 36 de 2013, o Gerenciamento de Riscos (GR) compreende uma forma de abordagem aos riscos a que o paciente está submetido nos serviços de saúde e está sob a responsabilidade do NSP (Núcleo de Segurança do paciente). Compete também ao NSP a “identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de riscos”, ou o conjunto de atividades do gerenciamento de riscos (ANVISA, 2017).

Tendo sempre como objetivo, a prevenção dos eventos, o GR envolve várias etapas, desde a identificação do risco, quando é avaliada a probabilidade, a gravidade e as medidas que a instituição possui para evitar ou não a sua ocorrência até a análise dos eventos adversos, quando os riscos se efetivam e causam danos ao paciente (ROCHA, 2013).

Através do trabalho desenvolvido pelo GR, é possível minimizar a ocorrência dos eventos adversos, atuando sobre as notificações, investigando e melhorando os processos (Leal et al, 2017). Segundo estudo realizado em um hospital privado do sul do Brasil, os autores evidenciaram como melhores práticas, as ações de educação, a análise crítica da realidade e as múltiplas dimensões da gestão que compreendem a supervisão, o controle, a avaliação e a investigação dos processos

que envolvem o registro dos eventos adversos (COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L., 2013).

Os principais fatores que contribuem para a subnotificação são a falta de conhecimento sobre a importância de notificar e como fazê-lo, tempo consumido para preencher os dados referentes ao evento, retorno sobre as notificações realizadas, receio de punições, entre outros (PRIMO; CAPUCHO, 2011). Ainda segundo Primo e Capucho (2011), “há muitos tipos de intervenções que podem ser usadas para promover a mudança de comportamento dos profissionais da saúde como revistas científicas, livros, seminários, jornadas, campanhas, etc.” As intervenções educativas são importantes instrumentos de estímulos para o aumento das notificações trazendo informações úteis sobre a identificação, avaliação e minimização de riscos que possam afetar a segurança do paciente (PRIMO; CAPUCHO, 2011). O foco na qualidade da assistência prestada e a devida importância à notificação, evita recorrências e amplia a confiança dos profissionais envolvidos.

2.3 O LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E A INCIDÊNCIA DE EVENTOS

O laboratório clínico desempenha importante papel no suporte às decisões clínicas. Os exames são realizados em ambientes complexos, onde a tecnologia e o conhecimento humano caminham juntos para fornecer resultados que orientem decisões diagnósticas e terapêuticas. Informações erradas, ocasionadas por falhas no processo laboratorial e transmitidas aos médicos, podem afetar diretamente os resultados da assistência e a segurança do paciente (SHCOLNIK, 2012). De acordo com Ferraz (2016), os erros laboratoriais podem ocorrer em qualquer fase do processo (pré-analítica, analítica e pós-analítica), acontecendo com maior frequência na fase pré-analítica, quando pode ocorrer a identificação incorreta da amostra ou sua contaminação, cadastro errado do paciente, amostra colhida em tubo trocado e até troca de pacientes durante a coleta (Informação verbal)¹.

O controle de qualidade interno e externo contribui para a eficácia dos resultados. O controle interno da qualidade permite avaliar a precisão das análises e detectar erros analíticos antes de liberar os resultados, graças à utilização e análise de amostras-controle (soros/sangues/urinas-controle). A dupla checagem no momento da coleta, por exemplo, pelo técnico responsável e pelo próprio paciente

minimiza possíveis erros nas identificações de amostras bem como troca de amostras/pacientes. Segundo Shcolnik (2009), quando se percebe a ocorrência de algum erro desta natureza é imprescindível “notificá-los e analisá-los, buscando identificar causas e consequências e modificar os sistemas de trabalho, reeducando os profissionais envolvidos” (Informação verbal)².

O controle externo da qualidade denominado ensaios de proficiência, são realizados por meio da análise de materiais de controle desconhecidos e dão suporte para os laboratórios clínicos avaliarem a exatidão dos resultados obtidos pela comparabilidade laboratorial, garantindo a confiabilidade analítica (SHCOLNIK, 2012).

2.4 UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE COMO INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE

Em épocas onde a tecnologia está avançando é imprescindível sua utilização no gerenciamento dos riscos que envolvem o cuidado do paciente. Através do registro de notificação de incidente em saúde utilizando um *software*, por exemplo, a informação chega muito mais rápido ao setor responsável pela investigação e tratamento do evento, minimizando os riscos e agilizando a tomada de decisão.

Estudo realizado em um hospital de ensino, de alta complexidade, localizado no interior do estado de São Paulo, demonstrou que a notificação informatizada sobre incidentes em saúde favorece relatos espontâneos com maior qualidade e amplia a segurança dos pacientes. Foram analisadas 1089 notificações das quais 61,2% foram notificações informatizadas e 38,6% manuscritas. O estudo também relata que as notificações informatizadas tinham mais qualidade e que as manuscritas eram em boa parte ilegíveis (CAPUCHO; ARNAS; CASSIANI, 2013).

¹FERRAZ, E. IBSP - Laboratórios: investir em gestão e na equipe reduz o número de erros. São Paulo, 2016. Entrevista.

²SHCOLNIK, W. Boletim Qualifique Control Lab. Rio de Janeiro, 2009. Entrevista.

Em outra pesquisa, o autor utilizou os relatórios do sistema *online* de notificação para obter os dados quantitativos para a pesquisa e concluiu ser importante a prática da educação contínua envolvendo a comunicação de eventos para o alcance de melhorias na qualidade da prática assistencial e segurança do paciente (MOREIRA, 2018).

O trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo objetivou o desenvolvimento e implantação de uma ferramenta de notificação eletrônica de não conformidade de tecnologias em saúde pós-comercialização, nomeada NOTIFICA HC. As notificações das não conformidades das tecnologias em saúde eram realizadas de forma descentralizada e, em grande parte, através de formulários impressos, dificultando a consolidação, análise, tratamento e a disseminação das informações. Com o desenvolvimento na própria organização, foi criado um sistema de notificação eletrônica que criou um banco de dados institucional permitindo estabelecer protocolos de tratamento das não conformidades levantadas. Houve maior adesão dos colaboradores e aumento do número das notificações nos institutos implantados, totalizando 1.303 notificações realizadas através do sistema eletrônico, no período de abril/2012 a abril/2013 (SILVA; BARBOSA, 2014).

Vislumbrando a necessidade de operar processos de notificações de eventos e/ou incidentes em saúde eletronicamente, Hoffmann (2016) estudou o desenvolvimento de um *software*-protótipo para gerir tais processos. Evidenciou em seu trabalho que uma ferramenta informatizada pode ser, de maneira simples e prática, o primeiro passo para estimular os profissionais de saúde a notificarem incidentes e/ou eventos adversos no hospital e ainda, que o número de notificações poderá aumentar, melhorando a qualidade dos dados, a velocidade da comunicação além de evitar duplicação de informações, fortalecendo a segurança do paciente (HOFFMANN, 2016).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O presente estudo foi realizado em uma unidade do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, localizado na cidade de Curitiba – PR

Considerado de grande porte, possui 347 leitos ativos (período entre jan. – ago./2018). Presta assistência em nível terciário de atenção à saúde, ou seja, casos de média e alta complexidade. Possui 3.757 funcionários, entre as áreas médica, administrativa, assistencial e terceirizados (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS (CHC), 2018).

O Complexo Hospital de Clínicas aderiu à Rede Sentinela, logo após a sua criação em 2001, criando uma equipe de Gerenciamento de Riscos e em 2003, instituiu a Comissão de Acreditação Hospitalar, objetivando implantar um Programa de Qualidade na organização. Em 2010, foi aprovada a criação da Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ). A partir daí, inúmeras ações foram promovidas para implantar com sucesso, o Programa de Segurança do Paciente no Complexo Hospital de Clínicas/URPR. Após o contrato de gestão realizado entre a EBSEH e o CHC, em 2016 a AGQ agregou as atividades do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e do Serviço de Epidemiologia (SE), tornando-se um setor amplo e direcionado às questões de qualidade e segurança da assistência denominado SEVISP (Setor de Vigilância e Segurança do Paciente). Passaram a fazer parte deste setor a Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) que coordena as atividades de controle de infecção hospitalar e epidemiologia e a Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA) que coordena as ações voltadas à segurança do paciente.

O SEVISP ainda conta com as atividades de Gestão de Processos direcionadas a toda a comunidade hospitalar. Ressalta-se ainda a coordenação dos trabalhos realizados pelo Hospital Sentinela, o Comitê da Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente (COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2019).

A Unidade sugerida para aplicação da proposta é a Unidade Laboratório de Análises Clínicas (ULAC). A estrutura física da ULAC conta com laboratórios de diversas especialidades e com equipamentos de última geração, além de recursos humanos especializados nas áreas de hematologia, bacteriologia, virologia,

micologia, imunoquímica, parasitologia, imunogenética e citogenética. (PRPPG/UFPR, 2019). De acordo com a chefia da ULAC, a unidade conta com 201 funcionários e atende em média 817 pacientes diariamente, sendo 439 na coleta ambulatorial e 378 pacientes internados, realizando aproximadamente 150.000 exames mensais.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Os primeiros registros de notificação de incidentes na ULAC datam de outubro de 2009, sendo utilizado o modelo ilustrado na FIGURA 1. Em agosto e setembro de 2010 nova ferramenta para notificação de eventos adversos/sentinela/queixa técnica passou a ser utilizada, bem como foi criada a metodologia para análise de eventos adversos graves, ou com alto potencial para causarem danos (ROCHA, 2011). Após cursos e capacitações, a comunidade hospitalar passou a fazer uso desta ferramenta, realizando as notificações necessárias. A ULAC registrou a primeira notificação utilizando o modelo proposto ilustrado na FIGURA 2, em fevereiro de 2011. Foram 59 notificações naquele ano, (recebidas e realizadas). Verificou-se um crescente aumento das notificações dentro da ULAC entre os anos de 2012 e 2015, permanecendo numa média de 37 notificações/ano. A FIGURA 3 ilustra o modelo adotado pela Instituição em 2016, o *software* de notificação de incidentes.

FIGURA 3 – MODELO ATUAL DE NOTIFICAÇÃO

Notificação de incidente/ queixa técnica

Notificação relacionada a:

- Artigo médico-hospitalar
- Cirurgia
- Desabastecimento de tecnologias em saúde
- Doenças e agravos de notificação compulsória
- Equipamento médico-hospitalar
- Erro diagnóstico
- Extubação acidental
- Flebite
- Identificação do paciente
- Infecções relacionadas à assistência à saúde
- Kits e reagentes para diagnóstico
- Lesões de pele
- Medicamento
- Perda de cateter
- Queda
- Registro de Câncer
- Saneantes, Cosméticos e produtos de higiene pessoal
- Sangue ou hemocomponentes
- Terapia nutricional
- Transplante, enxerto, terapia celular ou reprodução humana assistida
- Tromboembolismo venoso
- Outros

CRIAR NOTIFICAÇÃO ACOMPANHAR NOTIFICAÇÃO

FONTE: <http://sig.ebserh.gov.br/?hosp=CHC-UFPR> (2019).

Evidenciou-se através dos registros do GIQ da ULAC, que a partir da implantação do aplicativo as notificações tiveram um aumento significativo, passando de 74 notificações (recebidas e efetuadas) em 2016 para 127 (2017) e 128 (2018), somando recebidas e efetuadas. Na TABELA 1 a seguir, pode-se observar melhor estes números.

TABELA 1 – NOTIFICAÇÕES RECEBIDAS E REALIZADAS PELA ULAC DE 2016 A 2018

ANO	REALIZADAS	RECEBIDAS	TOTAL
2016	19	55	74
2017	72	55	127
2018	49	79	128

FONTE: Arquivos GIQ – ULAC (2016; 2017; 2018).

Em 2018, nota-se que o número de notificações realizadas diminuiu, porém o número de notificações recebidas aumentou em relação ao ano anterior. A que se deve este comportamento? Como faço parte do GIQ da ULAC uma das reclamações que ouço durante as reuniões e mesmo de colegas é que o caminho para acessar o aplicativo institucional, inserido no *site* do Complexo Hospital de Clínicas, não é prático e gera dificuldade para muitos funcionários e servidores, que muitas vezes,

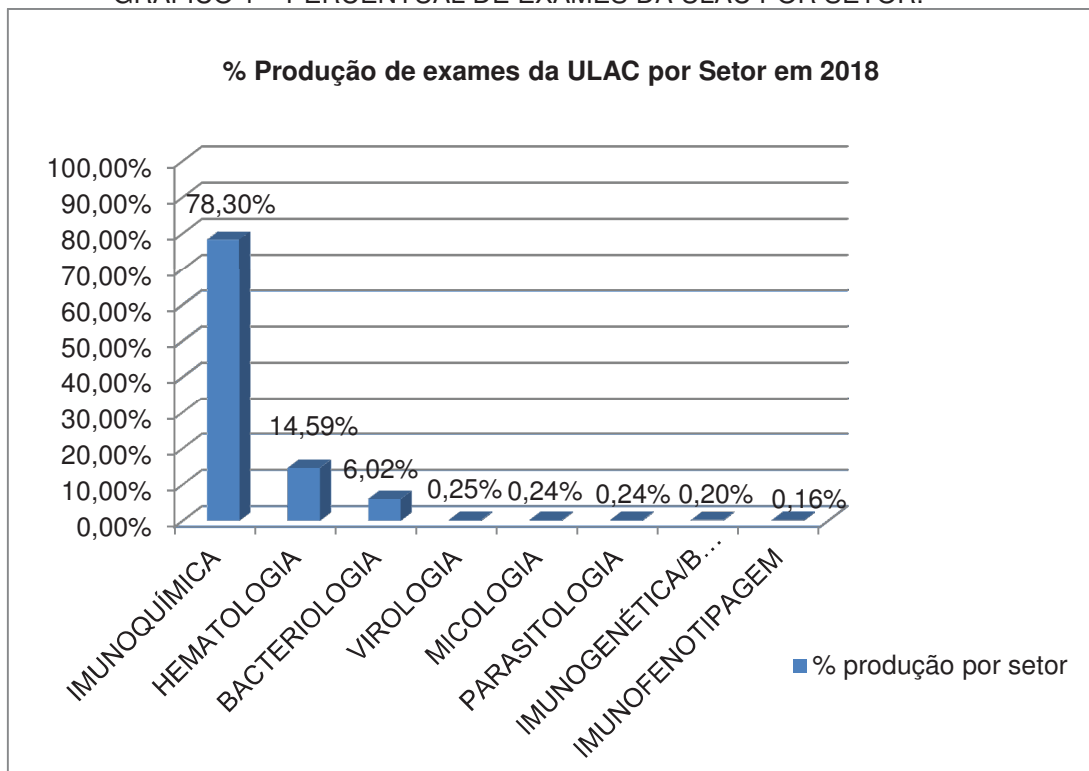
preferem resolver a situação e não “perder tempo” para conseguir gerar a notificação. Em alguns serviços da ULAC, os colaboradores desconhecem o funcionamento do sistema de notificação, sabem que ele existe, porém não são responsáveis em fazê-lo, ficando este papel a cargo da secretaria ou chefia da seção. Desta forma, nem todas as ocorrências chegam até estes responsáveis ficando subnotificadas, pois, dependendo do incidente surge a dúvida: precisa notificar? Pode-se apontar também como causa, a demora em obter resposta em relação ao que foi notificado, desestimulando novas notificações. O número de notificações realizadas é considerado baixo levando-se em conta o volume de exames realizado mensalmente e a quantidade de pacientes atendidos. Provavelmente há muitos casos subnotificados e as consequências recaem sobre a qualidade, a qual fica prejudicada, pois os erros existem e só podem ser corrigidos a partir do conhecimento dos mesmos. O primeiro passo para a prevenção do erro na saúde como em qualquer outra área, é admitir que ele é possível e está presente no cuidado. A partir disso, os profissionais precisam compreender os tipos de incidentes de segurança, seus efeitos, consequências e fatores relevantes (Wegner et al, 2016).

3.2.1 Uso adequado do Vigihosp na ULAC

Após análise dos dados referentes às notificações da ULAC, foi possível verificar que nem todos os serviços que compõe a referida Unidade utilizam o aplicativo VIGIHOSP. Dos 15 serviços que compõe a ULAC, metade realizou algum tipo de notificação no último ano. A Coleta de Amostras foi o setor que mais realizou notificações (22), seguido da Virologia (09), Micologia (06), Bacteriologia (04), Hematologia (03), Qualidade (02), Parasitologia, Imunofenotipagem e BMDOH (Biologia Molecular das Doenças Onco-Hematológicas) (01).

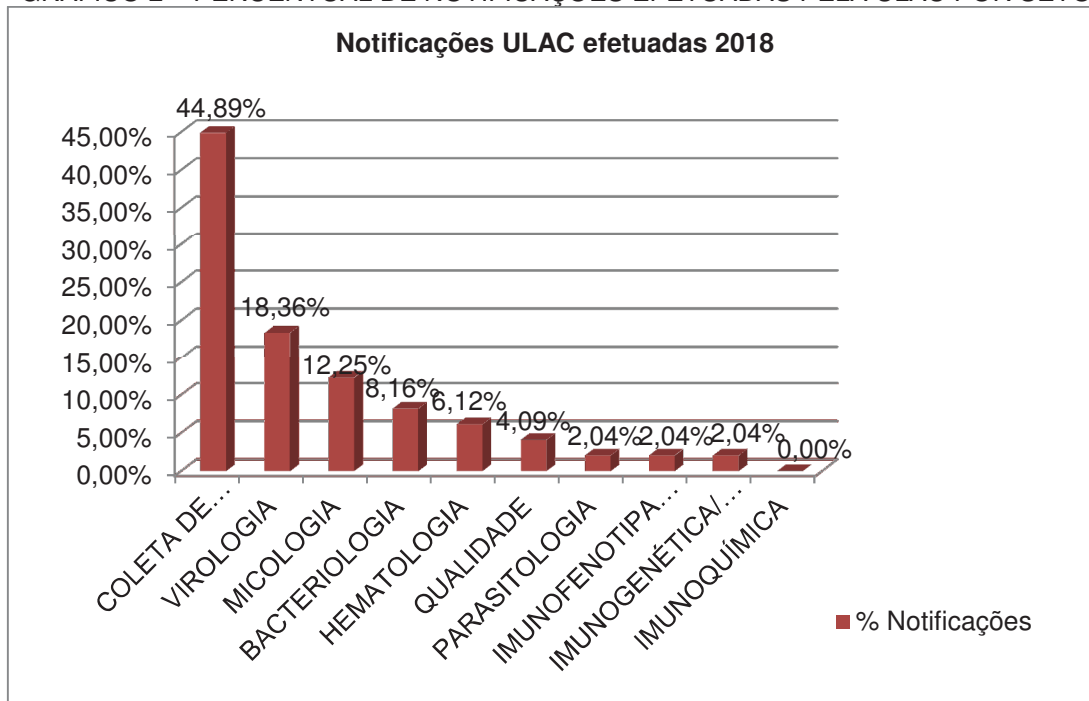
No GRÁFICO 1 pode-se visualizar a produção dos serviços que compõe a ULAC no ano de 2018. Foram suprimidos deste gráfico os setores que não estão diretamente ligados com o processo dos exames, como o setor de Coleta de Amostras, embora todos os demais setores dependam dele para a própria produção, pois o serviço realiza todas as coletas do hospital (internados, ambulatorial, Unidade Referenciada e convênios), totalizando no último ano aproximadamente 241.500 coletas.

GRÁFICO 1 – PERCENTUAL DE EXAMES DA ULAC POR SETOR.



FONTE: O autor (2019).

GRÁFICO 2 – PERCENTUAL DE NOTIFICAÇÕES EFETUADAS PELA ULAC POR SETOR



FONTE: O autor (2019).

No GRÁFICO 2 pode-se visualizar a porcentagem de notificações realizadas pelos serviços da ULAC em 2018. Comparando os dois gráficos é possível perceber que alguns setores tem nível baixo de notificações geradas em relação à quantidade de exames processados. É possível que haja subnotificações nestes serviços, necessitando uma maior intensificação das ações.

3.2.2 Possíveis causas para falta de notificação e análise dos resultados

- O caminho para acessar o aplicativo institucional, inserido no *site* do Complexo Hospital de Clínicas, não é prático e gera dificuldade;
- Responsabilidade de notificar sob uma pessoa;
- Desconhecimento sobre o que se deve notificar de fato;
- *Feedback* das notificações realizadas.

É preciso encontrar soluções para estas dificuldades, que, parecem pequenas e de fácil solução, porém, elas precisam atingir a maioria dos colaboradores, principalmente os plantonistas, que não estão diariamente no laboratório.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 PROPOSTA

O aplicativo institucional é acessado através do *site* do CHC. Porém, sempre que se fazem mudanças na página, o POP (Procedimento Operacional Padrão) que possui todos os passos para utilizar o sistema, precisa ser alterado. Além disso, alguns têm dificuldade para acessar o *link* através do *site* do CHC. Desta forma, a proposta principal, que atingiria não só a ULAC, mas todo o hospital de maneira geral seria propor ao SEVISP, órgão responsável pela segurança do paciente no CHC, a divulgação de outras formas para acessar o aplicativo além da maneira atual (via *site* do CHC/UFPR) como o *link* direto de acesso ao VIGIHOSP, isso facilitaria na hora de abrir uma notificação e pouparia tempo, pois com o endereço eletrônico nas mãos o acesso se dá de forma mais rápida.

- Propor ao SEVISP, a elaboração de um *folder* esclarecendo sobre o que é o Vigihosp e como registrar as notificações por meio do aplicativo, bem como divulgar o *link* direto para acessar o sistema, fornecendo uma maneira mais rápida e prática de fazê-lo.
- Realizar uma conscientização interna, através da divulgação dos dados coletados nas dependências da ULAC.
- Considerando que o serviço de Coleta de Amostras possui o maior número de notificações recebidas, inclusive notificações de outros serviços da própria Unidade, seria preciso intensificar neste setor a importância das notificações, através de informativos impressos na própria unidade e aprovados previamente pelo SEVISP, para que todos possam ter consciência desta importância e responder de forma adequada às investigações das causas para minimizar as recorrências.
- Expor em reunião do GIQ e do Colegiado da ULAC, os resultados obtidos com este estudo e as ações propostas.
- Divulgar as ações realizadas para o restante do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR através da mídia digital.

4.1.1 Plano de Implantação

O CHC possui um sistema de comunicação eletrônica muito eficiente que poderia ser utilizado para a ampla divulgação dos *folders* conforme sugere a proposta. Desta forma, a ULAC assim como outras unidades poderiam imprimir o material e divulgar em seus setores.

A campanha de conscientização interna da ULAC deverá ser feita através do GIQ, do qual também participo. Serão impressos os dados levantados neste trabalho e afixados em local visível a todos os colaboradores em cada serviço, para que todos tenham acesso às informações. Conforme citado, a Coleta de Amostras é o setor que possui maior número de notificações recebidas, portanto, neste serviço o ideal seria fixar os impressos em mais de um local, principalmente visível aos plantonistas. O QUADRO 1 seria um alerta para utilização do *software* que terá que ser aprovado pelo SEVISP antes de providenciar o impresso, distribuição e fixação do material nos setores da ULAC.

QUADRO 1 – MODELO PARA INFORMATIVO A SER FIXADO NAS DEPENDÊNCIAS DA ULAC

<p style="text-align: center;">Você sabe o que é VIGIHOSP?</p> <p>Vigihosp é um aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Risco voltado para a qualidade e segurança do paciente. Sempre que alguma irregularidade comprometer a segurança do paciente, este deve ser notificado, para preservar o paciente, melhorar os processos de trabalho e evitar que o mesmo erro aconteça novamente.</p>
<p style="text-align: center;">Para notificar qualquer evento basta acessar o <i>link</i> e seguir os passos:</p> <p style="text-align: center;">http://sig.ebserh.gov.br/vigihosp/?hosp=CHC-UFPR</p> <p style="text-align: center;">❖ Qualquer pessoa pode notificar.</p>

FONTE: O autor (2019)

A Tabela 2 demonstra as notificações realizadas no último ano na ULAC.

TABELA 2: NOTIFICAÇÕES ULAC 2018

Quantidade de notificações geradas pelos serviços da ULAC em 2018

Bacteriologia	04
BMDOH (Biologia Molecular das Doenças Onco-Hematológicas)	01
Chefia	00
Citogenética	00
Central de Esterilização	00
Central de Preparo de Meios e Soluções	00
Coleta de Amostras	22
Hematologia	03
Imunofenotipagem	01
Imunogenética	00
Imunoquímica	00
Micologia	06
Parasitologia	01
Qualidade	02
Virologia	09

FONTE: Arquivo GIQ – ULAC (2018).

Em um primeiro momento o demonstrativo das notificações geradas pela ULAC no último ano será impresso, distribuído e fixado nos setores da ULAC como forma de chamar a atenção para baixa quantidade de notificações em um único ano. Após, será realizado um levantamento das notificações efetuadas por cada serviço da ULAC bimestralmente e fixado nos setores, afim de que cada equipe possa discutir quais os problemas internos para a falta de notificação e assim melhorar seus processos.

4.1.2 Recursos

4.1.2.1 Recursos Financeiros

Como a ideia principal é utilizar a mídia digital para a divulgação do *folder* (se aprovado a elaboração pelo SEVISP) este atingirá não só a ULAC, mas hospital como um todo. As unidades interessadas em realizar a divulgação de forma impressa, poderão fazê-la desde que utilizem seus próprios recursos.

Em relação às impressões dos documentos citados no QUADRO 1 e TABELA 2, estes deverão ser submetidos e aprovados pelo SEVISP e GIQ, respectivamente. Após, os mesmos serão impressos na própria secretaria da ULAC com os recursos da unidade conforme aprovado pela chefia.

4.1.2.2 Recursos Humanos

Para a concretização deste projeto a ULAC irá contar com o GIQ e, sendo membro deste grupo, serei responsável em divulgar as ações nas reuniões do GIQ e do Colegiado da ULAC, bem como fazer o levantamento das notificações bimestralmente e providenciar os impressos e sua distribuição entre os serviços da Unidade.

4.1.3 Resultados esperados

A ideia é avaliar os dados referentes a notificação a cada dois meses. Espera-se que, após a intervenção com a campanha e os materiais informativos, os números atuais aumentem, pois além de tudo, a notificação tem caráter educativo, de ajustes e melhorias dos processos e não punitivo.

5 CONCLUSÃO

Após análise e compilação dos dados, foi possível dimensionar o uso do aplicativo institucional na Unidade de Análises Clínicas do Complexo Hospitalar como forma de contribuir para a melhoria dos processos. Percebeu-se o aumento das notificações em relação à época em que eram manuscritas, porém no último ano houve diminuição das notificações pela unidade em estudo, necessitando ações para reverter este quadro.

A verificação das notificações geradas por cada setor que compõe a ULAC durante o ano de 2018 demonstrou que nem todos os setores utilizam o aplicativo. Foi possível concluir através da percentagem de produção de exames de cada setor *versus* a notificação gerada, que o setor mais produtivo da unidade, conseqüentemente, o mais passível de ocorrer incidentes, é o que menos efetua notificação. Desta forma, é necessária a intensificação das ações neste setor, a fim de conscientizar todos os funcionários e colaboradores acerca da importância da notificação dos incidentes para a qualidade da assistência prestada.

Foram propostas ações de caráter educativo com o intuito de atingir todos os colaboradores da Unidade estudada. Para isso, foi elaborado um cartaz sobre o aplicativo institucional a ser aprovado pelo SEVISP, o qual será distribuído aos setores da unidade e fixado em locais apropriados. Além disso, os dados referentes às notificações geradas pelos setores serão divulgados bimestralmente, através de documentos impressos na própria unidade, discriminando cada setor e o número de notificações efetuadas no período. O referido documento será fixado em todos os setores para que cada equipe possa discutir e identificar os problemas internos para a falta de notificação. Também foi sugerido propor ao SEVISP, a elaboração e divulgação através de mídia digital de um *folder* esclarecendo sobre o que é o Vigihosp e como registrar as notificações por meio do aplicativo, bem como divulgar o *link* direto para acessar o sistema, fornecendo uma maneira mais rápida e prática de fazê-lo, além da maneira atual (via *site* do CHC/UFPR). Espera-se que desta forma, haja maior conscientização para a importância da notificação.

Estudos semelhantes são pertinentes em outras Unidades da Instituição a fim de analisar a ocorrência das notificações dos incidentes e eventos adversos, verificando a necessidade de ações educativas e ampliando o cuidado na

assistência, uma vez que somente através da notificação é possível investigar as causas, aprimorar os processos, evitar novos incidentes e reduzir as recorrências.

Recomenda-se dar continuidade a este projeto repetindo o levantamento das notificações geradas pela unidade e divulgadas posteriormente, desta forma, teremos o reflexo das ações implementadas.

O paciente é o ator principal na atenção à saúde, muitas vezes já carrega consigo muito sofrimento e precisa de nossa atenção em todos os sentidos. Ao registrar uma notificação de algo que pode e deve ser evitado em outras ocasiões, estamos protegendo o paciente.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Institucional**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/institucional>>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Sentinela**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela>>. Acesso em 16/01/19.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017.

Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>>. Acesso em: 28/02/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União 25 jul. 2013; Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em 25/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/Ministério da Saúde**; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 31/01/2019.

CAPUCHO, H. C.; ARNAS, E. R., CASSIANI, S. H. DE B. **Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde**. Rev. Gaúcha Enferm. vol.34 no.1, mar. 2013. Porto Alegre – RS. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100021>>. Acesso em: 29/01/2019.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (CHC - UFPR). **HC em números – Indicadores Gerais**. Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hcnumeros>>. Acesso em 09/02/2019

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. **Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco.** Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original 21 (5):[07 telas] set.-out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf> Acesso: 08/02/2019

FERRAZ, E. IBSP - Laboratórios: investir em gestão e na equipe reduz o número de erros. São Paulo, 2016. Entrevista. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/laboratorios-investir-em-gestao-e-na-equipe-reduz-o-numero-de-erros/>. Acesso em 15/02/2019.

HOFFMANN, P. **Sistema de notificação de eventos adversos e/ou incidentes em saúde: software - protótipo.** 2016. 144p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/175897/345835.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15/02/2019.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. **To Err Is Human: Building a Safer Health System.** Washington: National Academy of the Institute of Medicine, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>>. Acesso em: 16/01/2019.

LEAL *et al.* **Atuação do enfermeiro na gestão de risco: segurança do paciente e notificação de eventos adversos.** Congresso Internacional de Enfermagem. Vol. 1, nº 1. May 9-12, 2017. UNIT Universidade Tiradentes. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5938/2376>>. Acesso em: 15/01/2019.

MENDES *et al.* **A avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil.** Revista Internacional de Qualidade em Assistência à Saúde, Volume 21, Edição 4, 1º de agosto de 2009. Páginas 279-284. Disponível em <<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>>. Acesso em 26/01/2019.

MILAGRES, L. M. **GESTÃO DE RISCOS PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: O ENFERMEIRO E A NOTIFICAÇÃO DOS EVENTOS ADVERSOS.** Dissertação (Mestrado) Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG, 2015. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Lidiane-Miranda-Milagres.pdf>>. Acesso em 16/01/2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. EBSEH Hospitais Universitários Federais. **SIG Sistema de Informações Gerenciais.** Vigihosp. Apresentação. Brasília – DF.

<<http://www2.ebserh.gov.br/web/sig/vigihosp/apresentacao>> Acesso em 10/01/2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. EBSEH Hospitais Universitários Federais. **SIG Sistema de Informações Gerenciais**. Notificação de incidente/queixa técnica – DF. Disponível em: <<http://sig.ebserh.gov.br/vigihosp/?hosp=CHC-UFPR>>. Acesso em 24/01/2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. EBSEH Hospitais Universitários Federais. **DIRETRIZ EBSEH PARA AÇÕES EM SEGURANÇA DO PACIENTE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: MANUAL BÁSICO**. Série “Diretrizes Ebserh sobre Segurança do Paciente”. Volume 2, 1ª Edição – Brasília – DF, 2016. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Njc5Mw%2C%2C>>. Acessos em 10/01/2019 e 04/02/2019.

MOREIRA, I. A. **NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS: O SABER E O FAZER DE ENFERMEIROS**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2018. Disponível em <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/8759/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Isadora%20Alves%20Moreira%20-%202018.pdf>>. Acesso em 18/02/2019.

PRIMO, L. P.; CAPUCHO, H. C. **INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA ESTÍMULO A NOTIFICAÇÕES VOLUNTÁRIAS EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REDE SENTINELA**. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo v.2 n.2 pág. 26-27 mai./ago. 2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS03_artigo_05.pdf>. Acesso em 12/02/2019

ROCHA, D. J. M. **Gerenciamento de riscos em hospital**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/32157/R%20-%20D%20-%20DENISE%20JORGE%20MUNHOZ%20DA%20ROCHA.pdf?sequence=1>>. Acessos em 16/01/2019, 18/01/2019 e 25/01/2019.

SHCOLNIK, W. Boletim Qualifique - Control Lab. Ed. 27, Out/Nov/Dez 2009 – Ano VII. Rio de Janeiro. Brasil. Entrevista. Disponível em: <https://controllab.com/pdf/qualifique_27.pdf>. Acesso em 15/02/2019.

SHCOLNIK, W. Erros laboratoriais e segurança dos pacientes: revisão sistemática. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2012/03/ErrosLabRevSistematica.pdf>>. Acesso em: 18/02/2019.

SILVA, N. D. M. da; BARBOSA, A. P. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde - RAHIS**. Vol. 11, 4 ED. Disponível em: <<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2219>>. Acesso em: 18/02/2019.

TOFFOLETTO, M. C.; RUIZ, X. R. **Melhorando a segurança dos pacientes: estudo dos incidentes nos cuidados de enfermagem**. Rev. esc.Enfermagem. USP, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1098-1105, Oct. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501098&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27/01/2019.

ULAC – Unidade Laboratório de Análises Clínicas – Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. **Comunicação de Eventos Adversos e Sentinelas**. Arquivo Grupo Interno da Qualidade – GIQ. Curitiba – PR, 2009.

ULAC – Unidade Laboratório de Análises Clínicas – Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. **NOTIFICAÇÃO CONFIDENCIAL DE EVENTO ADVERSO/SENTINELA/QUEIXA TÉCNICA**. Arquivo Grupo Interno da Qualidade – GIQ. Curitiba – PR, 2011.

ULAC – Unidade Laboratório de Análises Clínicas – Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. **Relatório Notificações**. Arquivo Grupo Interno da Qualidade – GIQ. Curitiba – PR, 2016.

ULAC – Unidade Laboratório de Análises Clínicas – Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. **Relatório Notificações**. Arquivo Grupo Interno da Qualidade – GIQ. Curitiba – PR, 2017 a 2018.

ULAC – Unidade Laboratório de Análises Clínicas – Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. **Relatório Geral de Produção Mensal por Seção**. Arquivo Grupo Interno da Qualidade – GIQ. Curitiba – PR, 2018.

ULAC – Unidade Laboratório de Análises Clínicas – Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná. **Relatório Geral de Requisições/Coletas realizadas**. Arquivo Grupo Interno da Qualidade – GIQ. Curitiba – PR, 2018.

Universidade Federal do Paraná. PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA E CIÊNCIAS DA SAÚDE M/D E PÓS-DOC. **Laboratórios**. Curitiba (PR) Brasil, 2019. Disponível em: <<http://www.prppg.ufpr.br/ppgmedicinainterna/o-programa/laboratorios/>>. Acesso em 29/01/2019.

WEGNER W, et al. **Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional.** Esc. Anna Nery 2016; 20(3): e20160068. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf>>. Acesso em 27/01/2019.