

Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina

*Míriam Cristina Marques da Silva de Paiva*

**Eventos Adversos:  
análise de um instrumento de notificação  
utilizado no gerenciamento de enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de  
Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina  
UNESP

**Orientadora:** *Heloísa Wey Berti*

Botucatu  
2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Paiva, Miriam Cristina Marques da Silva de.

Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem / Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientadora: Heloisa Wey Berti

Assunto CAPES: 40400000

1. Enfermagem 2. Hospitais - Medidas de segurança 3. Serviços de enfermagem - Administração  
CDD 610.730693

Palavras-chave: Administração; Enfermagem; Eventos adversos; Comunicação

## **Dedicatória**

Aos meus pais *Juracy e Cecília*,  
Pelo amor que me dedicam e  
pelos esforços empenhados à minha formação.

Ao *Sergio*,  
Pela presença maravilhosa em minha caminhada,  
pelo incentivo e compreensão  
sempre presentes, e

A *Bárbara* e ao *Bruno*,  
Pela imensa felicidade de fazerem parte da minha vida

## **Agradecimentos**

## **Agradecimentos Especiais**

À Prof<sup>a</sup> Doutora HELOÍSA WEY BERTI, pela orientação científica cuidadosa, competente e motivadora

Ao Prof. Emérito ÁLVARO OSCAR CAMPANA, pela atenciosa revisão e amizade

- À Diretora da Divisão Técnica de Enfermagem ANDRÉA G.O.D.N. ZAMBERLAN pela colaboração e incentivo.
- À MARA GOMES e CRISTINA MENGUE pelo auxílio e atenção dispensados na secretaria da Diretoria da Divisão de Enfermagem.
- À LUCIANA B.R. CORÁ pelos relatórios do Hospital das Clínicas elaborados no CIMED.
- Ao Prof. Dr. JOSÉ EDUARDO CORRENTE pelo auxílio na análise estatística.
- Às Profas. CARMEM CASQUEL MONTI JULIANI, WILZA CARLA SPIRI e MARIA ANTONIETA DE BARROS LEITE CARVALHAES pela avaliação do trabalho e sugestões.
- À MEIRE e SELMA bibliotecárias, pela revisão das referências bibliográficas e ficha catalográfica.
- Ao MARIO AUGUSTO DALLAQUA pela cuidadosa diagramação.
- Às secretárias da Graduação e Pós-Graduação pelo auxílio e atenção dispensada.
- Ao CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO em Enfermagem pela contribuição a minha formação científica
- Aos ENFERMEIROS DA DIVISÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM E PRONTO SOCORRO pelos dados dos Boletins, comprovantes do compromisso com a segurança do paciente.

À minha irmã

*Lílian Marques da Silva de Souza e*

*às enfermeiras da Divisão Técnica de Enfermagem,*

*Márcia Tonin R. Carneiro e*

*Rosa Maria Faria de Oliveira,*

pelo apoio, incentivo e amizade.



À *todos*, meus mais profundos  
agradecimentos

## Sumário

Resumo

Abstract

1	Introdução .....	1
	A comunicação em enfermagem e a segurança do paciente .....	2
2	Objetivos .....	8
2.1	Objetivo geral .....	9
2.2	Objetivos específicos .....	9
3	Materiais e Métodos .....	10
3.1	Desenho do estudo .....	11
3.2	Cenário do estudo .....	11
3.3	Boletim de Notificação de Eventos Adversos .....	14
3.4	Outros dados .....	20
3.6	Análise estatística .....	20
3.7	Aspectos éticos .....	21
4	Resultados .....	22
4.1	Apresentação dos Resultados .....	23
4.2	Resultados em conjunto .....	24
4.3	Boletins de Notificação de Eventos Adversos elaborados por auxiliares e técnicos de enfermagem .....	25
4.4	Ocorrências mais frequentes .....	36
4.5	Boletim de Notificação de Eventos Adversos Administrativo .....	46
4.6	Boletim de Notificação de Eventos Adversos com envolvimento de pacientes ....	49
4.7	Condutas relacionadas às ocorrências e retorno aos notificadores .....	81
5	Discussão .....	83

5.1	O Boletim de Notificação de Eventos Adversos .....	84
5.2	Boletim de Notificação de Eventos Adversos: ocorrências mais freqüentes .....	88
5.3	Boletim de Notificação de Eventos Adversos Administrativo .....	92
5.4	Boletim de Notificação de Eventos Adversos com envolvimento de pacientes ....	93
	– Eventos adversos relacionados à medicação .....	96
	– Eventos adversos relacionados à integridade da pele .....	100
	– Eventos adversos relacionados a quedas .....	105
	– Eventos adversos relacionados a cateteres, sondas e drenos .....	109
5.5	Conduitas relacionadas às ocorrências .....	113
5.6	Retorno aos notificadores .....	114
6	Conclusões .....	115
7	Considerações gerais e propostas .....	118
8	Referências .....	120
9	Apêndices .....	131
	– Anexo 1 : Planta do Hospital das Clínicas	
	– Anexo 2: Mapa do Campus	
	– Anexo 3: Organograma da Divisão Técnica de Enfermagem	
	– Anexo 4: Boletim de Notificação de Eventos Adversos	
	– Anexo 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	
	– Anexo 6: Proposta de Boletim de Notificação de Eventos Adversos	

# **Índice de Tabelas e Figuras**

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	Frequência dos BNEA por unidade segundo local da ocorrência e local da notificação - HC/FMB – 2006 .....	25
<b>Tabela 2</b>	Frequência dos BNEA segundo a unidade notificadora e data do primeiro BNEA por unidade - HC/FMB – 2006 .....	26
<b>Tabela 3</b>	Frequência dos BNEA por unidade segundo natureza da notificação - HC/FMB – 2006 .....	29
<b>Tabela 4</b>	Frequência dos BNEA segundo ocorrências com pacientes e administrativas e segundo turno da ocorrência e da notificação - HC/FMB – 2006 .....	30
<b>Tabela 5</b>	Frequência dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo as características das notificações: distribuição no período de estudo, tipo de BNEA, tipo de ocorrência, local da ocorrência e da notificação, turno da ocorrência e da notificação e áreas envolvidas - HC/FMB – 2006 .....	32
<b>Tabela 6</b>	Frequência de eventos institucionais: distribuição no período de estudo, tipo de ocorrência, local da ocorrência e turno da ocorrência, turno da notificação e áreas envolvidas - HC-FMB 2006 .....	39
<b>Tabela 7</b>	Frequência de ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos de acordo com: distribuição no período de estudo, local e turno da ocorrência e áreas envolvidas - HC/FMB 2006 .....	44
<b>Tabela 8</b>	Frequência dos BNEA administrativos de acordo com: distribuição no período de estudo, tipo, local e turno da ocorrência, turno da notificação e áreas envolvidas - HC/FMB 2006 .....	47
<b>Tabela 9</b>	Frequência das ocorrências com pacientes por tipo e gravidade - HC/FMB 2006 .....	50
<b>Tabela 10</b>	Frequência das ocorrências com pacientes por local da ocorrência e número de eventos por 100 admissões - HC/FMB 2006 .....	52
<b>Tabela 11</b>	Frequência dos BNEA segundo as características dos pacientes envolvidos nas ocorrências: sexo, faixa etária, diagnóstico médico (CID-10), tipo de atendimento e dias de internação - HC/FMB 2006 .....	54
<b>Tabela 12</b>	Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes relacionadas à medicação: tipos de ocorrências, distribuição no período de estudo, tipo de atendimento, local e turno da ocorrência, dias de internação, sexo, faixa etária e diagnóstico médico do paciente ( CID – 10) - HC/FMB 2006 .....	58
<b>Tabela 13</b>	Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes relacionadas à integridade da pele: tipo de ocorrência, distribuição no período de estudo, tipo de atendimento, local e turno da notificação, dias de internação até o evento, sexo, faixa etária e diagnóstico médico (CID – 10) - HC-FMB 2006 .....	64
<b>Tabela 14</b>	Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas: tipo de ocorrência, distribuição no período de estudo, local e turno da ocorrência, dias de internação, sexo, faixa etária e diagnóstico médico (CID – 10) - HC/FMB 2006 .....	70

<b>Tabela 15</b>	Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes relacionadas a cateteres: tipo de ocorrência, distribuição no período de estudo, local e turno da ocorrência, dias de internação até o evento, sexo, faixa etária e diagnóstico médico (CID – 10) - HC-FMB 2006 .....	76
<b>Tabela 16</b>	Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes e ocorrências administrativas segundo as condutas imediata e gerencial frente ao evento - HC-FMB 2006 .....	81
<b>Tabela 17</b>	Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes e ocorrências administrativas segundo retorno aos notificadores - HC/FMB 2006 .....	82

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b>	Evolução do número de BNEA relativos a ocorrências com pacientes e administrativos e total por semestre/ano - HC/FMB – 2006 .....	27
<b>Figura 2</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o período de 30 meses - HC/FMB – 2006 .....	33
<b>Figura 3</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	33
<b>Figura 4</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o local da ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	34
<b>Figura 5</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o local da notificação - HC/FMB – 2006 .....	34
<b>Figura 6</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o turno da ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	35
<b>Figura 7</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o turno da notificação - HC/FMB – 2006 .....	35
<b>Figura 8</b>	Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo a área envolvida - HC/FMB – 2006 .....	36
<b>Figura 9</b>	Distribuição das ocorrências registradas nos BNEA segundo o tipo - HC/FMB – 2006 .....	37
<b>Figura 10</b>	Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o período de 30 meses - HC/FMB – 2006 .....	40
<b>Figura 11</b>	Distribuição dos eventos institucionais segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	40
<b>Figura 12</b>	Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o local da ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	41
<b>Figura 13</b>	Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o turno da ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	41
<b>Figura 14</b>	Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o turno da notificação - HC/FMB – 2006 .....	42
<b>Figura 15</b>	Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo a área envolvida - HC/FMB – 2006 .....	42
<b>Figura 16</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos segundo o período de 30 meses - HC/FMB – 2006 .....	45
<b>Figura 17</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	45
<b>Figura 18</b>	Distribuição de BNEA Administrativos segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006 .....	48
<b>Figura 19</b>	Distribuição de BNEA Administrativos segundo a área envolvida - HC/FMB – 2006 .....	48
<b>Figura 20</b>	Distribuição dos tipos de ocorrências envolvendo pacientes - HC/FMB – 2006 .....	51



<b>Figura 21</b>	Distribuição dos tipos de ocorrências com pacientes classificadas como gravidade maior - HC/FMB – 2006 .....	51
<b>Figura 22</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes segundo o sexo - HC/FMB 2006 .....	55
<b>Figura 23</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006 .....	55
<b>Figura 24</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, segundo o diagnóstico médico (CID–10) - HC/FMB 2006 .....	56
<b>Figura 25</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006 .....	56
<b>Figura 26</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006 .....	59
<b>Figura 27</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo os tipos de ocorrências - HC/FMB 2006 .....	59
<b>Figura 28</b>	Distribuição dos BNEA de ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o local da ocorrência - HC/FMB 2006 .....	60
<b>Figura 29</b>	Distribuição dos BNEA de ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o turno da ocorrência - HC/FMB 2006 .....	60
<b>Figura 30</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006 .....	61
<b>Figura 31</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o sexo- HC/FMB 2006 .....	61
<b>Figura 32</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006 .....	62
<b>Figura 33</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o diagnóstico médico (CID – 10) - HC/FMB 2006 .	62
<b>Figura 34</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006.	65
<b>Figura 35</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o tipo de evento - HC/FMB 2006 .....	65
<b>Figura 36</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o local de ocorrência - HC/FMB 2006 .....	66
<b>Figura 37</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006 .....	66
<b>Figura 38</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o sexo - HC/FMB 2006 .....	67
<b>Figura 39</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006 .....	67
<b>Figura 40</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o diagnóstico médico (CID 10) - HC/FMB 2006 .....	68

<b>Figura 41</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006 .....	71
<b>Figura 42</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo o tipo de queda - HC/FMB 2006 .....	71
<b>Figura 43</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo o local da ocorrência - HC/FMB 2006 .....	72
<b>Figura 44</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo o turno da ocorrência - HC/FMB 2006 .....	72
<b>Figura 45</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006 .....	73
<b>Figura 46</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo o sexo - HC/FMB 2006 .....	73
<b>Figura 47</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006 .....	74
<b>Figura 48</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas às quedas, segundo o diagnóstico médico (CID 10) - HC/FMB 2006 .....	74
<b>Figura 49</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006 .....	77
<b>Figura 50</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo o tipo de evento -HC/FMB 2006 .....	77
<b>Figura 51</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo o local da ocorrência - HC/FMB 2006 .....	78
<b>Figura 52</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo o turno da ocorrência - HC/FMB 2006 .....	78
<b>Figura 53</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006 .....	79
<b>Figura 54</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo o sexo - HC/FMB 2006 .....	79
<b>Figura 55</b>	Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006 .....	80
<b>Figura 56</b>	<b>Figura 56.</b> Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, segundo o diagnóstico médico (CID - 10) - HC/FMB 2006 .....	80

## Resumo

Para o estabelecimento da comunicação entre equipe, pacientes e instituição, os Serviços de Enfermagem utilizam vários recursos. Com essa finalidade, a Direção de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP implementou, em 2004, o Boletim de Notificação de Eventos Adversos (BNEA) como instrumento de comunicação. Várias ocorrências assistenciais e administrativas, originárias de várias áreas do hospital foram notificadas, bem como registradas as condutas tomadas. **Objetivo.** Analisar as informações e a utilização do Boletim de Notificação de Eventos Adversos como instrumento de comunicação de ocorrências assistenciais e administrativas entre profissionais de enfermagem e a direção de enfermagem, a partir de sua implantação na Divisão Técnica de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - UNESP - Botucatu. **Método.** Estudo exploratório descritivo, tendo sido coletados dados de 826 Boletins de Notificação de Eventos Adversos encaminhados à Diretoria da Divisão Técnica de Enfermagem no período de janeiro de 2004 a junho de 2006. **Resultados.** Houve adesão da equipe à utilização do instrumento. Predominaram as notificações de ocorrências que envolveram os pacientes, embora as notificações administrativas tenham apresentado número crescente de registros ao longo do período. Os eventos adversos de maior gravidade e mais frequentes foram os relacionados à medicação, à integridade da pele, às quedas e aos cateteres, sondas e drenos. A praticidade do instrumento viabilizou sua utilização também por auxiliares e técnicos de enfermagem e outros profissionais. **Conclusão.** A análise sistematizada e o acompanhamento das ocorrências adversas associadas a recurso de comunicação mostraram-se fundamentais para o alcance de resultados positivos visando a segurança do paciente.

**Palavras-chave** - Comunicação. Eventos Adversos. Administração. Enfermagem.

## **Abstract**

It needs various resources to establish the communication between nursing staff, patients and institution. With this finality it was designed a bulletin of notification of adverse events (BNAE) as a communication instrument. Several occurrences, administrative or related to patient-care, in various areas of the hospital were notified as well the measures taken.

**Objective:** To analyze the information and BNAE utilization as a tool of communication of the administrative or related to patient-care occurrences between nursing personnel and the nursing department from the first day of BNAE implementation.

**Methods:** descriptive and exploratory study. It was collected data from 826 bulletins registered during the January 2004 to June 2006 period.

**Results:** the nursing staff approved the instrument. The occurrences from the patient-care were higher than the administrative ones. However, the administrative occurrences had increased during the studied period. The following occurrences: medication, skin integrity, falls, and catheter, drains and tubes were frequent and severe. The instrument was easy to use and allowed other health workers to use it.

**Conclusion:** The judicious analysis and the follow-up of the adverse occurrences associated with a communication system showed important to reach positive result aiming the patient safety.

# 1 Introdução

## A comunicação em enfermagem e a segurança do paciente

Os hospitais estão entre as mais dinâmicas instituições de nossa sociedade. São definidos pelo Ministério da Saúde como

*“parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população, assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente”* <sup>(1)</sup> p.107.

Em busca da efetividade e sustentabilidade, modificações estão, continuamente, sendo implementadas no sistema de saúde e têm repercutido no ambiente hospitalar. São provocadas pela própria evolução na saúde, pela aquisição de novas tecnologias, alterações no reembolso dos programas de saúde governamentais e privados, mobilização das organizações para a contenção e redução de custos e mudanças nas características da equipe de trabalho, dentre outras <sup>(2)</sup>.

Neste contexto, a informação tornou-se um recurso valioso para alcançarmos o desenvolvimento e planejarmos o futuro, nos adaptando ou antecipando uma nova realidade. Ela deve ser parte do processo de planejamento e contribuir para a avaliação, contemplando o grau de alcance dos objetivos e metas programados. Seu uso deve estar orientado para melhorar o desempenho e a capacidade gerencial dos serviços.

Em hospital, no entanto, o acesso à informação pode significar um alto custo humano e financeiro. O volume de informações nessa organização torna-se maior diariamente, em decorrência do crescente número de atendimentos e do volume de dados gerados pelos pacientes. Encontrar a informação necessária, recuperar o resultado de exames ou



ter acesso ao prontuário de pacientes pode, muitas vezes, representar gasto de tempo importante para o profissional de saúde e repercutir na qualidade do atendimento ao paciente ou dificultar decisões relativas ao tratamento e à assistência <sup>(3)</sup>.

O sistema de informações, termo utilizado para denominar o conjunto de mecanismos de coleta, processamento, análise e fluxos de dados e informações, pode agilizar a avaliação dos resultados, da produtividade, da análise de custos, realizar simulações, subsidiando a tomada de decisões.

Independentemente da tecnologia empregada, o sistema de informação gerencial, deve:

- *“gerar informação necessária para o conhecimento e apoio nas diferentes áreas funcionais do hospital: assistencial, orçamentária - financeira, recursos humanos, abastecimento e outras;*
- *potencializar a capacidade e a eficiência dos serviços do hospital, dado que facilita o planejamento e o controle dos processos e dos resultados;*
- *induzir a melhoria na organização do hospital;*
- *potencializar o grau de coerência do conjunto do hospital, quando o sistema de informação é abrangente, integrado e homogêneo;*
- *contribuir para a melhoria da comunicação interdepartamental e, por consequência, para a coordenação entre as atividades do hospital”* <sup>(1)</sup> p.60.

Em adição, considere-se que a assistência à saúde envolve a articulação de conhecimentos e ações que se relacionam com serviços diferentes e tipos diversos de profissionais. Desta maneira, a existência de vários níveis de especialização e a interdependência desses níveis coloca as instituições de saúde como ambientes de alto risco para eventos adversos e incidentes <sup>(4)</sup>.

Eventos adversos são definidos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito <sup>(5)</sup>. Eventos adversos são denominados evitáveis quando decorrentes de erros,

freqüentemente relacionados com falhas humanas. Incidentes referem-se às complicações decorrentes do cuidado à saúde, que não acarretam lesões mensuráveis ou prolongamento do tempo de internação <sup>(6)</sup>.

Um dos mais recentes estudos de qualidade em assistência à saúde é o relatório do Institute of Medicine: errar é humano <sup>(7)</sup>. Este relatório mostrou que, pelo menos, 44.000 americanos morrem a cada ano como resultado de erro médico e o número pode atingir a marca de 98.000 mortes por ano.

Erros ou eventos adversos evitáveis geralmente ocorrem devido a falhas de comunicação entre os vários profissionais envolvidos no cuidado do paciente, quando estes pacientes não tomam ou não podem tomar decisões esclarecidas, durante tarefas rotineiras e atividades do dia-a-dia.

A presença dos incidentes e eventos adversos que comprometem a segurança do paciente, constitui-se atualmente em grande desafio para o aprimoramento da qualidade no setor saúde <sup>(8)</sup>.

Deste modo, qualquer evento que implica em dano ou que seja potencial para dano ao paciente, visitante ou empregado, em qualquer circunstância em desacordo com os cuidados de rotina ao paciente ou com a instrução recebida, ou ainda, problemas administrativos que possam ter implicação na assistência prestada devem ser comunicados.

Relatórios de incidentes, entretanto, têm sido vistos negativamente, isto porque podem levar à punição ou instalação de processos legais.

Incidentes, no entanto, inevitavelmente ocorrem, porque pessoas, por natureza, não são infalíveis e relatá-los é necessário <sup>(9)</sup>.

Com vistas a programa de melhoria contínua na instituição, deve-se garantir a existência de mecanismos para prevenção e minimização de erros, tais como seguem: desenho de fluxos, procedimentos e rotinas

assistenciais no processo de trabalho, notificação e análise de erros, ações corretivas e preventivas e informações sobre o desenvolvimento de ocorrências indesejáveis <sup>(2)</sup>. A importância do processo do trabalho bem desenhado é reforçada no relatório do Institute of Medicine, que recomenda que as organizações de saúde forneçam os recursos necessários às lideranças, para que desenhem, em conjunto com enfermeiros ligados à assistência direta, processos e ambiente de trabalho de enfermagem que reduzam erros <sup>(7)</sup>.

A cultura voltada à segurança do paciente deve ser estimulada e os líderes das organizações de saúde devem criá-la e/ou mantê-la por meio da implementação de:

- “1 - Objetivos de curto e longo prazos, relacionados à segurança dos pacientes.*
- 2 - Revisão desses objetivos de forma a implementar ações de melhoria contínua.*
- 3 - Instituição de um sistema de notificação de erros que seja anônimo, justo e imparcial.*
- 4 - Engajamento dos profissionais em treinamento sistemático para notificação de erros.*
- 5 - Implementação de um sistema de análise de erros e **feedback** para os profissionais diretos.*
- 6 - Instituição de recompensas e incentivos para redução de erro” <sup>(10)</sup>*  
*p.35.*

O enfermeiro no hospital, por seu conhecimento e envolvimento com as diversas fontes geradoras de informação, pode ser considerado um profissional privilegiado. Via de regra, passam por ele todas as informações acerca de cada paciente, bem como todos os meios para gerenciar e oferecer a assistência <sup>(3)</sup>. Por outro lado, ele é o profissional chave para documentar informações sobre a assistência prestada.

A equipe de enfermagem, no entanto, é grande, heterogênea quanto à escolaridade, e o principal mecanismo de coordenação do

trabalho é a supervisão direta. No hospital, é a equipe que mais tende a ter padronização de procedimentos e de rotinas <sup>(2)</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde,

*“Supervisão é um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados” <sup>(11)</sup> p.118.*

Desde os enfermeiros que prestam cuidados diretos aos pacientes até os que chefiavam divisões ou serviços de enfermagem, poucos são os que não desenvolvem a função de supervisão, pois todos, em maior ou menor complexidade, desenvolvem atividades que visam ao aprimoramento do pessoal de enfermagem e à manutenção de condições necessárias para a prestação de assistência eficiente e eficaz. Ao aprimorar-se nesta função, o enfermeiro contribui para o alcance de alguns resultados, como:

*“a manutenção de um nível elevado na qualidade da assistência de enfermagem, a manutenção da satisfação do cliente, dos familiares e dos funcionários, o reconhecimento da qualidade da assistência de enfermagem, a adequação dos programas elaborados pelo serviço de enfermagem e a manutenção de condições propícias ao desenvolvimento e motivação do pessoal, ao trabalho em equipe e à adaptação das técnicas de trabalho à natureza do homem enquanto trabalhador” <sup>(12)</sup> p.132.*

O Serviço de Enfermagem, visando ao estabelecimento da comunicação entre a equipe, pacientes e instituições, utiliza vários recursos, dentre eles: prontuário do paciente, passagem de plantão, documentos de ocorrências com registro de fatos notáveis, reuniões, ordens de serviço, quadros de avisos, relatório mensal e anual, visitas a pacientes e às unidades de serviço <sup>(13)</sup>.

No entanto, considerando os objetivos e as características das atividades desenvolvidas pelos profissionais supervisores, cada divisão ou

serviço de enfermagem deverá estudar e optar pelos tipos de técnicas e instrumentos a serem por eles utilizados <sup>(14)</sup>.

A Direção de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP implementou em 2004 o Boletim de Notificação de Eventos Adversos como instrumento de comunicação entre os profissionais da Divisão de Enfermagem. A partir de 2004, várias ocorrências assistenciais e administrativas, originárias de várias áreas do Hospital, foram notificadas, bem como registradas as condutas tomadas pelos enfermeiros.

Os dados constantes dos Boletins de Notificação de Eventos Adversos foram armazenados em banco de dados, tendo se tornado importante fonte de alerta e informação para promoção da segurança no ambiente hospitalar e para o gerenciamento da assistência da enfermagem.

Neste trabalho, exploramos as ocorrências registradas nestes boletins no período contínuo entre janeiro de 2004 a junho de 2006, bem como as características da utilização dos boletins como instrumento de comunicação entre os profissionais da enfermagem e sua direção.

## **2 Objetivos**

## **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as informações e a utilização do Boletim de Notificação de Eventos Adversos como instrumento de comunicação de ocorrências assistenciais e administrativas entre profissionais de enfermagem e a direção de enfermagem, a partir de sua implantação, em 2004, na Divisão Técnica de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina - UNESP - Botucatu.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as ocorrências relacionadas:
  - às questões administrativas
  - às questões assistenciais
- Caracterizar os pacientes acometidos pelos eventos adversos.

## **3 Materiais e Métodos**



### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo exploratório descritivo <sup>(15)</sup>, para o qual foram coletados os dados de 826 Boletins de Notificação de Eventos Adversos preenchidos por profissionais da saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e encaminhados à Diretoria da Divisão Técnica de Enfermagem no período de janeiro de 2004 a junho de 2006.

### 3.2 Cenário do estudo

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS** - O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP (HC/FMB) constitui-se em um prédio principal em forma de H com a área total dividida em alas, distribuídas em dois e três pavimentos, construído pelo Governo de Estado na década de 50, em Rubião Junior - Distrito de Botucatu, destinado ao tratamento de doenças respiratórias, e ocupado, nos anos 60, pela então Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, atual Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. Ao prédio principal, que aloja as enfermarias e os serviços auxiliares e de apoio, foram agregados novos prédios, construídos ao longo dos últimos anos, onde funcionam Ambulatórios, Centro de Diagnóstico por Imagem, Pronto Socorro e Departamentos de Ensino, dentre outros.

O Hospital das Clínicas, Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu, compõe o Sistema Único de Saúde, sendo referência terciária para 68 municípios do Estado.

**Distribuição dos leitos do Hospital** - O Hospital conta com 415 leitos operacionais, distribuídos por especialidades acadêmicas, tal como consta no item Divisão de Enfermagem. Dentre estes, 15 leitos de terapia

intensiva neonatal, 7 leitos de terapia intensiva pediátrica, 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Adultos, 6 leitos de terapia intensiva coronariana, 4 leitos de terapia intensiva na enfermaria de Clínica Médica I, 4 leitos de terapia intensiva na enfermaria de Cirurgia Córdio/Torácica, 9 leitos de terapia intensiva no Pronto Socorro e outros, distribuídos em unidades por especialidade.

Na unidade de Centro Cirúrgico/Recuperação Anestésica encontram-se 10 salas em atividade, a que se acrescenta o Centro Obstétrico com 4 salas e a unidade de Cirurgia Ambulatorial, também com 4 salas.

No Apêndice - Anexo 1, observa-se a localização destas unidades na planta do Hospital.

**Complexo ambulatorial** - Fora do corpo principal do prédio hospitalar, há dois complexos de atendimento ambulatorial, que reúnem a maior parte deste tipo de atendimento. A localização dos ambulatórios pode ser observada no mapa do Campus - Apêndice - Anexo 2.

**Divisão de Enfermagem** - A Divisão de Enfermagem está hierarquicamente subordinada à Supervisão do Hospital das Clínicas, que conta também com as Divisões de Administração Hospitalar, Divisão Médica e Divisão de Hemocentro.

O organograma da Divisão de Enfermagem encontra-se no Apêndice - Anexo 3. Esta Divisão compreende uma Diretoria de Divisão e três Serviços: o Serviço Clínico-Cirúrgico, o Serviço Materno-Infantil e o Serviço de Unidades Especiais, descritos abaixo:

- Serviço Clínico-Cirúrgico:
  - Cirurgia Vascular;
  - Oftalmo-Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço;
  - Cirurgia Córdio-Torácica;

- Ortopedia e Plástica;
  - Urologia e Transplante Renal;
  - Pacientes Conveniados;
  - Cirurgia Gastroenterológica;
  - Moléstias Infecciosas e Parasitárias;
  - Dermatologia;
  - Neurologia;
  - Clínica Médica I;
  - Clínica Médica II;
  - Supervisão de Enfermagem;
  - Escolta de pacientes internados e
  - Barbearia;
- Serviço Materno-Infantil:
    - Obstetrícia e Centro Obstétrico;
    - Berçário e UTI Neonatal;
    - Pediatria;
    - Ginecologia;
    - Banco de Leite Humano;
    - Equipe de transporte de materiais e
- Serviço de Unidades Especiais:
    - Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica;
    - Central de Material e Esterilização;
    - Hemodiálise;
    - Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Coronariana e Pediátrica;
    - Ambulatório Materno-Infantil, Ortopedia e Conveniados;
    - Ambulatório Geral;
    - Cirurgia Ambulatorial;

- Hospital-Dia de Psiquiatria;
- Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos;
- Órteses e Próteses e
- Equipe de transporte de equipamentos.

O quadro do pessoal da Divisão de Enfermagem é composto por 680 funcionários, sendo 92 Enfermeiros, 80 Técnicos de Enfermagem, 417 Auxiliares de Enfermagem e 91 ocupacionais.

### **3.3 Boletim de Notificação de Eventos Adversos**

**Implantação** - O Boletim de Notificação de Eventos Adversos (BNEA) foi elaborado no final do segundo semestre de 2003, com vistas a estabelecer um instrumento de comunicação entre os profissionais de enfermagem e a Diretoria da Divisão Técnica de Enfermagem sobre ocorrências com pacientes atendidos no Hospital das Clínicas. Seu objetivo e instruções para preenchimento e encaminhamento foram, em seguida, divulgados às unidades hierarquicamente subordinadas à Divisão Técnica de Enfermagem por comunicação oficial escrita e em reuniões. A apresentação deste instrumento às demais unidades do Hospital e da Faculdade de Medicina deu-se frente à necessidade de comunicação, devida ao envolvimento das diferentes unidades nos eventos.

Do ponto de vista conceitual, evento ou ocorrência foram utilizados no presente trabalho para designar qualquer acontecimento que implicasse dano atual ou potencial no ambiente hospitalar ou para indicar a existência de problema administrativo.

**Apresentação do impresso** - O boletim, conforme verifica-se no Apêndice - Anexo 4, consta dos seguintes campos:

- identificação do paciente e unidade;
- tipos de ocorrências;
- espaço destinado ao relato da ocorrência e
- espaço destinado à descrição da conduta do notificador frente ao fato.

**Tipos de ocorrências** - As ocorrências podem ser divididas em dois tipos:

- ocorrência relacionada a pacientes, também denominada evento adverso; este pode ser dividido em dois tipos:
  - evento ou ocorrência com gravidade maior: complicações com risco aumentado de vida ou que persistiram até o momento da alta <sup>(16)</sup> e
  - evento de gravidade menor: demais complicações;
- ocorrência administrativa.

Por outro lado, sob o ponto de vista causal, as ocorrências foram assim classificadas:

- Eventos institucionais:
  - Falta de medicamento;
  - Falta de equipamento;
  - Falta de peça de equipamento;
  - Falha de equipamento;
  - Quebra de equipamento;
  - Falta de material;
  - Falha de material;
  - Falta de roupa;
  - Falta de oxigênio;
  - Falha na infra-estrutura física predial;

- Falta de pessoal;
- Acidente de trabalho;
- Abandono de plantão;
- Greve;
- Extravio de documento;
- Falsificação de assinatura;
- Problemas relacionados a chaves de salas;
- Incêndio;
- Limpeza;
- Insetos e roedores;
- Falha no seguimento da rotina;
- Conflitos;
- Falha na comunicação;
- Ocorrências relacionadas à medicação:
  - Reação medicamentosa;
  - Medicamento não administrado;
  - Erro de dosagem;
  - Medicamento errado;
  - Extravasamento de medicamento do meio intra-vascular para o sub-cutâneo;
- Quedas:
  - Do leito;
  - Da cadeira;
  - Da própria altura;
- Ocorrências relacionadas a cateteres, sondas e drenos:
  - Remoção de sonda naso-gástrica;
  - Remoção de sonda naso-enteral;
  - Remoção de sonda vesical de demora;
  - Remoção de cateter venoso central;

- Remoção de cateter de diálise;
- Remoção de cateter de pressão arterial média;
- Remoção do cateter do marca-passo externo;
- Remoção de dreno;
- Remoção de cânula orotraqueal;
- Obstrução de cânula orotraqueal;
- Aspiração pulmonar;
- Dano em dente;
- Ocorrências relacionadas à integridade da pele:
  - Úlcera por pressão;
  - Queimadura;
  - Outras lesões;
- Atraso/Não atendimento do paciente;
- Falha no transporte de pacientes, acompanhantes e de equipamentos e materiais;
- Fuga;
- Flebite/infecção hospitalar;
- Ocorrências relacionadas a furto;
- Ocorrências relacionadas à hemotransfusão
- Condição de higiene precária do paciente;
- Tentativa de suicídio;
- Outros eventos:
  - Parada cardíaco-respiratória;
  - Ingestão de álcool;
  - Agitação de paciente com afecção psiquiátrica;
  - Autorização de acompanhante e
  - Solicitação de documento.

## **O Boletim como instrumento para análise de dados visando a presente dissertação**

**Natureza do Boletim de Notificação** - No presente trabalho, consideraram-se dois tipos de notificação:

- notificação com envolvimento do paciente e
- notificação puramente administrativa - BNEA Administrativo.

**Características do Boletim** - Constam do BNEA os seguintes dados e informações:

- **Identificação do paciente:**

- Iniciais;
- Sexo;
- Idade do paciente:
  - \* de 0 a 18 anos;
  - \* 19 a 59 anos;
  - \* 60 anos ou mais <sup>(17,18)</sup>;
- Diagnóstico médico: de acordo com a Classificação Internacional de Doenças <sup>(19)</sup>.

- **Relacionados à ocorrência:**

- Data da ocorrência;
- Local da ocorrência;
- Horário da ocorrência (turno);
- Dias de internação do paciente até o evento:
  - \* 0 a 5 dias;
  - \* 6 a 15;
  - \* 16 a 30;
  - \* 31 a 59;
  - \* > 60 dias.



- Relacionados à notificação:

- Data da notificação;
- Local da origem da notificação;
- Horário da notificação (turno);
- Autor da notificação: Os BNEA foram redigidos, na sua maioria, por enfermeiros. Número menor de boletins foi redigido por auxiliares e técnicos de enfermagem. A distribuição percentual foi de 89,3% para enfermeiros e 10,0% para auxiliares/técnicos de enfermagem. Adicionalmente, 0,7% foi redigido por outros grupos: médicos, visitantes, etc.

Os dados do presente trabalho são produto dos boletins elaborados pelo pessoal referido acima.

Com o sentido de se verificar como o grupo de auxiliares/técnicos de enfermagem se serviu deste instrumento de averiguação e comunicação, os dados dos boletins por eles elaborados foram apresentados e analisados separadamente.

- Áreas envolvidas: a indicação da área envolvida é concernente à função específica que as pessoas envolvidas no evento exercem no cenário do estudo:

- Divisão de Enfermagem;
- Divisão Médica;
- Divisão Administrativa;
- Divisão do Hemocentro;
- Pronto Socorro;
- Faculdade de Medicina;
- Empresa limpadora;
- Escola Técnica;

- Conduta registrada: As condutas foram classificadas como apresenta-se a seguir:
  - Imediata: Conduta tomada pelo notificador frente à ocorrência:
    - \* solicitação de auxílio/realização de encaminhamento;
    - \* apuração/orientação;
  - Gerencial: Conduta tomada pela Direção de Enfermagem ao receber o Boletim:
    - \* apuração/orientação;
    - \* encaminhamento
- Retorno aos notificadores.

### 3.4 Outros dados

Os dados referentes ao atendimento do Hospital das Clínicas como número de admissões, média de permanência, paciente-dia, número de cirurgias e características dos pacientes atendidos foram obtidos em relatórios elaborados pelo Centro de Informática Médica (CIMED).

### 3.5 Análise estatística

Os dados foram processados pelo programa **SPSS 12.0 for Windows**, sendo os dados categorizados apresentados em frequências absolutas e relativas (número e porcentagem), quando pertinente, e os dados contínuos em termos de média e desvio padrão.

O total de ocorrências que envolveram pacientes foi também apresentado na forma da taxa:

Ocorrência/100 admissões por unidade

As ocorrências relacionadas a quedas foram apresentadas de acordo com o indicador proposto por Mota et al.<sup>(20)</sup>:

$$\text{Incidência de queda de paciente} = \text{nº de quedas} / \text{nº paciente-dia} \times 1000$$

Número de paciente-dia refere-se à soma do número de pacientes que passam para o dia seguinte mais o número de pacientes que entraram e saíram no mesmo dia <sup>(1)</sup>.

### **3.6 Aspectos éticos**

Para este estudo, foram utilizados dados secundários, isto é, as informações foram coletadas por revisão dos Boletins de Notificação de Eventos Adversos, após autorização da Supervisão do Hospital das Clínicas e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, Apêndice - Anexo 5.

O sigilo em relação à identificação dos pacientes foi assegurado.

As informações geradas por este trabalho poderão ser utilizadas pelo serviço, visando a contribuir para melhorar o instrumento de notificação de eventos adversos e sua utilização, aumentar a segurança do paciente/cliente e ainda, para melhorar a qualidade da assistência prestada na Instituição.

## **4 Resultados**

## 4.1 Apresentação dos Resultados

De início, são apresentados os resultados relativos à utilização do instrumento da pesquisa, o BNEA, abordando os seguintes aspectos: local da ocorrência e da notificação, data do envio dos primeiros boletins, frequência do encaminhamento dos boletins no período completo de estudo, natureza do boletim e turno da ocorrência e turno da notificação.

Adicionalmente, dados dos boletins elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem são incluídos, tal como mencionado em Materiais e Métodos.

A seguir, são relatados os tipos de ocorrência, incluindo as administrativas e as que envolveram pacientes (figura 9) e caracterizadas em quatro tipos mais frequentes (tabela 6 e 7).

Na sequência, são expostos os boletins sobre ocorrências administrativas (tabela 8) e aquelas relacionadas a pacientes, indicando gravidade (tabela 9), frequência por número de admissões (tabela 10) e características dos pacientes (tabela 11).

As tabelas de números 12 a 15 referem-se às ocorrências de maior gravidade mais frequentes.

O item Resultados é encerrado com dados sobre a conduta adotada pelos profissionais e o retorno das informações encaminhadas ao notificador.

## 4.2 Resultados em conjunto

Foram examinados 830 Boletins de Notificação de Eventos Adversos (BNEA) elaborados no período de janeiro de 2004 a junho de 2006, arquivados nas dependências da Diretoria da Divisão Técnica de Enfermagem do Hospital das Clínicas. Destes, foram excluídos 16 boletins por relatarem as mesmas ocorrências e não acrescentarem qualquer novo dado. Doze boletins foram desdobrados por citarem e envolverem mais de um paciente nas ocorrências. Deste modo, 826 boletins de notificação foram analisados, sendo que, neles, foram registradas 1219 ocorrências, com média de 1,47 ocorrências por boletim.

Na tabela 1, as frequências das ocorrências e das notificações, em valor absoluto e em porcentagem, são apresentadas pelas várias unidades. Mais ocorrências foram observadas na Clínica Médica I e II (12,8%), Centro Cirúrgico (12,2%) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e UTI Coronariana (6,8%). Quanto às notificações, os boletins foram elaborados na Clínica Médica I e II (15,3%), no Centro Cirúrgico (9,9%) e na UTI Adulto e UTI Coronariana (9,2%).

Em 567 boletins (68,7%), os locais da ocorrência e da notificação foram os mesmos.

**Tabela 1.** Frequência dos BNEA por unidade segundo local da ocorrência e local da notificação - HC/FMB - 2006

Unidades	Local			
	Ocorrência		Notificação	
	n	%	n	%
Clínica Médica I e II	106	12,8	127	15,3
Centro Cirúrgico	101	12,2	82	9,9
UTI Adulto e Coronariana	56	6,8	76	9,2
Cirurgia Gastroenterológica	46	5,6	54	6,3
Neurologia	45	5,5	52	6,5
Central de Material e Esterilização	43	5,2	49	5,9
Ortopedia/Plástica	41	5,0	65	7,9
Pronto Socorro	37	4,5	0	0
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	30	3,6	27	3,3
Dermatologia	28	3,4	33	4
Oftalmo/Otorrinolaringologia	28	3,4	26	3,1
Pediatria	26	3,1	31	3,8
Cirurgia Cárdio-Torácica	25	3,0	22	2,7
Outros	214	25,9	182	22,1
Total	826	100	826	100

Outros: Hemodiálise, Ambulatórios Materno-infantil, ortopedia e conveniados e Geral, Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, Farmácia ambulatorial de alto custo, Centro de Diagnóstico por Imagem, Cirurgia Ambulatorial, Escolta de pacientes internados, Farmácia hospitalar, Hemocentro, Hemodinâmica, Serviço de Nutrição e Dietética, Transportes, UTI-Pediátrica, Neonatologia, Patologia, enfermarias de Ginecologia, Urologia, Pacientes Conveniados, Pediatria, Obstetrícia/Centro Obstétrico, Supervisão de Enfermagem, Portaria, Registro, Radiologia, estacionamento, sala de vacinas.

Na tabela 2, são apresentadas as datas referentes aos primeiros Boletins de Notificação de Eventos Adversos encaminhados pelas unidades, após implantação do sistema. Observa-se que a unidade de Cirurgia Ambulatorial, pertencente ao Serviço de Unidades Especiais, a enfermaria de Oftalmo/Otorrinolaringologia do Serviço Clínico-Cirúrgico e a enfermaria de Pediatria do Serviço Materno-Infantil encaminharam boletins no primeiro bimestre após implantação do instrumento e que as unidades de UTI Coronariana, Órteses e Próteses e Escolta de pacientes internados enviaram seus primeiros boletins após 16 e 30 meses. As unidades de Ambulatório Geral e Hospital-dia de Psiquiatria não encaminharam boletins no período estudado.

**Tabela 2.** Frequência dos BNEA segundo a unidade notificadora e data do primeiro BNEA por unidade - HC/FMB – 2006

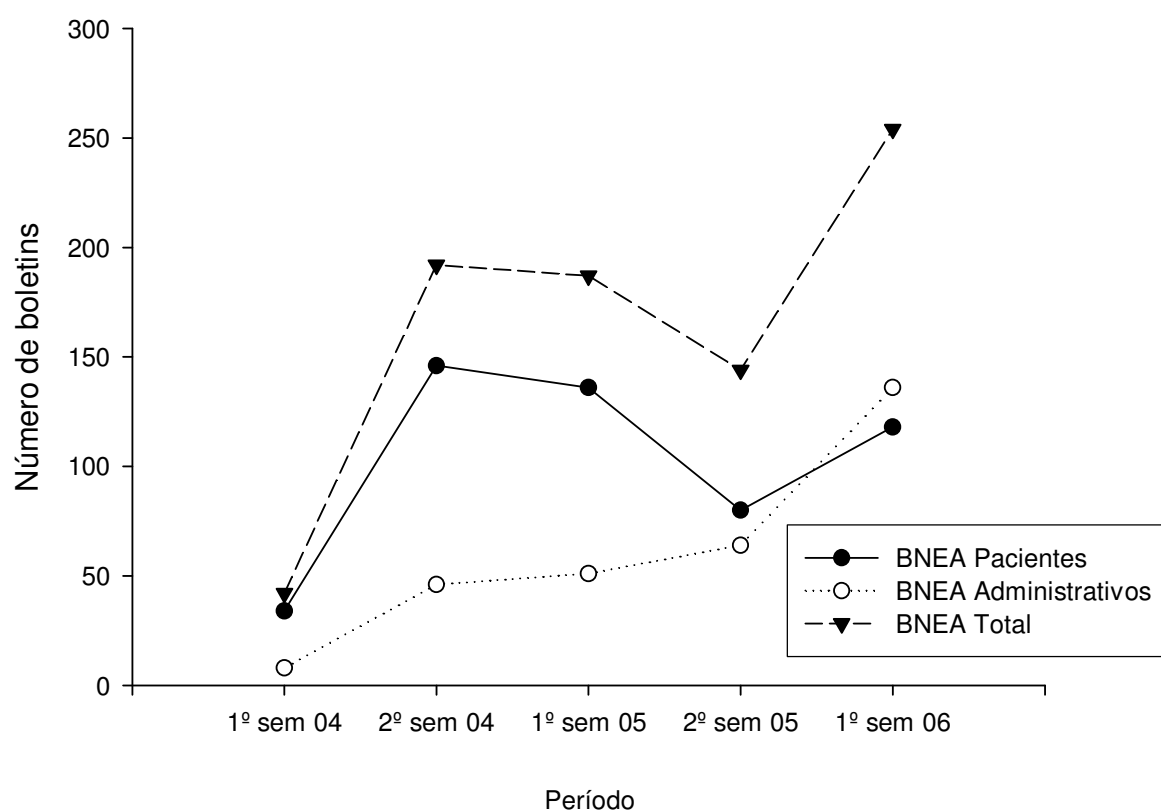
UNIDADES	DATA DO PRIMEIRO BNEA
Cirurgia Ambulatorial	07/01/2004
Oftalmo/Otorrinolaringologia	28/02/2004
Pediatria	28/02/2004
Ortopedia/Plástica	07/04/2004
Clínica Médica I e II	09/06/2004
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	09/06/2004
Pacientes Conveniados	09/06/2004
Cirurgia Gastroenterologia	11/06/2004
Neurologia	13/06/2004
Cirurgia Córdio-Torácica	15/06/2004
Dermatologia	18/06/2004
Central de Material e Esterilização	24/06/2004
Cirurgia Vascular	24/06/2004
Terapia Antálgica - Cuidados Paliativos	29/06/2004
Urologia	29/06/2004
UTI Adulto	02/07/2004
UTI Pediátrica	29/07/2004
Ginecologia	10/08/2004
Neonatologia	18/08/2004
Obstetrícia/Centro Obstétrico	26/08/2004
Supervisão de Enfermagem	01/10/2004
Centro Cirúrgico	05/10/2004
Hemodiálise	25/10/2004
UTI Coronariana	05/04/2005
Órteses/Próteses	07/03/2006
Escolta de pacientes internados	10/03/2006
Hospital-dia de Psiquiatria	-
Ambulatório Geral	-

Na figura 1, estão registrados o número total de notificações por semestre e o número de boletins segundo dois tipos: os que relatam ocorrências envolvendo diretamente pacientes (BNEA - Pacientes) e os que informam ocorrências administrativas (BNEA - Administrativos).

Boletins relacionados a ocorrências com pacientes foram mais numerosos, com exceção dos referentes ao ano de 2006. Observa-se que o



processo de notificação iniciou-se no primeiro semestre de 2004, com 50 boletins; a maior parte destes era relacionada a eventos com pacientes. Nos períodos subseqüentes, ocorreu aumento expressivo do número total de boletins, embora tenha ocorrido diminuição do registro de ocorrências relacionadas diretamente aos pacientes no 2º semestre de 2005. Verificou-se no primeiro semestre de 2006, maior número de notificações administrativas do que as relacionadas a pacientes.



**Figura 1.** Evolução do número de BNEA relativos a ocorrências com pacientes e administrativos e total por semestre/ano - HC/FMB – 2006.

Na tabela 3, estão apresentadas as frequências absolutas e relativas dos boletins de acordo com a natureza da ocorrência (com envolvimento de pacientes ou administrativos) e a unidade que originou a notificação. Verificamos que algumas unidades utilizaram o boletim principalmente para comunicar eventos que envolveram pacientes, por exemplo, dos 127 BNEA enviados pela Clínica Médica I e II, 73,2% relacionaram-se a problemas com pacientes; no caso da UTI Adulto e UTI Coronariana, isto ocorreu em 85,5% de 76 BNEA. Por outro lado, em outras unidades, como Supervisão de Enfermagem, Obstetrícia/Centro Obstétrico e Centro Cirúrgico, os BNEA relacionavam-se quase que só a questões administrativas.

**Tabela 3.** Frequência dos BNEA por unidade segundo natureza da notificação - HC/FMB – 2006

Unidades	Natureza da notificação			
	BNEA - Pacientes		BNEA – Administrativos	
	n	%	n	%
Clínica Médica I e II	93	73,2	34	26,8
UTI Adulto e Coronariana	65	85,5	11	14,5
Ortopedia/Plástica	57	87,7	8	12,3
Cirurgia Gastroenterológica	41	75,9	13	24,1
Neurologia	38	73	14	27
Centro Cirúrgico	30	36,6	52	63,4
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	23	85,2	4	14,8
UTI Pediátrica	23	92	2	8
Pacientes Conveniados	21	87,5	3	12,5
Pediatria	19	61,3	12	38,7
Oftalmo/Otorrinolaringologia	17	65,4	9	34,6
Dermatologia	17	51,1	16	48,9
Urologia	16	80	4	20
Cirurgia Córdio-Torácica	14	63,6	8	36,4
Cirurgia Vascular	8	53,3	7	46,7
Ginecologia	8	72,7	3	27,3
Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos	8	80	2	20
Cirurgia Ambulatorial	6	85,7	1	14,3
Neonatologia	5	55,5	4	44,5
Obstetrícia/Centro Obstétrico	3	15,8	16	84,2
Supervisão de Enfermagem	2	8,7	23	91,3
Ambulatório Mat./Inf.,Ortopedia e Conveniados	1	100	0	0
Hemodiálise	1	20	4	80
Central Material e Esterilização	0	0	49	100
Órteses/Próteses	0	0	10	100
Escolta de pacientes internados	0	0	1	100
<b>Total</b>	<b>516</b>	<b>62,5</b>	<b>310</b>	<b>37,5</b>

Estão apresentadas, na tabela 4, as frequências do total dos boletins segundo as ocorrências e notificações por turno de trabalho. Verifica-se que o maior número de ocorrências deu-se no período diurno, tanto aquelas que envolveram pacientes (46,9%), como as administrativas (51,9%). No período noturno, os boletins relacionavam-se a pacientes em 32,5% e eram de natureza administrativa em 26,8%. Ocorrências na transição de um turno para outro ou envolvendo dois turnos alcançaram 20,6% no caso de pacientes e 21,3% em problemas administrativos. Também se pôde observar que no período diurno foi registrada a maioria das notificações, tanto de boletins sobre pacientes como dos administrativos.

Em 605 boletins, o turno da ocorrência e o turno da notificação são correspondentes.

**Tabela 4.** Frequência dos BNEA segundo ocorrências com pacientes e administrativas e segundo turno da ocorrência e da notificação - HC/FMB – 2006

Natureza da notificação	Turno da ocorrência			Turno da notificação		
	diurno	noturno	ambos	diurno	noturno	ambos
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
BNEA pacientes (n = 516)	242 (46,9)	168 (32,5)	106 (20,6)	324 (62,8)	192 (37,2)	- -
BNEA administrativos (n = 310)	161 (51,9)	83 (26,8)	66 (21,3)	222 (71,6)	88 (28,4)	— —

( - ): Não se aplica

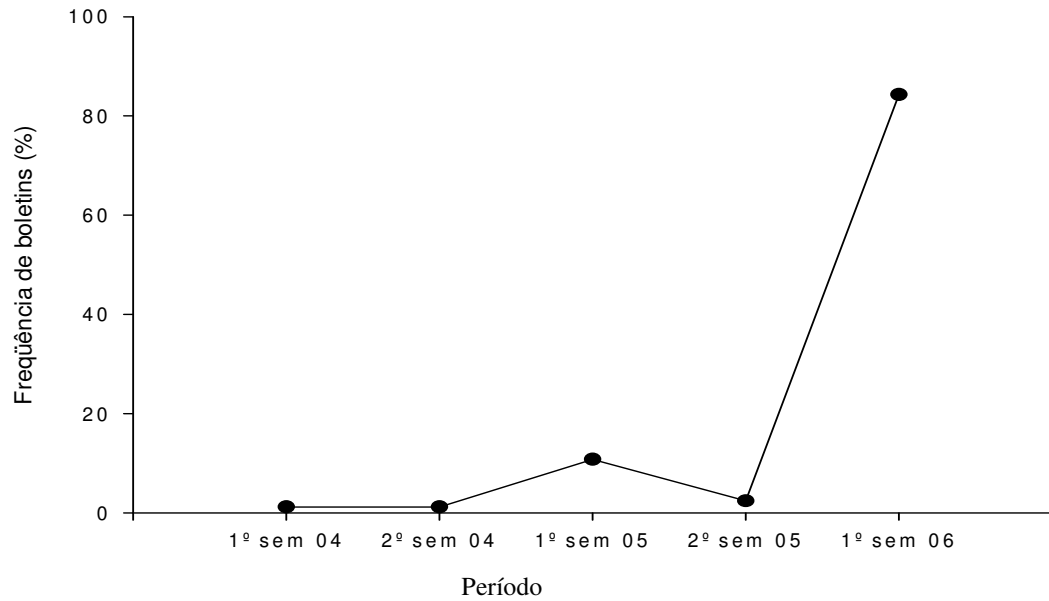
### **4.3 BNEA elaborados por Auxiliares/Técnicos de Enfermagem**

Na tabela 5 e nas figuras de número 2 a 8, os dados apresentados foram coletados de 83 boletins elaborados por auxiliares/técnicos de enfermagem. Correspondem a 10% do total de boletins estudados. Nota-se que 84,3% dos boletins foram encaminhados no primeiro semestre de 2006 (figura 2). Tratavam de assunto administrativo em 71,1% dos casos. Quanto à natureza das ocorrências, verificou-se: falha no seguimento da rotina - 45%; eventos institucionais - 22,5%; falha na comunicação - 13,2% e conflitos pessoais - 11,6%. Unidades que apresentaram maior frequência de ocorrências: Centro Cirúrgico - 42,2% e Centro de Material e Esterilização - 26,5% (figura 4); nestas unidades originaram-se também a maioria das notificações (respectivamente 50,7% e 13,2%) (figura 5). Quanto ao turno, notificações e ocorrências foram mais frequentes no período diurno (92,8% e 77,1%, respectivamente) (figura 6 e 7). Quanto à distribuição de acordo com a área envolvida, participações mais frequentes foram notadas na Divisão de Enfermagem (65,1%) e na Divisão Médica (26,5%) (figura 8).

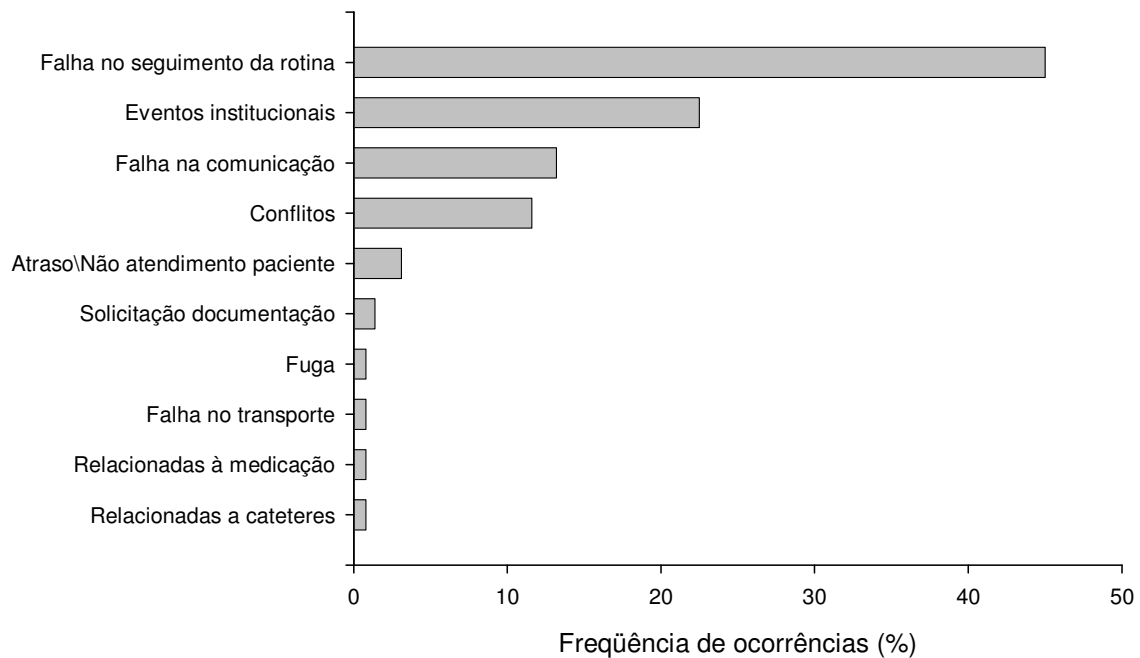
**Tabela 5.** Frequência dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo as características das notificações: distribuição no período de estudo, tipo de BNEA, tipo de ocorrência, local da ocorrência e da notificação, turno da ocorrência e da notificação e áreas envolvidas - HC/FMB – 2006

Variáveis	n	%
<b>Semestre</b>		
1º. Semestre 2004	1	1,2
2º. Semestre 2004	1	1,2
1º. Semestre 2005	9	10,8
2º. Semestre 2005	2	2,4
1º. Semestre 2006	70	84,3
Total	83	100
<b>Tipo de BNEA</b>		
Pacientes	24	28,9
Administrativos	59	71,1
<b>Tipo de ocorrência</b>		
Falha no seguimento da rotina	58	45
Eventos institucionais	29	22,5
Falha na comunicação	17	13,2
Conflitos	15	11,6
Relacionadas a cateteres	1	0,8
Relacionadas à medicação	1	0,8
Falha no transporte	1	0,8
Relacionadas a fuga	1	0,8
Atraso no atendimento do paciente	4	3,1
Solicitação documento	2	1,4
Total	129	100
<b>Local da ocorrência</b>		
Centro Cirúrgico	35	42,2
Central Material e Esterilização	22	26,5
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	3	3,6
Órteses/Próteses	3	3,6
Oftalmo/Otorrinolaringologia	3	3,6
Ortopedia/Plástica	3	3,6
Outros*	14	16,9
<b>Local da notificação</b>		
Centro Cirúrgico	42	50,7
Central Material e Esterilização	11	13,2
Órteses/Próteses	9	10,9
Ortopedia/Plástica	6	7,2
Dermatologia	3	3,6
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	3	3,6
Neurologia	3	3,6
Outros**	6	7,2
<b>Turno da ocorrência</b>		
Diurno	64	77,1
Noturno	10	12
Ambos	9	10,8
<b>Turno da notificação</b>		
Diurno	77	92,8
Noturno	6	7,2
<b>Áreas envolvidas</b>		
Enfermagem	54	65,1
Médica	22	26,5
Faculdade de Medicina	4	4,8
Administrativa	2	2,4
Pronto Socorro	1	1,2

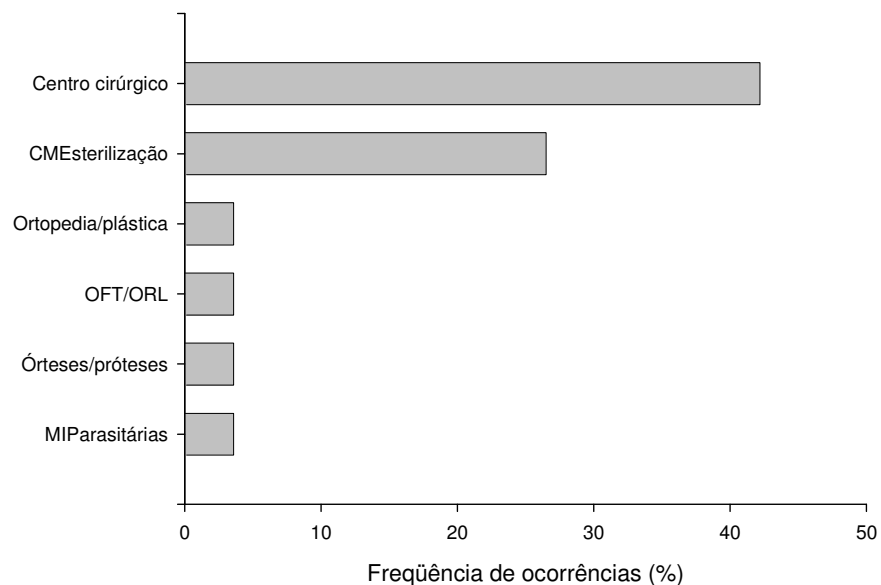
\*Outros: Cirurgia Gastroenterológica, Clínica Médica I e II, Neurologia, Obstetrícia/Centro Obstétrico, Pacientes Conveniados, Pediatria, corredor, Portaria, Pronto Socorro, Supervisão de Enfermagem, Urologia, UTI Adulto e UTI Coronariana; \*\*Outros: Oftalmo/otorrinolaringologia, Clínica Médica I e II, Obstetrícia/Centro Obstétrico, Pacientes Conveniados.



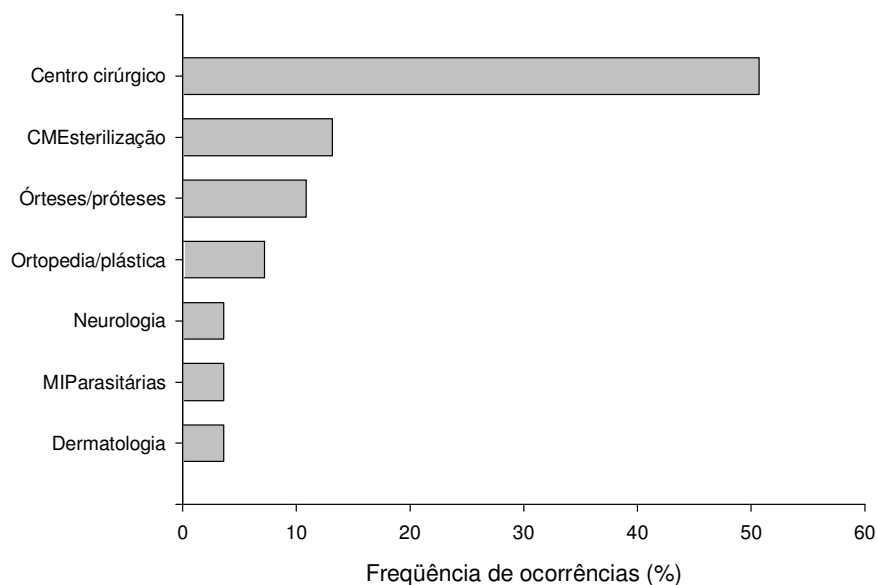
**Figura 2.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o período de 30 meses - HC/FMB – 2006.



**Figura 3.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006.

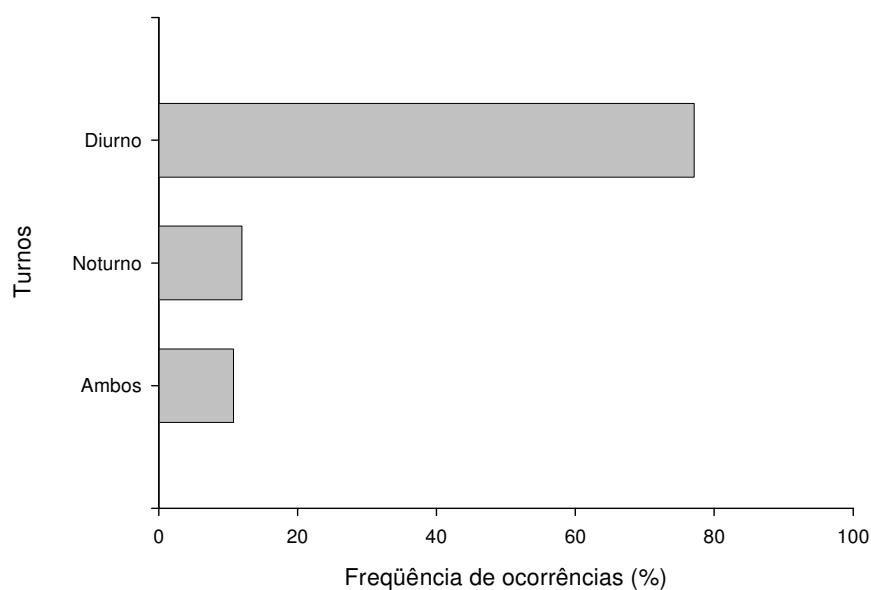


**Figura 4.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o local da ocorrência - HC/FMB – 2006.

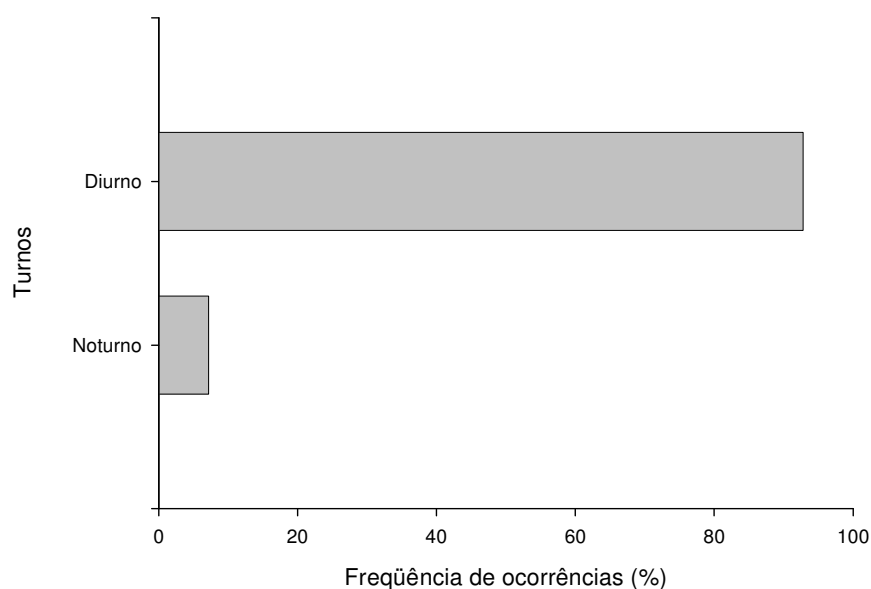


**Figura 5.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o local da notificação - HC/FMB – 2006.

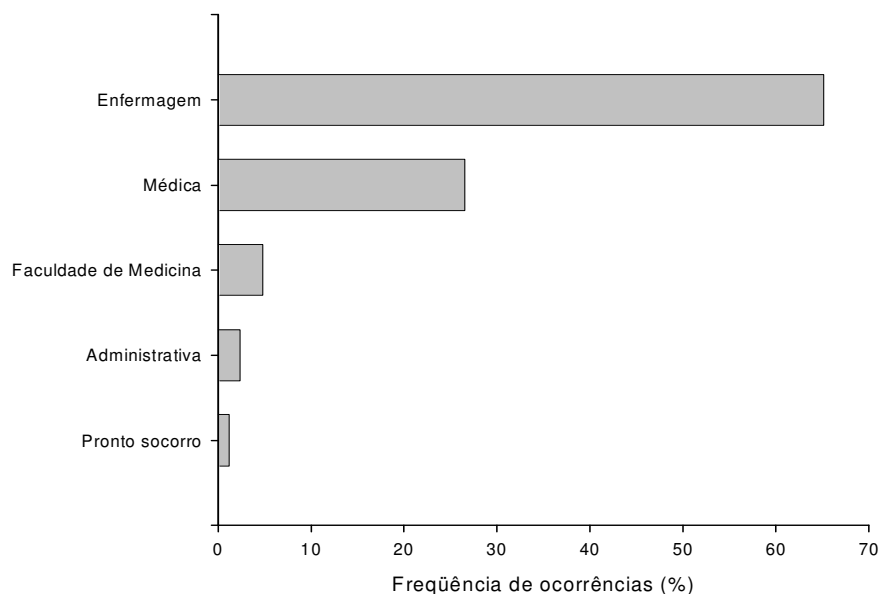




**Figura 6.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o turno da ocorrência - HC/FMB – 2006.



**Figura 7.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo o turno da notificação - HC/FMB – 2006.

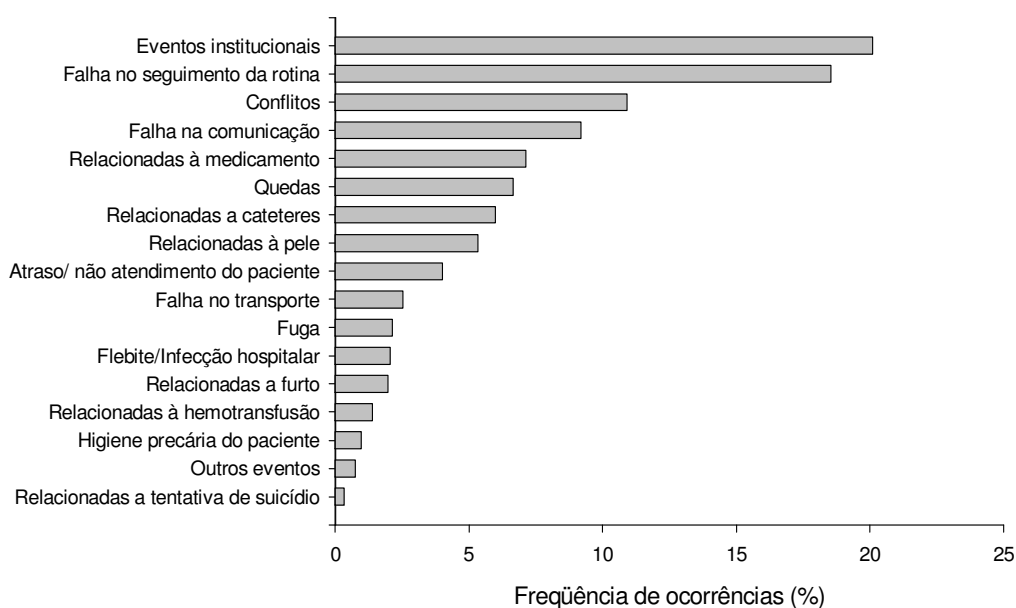


**Figura 8.** Distribuição dos BNEA elaborados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem segundo a área envolvida - HC/FMB – 2006.

#### 4.4 Ocorrências mais freqüentes

Neste item são abordados os BNEA na sua totalidade. Trata-se de 826 boletins que deram informação sobre 1219 ocorrências, divididas em 750 relacionadas a pacientes e 469 puramente administrativas.

Na figura 9, observa-se a distribuição da freqüência das ocorrências relacionadas a pacientes e ocorrências administrativas; quanto ao tipo de ocorrência, verificou-se que 20,1% delas correspondiam a eventos institucionais. As demais ocorrências mais freqüentes foram: falhas no seguimento da rotina (18,5%), conflitos pessoais (11%) e falhas na comunicação (9%).



Outros eventos: Parada cardíaco-respiratória, ingestão de álcool, paciente com afecção psiquiátrica, autorização de acompanhante, solicitação de documento.

**Figura 9.** Distribuição das ocorrências registradas nos BNEA segundo o tipo - HC/FMB – 2006.

Na tabela 6 e figura 10, estão referidos os eventos institucionais registrados nos BNEA. Pode-se observar, inicialmente, que no primeiro semestre de 2004 este tipo de ocorrência foi registrado em sete boletins (3,3%) e em 36 a 87 boletins (17,1% a 41,5%), nos semestres seguintes.

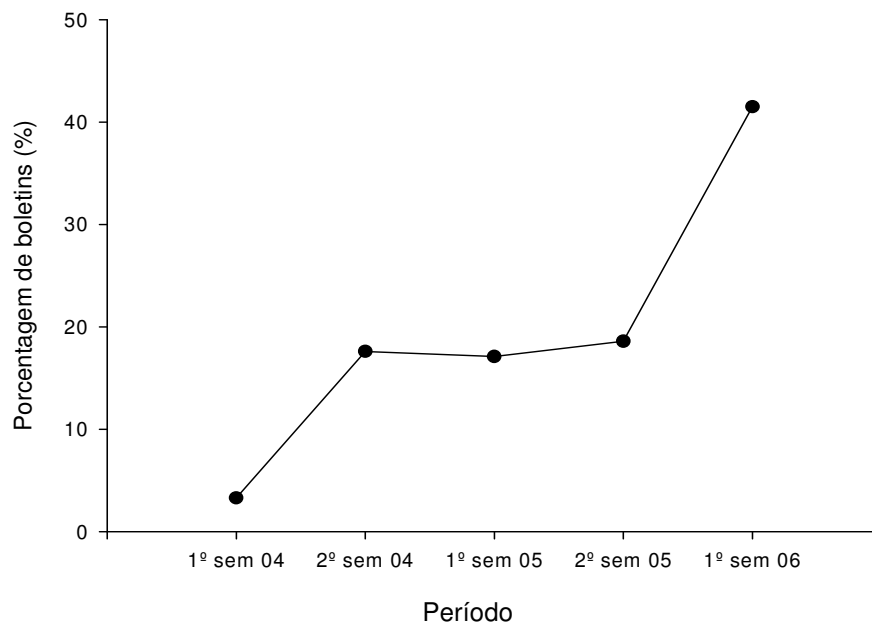
Dentre os 245 eventos institucionais registrados, 67 (27,3%) envolveram diretamente o paciente. Verifica-se, na tabela 6, que 31,9% do total de eventos estão relacionados a equipamentos (falta do equipamento, falta de peça, quebra ou falha de funcionamento), 17,1% referem-se a falha na infra-estrutura física do prédio hospitalar, 11% a falta de pessoal, 15,1% a falta ou falha de material de consumo e 4,1% a extravio de documentos (figura 11). Quanto ao local das ocorrências, verificou-se a

seguinte distribuição: Centro Cirúrgico (15,2%), Central de Material e Esterilização (13,3%), enfermarias de Clínica Médica I e II (9%), Neurologia (5,7%) e Cirurgia Gastroenterológica (5,7%); nestes locais, as ocorrências corresponderam a 48,9% do seu total (figura 12). Quanto ao turno, os eventos ocorreram principalmente no diurno (49%) e foram notificados também neste período (68,6%), (figuras 13 e 14). No tocante às áreas, verificou-se que a Divisão de Enfermagem esteve envolvida em 57,1%, a Divisão Administrativa em 14,3% e a Divisão Médica em 9,5% das notificações de ocorrência (figura 15).

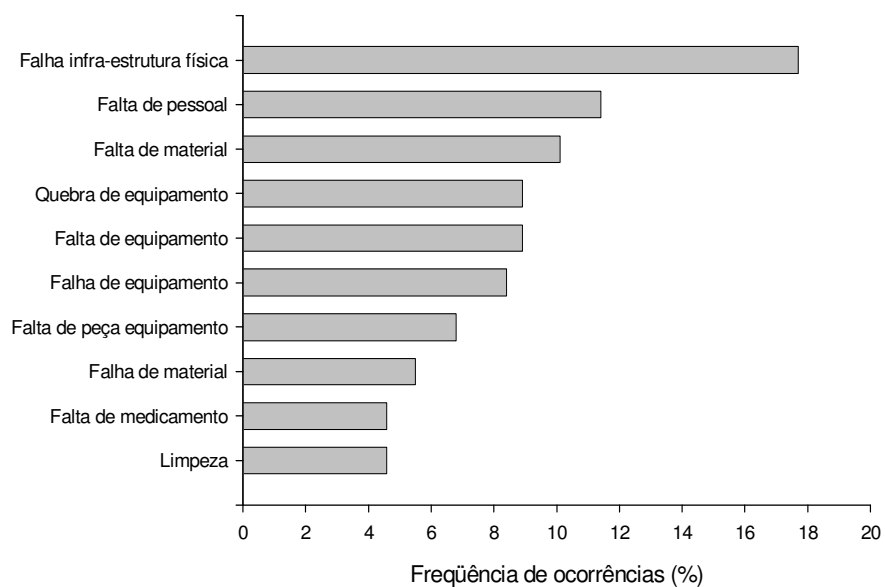
**Tabela 6.** Frequência de eventos institucionais: distribuição no período de estudo, tipo de ocorrência, local da ocorrência e turno da ocorrência, turno da notificação e áreas envolvidas - HC-FMB 2006

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Semestre</b>		
1º sem. 2004	7	3,3
2º sem. 2004	37	17,6
1º sem. 2005	36	17,1
2º sem. 2005	39	18,6
1º sem. 2006	87	41,5
Sem informação	4	1,9
Total	210	100
<b>Tipo de ocorrência</b>		
Falha infra-estrutura física predial	42	17,1
Falta de pessoal	27	11,0
Falta de material	24	9,8
Falta de equipamento	21	8,6
Quebra de equipamento	21	8,6
Falha de equipamento	20	8,2
Falta de peça equipamento	16	6,5
Falha de material	13	5,3
Limpeza	11	4,5
Falta de medicamento	11	4,5
Extravio de documentos	10	4,1
Outros	29	11,8
Total	245	100
<b>Local da ocorrência</b>		
Centro Cirúrgico	32	15,2
Central Material e Esterilização	28	13,3
Clínica Médica I e II	19	9,0
Neurologia	12	5,7
Cirurgia Gastroenterológica	12	5,7
Supervisão Enfermagem	9	4,4
Dermatologia	8	3,8
Cirurgia Córdio-torácica	7	3,4
Oftalmo/Otorrinolaringologia	6	2,8
Portaria	6	2,8
Pediatria	5	2,4
Farmácia	5	2,4
Pronto Socorro	5	2,4
Outros*	56	26,7
<b>Turno da ocorrência</b>		
Diurno	103	49
Noturno	58	27,6
Ambos	49	23,4
<b>Turno da notificação</b>		
Diurno	144	68,6
Noturno	66	31,4
<b>Áreas envolvidas</b>		
Enfermagem	120	57,1
Administrativa	30	14,3
Médica	20	9,5
Faculdade Medicina	17	8,1
Limpadora	13	6,2
Sem informação	1	0,5
Outras**	9	4,3

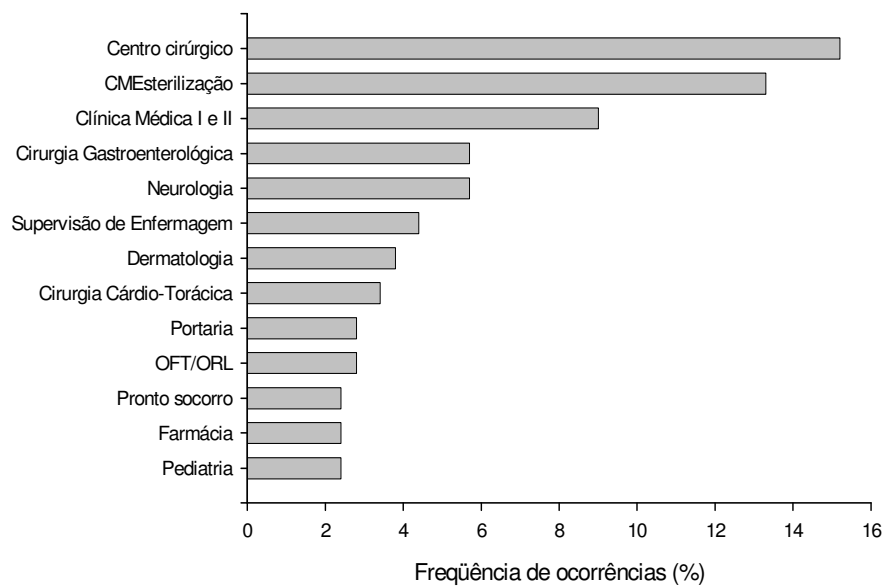
Outros: Falta de roupa, oxigênio, acidente de trabalho, abandono de plantão, greve, falsificação de assinatura, relacionada a chave, insetos e roedores, incêndio. Outros\*: Cirurgia Ambulatorial, Hemodiálise, Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Obstetrícia, Patologia, corredor, Pacientes Conveniados, UTI Adulto e Coronariana, Neonatal, Cirurgia Vascular, Ambulatórios Materno Infantil e Geral, Órteses/Próteses, Urologia. Outros\*\*: Pronto Socorro, Escola Técnica, Hemocentro.



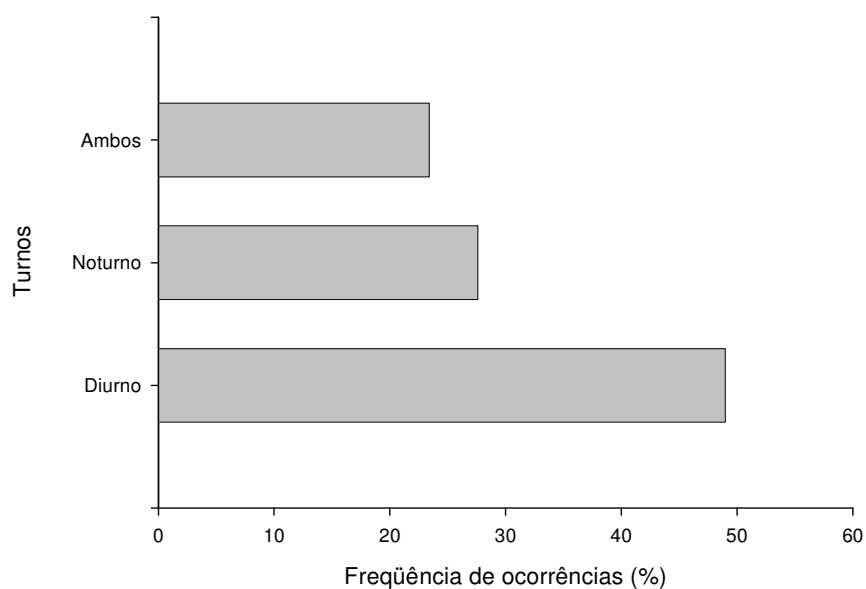
**Figura 10.** Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o período de 30 meses - HC/FMB – 2006.



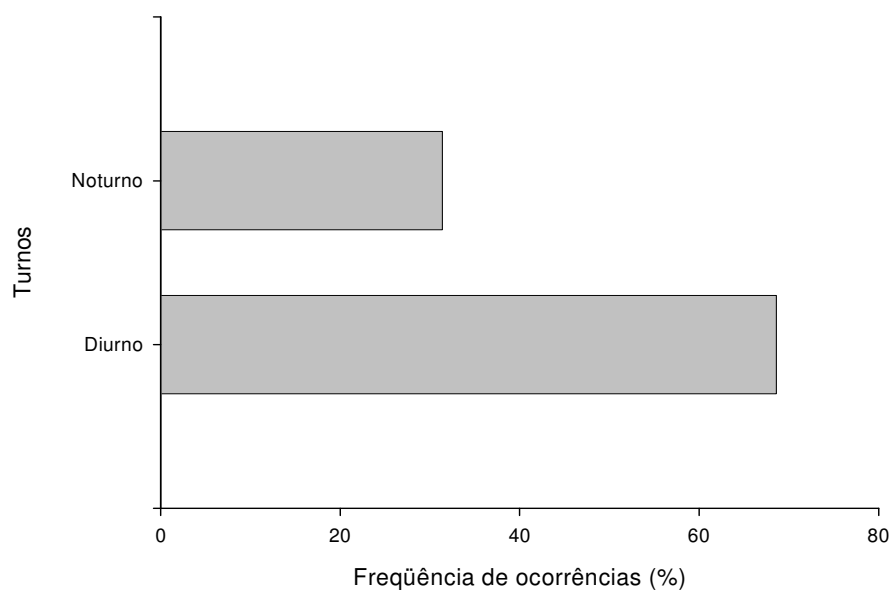
**Figura 11.** Distribuição dos eventos institucionais segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006.



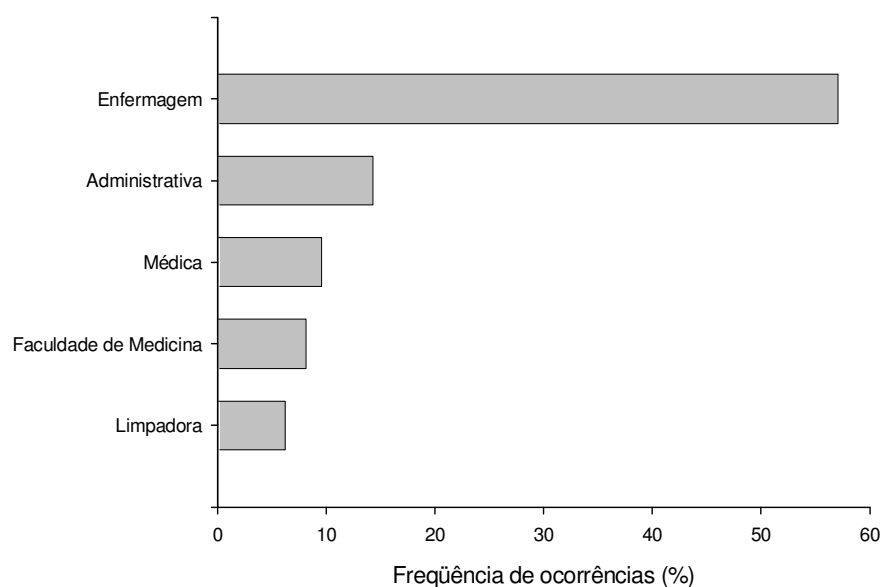
**Figura 12.** Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o local da ocorrência - HC/FMB – 2006.



**Figura 13.** Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o turno da ocorrência - HC/FMB – 2006.



**Figura 14.** Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo o turno da notificação - HC/FMB – 2006.



**Figura 15.** Distribuição dos BNEA relativos aos eventos institucionais segundo a área envolvida - HC/FMB – 2006.



Na tabela 7, estão registrados os dados referentes à frequência de ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e aos conflitos, de acordo com o período de estudo, o local e o turno da ocorrência e as áreas envolvidas. Na figura 16, estão apresentadas as frequências referentes a estas ocorrências por semestre e, na figura 17, ao tipo de ocorrência. No primeiro semestre de 2006, foram notificadas 41,2% das ocorrências.

Com relação à falha no seguimento da rotina verificaram-se porcentagens maiores em três unidades: Centro Cirúrgico (26,5%), Centro de Material e Esterilização (11,1%) e enfermarias de Clínica Médica I e II (9,7%). A maioria dos eventos (62,8%) ocorreu no período diurno. Quanto à distribuição de acordo com a área envolvida, participações mais frequentes foram notadas na Divisão de Enfermagem (50%) e, a seguir, na Divisão Médica (30,5%) e na Divisão Administrativa (8,4%).

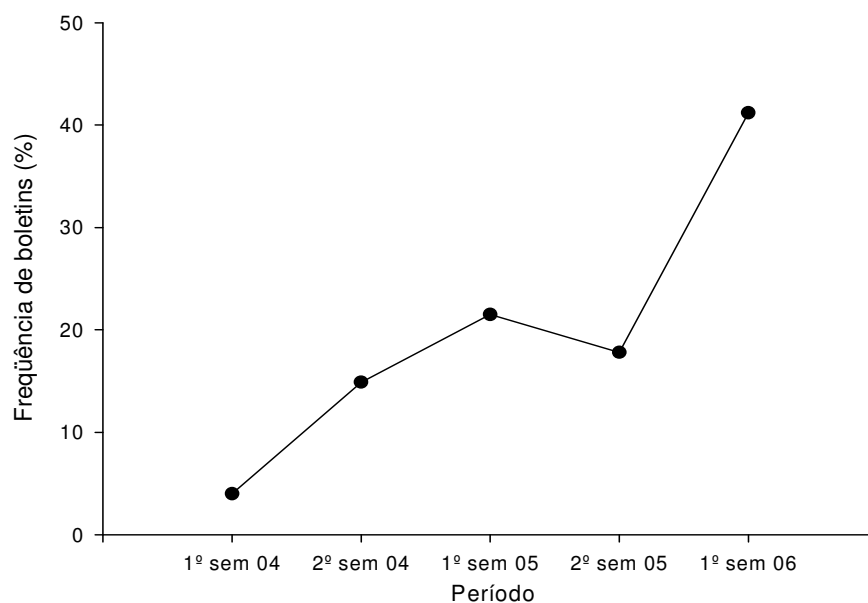
Quanto à falha na comunicação, verificam-se na tabela 7, porcentagens maiores em cinco unidades: Centro Cirúrgico (20,5%), Centro de Material e Esterilização (8%), Clínica Médica I e II (8%), UTI Adulto e Coronariana (8%) e Pronto socorro (5,4%). Esta falha também ocorreu mais no período diurno; participações mais frequentes foram observadas na Divisão de Enfermagem (59,8%), na Divisão Médica (20,5%) e na Divisão de Administração (9,8%).

Nos dados sobre conflitos, apresentados na tabela 7, frequências mais elevadas foram observadas nas enfermarias de Clínica Médica I e II (15%), no Centro Cirúrgico (9%), na Pediatria (8,3%), Obstetrícia/Centro Obstétrico (8,3%) e enfermaria de Neurologia (7,5%). Os conflitos ocorreram no período diurno (48,1%) e noturno (41,4%). Quanto à distribuição de acordo com a área envolvida, participações mais frequentes foram notadas na Divisão de Enfermagem (72,2%) e, a seguir, na Divisão Médica (19,6%) e na Divisão Administrativa (3,7%).

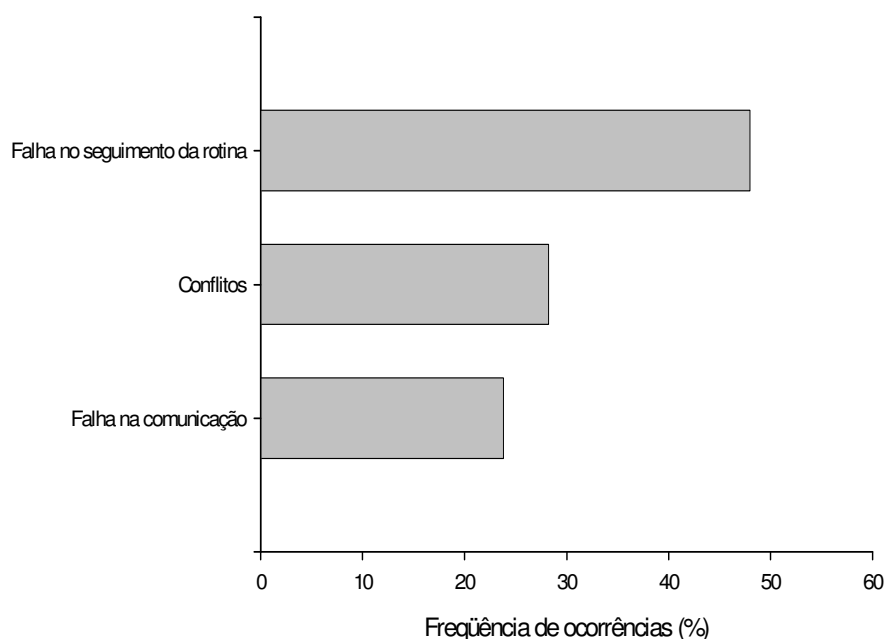
**Tabela 7.** Frequência de ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos de acordo com: distribuição no período de estudo, local e turno da ocorrência e áreas envolvidas - HC/FMB 2006

Variáveis	Frequência						
	Falha rotina		Falha comunicação		Conflitos		Total
	n	%	n	%	n	%	n (%)
<b>Semestre</b>							
1º sem. 2004	9		4		6		19 (4,0)
2º sem. 2004	24		7		39		70 (14,9)
1º sem. 2005	45		32		24		101 (21,5)
2º sem. 2005	37		18		29		84 (17,8)
1º sem. 2006	108		51		35		194 (41,2)
Sem informação	3		0		0		3 (0,6)
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>48</b>	<b>112</b>	<b>23,8</b>	<b>133</b>	<b>28,2</b>	<b>471 (100)</b>
<b>Local da ocorrência</b>							
Centro Cirúrgico	60	26,5	23	20,5	12	9	95 (20,2)
Central Material e Esterilização	25	11,1	9	8	6	4,5	40 (8,5)
Clínica Médica I e II	22	9,7	9	8	20	15	51 (10,8)
UTI Adulto e Coronariana	13	5,7	9	8	1	0,8	23 (4,9)
Pronto Socorro	13	5,7	6	5,3	8	6	27 (5,7)
Farmácia	8	3,6	1	0,9	0	0	9 (1,9)
Cirurgia Cárdio-Torácica	7	3,1	3	2,6	7	5,3	17 (3,6)
Cirurgia Gastroenterológica	7	3,1	4	3,7	3	2,2	14 (3,0)
Oftalmo/Otorrinolaringologia	7	3,1	1	0,9	4	3	12 (2,5)
Ortopedia/Plástica	6	2,7	3	2,6	6	4,5	15 (3,2)
Pediatria	6	2,7	3	2,6	11	8,3	20 (4,2)
Moléstias Infecciosas Parasitárias	6	2,7	4	3,7	2	1,5	12 (2,5)
Obstetrícia/Centro Obstétrico	5	2,2	2	1,8	11	8,3	18 (3,8)
Dermatologia	5	2,2	2	1,8	7	5,3	14 (3,0)
Pacientes Conveniados	5	2,2	3	2,6	6	4,5	14 (3,0)
Supervisão Enfermagem	4	1,8	5	4,6	1	0,8	10 (2,1)
Urologia	3	1,3	4	3,7	3	2,2	10 (2,1)
Ginecologia	3	1,3	2	1,8	4	3	9 (1,9)
Neurologia	3	1,3	1	0,9	10	7,6	14 (3,0)
Orteses/Próteses	3	1,3	3	2,6	2	1,5	8 (1,7)
Centro Diagnóstico Imagem	2	0,9	1	0,9	2	1,5	5 (1,1)
Hemocentro	2	0,9	0	0	0	0	2 (0,4)
Cirurgia Vascular	2	0,9	0	0	3	2,2	5 (1,1)
RX	2	0,9	0	0	1	0,8	3 (0,6)
Neonatologia	2	0,9	1	0,9	0	0	3 (0,6)
Outros	5	2,2	13	11,6	3	2,2	21 (4,5)
<b>Turno da ocorrência</b>							
Diurno	142	62,8	59	52,7	64	48,1	265 (56,3)
Noturno	44	19,5	25	22,3	55	41,4	124 (26,3)
Ambos	40	17,7	28	25	14	10,5	82 (17,4)
<b>Áreas envolvidas</b>							
Enfermagem	113	50	67	59,8	96	72,2	276 (58,6)
Administração	19	8,4	11	9,8	5	3,7	35 (7,4)
Médica	69	30,5	23	20,5	26	19,6	118 (25,1)
Hemocentro	4	1,8	1	0,9	0	0	5 (1,1)
Limpadora	9	4	2	1,8	0	0	11 (2,3)
Pronto socorro	10	4,4	6	5,4	2	1,5	18 (3,8)
Faculdade de Medicina	2	0,9	2	1,8	4	3	8 (1,7)

Outros: Patologia, Portaria e Cirurgia Ambulatorial.



**Figura 16.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos segundo o período de 30 meses - HC/FMB – 2006.



**Figura 17.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos segundo tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006.

## 4.5 Boletim de Notificação de Eventos Adversos Administrativo

Na tabela 8, os dados referentes às ocorrências que não envolveram diretamente pacientes (BNEA Administrativos) são apresentados de acordo com suas frequências.

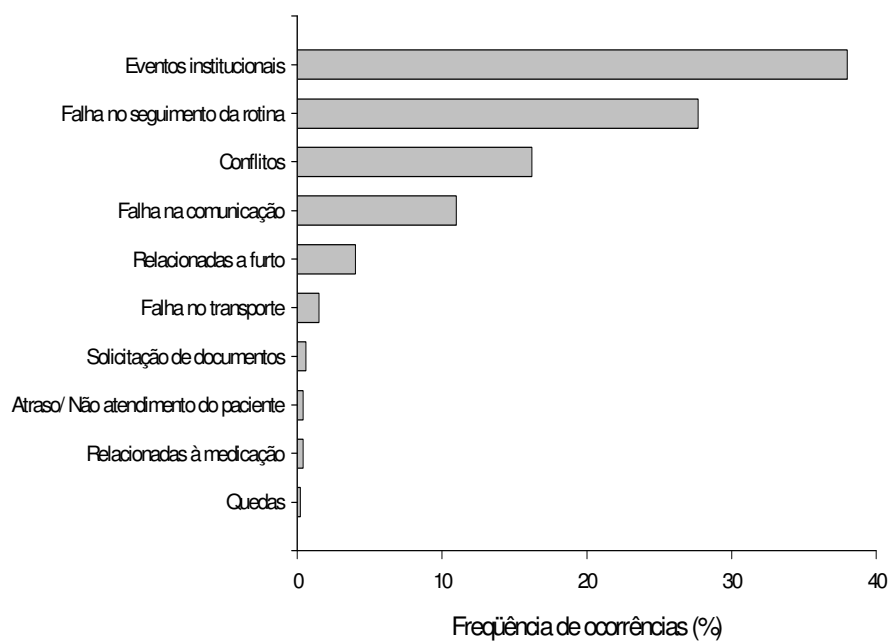
Na figura 18, observam-se maiores frequências de eventos institucionais (38,4%) e de falhas no seguimento da rotina (27,7%). Com relação ao local de ocorrência, foram observadas notificações originadas principalmente no Centro Cirúrgico (21,9%), Centro de Material e Esterilização (11%) e nas enfermarias de Clínica Médica I e II (10%).

Ocorrências (51,9%) e registros das notificações (71,6%) verificaram-se mais no período diurno. Quanto à distribuição de acordo com a área envolvida, participações mais frequentes foram notadas na Divisão de Enfermagem (59,3%) e, a seguir, na Divisão Médica (17,4%) e na Divisão Administrativa (11,4%).

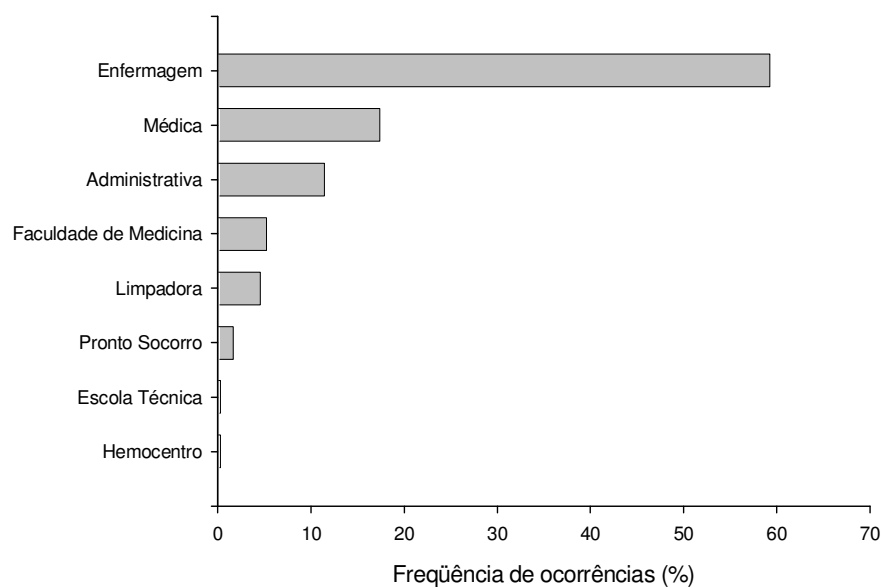
**Tabela 8.** Frequência dos BNEA administrativos de acordo com: distribuição no período de estudo, tipo, local e turno da ocorrência, turno da notificação e áreas envolvidas - HC/FMB 2006

Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Semestre</b>		
1º sem. 2004	8	2,6
2º sem. 2004	46	14,8
1º sem. 2005	50	16,1
2º sem. 2005	65	21
1º sem. 2005	136	43,9
Sem informação	5	1,6
Total	310	100
<b>Tipo de ocorrências</b>		
Relacionadas à medicamentos	2	0,4
Relacionadas a quedas	1	0,2
Relacionadas a furto	19	4,0
Eventos institucionais	178	38
Falha seguimento da rotina	130	27,7
Falha na comunicação	51	11
Não atendimento paciente	2	0,4
Falha no transporte	7	1,5
Conflitos	76	16,2
Solicitação de documento	3	0,6
Total	469	100
<b>Local da ocorrência</b>		
Centro Cirúrgico	68	21,9
Central Material e Esterilização	34	11
Clínica Médica I e II	31	10
Obstetrícia/Centro Obstétrico	14	4,5
Supervisão Enfermagem	14	4,5
Cirurgia Gastroenterológica	13	4,2
Dermatologia	13	4,2
Neurologia	11	3,5
Oftalmo/Otorrinolaringologia	10	3,2
Cirurgia Cárdio/Torácica	9	2,9
Pediatria	8	2,6
Farmácia	7	2,2
Pronto Socorro	7	2,2
Orteses/Próteses	6	1,9
Portaria	6	1,9
Ortopedia/Plástica	5	1,6
Urologia	5	1,6
Moléstias Infecciosas e Parasitárias	5	1,6
Hemodiálise	5	1,6
Cirurgia Vascular	5	1,6
UTI Adulto e Coronariana	4	1,4
Patologia	4	1,4
Vários locais	4	1,4
Outros	22	7,1
<b>Turno da ocorrência</b>		
Diurno	161	51,9
Noturno	83	26,8
Ambos	66	21,3
<b>Turno da notificação</b>		
Diurno	222	71,6
Noturno	88	28,4
<b>Áreas envolvidas</b>		
Enfermagem	184	59,3
Médica	54	17,4
Administrativa	35	11,4
Faculdade Medicina	16	5,2
Limpadora	14	4,5
Pronto Socorro	5	1,6
Hemocentro	1	0,3
Escola Técnica	1	0,3

Outros: Ginecologia, Cirurgia Ambulatorial, Neonatologia, Centro de Diagnóstico por Imagem, Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, outros serviços, sala de vacinas.



**Figura 18.** Distribuição de BNEA Administrativos segundo o tipo de ocorrência - HC/FMB – 2006.



**Figura 19.** Distribuição de BNEA Administrativos segundo a área envolvida - HC/FMB – 2006.

#### **4.6 Boletim de Notificação de Eventos Adversos com envolvimento de pacientes**

Na tabela 9 e figura 20, estão registradas as frequências dos tipos de ocorrências que envolveram diretamente os pacientes. Falha no seguimento da rotina ocorreu em 12,8% dos casos. Em seqüência, observaram-se: ocorrências relacionadas à medicação (11,3%), a quedas (10,7%), a cateteres (9,7%) e à integridade da pele (8,7%).

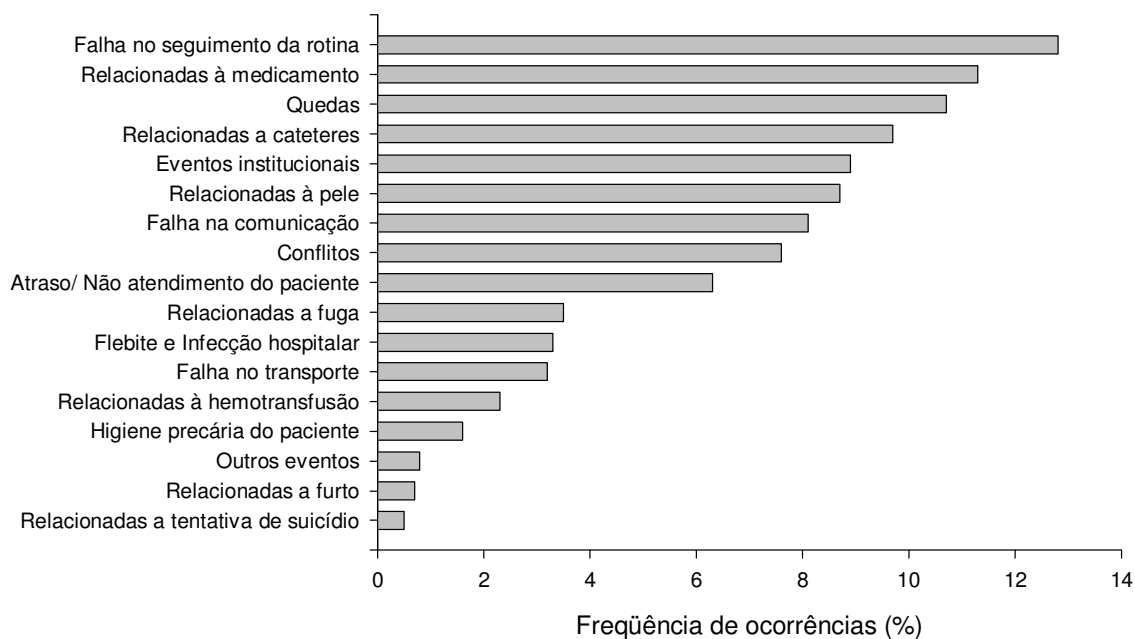
Ainda na tabela 9 e figura 21, estão apresentados dados relacionados à gravidade das ocorrências. Em 45,2% dos casos, a gravidade pôde ser considerada de nível maior. Ocorrências relacionadas à medicação (15,4%), à pele (14,2%) e a quedas (12,5%) foram as mais frequentes.

**Tabela 9.** Frequência das ocorrências com pacientes por tipo e gravidade - HC/FMB 2006

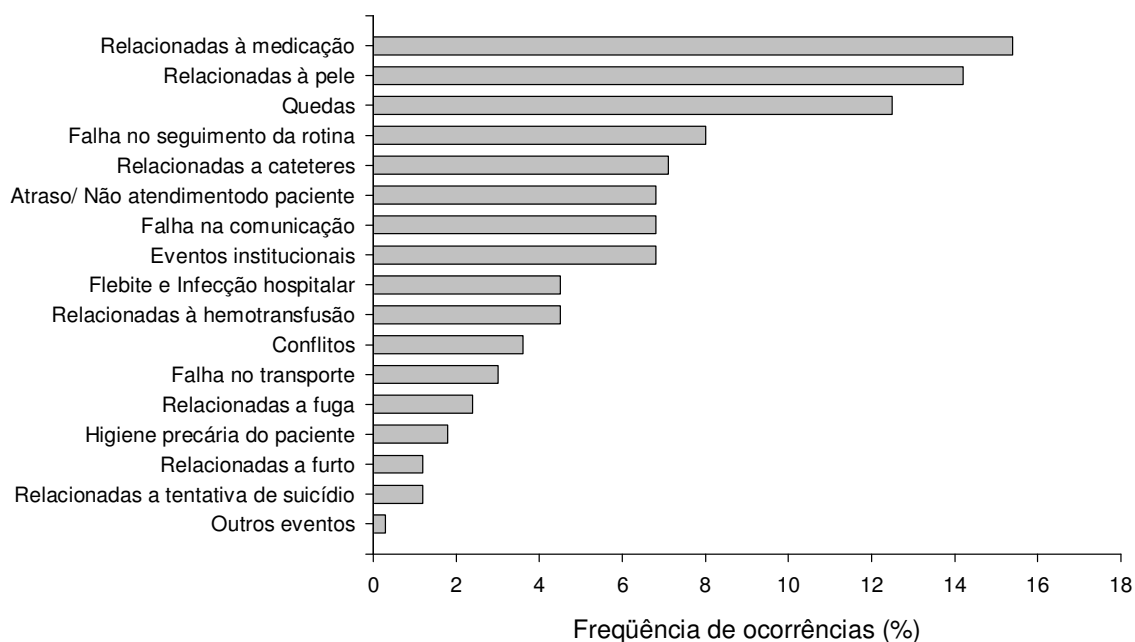
Tipo de ocorrência	Frequência			
	Ocorrências com pacientes		Gravidade maior	
	n	%	n	%
Atraso/Não atendimento paciente	47	6,3	23	6,8
Conflitos	57	7,6	12	3,6
Eventos institucionais	67	8,9	23	6,8
Falha na comunicação	61	8,1	23	6,8
Falha no seguimento da rotina	96	12,8	27	8,0
Falha no transporte	24	3,2	10	3,0
Flebite e infecção hospitalar	25	3,3	15	4,5
Higiene precária	12	1,6	6	1,8
Outros eventos	6	0,8	1	0,3
Relacionadas à cateteres	73	9,7	24	7,1
Relacionadas a fuga	26	3,5	8	2,4
Relacionadas a furto	5	0,7	4	1,2
Relacionadas à hemotransfusão	17	2,3	15	4,5
Relacionadas à integridade pele	65	8,7	48	14,2
Relacionadas à medicação	85	11,3	52	15,4
Relacionadas a quedas	80	10,7	42	12,5
Relacionadas a suicídio	4	0,5	4	1,2
<b>Total</b>	<b>750</b>	<b>100</b>	<b>337</b>	<b>100</b>

Outros eventos: Parada cardíaco-respiratória, ingestão de álcool, paciente com afecção psiquiátrica, autorização de acompanhante, solicitação de documento.





**Figura 20.** Distribuição dos tipos de ocorrências envolvendo pacientes - HC/FMB – 2006.



**Figura 21.** Distribuição dos tipos de ocorrências com pacientes classificadas como gravidade maior - HC/FMB – 2006.

Na tabela 10, estão apresentadas as freqüências das ocorrências por local e para cada 100 admissões. Porcentagens mais altas foram observadas na UTI Adulto e Coronariana e consecutivamente nas enfermarias de Clínica Médica I e II, Moléstias Infecciosas e Parasitárias e Dermatologia.

**Tabela 10.** Freqüência das ocorrências com pacientes por local da ocorrência e número de eventos por 100 admissões - HC/FMB 2006

Unidade	Ocorrências com pacientes	Ocorrências/ 100 admissões
Clínica Médica I e II	101	3,0
UTI Adulto e Coronariana	77	5,38
Centro Cirúrgico	57	0,31
Ortopedia/Plástica	49	1,9
Cirurgia Gastroenterológica	45	1,9
Neurologia	42	7,7
Moléstias Infecciosas Parasitárias	33	2,42
Pediatria	28	0,55
Pacientes Conveniados	27	1,95
Cirurgia Córdio/Torácica	25	1,9
Urologia	24	1,83
Dermatologia	21	2,3
Oftalmo/Otorrinolaringologia	21	0,63
Outros	200	—
Total	750	-

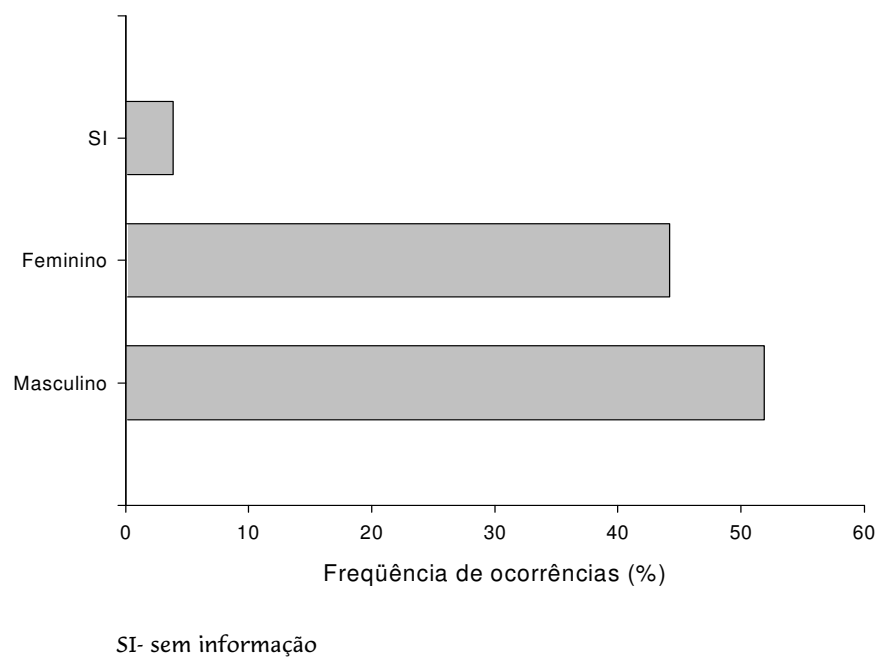
Outros: Ambulatório Geral, Ambulatório Mat./Inf., Ortopedia/Conveniados, Centro Diagnóstico Imagem, Cirurgia Ambulatorial, Escolta pacientes internados, Farmácia, Farmácia medicamentos alto custo, Ginecologia, Hemocentro, Hemodinâmica, corredor, Central Material Esterilização, Pronto Socorro, outros serviços e instituições, Obstetrícia/Centro Obstétrico, Patologia, Registro, Radiologia, Transporte, Urologia, Terapia Antalgica Cuidados Paliativos, Neonatologia, UTI Pediátrica, Cirurgia Vascular.

Na tabela 11, são apresentadas as características dos pacientes envolvidos nas ocorrências. Os dados da tabela 11 e das figuras 22 e 23 mostram a predominância do sexo masculino (51,9%) e da faixa etária de 19 a 59 anos (42,4%). Entretanto, 32,6% dos pacientes tinham 60 anos ou mais. Na faixa etária de 0 a 18 anos, concentravam-se 12,4% dos pacientes.

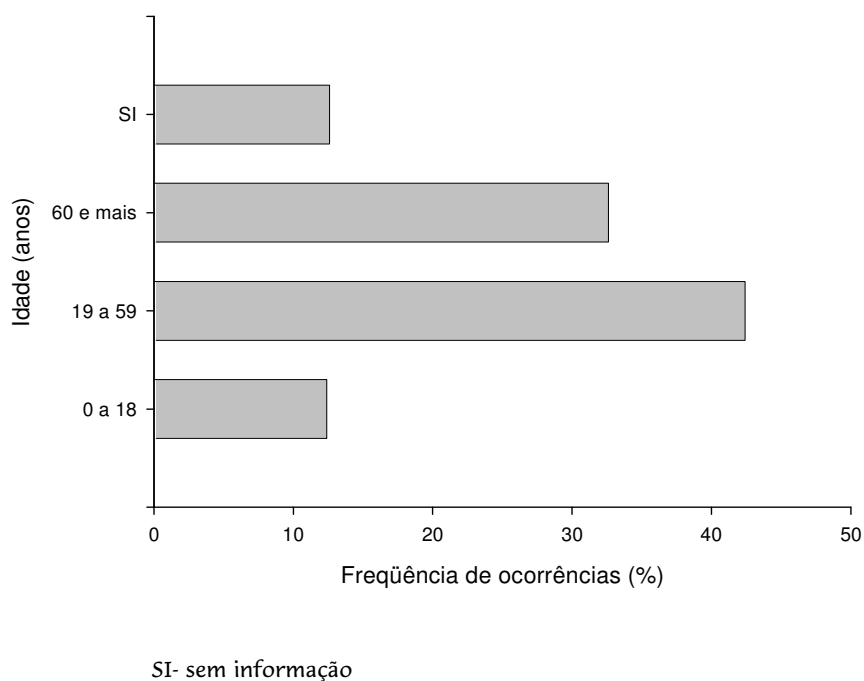
Os diagnósticos médicos dos pacientes envolvidos nas ocorrências, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID - 10, são apresentados na tabela 11 e figura 24. Doenças do sistema circulatório (14,1%) e neoplasias (13,2%) foram as afecções mais frequentes. Em 96,3% dos boletins, os pacientes encontravam-se internados no momento das ocorrências; a maioria dos eventos ocorreu no período de 0 a 5 dias de internação (54,1%) e entre 6 e 15 dias (21,4%), observando-se diminuição de eventos após os 15 dias iniciais (figura 25).

**Tabela 11.** Frequência dos BNEA segundo as características dos pacientes envolvidos nas ocorrências: sexo, faixa etária, diagnóstico médico (CID-10), tipo de atendimento e dias de internação - HC/FMB 2006

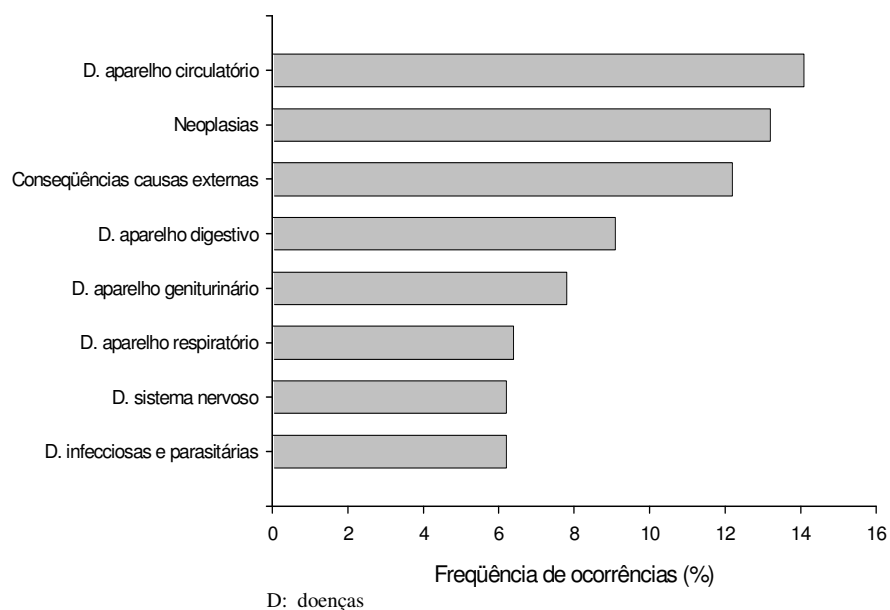
Variáveis	Frequência	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	268	51,9
Feminino	228	44,2
Sem informação	20	3,9
<b>Faixa etária</b>		
0 a 18	64	12,4
19 a 59	219	42,4
60 ou mais	168	32,6
Sem informação	65	12,6
<b>Diagnóstico médico (CID - 10)</b>		
Doenças do aparelho circulatório	73	14,1
Neoplasias	68	13,2
Conseqüências de causas externas	63	12,2
Doenças do aparelho digestivo	47	9,1
Doenças do aparelho geniturinário	40	7,8
Doenças do aparelho respiratório	33	6,4
Doenças infecciosas e parasitárias	32	6,2
Doenças do sistema nervoso	32	6,2
Outros	70	13,6
Sem informação	58	11,2
<b>Tipo de atendimento</b>		
Ambulatorial	17	3,3
Internação	497	96,3
Sem informação	2	0,4
<b>Dias de internação até o evento</b>		
0 a 5	269	54,1
6 a 15	106	21,4
16 a 30	37	7,4
31 a 59	30	6,1
> 60	13	2,6
Sem informação	42	8,4



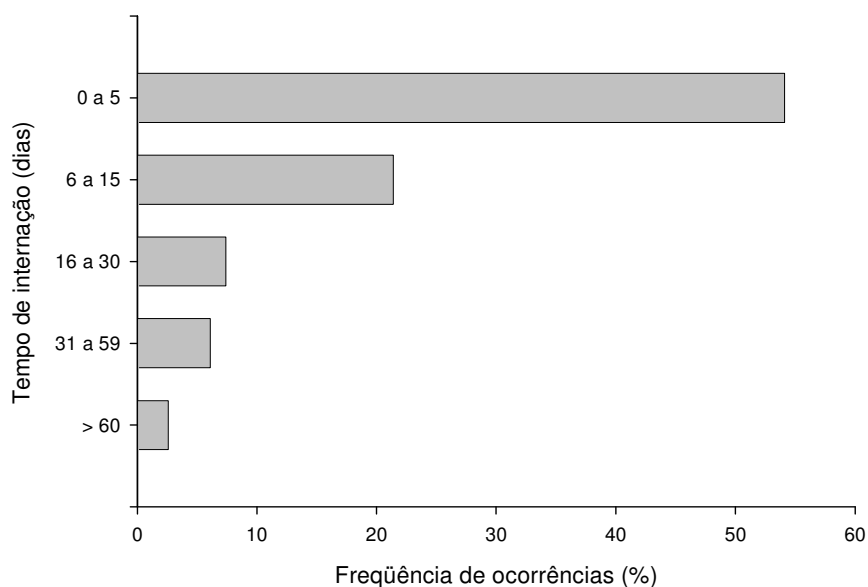
**Figura 22.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes segundo o sexo - HC/FMB 2006.



**Figura 23.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006.



**Figura 24.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, segundo o diagnóstico médico (CID-10) - HC/FMB 2006.



**Figura 25.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006.

Na tabela 12, são apresentadas as características dos pacientes envolvidos em ocorrências relacionadas à medicação; foram notificadas 85 ocorrências.

Na figura 26, estão apresentadas as frequências das ocorrências relacionadas à medicação, por semestre. Podemos observar que, no primeiro semestre de 2004, foram notificadas três ocorrências (3,5%) e, nos semestres seguintes, de 15 a 25 ocorrências (17,7 a 29,4%).

A figura 27 mostra que, dentre as ocorrências relacionadas à medicação, 29 referiram-se a extravasamento de medicamento do meio intravascular para o tecido subcutâneo (34,1%), 19 ocorrências, a reações medicamentosas (22,4%) e 15 ocorrências, a não administração do medicamento (17,6%).

Observamos, na figura 28, que as ocorrências verificadas nas enfermarias de Clínica Médica I e II, UTI Adulto e Coronariana e UTI - Pediátrica corresponderam a 43,5% das ocorrências relacionadas à medicação. A figura 29 mostra que 49,9% das ocorrências deram-se no período diurno.

Na figura 30, verifica-se que a maioria das ocorrências deu-se nos primeiros cinco dias de internação (54,1%) e, em 17,6% das ocorrências, no período de 6 a 15 dias.

O sexo masculino, conforme figura 31, foi observado em 58,8% das ocorrências.

Com relação à idade dos pacientes envolvidos, a figura 32 mostra que a faixa etária mais afetada foi a de 19 a 59 anos (36,5%), seguida pela de 60 anos ou mais (32,9 %).

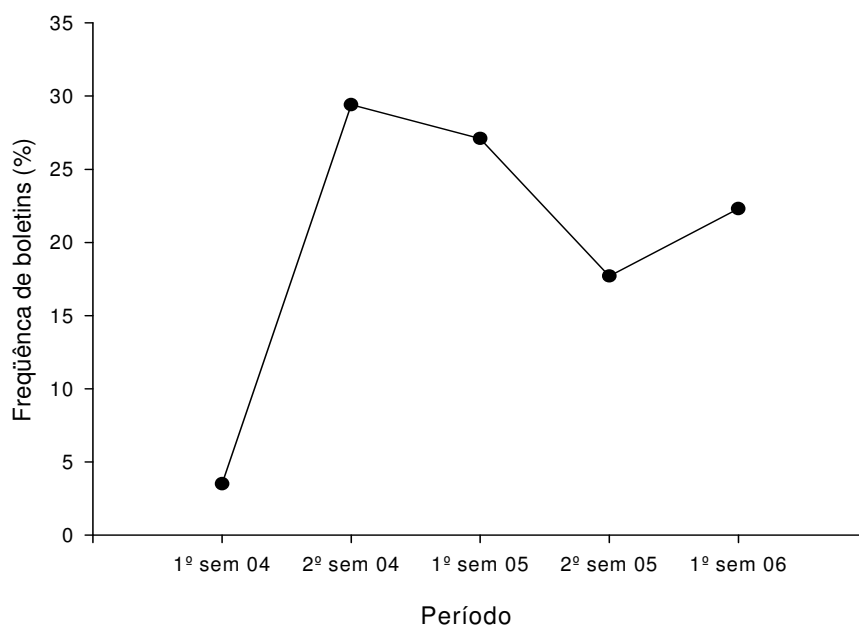
Quanto aos diagnósticos médicos, na figura 33, verificaram-se porcentagens de 24,7% para neoplasias e 18,8% para doenças do aparelho circulatório.

**Tabela 12.** Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes relacionadas à medicação: tipos de ocorrências, distribuição no período de estudo, tipo de atendimento, local e turno da ocorrência, dias de internação até o evento, sexo, faixa etária e diagnóstico médico do paciente ( CID - 10) - HC/FMB 2006

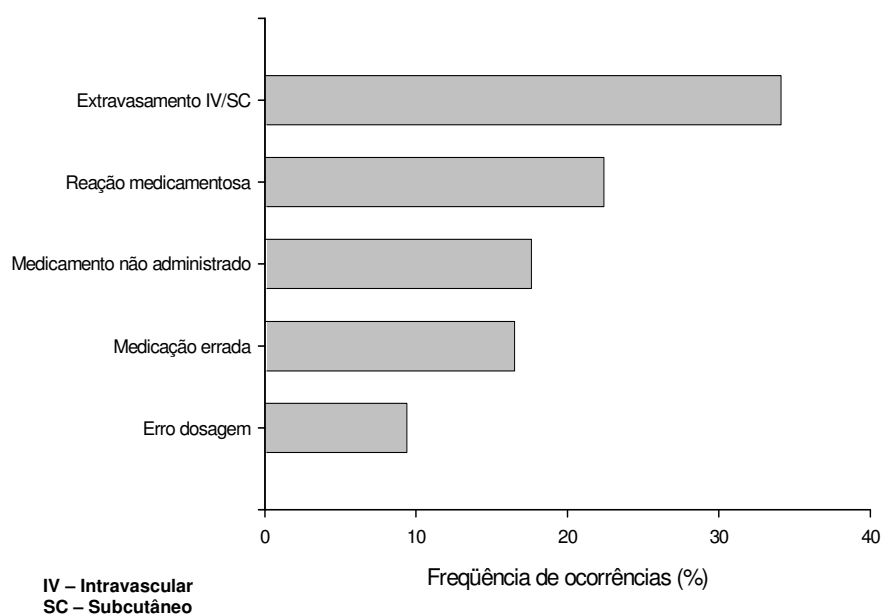
Variáveis	Tipo					Total n ( %)
	Reação Medica- mentosa	Medicamento não administrado	Erro de dosagem	Medicação errada	Extrava- samento IV/SC	
	n	n	n	n	n	
<b>Semestre</b>						
1° sem. 2004	2	0	0	0	1	3 (3,5)
2° sem. 2004	8	4	0	3	10	25 (29,4)
1° sem. 2005	4	5	5	3	6	23 (27,1)
2° sem. 2005	1	4	1	1	8	15 (17,7)
1° sem. 2006	4	2	2	7	4	19 (22,3)
Total	19 (22,4)	15 (17,6)	8 (9,4)	14 (16,5)	29 (34,1)	85 (100)
<b>Tipo de atendimento</b>						
Ambulatorial	3	0	0	5	1	9 (10,6)
Internação	16	15	8	9	28	76 (89,4)
<b>Local da ocorrência</b>						
Clínica Médica I e II	3	5	2	2	7	19 (22,4)
UTI-Adulto e Coronariana	3	3	2	2	2	12 (14,1)
UTI-Pediátrica	2	0	1	0	3	6 (7)
Farmácia medic. alto-custo	0	0	0	5	0	5 (5,9)
Urologia	4	0	0	0	1	5 (5,9)
Centro Cirúrgico	0	0	1	0	4	5 (5,9)
Pediatria	2	0	1	1	1	5 (5,9)
Cirurgia Gastroenterológica	1	2	0	0	1	4 (4,7)
Outras*	4	5	1	4	10	24 (28,2)
<b>Turno da ocorrência</b>						
Diurno	11	4	2	10	15	42 (49,4)
Noturno	5	6	3	4	7	25 (29,4)
Ambos	3	5	3	0	7	18 (21,2)
<b>Dias de internação</b>						
0 a 5 dias	10	7	5	5	19	46 (54,1)
6 a 15 dias	4	3	1	1	6	15 (17,7)
16 a 30 dias	0	1	1	1	2	5 (5,9)
31 a 60 dias	1	0	0	1	0	2 (2,3)
> 60 dias	1	0	0	0	0	1 (1,2)
Sem informação	3	4	1	6	2	16 (18,8)
<b>Sexo</b>						
Masculino	11	10	6	7	16	50 (58,8)
Feminino	8	4	2	7	12	33 (38,9)
Sem informação	0	1	0	0	1	2 (2,3)
<b>Faixa etária</b>						
0 a 18	6	0	3	1	7	17 (20)
19 a 59	6	7	3	3	12	31 (36,4)
60 ou mais	6	3	2	9	8	28 (32,9)
Sem informação	1	5	0	1	2	9 (10,7)
Média +- DP						44,5 +- 26
<b>Diagnóstico médico (CID-10)</b>						
Neoplasias	4	5	1	4	7	21 (24,7)
D. aparelho circulatório	3	1	2	6	4	16 (18,8)
D. aparelho respiratório	3	0	0	0	5	8 (9,4)
D. aparelho geniturinário	4	0	1	0	1	6 (7,1)
Conseqüências causas externas	0	3	0	0	1	4 (4,7)
D. aparelho digestivo	2	0	1	0	1	4 (4,7)
D. infecciosas e parasitárias	0	1	1	0	2	4 (4,7)
Outros	3	2	2	3	6	16 (18,8)
Sem informação	0	3	0	1	2	6 (7,1)

\*Outras: Ambulatório de Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos, enfermarias de Ginecologia, Cirurgia Córdio-Torácica, Dermatologia, Moléstias Infecciosas e Parasitárias, Ortopedia/Plástica, Neurologia, Oftalmo/Otorrinolaringologia, Pacientes Conveniados, Neonatologia, Pronto Socorro, Cirurgia Ambulatorial e Centro de Diagnóstico por Imagem.

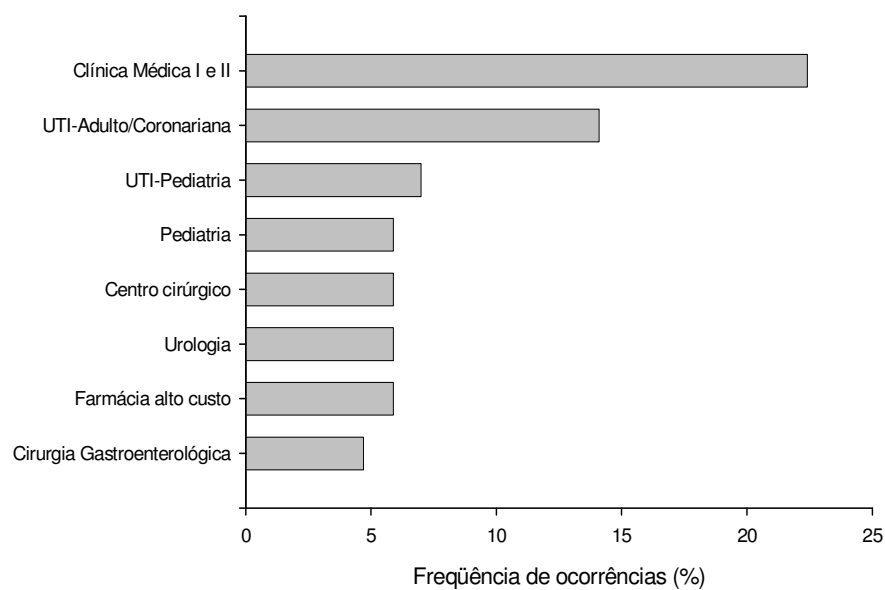




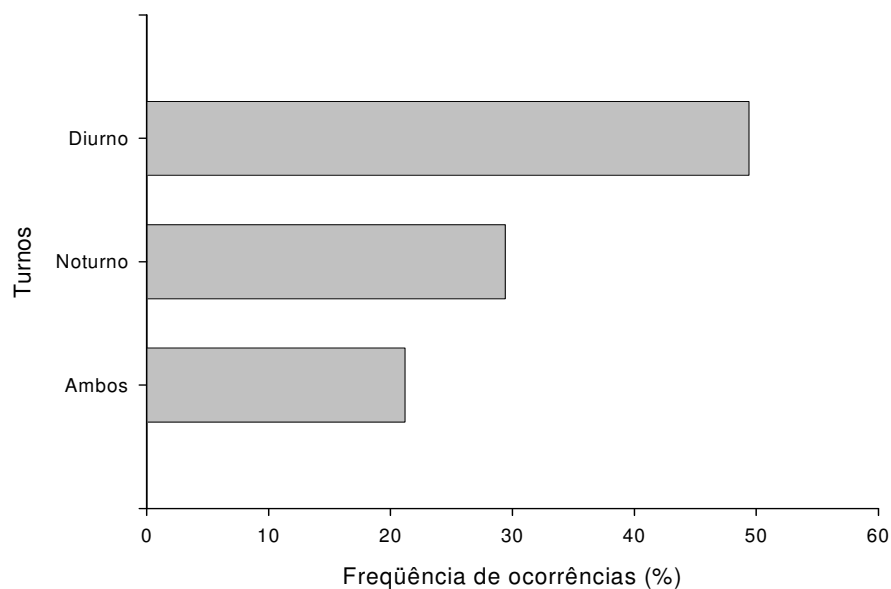
**Figura 26.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006.



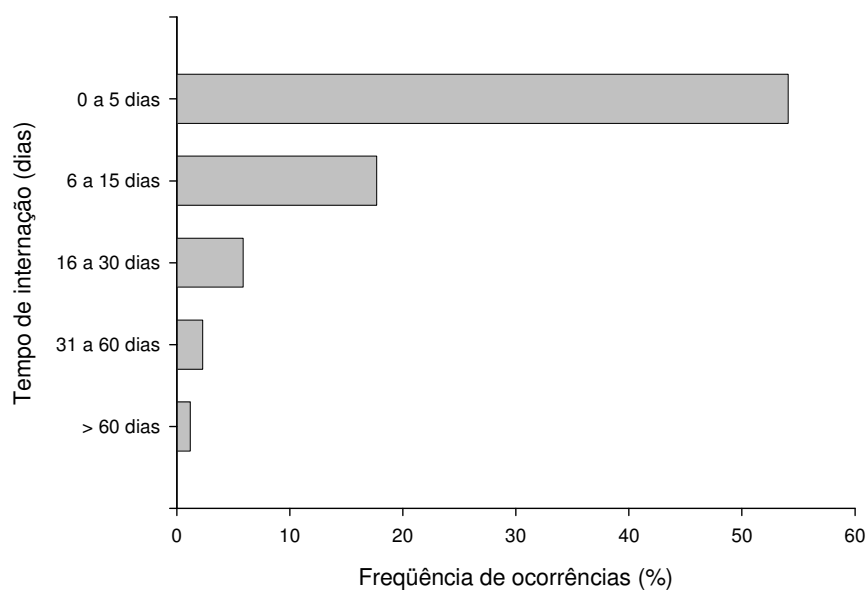
**Figura 27.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo os tipos de ocorrências - HC/FMB 2006.



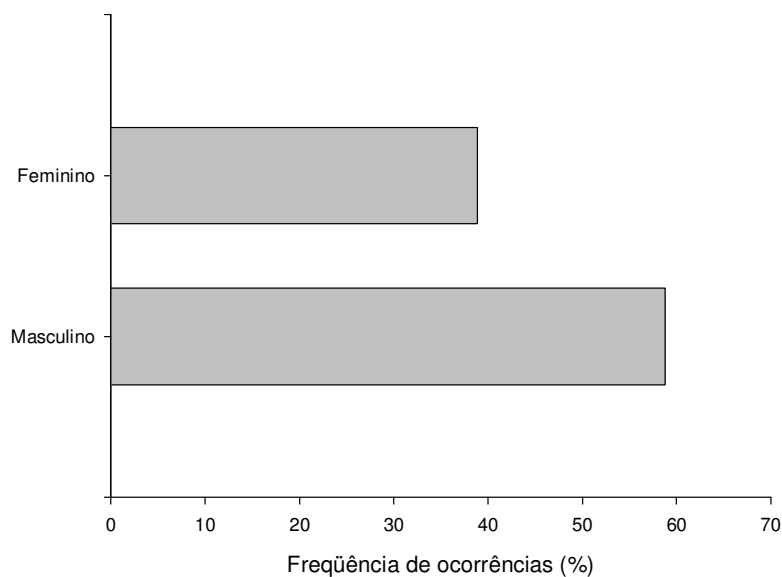
**Figura 28.** Distribuição dos BNEA de ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o local da ocorrência - HC/FMB 2006.



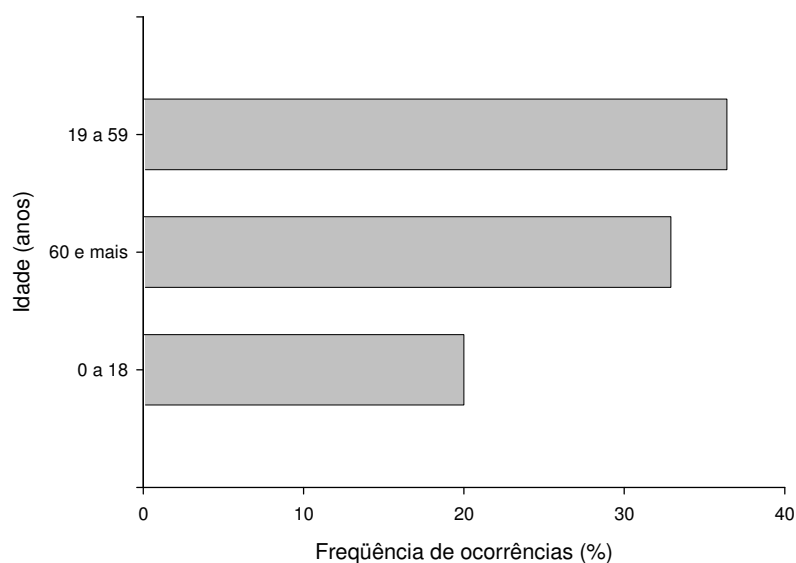
**Figura 29.** Distribuição dos BNEA de ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o turno da ocorrência - HC/FMB 2006.



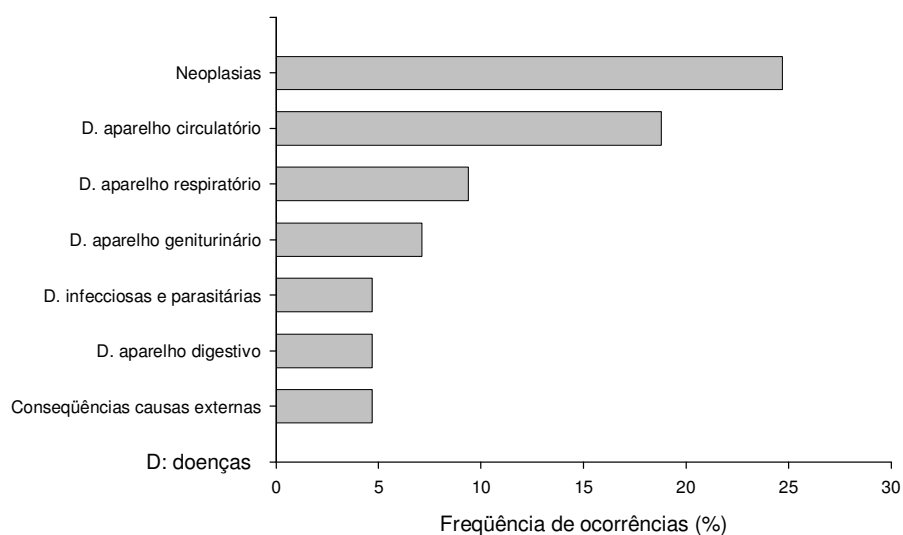
**Figura 30.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006.



**Figura 31.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o sexo- HC/FMB 2006.



**Figura 32.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006.



**Figura 33.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à medicação, segundo o diagnóstico médico (CID - 10) - HC/FMB 2006.

A tabela 13 mostra dados referentes às ocorrências relacionadas à integridade da pele. Na figura 34, estão apresentadas as freqüências de ocorrências relacionadas à integridade da pele, por semestre. Pode-se observar que há notificações em todos os semestres, notando-se a maior freqüência no segundo semestre de 2004 (33,8%) e menor no 1º semestre de 2004 (1,5%).

Na tabela 13 e figura 35, verifica-se a seguinte distribuição porcentual das lesões: úlcera por pressão (69,2%), queimadura (6,2%) e outras lesões (24,6%).

As ocorrências foram verificadas com maior freqüência no Pronto Socorro (20%), UTI Adulto e Coronariana (15,4%) e Centro Cirúrgico (13,8%) (figura 36).

Para os três tipos de ocorrências classificadas, verificamos, na figura 37, que a agressão à integridade da pele ocorreu, em sua maioria, nos primeiros cinco dias após a admissão (67,7%).

Quanto ao sexo, observa-se na figura 38, que as lesões ocorreram com maior freqüência no sexo masculino.

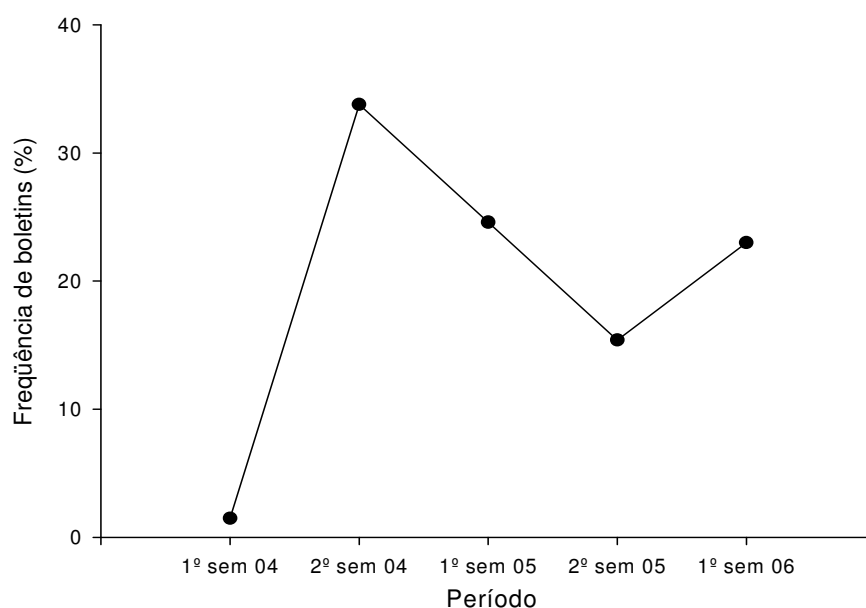
Na figura 39, nota-se que as lesões apresentaram maior freqüência na faixa etária de 60 anos ou mais (46,7%).

Com relação aos diagnósticos médicos, verificou-se maior porcentagem de doenças do aparelho circulatório (23%), a que se seguiram lesões por causas externas (16,9%) e doenças do sistema nervoso (12,4%) (figura 40).

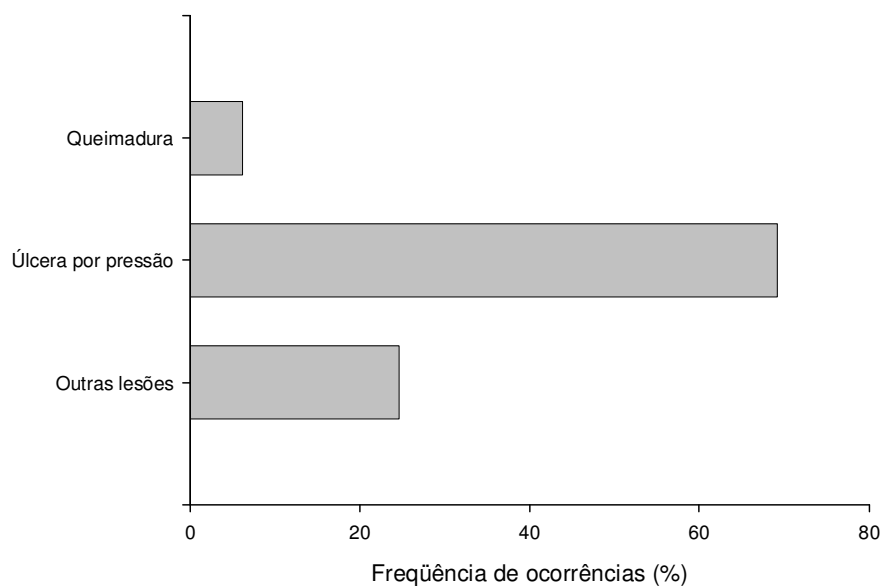
**Tabela 13.** Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes relacionadas à integridade da pele: tipo de ocorrência, distribuição no período de estudo, tipo de atendimento, local da ocorrência e turno da notificação, dias de internação até o evento, sexo, faixa etária e diagnóstico médico (CID - 10) - HC-FMB 2006

Variáveis	Tipo						Total n %
	Úlcera por Pressão		Queimadura		Outras lesões		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Semestre</b>							
1º sem. 2004	1		0		0		1 (1,5)
2º sem. 2004	15		2		5		22 (33,8)
1º sem. 2005	11		0		5		16 (24,6)
2º sem. 2005	6		1		3		10 (15,4)
1º sem. 2006	12		1		2		15 (23)
Sem informação	0		0		1		1 (1,5)
Total	45	69,2	4	6,2	16	24,6	65 (100)
<b>Tipo de atendimento</b>							
Ambulatorial	0	0	0	0	1	6,3	1 (1,5)
Internação	45	100	4	100	15	93,7	64 (98,5)
<b>Local da ocorrência</b>							
UTI-Adulto e Coronariana	10	22,2	0	0	0	0	10 (15,4)
Pronto Socorro	8	17,7	0	0	5	31,2	13 (20)
Ortopedia/Plástica	3	6,8	0	0	0	0	3 (4,6)
Neurologia	3	6,8	0	0	0	0	3 (4,6)
Centro Cirúrgico	0	0	3	75	6	37,5	9 (13,8)
Clínica Médica I e II	0	0	1	25	2	12,5	3 (4,6)
RX	0	0	0	0	2	12,5	2 (3,1)
AmbulatórioMat/Inf,Ortopedia e Conveniados	0	0	0	0	1	6,3	1 (1,5)
Sem informação	8	17,7	0	0	0	0	8 (12,4)
Outros	13	28,8	0	0	0	0	13 (20)
<b>Turno da notificação</b>							
Diurno	38	84,4	4	100	13	81,3	55 ()
Noturno	7	15,6	0	0	3	18,7	10 ()
<b>Dias de internação</b>							
0 a 5	29	64,4	3	75	12	75	44 (67,7)
6 a 15	6	13,3	1	25	3	18,7	10 (15,4)
16 a 30	3	6,8	0	0	0	0	3 (4,6)
31 a 59	6	13,3	0	0	1	6,3	7 (10,8)
> 60	1	2,2	0	0	0	0	1 (1,5)
<b>Sexo</b>							
Masculino	21	46,7	3	75	10	62,5	34 (52,4)
Feminino	24	53,3	1	25	5	31,2	30 (46,1)
Sem informação	0	0	0	0	1	6,3	1 (1,5)
<b>Faixa etária</b>							
0 a 18	8	17,8	0	0	2	12,5	10 (15,4)
19 a 59	16	35,5	4	100	4	25	24 (36,9)
60 ou mais	21	46,7	0	0	10	62,5	31 (47,7)
<b>Diagnóstico médico (CID 10)</b>							
Conseqüências causas externas	11	24,4	0	0	0	0	11 (16,9)
D. aparelho circulatório	10	22,2	1	25	4	25	15 (23)
D. sistema nervoso	6	13,3	0	0	2	12,5	8 (12,4)
D. aparelho geniturinário	5	11,1	0	0	0	0	5 (7,7)
D. aparelho digestivo	4	8,9	1	25	0	0	5 (7,7)
Causas externas morbi/mortalidade	3	6,8	0	0	0	0	3 (4,6)
Neoplasias	2	4,4	1	25	2	12,5	5 (7,7)
D. end/nutric/metabólicas	0	0	1	25	0	0	1 (1,5)
D. infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	2	12,5	2 (3,1)
Sem informação	4	8,9	0	0	6	37,5	10 (15,4)

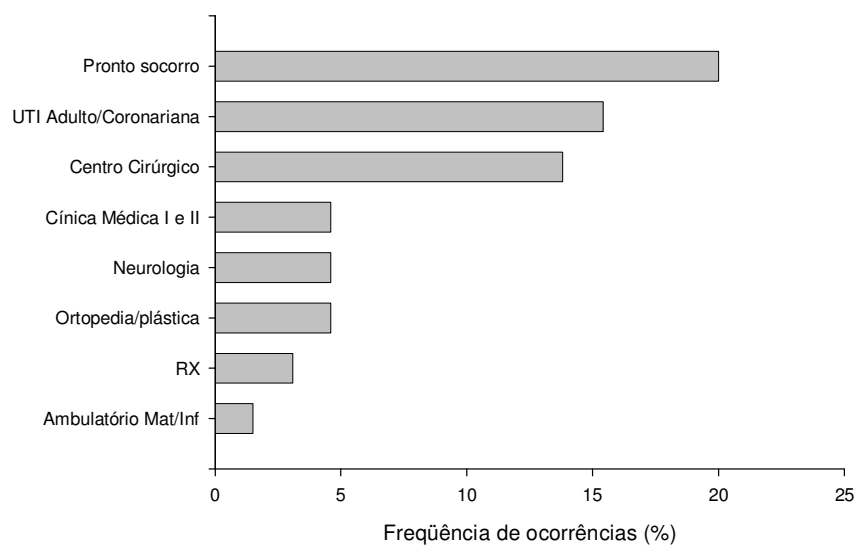
Outros: Cirurgia Córdio-Torácica, Dermatologia, Cirurgia Gastroenterológica, Ginecologia, Oftalmo/Otorrinolaringologia, Urologia.



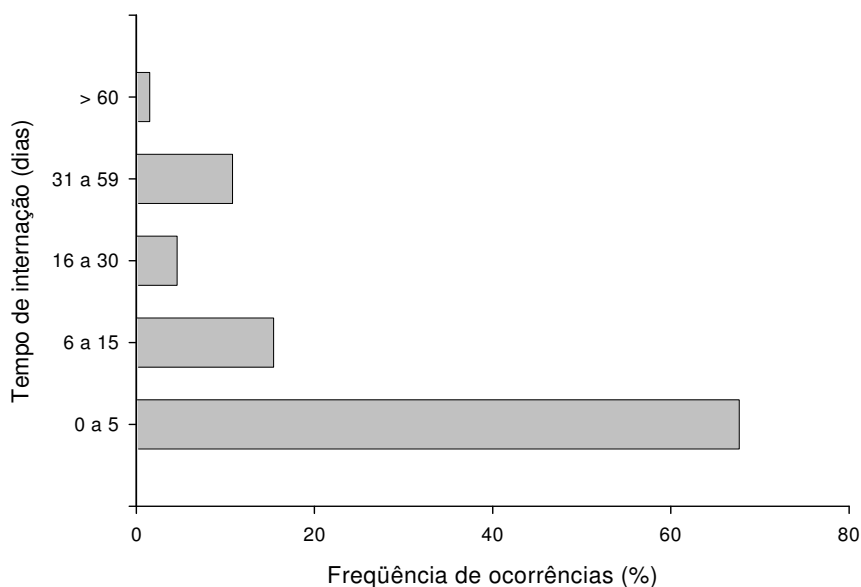
**Figura 34.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006.



**Figura 35.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o tipo de evento - HC/FMB 2006.

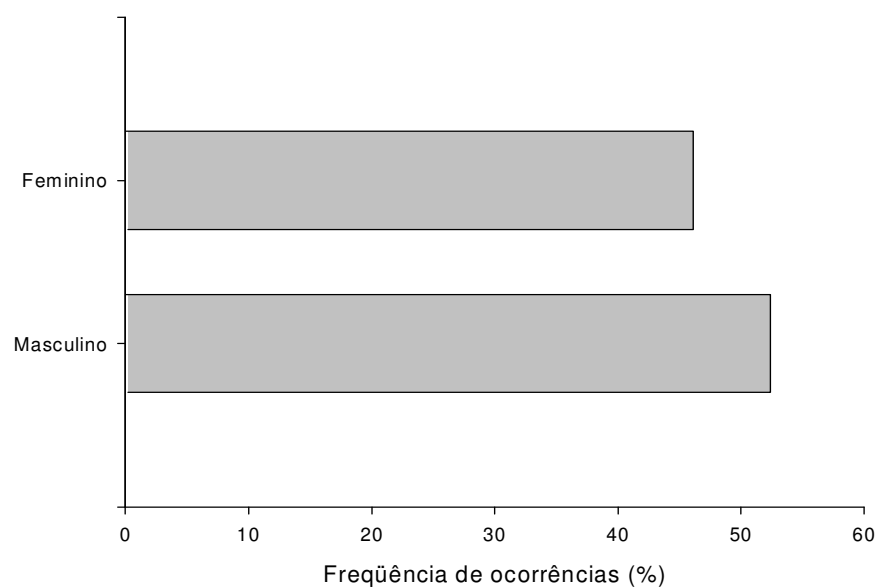


**Figura 36.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o local de ocorrência - HC/FMB 2006.

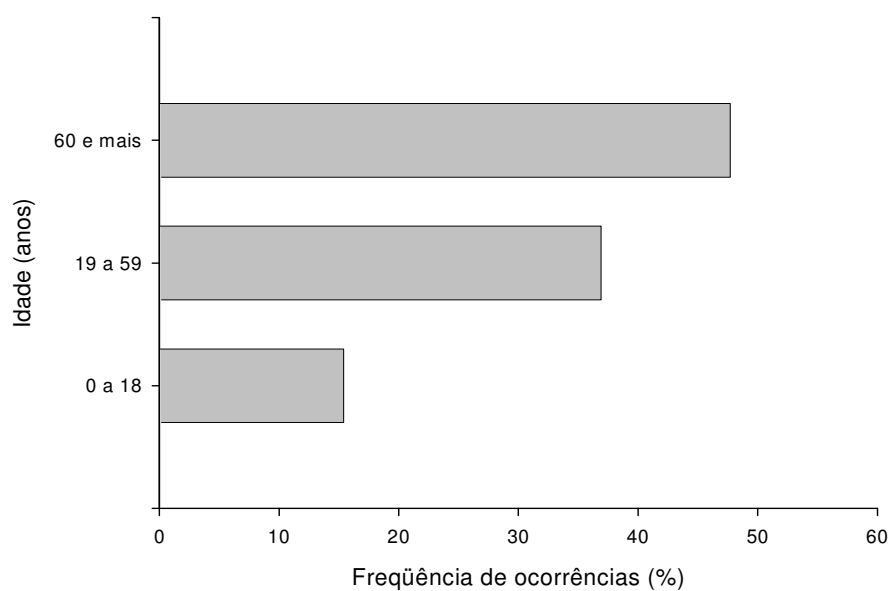


**Figura 37.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006.

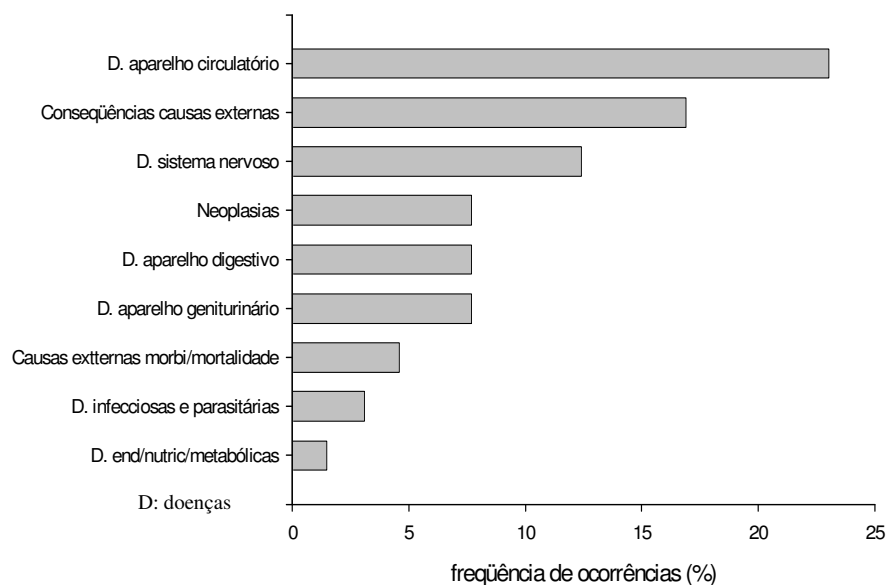




**Figura 38.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o sexo - HC/FMB 2006.



**Figura 39.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006.



**Figura 40.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas à integridade da pele, segundo o diagnóstico médico (CID 10) - HC/FMB 2006.

Da tabela 14 constam os dados referentes às ocorrências relacionadas a quedas. Foram registrados 80 boletins, separados por tipo de queda: do leito, da cadeira e da própria altura. Na figura 41, estão apresentadas as frequências de ocorrências relacionadas a quedas por semestre. Há notificações em todos os semestres, notando-se maior frequência no segundo semestre de 2004 e primeiro semestre de 2005.

Quedas do leito foram mais frequentes (55%), seguidas pelas quedas da própria altura (38,8%). As quedas do leito foram mais frequentes nas enfermarias de Neurologia (22,7%), Clínica Médica I e II (20,4%) e Moléstias Infecciosas e Parasitárias (18,2%). As quedas da própria altura ocorreram mais na Clínica Médica I e II (38,7%) e Cirurgia Gastroenterológica (12,9%).

As quedas ocorreram mais no período noturno (63,7%)(figura 44). Observou-se, também, que as quedas se deram, na sua maioria, nos primeiros cinco dias da admissão (61,7%)(figura 45).

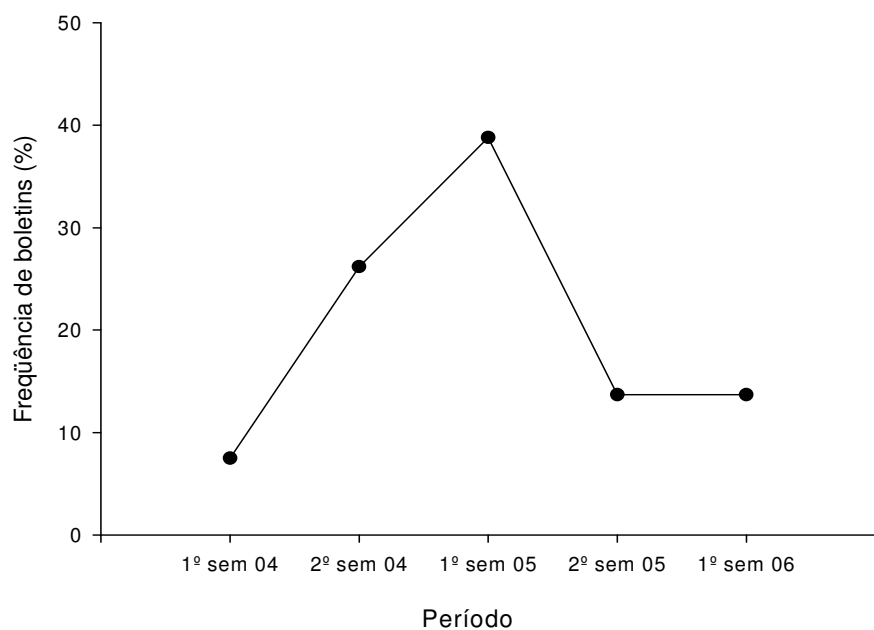
Quedas ocorreram principalmente entre os pacientes de sexo masculino (57,5%) (figura 46). Entretanto, homens e mulheres apresentaram frequências de queda da própria altura semelhantes (51,6% e 48,4% respectivamente)(tabela 14).

Notou-se prevalência maior de queda na faixa etária de 60 anos e mais: 40 ocorrências no período estudado, o que corresponde a 50% do total de quedas. A média de idade dos pacientes que sofreram queda do leito foi de  $58,5 \pm 21,4$  anos, da própria altura de  $46,4 \pm 24,0$  anos e da cadeira de  $58,2 \pm 21,1$  anos.

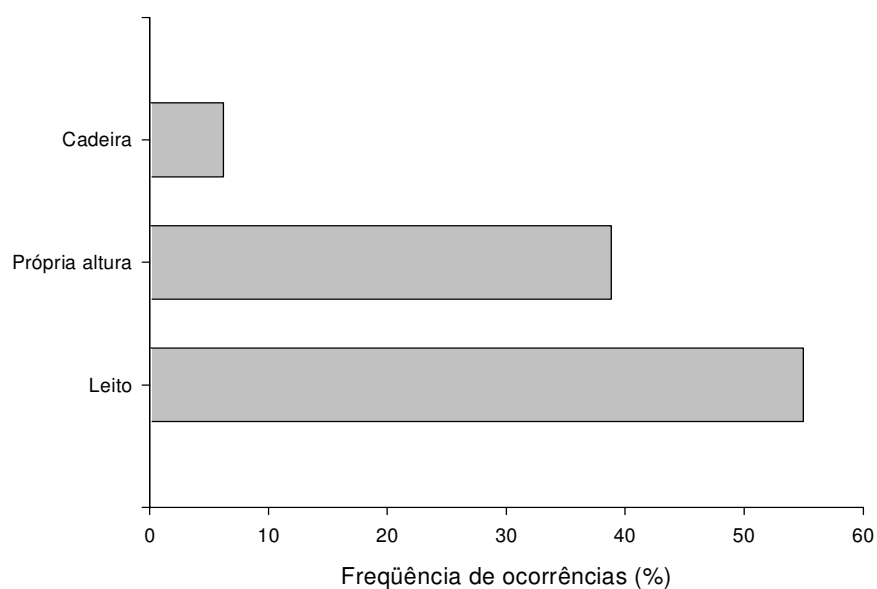
Em 59,2% dos casos de quedas do leito, os diagnósticos foram: doenças infecciosas e parasitárias (18,2%), doenças do sistema nervoso (18,2%), doenças do aparelho circulatório (13,7%) e doenças do aparelho digestivo (9,1%). Em 61,3% dos casos de queda da própria altura, os diagnósticos foram: neoplasias (19,4%), doenças do aparelho geniturinário (16,1%), doenças do aparelho circulatório (12,9%)e doenças do aparelho respiratório (12,9%)(figura 48).

**Tabela 14.** Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas: tipo de ocorrência, distribuição no período de estudo, local e turno da ocorrência, dias de internação até o evento, sexo, faixa etária e diagnóstico médico (CID - 10) - HC/FMB 2006

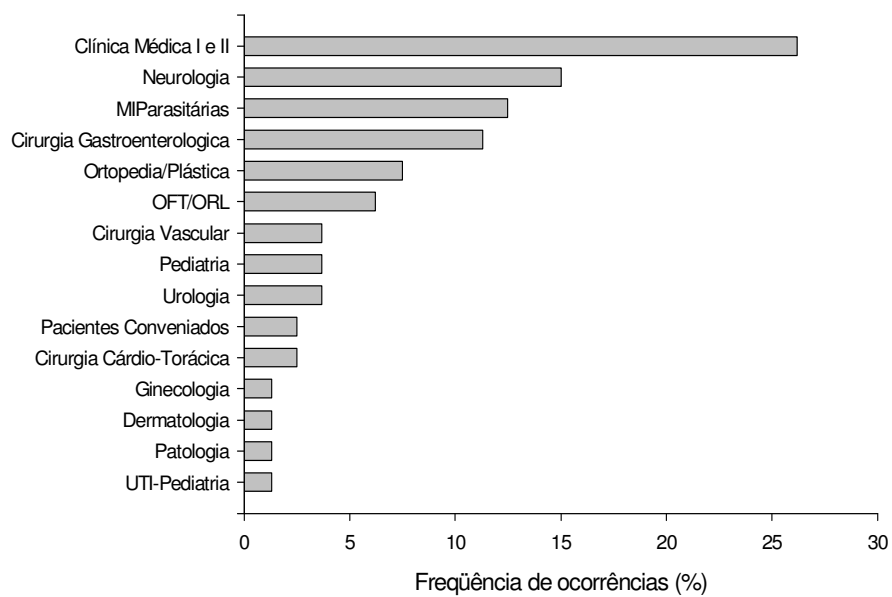
Variáveis	Tipo						
	Leito		Cadeira		Propria altura		Total
	n	%	n	%	n	%	n ( %)
<b>Semestre</b>							
1° sem. 2004	4		0		2		6 (7,5)
2° sem. 2004	13		1		7		21 (26,2)
1° sem. 2005	15		3		13		31 (38,8)
2° sem. 2005	8		1		2		11 (13,7)
1° sem. 2006	4		0		7		11 (13,7)
Total	44	55	5	6,2	31	38,8	80 (100)
<b>Local da ocorrência</b>							
Neurologia	10	22,7	0	0	2	6,5	12 (15)
Clínica Médica I e II	9	20,4	0	0	12	38,7	21 (26,2)
Moléstias Infeciosas e Parasitárias	8	18,2	0	0	2	6,5	10 (12,5)
Cirurgia Gastroenterológica	4	9,1	1	20	4	12,9	9 (11,3)
Urologia	2	4,5	0	0	1	3,2	3 (3,7)
Pediatria	2	4,5	0	0	1	3,2	3 (3,7)
Ortopedia/Plástica	2	4,5	2	40	2	6,5	6 (7,5)
Cirurgia Vascular	1	2,3	1	20	1	3,2	3 (3,7)
UTI-Pediátrica	1	2,3	0	0	0	0	1 (1,3)
Patologia	1	2,3	0	0	0	0	1 (1,3)
Oftalmo/Otorrinolaringologia	1	2,3	1	20	3	9,7	5 (6,2)
Dermatologia	1	2,3	0	0	0	0	1 (1,3)
Cirurgia Córdio-Torácica	1	2,3	0	0	1	3,2	2 (2,5)
Ginecologia	1	2,3	0	0	0	0	1 (1,3)
Pacientes Conveniados	0	0	0	0	2	6,5	2 (2,5)
<b>Turno da ocorrência</b>							
Diurno	16	36,4	2	40	11	35,5	29 (36,3)
Noturno	28	63,6	3	60	20	64,5	51 (63,7)
<b>Dias de internação</b>							
0 a 5	29	65,9	3	66,6	18	58,1	50 (61,7)
6 a 15	5	11,4	1	16,7	8	25,8	14 (17,4)
16 a 30	4	9,1	1	16,7	4	12,9	9 (11,3)
31 a 59	6	13,6	0	0	1	3,2	7 (8,7)
<b>Sexo</b>							
Masculino	26	59,1	4	80	16	51,6	46 (57,5)
Feminino	17	38,6	1	20	15	48,4	33 (41,2)
Sem informação	1	2,3	0	0	0	0	1 (1,3)
<b>Faixa etária</b>							
0 a 18	5	11,4	0	0	2	6,5	7 (8,7)
19 a 59	18	40,9	3	60	12	38,7	33 (41,3)
60 ou mais	21	47,7	2	40	17	54,8	40 (50)
Média idade		58,45		46,4		58,16	
		(DP5±21,42)		(DP5±23,98)		(DP5±21,13)	
<b>Diagnóstico médico (CID 10)</b>							
D. infecciosas e parasitárias	8	18,2	0	0	1	3,2	9 (11,3)
Neoplasias	4	9,1	0	0	6	19,4	10 (12,5)
D. end/nutric/metabólicas	2	4,5	0	0	1	3,2	3 (3,7)
D. sistema nervoso	8	18,2	0	0	2	6,5	10 (12,5)
D. aparelho circulatório	6	13,7	0	0	4	12,9	10 (12,5)
D. aparelho respiratório	3	6,8	0	0	4	12,9	7 (8,7)
D. aparelho digestivo	4	9,1	0	0	1	3,2	5 (6,3)
D. sistema osteomuscular	0		0	0	3	9,7	3 (3,7)
D. aparelho geniturinário	3	6,8	0	0	5	16,1	8 (10)
Malformações congênitas	1	2,3	0	0	0	0	1 (1,3)
Consequências causas externas	3	6,8	4	80	0	0	7 (8,7)
Fatores que influenciam o estado de saúde e contato serviço saúde	0	0	0	0	1	3,2	1 (1,3)
Sem informação	2	4,5	1	20	3	9,7	6 (7,5)



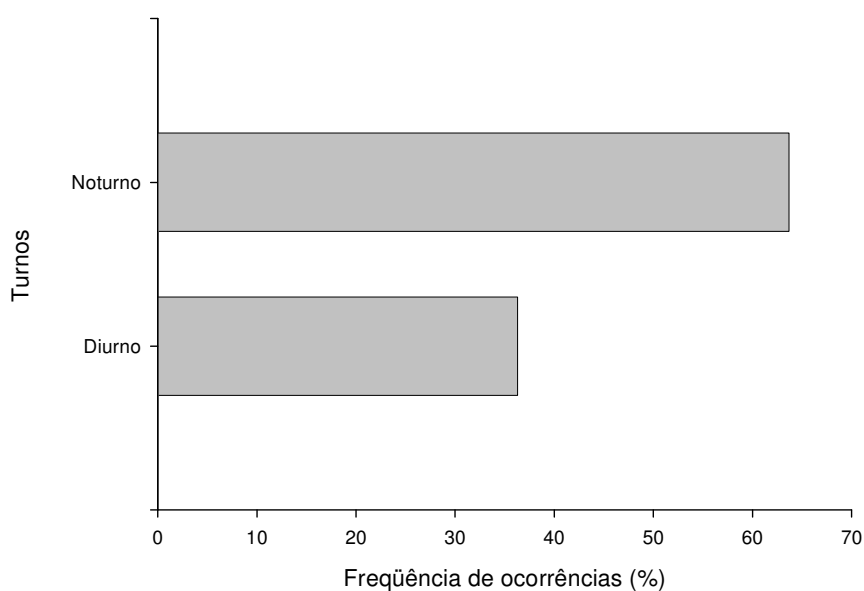
**Figura 41.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006.



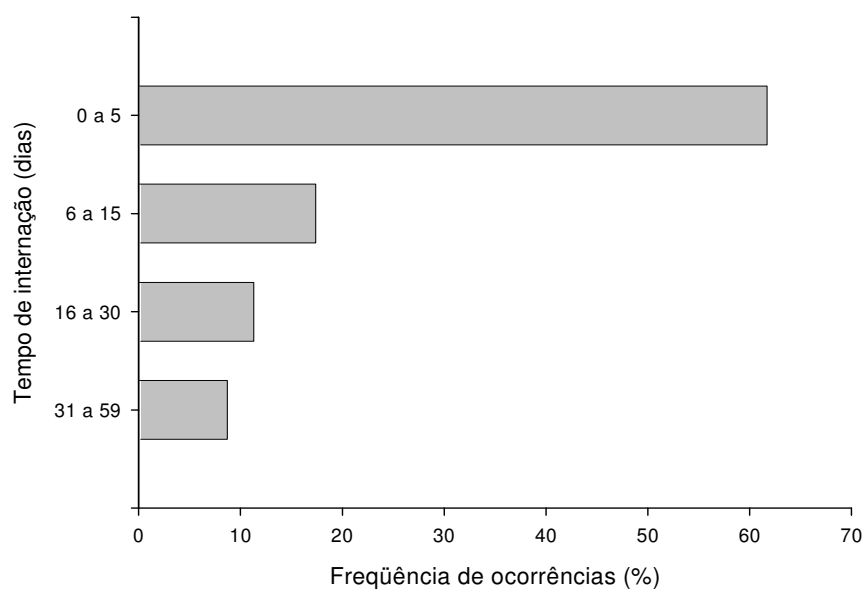
**Figura 42.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo o tipo de queda - HC/FMB 2006.



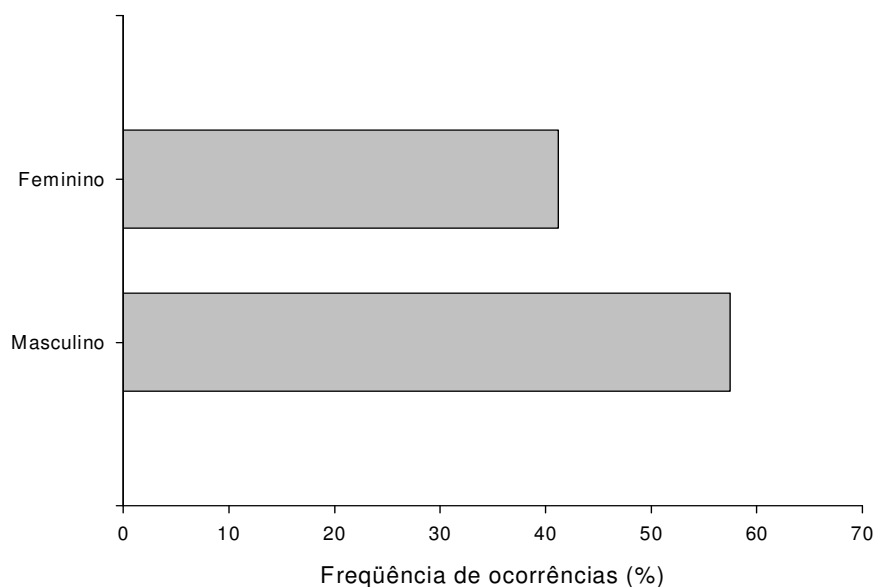
**Figura 43.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo o local da ocorrência - HC/FMB 2006.



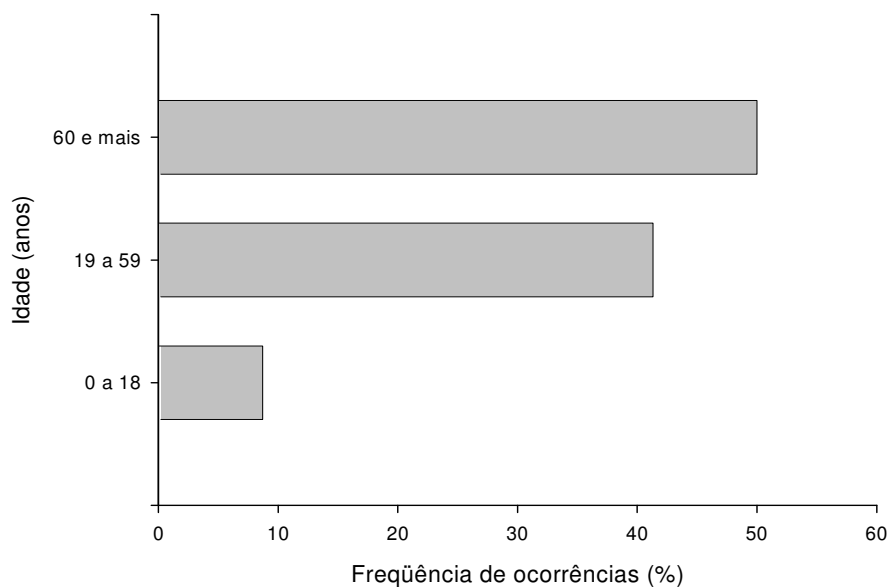
**Figura 44.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo o turno da ocorrência - HC/FMB 2006.



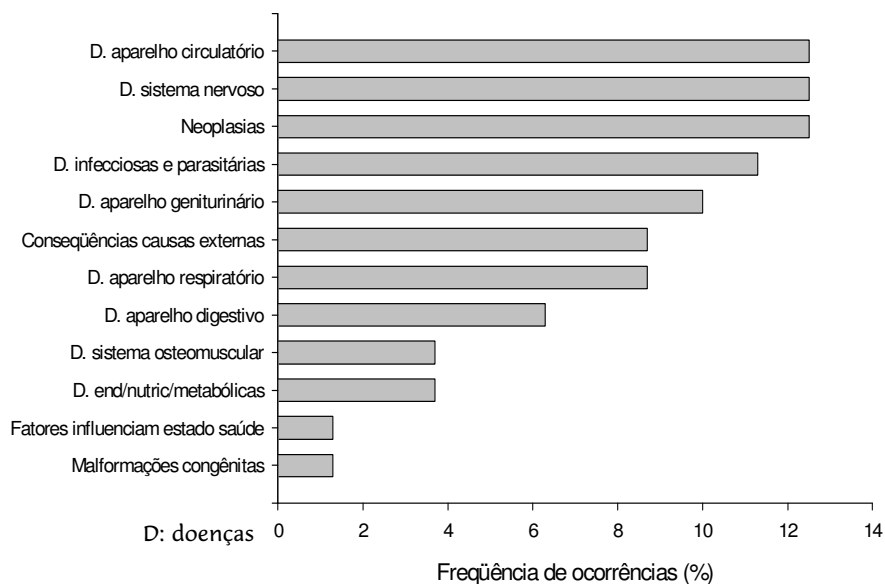
**Figura 45.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006.



**Figura 46.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo o sexo - HC/FMB 2006.



**Figura 47.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo a faixa etária - HC/FMB 2006.



**Figura 48.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a quedas, segundo o diagnóstico médico (CID 10) - HC/FMB 2006.



A tabela 15 relaciona-se com as ocorrências devidas a cateteres, sondas e drenos. Na figura 49, observa-se, foram encaminhadas notificações em todos os semestres, com maior frequência no segundo semestre de 2004 (35,6%).

No período estudado, houve 73 eventos relacionados a cateteres, sondas e drenos que foram notificados. Observou-se perda do cateter venoso central (CVC) em 27,4% e de sonda naso-enteral (SNE) em 27,4% dos casos (figura 50).

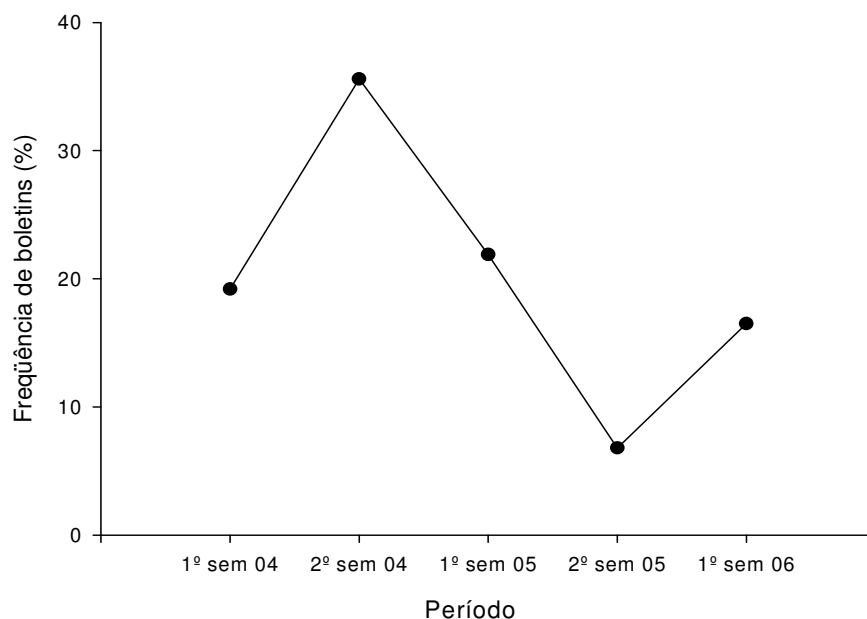
Acidentes envolvendo cateteres, sondas e drenos ocorreram principalmente nas enfermarias de Clínica Médica I e II (16,4%) e UTIs Adulto e Coronariana (16,4%), Ortopedia e Plástica (13,7%) e Cirurgia Gastroenterológica (13,7%) (figura 51). Quanto aos turnos, os eventos distribuíram-se principalmente entre noturno (47,9%) e diurno (41%), sendo poucos os eventos com envolvimento de dois turnos ou na transição deles (figura 52). A maior porcentagem (41%) ocorreu na faixa de 0 a 5 dias de internação (figura 53).

Verificou-se acometimento maior entre pacientes do sexo masculino (57,5%) (figura 54) e com indivíduos com mais de 19 anos (figura 55). Com relação ao diagnóstico médico, verificou-se frequência maior de ocorrências nos casos de doenças do aparelho circulatório (16,4%), de doenças do aparelho digestivo (15,1%) e de neoplasias (13,7%)(figura 56).

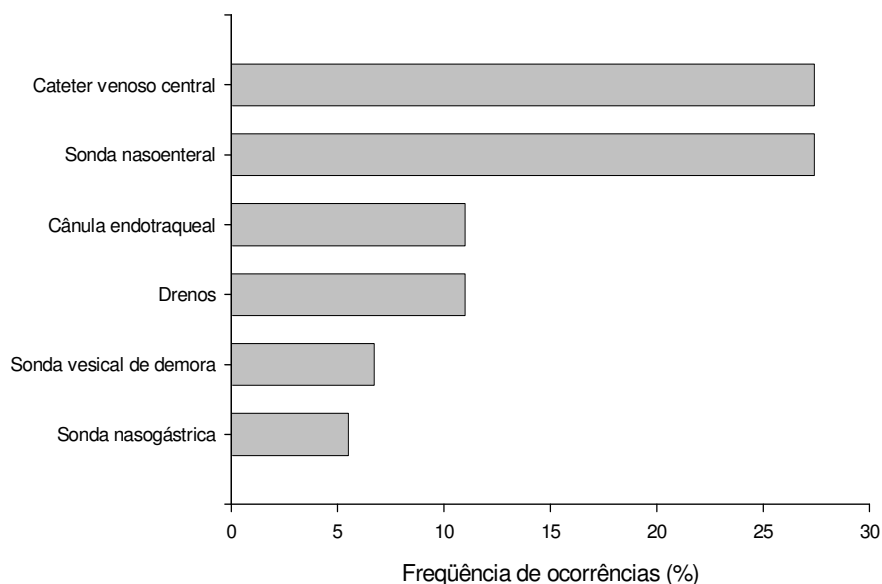
**Tabela 15.** Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes relacionadas a cateteres, sondas e drenos: tipo de ocorrência, distribuição no período de estudo, local e turno da ocorrência, dias de internação até o evento, sexo, faixa etária e diagnóstico médico (CID - 10) - HC-FMB 2006

Variáveis	Tipo							Total n (%)
	Remoção				Outros			
	SNG	SNE	SVD	CVC	Drenos	CET		
	n	n	n	n	n	n	n	
<b>Semestre</b>								
1º sem. 2004	0	9	0	3	1	0	1	14 (19,2)
2º sem. 2004	3	6	2	7	3	3	2	26 (35,6)
1º sem. 2005	0	3	2	3	3	3	2	16 (21,9)
2º sem. 2005	0	0	0	2	1	1	1	5 (6,8)
1º sem. 2006	1	2	1	5	0	1	2	12 (16,5)
Total	4 (5,5%)	20(27,4%)	5(6,7%)	20 (27,4%)	8 (11%)	8 (11%)	8 (11%)	73 (100)
<b>Local da ocorrência</b>								
UTI Adulto e Coronariana	1	2	1	3	1	3	1	12 (16,4)
UTIPediátrica	3	0	0	0	1	4	0	8 (11)
Cirurgia Cardio-Torácica	0	1	0	0	1	0	0	2 (2,7)
Centro Cirúrgico	0	1	0	1	0	0	1	3 (4,1)
Cirurgia Gastroenterologia	0	3	1	4	1	0	1	10 (13,7)
Clínica Médica I e II	0	4	1	3	1	0	3	12 (16,4)
Neurologia	0	4	1	1	1	0	0	7 (9,6)
Ortopedia/Plástica	0	4	1	2	2	0	1	10 (13,7)
Neonatologia	0	0	0	1	0	0	1	2 (2,7)
Pacientes Conveniados	0	0	0	3	0	0	0	3 (4,1)
Pronto Socorro	0	1	0	1	0	1	0	3 (4,1)
Oftalmo/Otorrinolaringologia	0	0	0	1	0	0	0	1 (1,4)
<b>Turno da ocorrência</b>								
Diurno	4	10	2	5	2	4	3	30 (41)
Noturno	0	7	3	11	6	3	5	35 (47,9)
Ambos	0	3	0	4	0	1	0	8 (11)
<b>Dias de internação</b>								
0 a 5	3	4	2	9	2	6	4	30 (41)
6 a 15	1	4	1	6	4	2	3	21 (28,8)
16 a 30	0	3	2	2	1	0	0	8 (11)
31 a 59	0	5	0	2	0	0	0	7 (9,6)
> 60	0	3	0	0	0	0	0	3 (4,1)
Sem informação	0	1	0	1	1	0	1	4 (5,5)
<b>Sexo</b>								
Masculino	2	9	4	14	5	6	2	42 (57,5)
Feminino	2	11	1	5	3	2	4	28 (38,4)
Sem informação	0	0	0	1	0	0	2	3 (4,1)
<b>Faixa etária</b>								
0 a 18	3	0	0	2	2	5	1	13 (17,8)
19 a 59	1	12	2	7	2	2	2	28 (38,4)
60 ou mais	0	6	3	9	4	1	4	27 (37)
Sem informação	0	2	0	2	0	0	1	5 (6,8)
<b>Diagnóstico médico (CID 10)</b>								
D. infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	1	1	2 (2,7)
Neoplasias	0	0	0	7	3	0	0	10 (13,7)
D. end/nutric/metabólicas	0	1	0	0	0	0	0	1 (1,4)
D. sistema nervoso	0	3	1	1	0	1	0	6 (8,2)
D. aparelho respiratório	2	2	0	1	2	3	0	10 (13,7)
D. aparelho digestivo	2	3	1	1	1	1	2	11 (15,1)
D. aparelho circulatório	0	1	1	5	2	1	2	12 (16,4)
D. aparelho geniturinário	0	4	0	1	0	0	1	6 (8,2)
Consequências de causas externas	0	5	1	3	0	1	0	10 (13,7)
Causas externas morbi/mortalidade	0	0	1	0	0	0	0	1 (1,4)
Malformações congênitas	0	0	0	0	0	0	1	1 (1,4)
Afecção perinatal	0	0	0	1	0	0	0	1 (1,4)
Sem informação	0	1	0	0	0	0	1	2 (2,7)

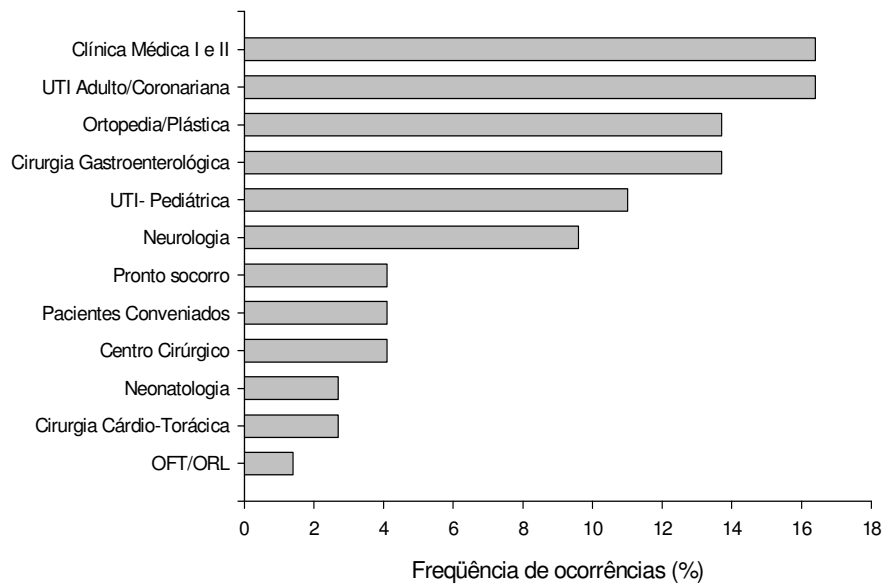
SNG – Sonda nasogástrica; SNE – sonda nasoenteral; SVD – sonda vesical de demora; CVC – cateter venoso central; CET – cânula endotraqueal.



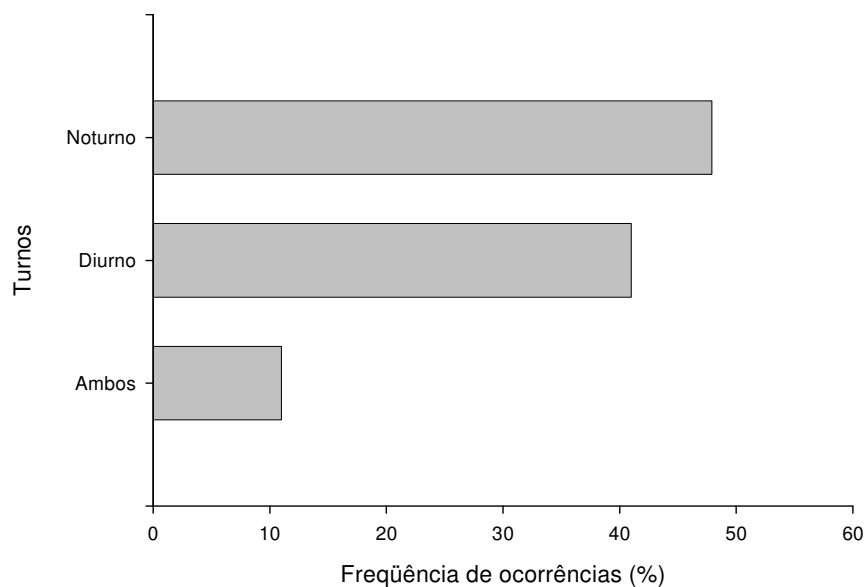
**Figura 49.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo o período de 30 meses - HC/FMB 2006.



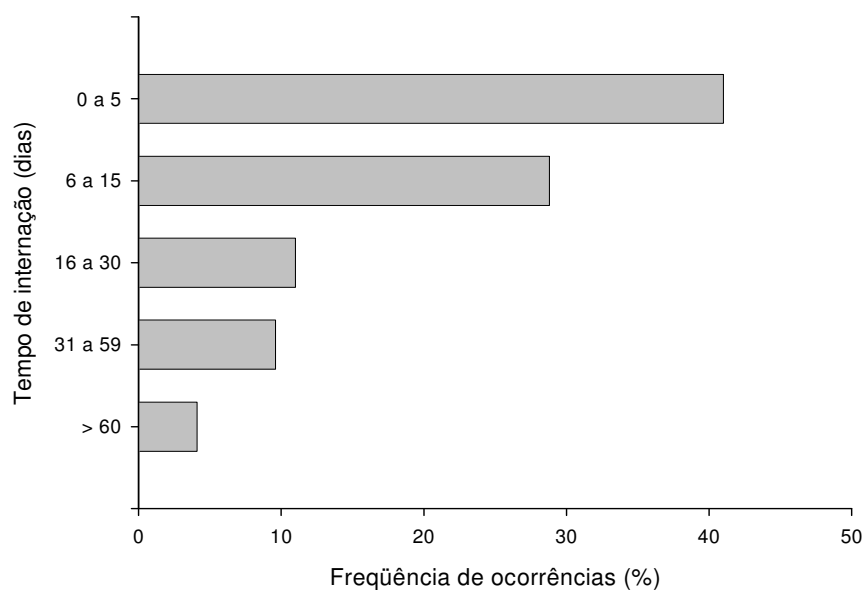
**Figura 50.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo o tipo de evento -HC/FMB 2006.



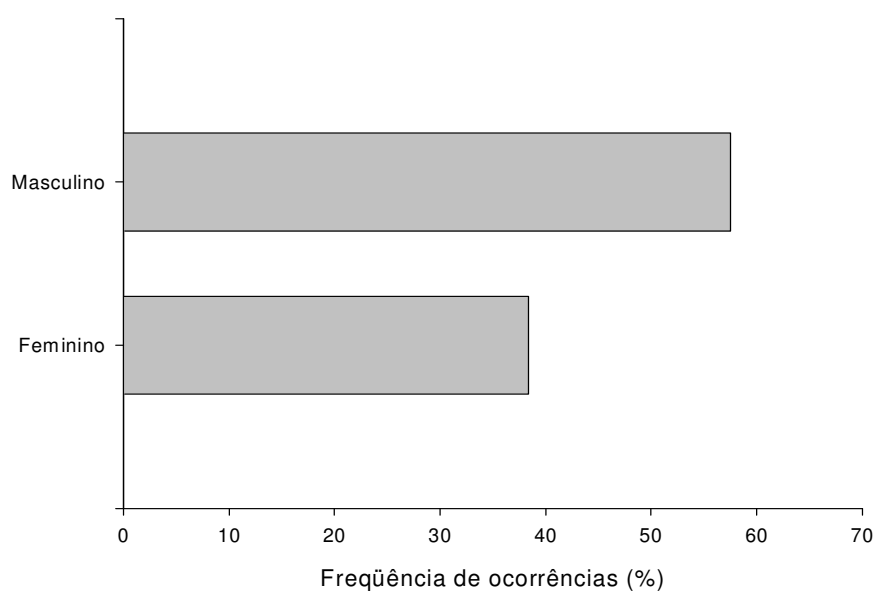
**Figura 51.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo o local da ocorrência - HC/FMB 2006.



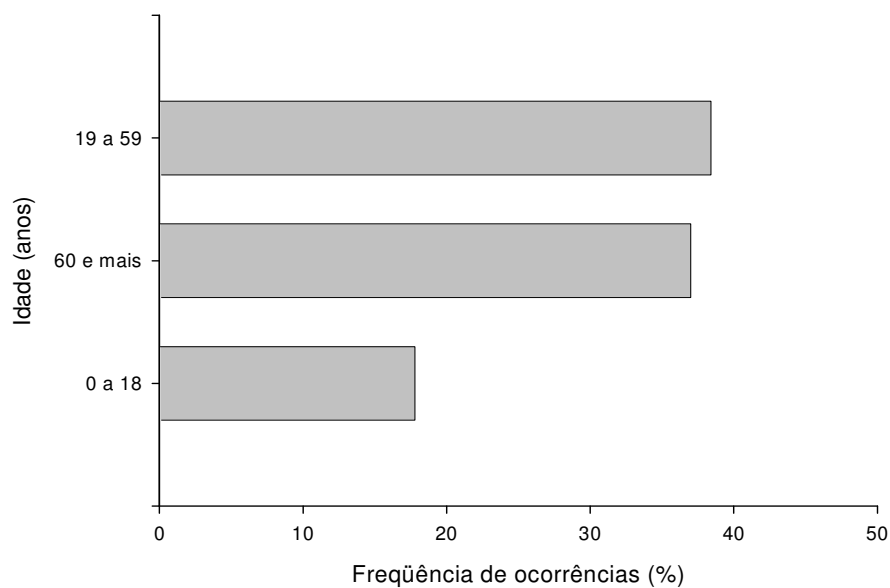
**Figura 52.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo o turno da ocorrência - HC/FMB 2006.



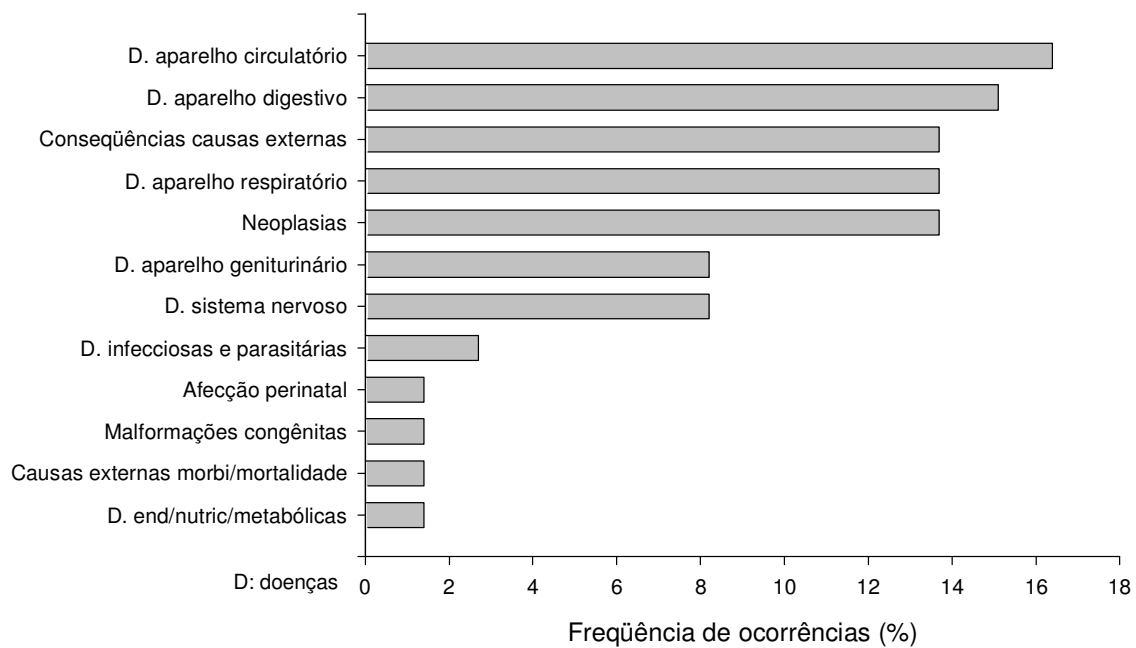
**Figura 53.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo os dias de internação até o evento - HC/FMB 2006.



**Figura 54.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo o sexo - HC/FMB 2006.



**Figura 55.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo a faixa etária - HC/FMB 2006.



**Figura 56.** Distribuição dos BNEA sobre ocorrências com pacientes, relacionadas a cateteres, sondas e drenos segundo o diagnóstico médico (CID - 10) - HC/FMB 2006.

#### 4.7 Condutas relacionadas às ocorrências e retorno aos notificadores

Estão apresentadas, na tabela 16, as frequências das condutas imediatas e gerenciais tomadas frente às ocorrências que envolveram diretamente pacientes e frente às ocorrências administrativas. Verificamos que, naquelas que envolveram pacientes, a conduta imediata foi de solicitação de auxílio ou encaminhamento a outros profissionais ou serviços, na maioria dos casos (58,9%). Quanto às ocorrências administrativas, a maioria consistiu em conduta imediata de apuração e orientação (68,4%).

Com relação à conduta gerencial, no caso de pacientes, o encaminhamento para providências de outros serviços e/ou profissionais ocorreu em 42,8% dos casos. As ocorrências registradas como administrativas seguiram a mesma ordem, tendo sido 68,1% dos boletins encaminhados para as áreas envolvidas e 22,6% apurados e orientados.

**Tabela 16.** Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes e ocorrências administrativas segundo as condutas imediata e gerencial frente ao evento - HC-FMB 2006

Condutas	BNEA			
	Pacientes (516 – 62,5%)		Administrativos (310 - 37,5%)	
	n	%	n	%
<b>Conduta imediata</b>				
Nenhuma/sem informação	4	0,8	20	6,4
Apuração/orientação	208	40,3	212	68,4
Auxílio/encaminhamento	304	58,9	78	25,2
<b>Conduta gerencial</b>				
Nenhuma/sem informação	115	22,3	29	9,3
Apuração/orientação	180	34,9	70	22,6
Encaminhamento	221	42,8	211	68,1

Na tabela 17, estão apresentadas as frequências de retornos enviados aos notificadores das ocorrências. Observa-se retorno aos notificadores em 52,9% dos boletins relacionados a pacientes e em 62,6% dos boletins considerados puramente administrativos.

**Tabela 17.** Frequência dos BNEA sobre ocorrências com pacientes e ocorrências administrativas segundo retorno aos notificadores - HC/FMB 2006

Notificações	Retorno ao notificador			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
BNEA – Pacientes	273	52,9	243	47,1
BNEA – Administrativos	194	62,6	116	37,4
Total	467	56,5	359	43,5



## **5 Discussão**

## 5.1 O Boletim de Notificação de Eventos Adversos

A relevância deste instrumento está em promover a identificação de eventos adversos, proporcionar à enfermagem um meio de comunicação prático a respeito das ocorrências inesperadas, indesejadas ou que fujam da rotina usual, possibilitar a exploração das situações, a construção de um banco de dados sobre riscos e situações-problema e permitir a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência. Contribui ainda com a gerência para o planejamento de processos de trabalho mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adversos.

**Características da utilização** - Na tabela 1 deste estudo, observou-se que o boletim foi utilizado pela maioria das unidades da Divisão de Enfermagem, com diferentes frequências.

As unidades de Clínica Médica e Centro Cirúrgico foram as que mais utilizaram os boletins e têm em comum o fato de serem unidades com pacientes em condição crítica, onde atuam inúmeros profissionais de diferentes equipes, que executam vários procedimentos simultâneos. O Ambulatório Geral e o Hospital-dia de Psiquiatria, embora unidades constituídas por equipes multiprofissionais onde são executados os mais variados procedimentos, não registraram nenhuma ocorrência. Este fato pode ser devido ou à não identificação de incidentes como eventos adversos ou potencialmente adversos <sup>(4)</sup>, à não incorporação da metodologia de notificação na rotina de trabalho ou à insegurança dos profissionais devida à cultura da punição e tendência à omissão <sup>(21,22)</sup>.

Importante esclarecer que a metodologia em questão foi oficiada, tendo, ainda, sido realizada ampla divulgação do instrumento em reuniões.

Nesta linha, ao compararmos as frequências dos locais de ocorrência com os locais de notificação é possível perceber, também, que nem sempre a unidade envolvida comunicou os eventos adversos e incidentes. Este fato ocorreu nas unidades de Pronto Socorro, Centro Cirúrgico e Moléstias Infecciosas e Parasitárias (tabela 1). No caso do Pronto Socorro, a razão da ausência da notificação deve-se ao fato de o serviço não pertencer administrativamente à Divisão de Enfermagem.

Quanto ao tempo que as unidades levaram para introduzir, na sua rotina, o uso do boletim, este foi variável; a maior parte das unidades enviou seu primeiro boletim no primeiro semestre (tabela 2).

Os dados mostram que a adesão ao instrumento foi crescente. A pequena quantidade de notificações no primeiro semestre da implantação pode indicar divulgação ou esclarecimentos insuficientes, mas também falta de hábito, insegurança, ou mesmo resistência em mudar a postura frente aos incidentes e eventos adversos. Esta situação alterou-se com o tempo, em parte devida à percepção da conduta da direção que se mostrou fundamentalmente focalizada na correção dos processos e minimização dos erros.

A queda do número de boletins sobre ocorrências com pacientes, observada no segundo semestre de 2005 (figura 1), pode ser em parte devida à transição de cargos na área administrativa da enfermagem. É possível que devida a essa transição, tenha-se diminuído a ênfase relacionada às notificações.

Introduzido para reportar ocorrências assistenciais, o boletim pôde também ser utilizado para comunicar ocorrências administrativas <sup>(23)</sup> (tabela 3), sendo neste estudo observada sua frequência continuamente crescente para esse tipo de evento, o que pode significar o reconhecimento

do instrumento como um canal de comunicação, a confirmação de sua praticidade ou a observação de seus resultados.

Houve unidades que usaram o BNEA fundamentalmente para ocorrências que envolveram pacientes. Outras usaram-no mais para problemas administrativos como, por exemplo, o Centro Cirúrgico, possivelmente como efeito de período de adequação às novas rotinas, devido a mudança do ambiente físico do prédio hospitalar. Quanto à Supervisão de Enfermagem, que tem por função atuar à tarde, no período noturno e nos finais de semana, a sobrecarga de serviço administrativo induz ao afastamento da prática assistencial, o que dificulta o conhecimento de eventos adversos que podem estar ocorrendo com o paciente <sup>(24)</sup>.

Observamos, na tabela 4, no período diurno, o maior número de ocorrências com pacientes, o que se mostra coincidente com o momento em que são tomadas muitas decisões e executadas várias ações e quando há maior exposição do paciente, envolvido em visitas, consultas, procedimentos, cuidados e exames. Porém, também no período noturno e envolvendo os dois turnos estão registradas ocorrências que caracterizam a contínua exposição do paciente aos riscos do processo do cuidar e do trabalho multidisciplinar.

O maior número de ocorrências administrativas no período diurno, possivelmente, é devido ao maior número de profissionais na unidade, à maior atividade das equipes neste período, à maior exigência dos recursos disponíveis no hospital.

Pelo fato de os enfermeiros atuarem em maior número no período diurno e por serem eles os responsáveis pelas notificações, explica-se que a maior frequência delas ocorra no período diurno.

Por acompanhar a trajetória do paciente durante a permanência no hospital e ser o responsável pela coordenação da assistência de enfermagem, o enfermeiro tem importante papel na promoção da segurança do paciente durante o processo assistencial e, não sendo possível prevenir ou evitar os eventos adversos, deve assistir aos pacientes em suas necessidades <sup>(25,26)</sup>. Deste modo, o enfermeiro integra informações referentes à permanência e à atividade do paciente na unidade, além de ser referência aos demais profissionais, que recorrem a ele para informar ocorrências e fazer solicitações <sup>(27)</sup>.

Neste trabalho, considerou-se adequado que os BNEA fossem elaborados e encaminhados por enfermeiros. Isto explica o número muito pequeno de boletins encaminhados por auxiliares e técnicos de enfermagem nos quatro primeiros semestres (tabela 5). Alterando esta orientação, deliberou-se que os BNEA poderiam ser também preenchidos por auxiliares e técnicos de enfermagem, alteração de que resultou uma participação significativa desse grupo nesse procedimento (70 no total de 254 boletins no segundo semestre de 2006; tabela 5, figura 2).

Tendo ocorrido, na ocasião desta investigação, no Centro Cirúrgico e na Central de Material e Esterilização, inúmeros problemas principalmente de natureza administrativa, notou-se que isto acarretava considerável sobrecarga para o enfermeiro, o que dificultava a elaboração dos BNEA. Optou-se, assim, por alterar a orientação inicial, permitindo a elaboração dos boletins pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, nas duas unidades acima descritas. No presente trabalho, a participação deste grupo foi apresentada na tabela 5 e nas figuras de números 2 a 8. Em linhas gerais, notou-se que os BNEA relacionavam-se principalmente a aspectos administrativos e organizacionais; em número menor de casos, os boletins envolviam ocorrências com pacientes.

A contribuição dos auxiliares e técnicos de Enfermagem, nestas áreas, foi e tem sido imprescindível para aperfeiçoamento das rotinas e efetivação de um processo assistencial seguro. O envolvimento desta categoria na utilização do BNEA como instrumento oficial de comunicação promoveu entusiasmo e motivação destes <sup>(28)</sup> e o maior conhecimento da Direção sobre a quantidade e qualidade dos recursos materiais e equipamentos disponíveis, inadequação de rotinas e procedimentos, ocorrências indesejadas e eventos adversos. Possibilitou assim, a introdução de novas estratégias para integração entre os setores e equipes e subsídios para modificação de processos e outras decisões gerenciais. Permitiu ainda perceber o grau de satisfação dos profissionais e a melhora das condições de trabalho nessa área onde o **stress** é fator diário.

## **5.2 Boletim de Notificação de Eventos Adversos: ocorrências mais frequentes**

**Eventos institucionais** - Os eventos institucionais, tanto aqueles que envolveram diretamente pacientes, quanto os demais, emergiram neste trabalho como a maior frequência de ocorrências notificadas, sinalizando a complexidade da organização hospitalar.

Problemas relacionados genericamente com equipamentos (falha, falta e quebra de equipamentos, falta e falha de instrumental e materiais), insuficiência de pessoal e falhas da estrutura física predial aparecem como causas principais da adversidade no ambiente de trabalho da instituição (tabela 6, figura 10).

Possivelmente, contribua para a alta frequência de notificações dos eventos o fato da Instituição não dispor de equipamentos em quantidade suficiente para atender as necessidades e solicitações, impondo

alta rotatividade aos existentes e exposição destes a grande número de usuários, o que interfere na sua conservação e funcionamento. Acresce a falta de central de equipamentos e de manutenção preventiva, o que aumenta o desafio para a prestação de assistência segura e de qualidade.

Estes comentários levantam a hipótese da oportunidade de se discutir a política de administração de equipamentos em nossa Instituição.

Na tabela 6, nota-se a frequência bastante elevada dos boletins relacionados com a falha de infra-estrutura do prédio hospitalar. Esta é outra causa que obriga a diversidade da atuação da enfermagem e que envolve, também, a necessidade de notificação.

De fato, construído na década de 50, apesar das inúmeras reformas e ampliações, o prédio hospitalar guarda sérios problemas relacionados à engenharia e conservação predial. Os BNEA revelaram acontecimentos indesejados e queixas sobre a demora para resolução de problemas como infiltrações, vazamentos de água e alagamentos (provocados pela chuva ou obras em unidades vizinhas), obstrução no sistema de esgoto, falhas no sistema de aquecimento d'água, precárias condições no trajeto para encaminhamento do corpo à câmara fria após o óbito, falta de iluminação na área de trabalho, desperdício de energia elétrica na permanência de áreas desnecessariamente iluminadas, queixas e apontamentos relacionados à limpeza dos ambientes.

**Ocorrências relacionadas à falha no seguimento da rotina, falha na comunicação e conflitos** - No hospital, o trabalho é dividido horizontalmente entre vários profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros. Quanto à enfermagem, esta pode ser, ainda, considerada como diferentes profissionais, com capacitação diferentes. Vários serviços integram-se e complementam-se. Executa-se um trabalho coletivo e em cooperação.

Em busca de organização, menores custos assistenciais, prevenção e minimização de erros e resultados que beneficiem os pacientes, faz-se necessário o estabelecimento de fluxogramas, procedimentos, normas e rotinas. Estes recursos da estrutura organizacional tornam possível o controle de qualidade dos serviços, auxiliam o exercício da prática e contribuem para a boa convivência da equipe, sendo fator favorável à diminuição do **stress** no ambiente de trabalho <sup>(29)</sup>.

Como em toda grande organização, a comunicação no ambiente hospitalar é dificultada pela complexidade e tamanho. Por ser parte de todas as fases do processo administrativo, precisa ser sistemática, ter continuidade e estar completamente integrada à estrutura organizacional e atingir todos os envolvidos na obtenção dos resultados <sup>(30)</sup>.

Parte significativa do tempo de trabalho do pessoal de enfermagem é consumida em buscar, pedir, receber, trocar e relatar informações. Isso inclui tempo hábil para a passagem de plantão entre as equipes, permitindo esclarecimento de dúvidas. Poder informar-se, para garantir melhor qualidade dos cuidados, reduz os fatores de risco de iatrogenia, alivia a ansiedade e previne acidentes <sup>(29)</sup>.

Bulhões <sup>(29)</sup> refere que, dentro do processo de comunicação, o tratamento de informações vindas de todos os lados (pacientes e seus familiares, médicos, supervisores, colegas, outros serviços e profissionais), o confronto com sofrimento, incapacidade e morte e a falta de autonomia profissional, entre outros, são fatores contribuintes para carga psíquica e conflitos entre estes trabalhadores.

Os problemas da estrutura organizacional, de comunicação, somados ao comportamento individual dos profissionais são as mais comuns fontes de conflito.



Desacordos internos, freqüentes no ambiente hospitalar, onde se convive com uma variedade de relações interpessoais com valores, crenças, formação e metas diferentes, são considerados, no entanto, como algo positivo, se bem administrados, pois podem produzir crescimento na organização <sup>(30)</sup>.

Pedreira et al.<sup>(31)</sup> afirmam que, nas diversas profissões da área de saúde, os eventos adversos evitáveis ou erros humanos podem acontecer em decorrência de fatores isolados ou de múltiplos fatores associados, por exemplo, dependentes do próprio paciente, de origem institucional e de natureza financeira.

As ocorrências sobre falhas no seguimento da rotina e falhas na comunicação foram observadas principalmente nas unidades de Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, Clínica Médica e UTI Adultos e Coronariana (tabela 7, figuras 16 e 17), áreas de atividades críticas onde atuam grandes equipes multidisciplinares. Os conflitos foram freqüentes nas unidades acima mencionadas e também nas unidades de Pediatria e Obstetrícia/Centro Obstétrico, que têm em comum as equipes numerosas e alta rotatividade de pacientes. Após a própria enfermagem, o maior envolvimento nas ocorrências foi constituído por residentes, médicos e docentes.

Explicações possíveis para esses resultados são: a) a Instituição é campo de estágio para estudantes de medicina e enfermagem, os quais atuam em várias unidades e muitas vezes desconhecem detalhes de sua organização, necessitando constantes orientações sobre seu funcionamento; b) a Instituição dispõe de sistema de comunicação com nova tecnologia em implantação, ainda com falhas na estrutura e na abrangência; c) a Instituição não contava, no período estudado, com serviço de educação continuada/permanente, área responsável por

desenvolver processos educativos para atender às necessidades demandadas pelo próprio trabalho no processo de assistência; d) quadro de lotação de pessoal deficitário, principalmente de enfermeiros, causando sobrecarga e favorecendo a exposição do paciente a erros; e) alta rotatividade dos enfermeiros na Instituição, que repercute na qualidade da atividade deste profissional.

### **5.3 Boletim de Notificação de Eventos Adversos Administrativo**

Do ponto de vista administrativo, o preenchimento dos boletins trouxe informações sobre as quatro ocorrências citadas nos itens anteriores e sobre os furtos, que representaram causa importante de ocorrência (5ª maior frequência) (tabela 8). Contando o prédio do Hospital com inúmeros acessos livres, pouca vigilância e muitos transeuntes, vários usuários do hospital foram vítimas, entre eles: docentes, funcionários, discentes e a própria Instituição.

Fatos como a Instituição não ter impresso padrão para relatório de ocorrências administrativas, a dificuldade na logística para que o enfermeiro acesse instrumentos necessários à elaboração de um ofício (computador e impressora), dificuldades individuais para elaboração de um documento oficial, somados à praticidade de acesso ao impresso disponível em todas as unidades e ao preenchimento manual dos campos do BNEA certamente contribuíram para a utilização crescente deste instrumento para esse tipo de comunicação.

## 5.4 Boletim de Notificação de Eventos Adversos com envolvimento de pacientes

Para avaliação dos serviços prestados pela enfermagem é importante definir, compreender e quantificar os denominados indicadores de qualidade <sup>(23)</sup>.

Os indicadores são construídos mediante uma expressão matemática, em que o numerador representa o total de eventos predefinidos e o denominador, a população de risco selecionada. Os indicadores envolvem índices como confiabilidade, validade, sensibilidade, especificidade e valor preditivo dos dados. Alguns desses indicadores são utilizados, como os eventos adversos relacionados à frequência de quedas hospitalares, úlceras por pressão, trombose e infecção hospitalar, problemas na manipulação de cateteres e flebitas <sup>(32,33,28)</sup>. Entre os eventos adversos preveníveis são citados, em vários estudos, aqueles relacionados à administração de medicamentos, hemotransfusão, a equipamentos, a acidentes no transporte de pacientes, à documentação incompleta, entre outros <sup>(9,28)</sup>.

Como apresentado na tabela 9 e figura 20, as ocorrências que estão relacionadas aos indicadores da qualidade, em ordem decrescente de frequência, foram: falhas no seguimento da rotina (12,8%), eventos adversos com a medicação (11,3%), quedas de pacientes (10,7%), eventos relacionados a cateteres (9,7%), a eventos institucionais (8,9%) e à integridade da pele (8,7%). As falhas no seguimento da rotina, assinaladas na figura 20 como o evento de maior frequência, indicam que eventos adversos podem resultar da desconsideração de normas e rotinas previamente estabelecidas <sup>(34)</sup>. O uso do boletim tornou possível comunicar, também, problemas que ocorrem com menor frequência, como

os relacionados à falha no transporte, tentativas de suicídio, a ingestão de álcool guardado na área de limpeza e outros como registrado na tabela 9.

**Gravidade das ocorrências** - Todos os eventos adversos decorrentes da atuação dos profissionais da saúde podem, de alguma maneira, acarretar prejuízos ao paciente, à instituição e aos profissionais.

Estes eventos podem acarretar danos importantes, inclusive do tipo incapacidade permanente e mesmo óbito <sup>(35)</sup>. Embora raramente sejam causados por um único fator ou por um único indivíduo e, freqüentemente, sejam falhas do sistema, a ocorrência de danos no processo do cuidar está intrinsecamente ligada à responsabilização do profissional <sup>(36)</sup>.

A esta altura, inúmeros eventos podem ser considerados eventos que envolvem negligência, imprudência ou imperícia, e devem ser encaminhados às Comissões de Ética. Estudo recente envolvendo enfermeiros e membros de Comissões de Ética recomendou, em suas considerações, ser imprescindível a parceria da instituição de saúde com todos os profissionais envolvidos, em compromisso mútuo, para desenvolvimento de processo educativo permanente e duradouro, envolvendo também membros da Comissão de Ética, gerentes e demais profissionais, a fim de prevenir ocorrências no campo da ética e afastar o receio da punição <sup>(21)</sup>.

Estudo de revisão sistemática da literatura científica sobre eventos adversos em hospitais resultou inconclusivo quanto aos critérios de gravidade das lesões, devido às diferentes classificações utilizadas nos diversos estudos <sup>(37)</sup>.

No presente estudo, verifica-se, na tabela 9 e figura 21, a freqüência de ocorrência de situações com gravidade maior. Trata-se de situações que implicaram em risco aumentado de vida ou que prolongaram

a permanência dos pacientes no hospital ou que persistiram até o momento da alta ou transferência. As ocorrências de maior frequência e maior gravidade são discutidas em itens específicos posteriormente.

**Eventos adversos por número de admissões** - Foram notificadas voluntariamente, por meio do BNEA, 1,85 ocorrências envolvendo diretamente pacientes a cada 100 admissões; a frequência maior foi observada na UTI Adulto e Coronariana (5,38), seguida pelas enfermarias de Clínica Médica I e II (3,0), Moléstias Infecciosas (2,42) e Dermatologia (2,3). Em trabalho recentemente publicado, a frequência de eventos adversos baseada em revisão de prontuários variou de 2,9% a 16,6% <sup>(37)</sup>.

**Características dos pacientes envolvidos nos eventos** - Os pacientes envolvidos nas ocorrências notificadas pelos boletins foram caracterizados por meio de dados apresentados na tabela 11 e figuras 22 a 25. A frequência da ocorrência dos eventos foi ligeiramente maior no sexo masculino e, quanto à idade, maior na faixa etária de 19 a 59 anos - 42,4%, seguida pela faixa dos 60 anos e mais com 32,4%. Este último achado pode estar associado com o atendimento do Hospital, constituído principalmente pela população adulta .

É de interesse apresentar que, em estudo realizado nos Estados Unidos, foi verificado aumento da frequência de eventos adversos com o aumento da idade dos pacientes <sup>(34)</sup>. Este fato alerta sobre a necessidade da educação do pessoal da saúde, tendo em vista o aumento progressivo da população idosa que ocorre em nosso país.

Com relação aos diagnósticos médicos, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID 10, os eventos adversos foram mais frequentes nas seguintes condições (tabela 11): doenças do aparelho circulatório, neoplasias e conseqüências de causas externas. A

frequência de eventos adversos mais elevadas nestas situações deve-se, possivelmente, à gravidade do quadro clínico, ao número de procedimentos invasivos utilizados e à demanda de hospitalizações na Instituição. Diferenças significativas nas taxas de eventos adversos entre várias especialidades médicas foram também observadas em trabalho realizado nos Estados Unidos <sup>(34)</sup>.

Os incidentes ocorreram, em sua maioria, nos primeiros cinco dias de internação, possivelmente em razão dos inúmeros procedimentos para diagnóstico, do atendimento de urgência e da instalação de terapêutica invasiva e cirúrgica em casos de curta permanência do doente no hospital. Note-se que a taxa média de permanência do paciente hospitalizado na Instituição é de 6,6 dias no período estudado (janeiro/2004 a junho/2006).

**Eventos adversos relacionados à medicação** - Estes eventos são definidos pela American Society of Health-System Pharmacists <sup>(38)</sup> como qualquer lesão ou dano advindo dos medicamentos, provocados pelo uso ou falta de uso quando necessário.

Um tipo específico destes eventos é representado pelos eventos adversos preveníveis ou erros de medicação. Estes têm efeito significativo nas condições físicas do paciente e no curso da doença, podem afetar o tempo de permanência hospitalar e são onerosos quando implicam em dano ao paciente. Em publicação do Institute of Medicine, foram atribuídas 7000 mortes/ano devidas a erros de medicação nos Estados Unidos <sup>(7)</sup>.

É importante registrar a complexidade dos procedimentos relacionados com a medicação. De acordo com a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization - JCAHO, cinco processos compõem o sistema de medicação: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensação, administração de medicamentos e

monitoramento do paciente em relação aos efeitos do medicamento<sup>(39)</sup>. Os processos envolvem, desta maneira, vários profissionais, revelando a importância de se considerar a questão dos eventos adversos em medicação a partir de uma perspectiva sistemática <sup>(40)</sup>.

Estudo realizado em 1998 mostrou que, dentre os erros de medicação, mais da metade ocorreu no estágio de prescrição do medicamento <sup>(41)</sup>. Leape et al. <sup>(42)</sup> observaram que a enfermagem é capaz de interceptar até 86% dos erros de medicação, provindos dos processos de prescrição (médico), transcrição (escriturário) e de dispensação (farmácia). Contudo, apenas 2% dos erros na administração de medicamentos, executada pela enfermagem, são interceptados. A maioria dos erros de administração de medicamentos é atribuída à enfermagem, possivelmente porque ela é a primeira a completar a tarefa <sup>(43)</sup>.

As causas desses erros podem estar relacionadas a fatores individuais como falta de atenção, lapsos de memória, deficiências na formação acadêmica e inexperiência, mas, também, a falhas sistêmicas como: problemas no ambiente (iluminação, nível de ruído, interrupções freqüentes), falta ou falha de treinamento, falta de profissionais, falha na comunicação, problemas na política organizacional e de aquisição dos medicamentos e de procedimentos ou mesmo produtos inadequados utilizados na medicação dos pacientes <sup>(39,44)</sup>.

Com relação à freqüência de elaboração das notificações, verificou-se, neste trabalho, baixa freqüência - 85 eventos em 30 meses, o que fornece valores de 15 a 25 boletins por semestre (tabela 12, figura 26). É possível que isto se deva ao fato de que os profissionais da maioria das unidades do hospital prestem cuidados integrais ao paciente, incluindo a medicação. Este sistema de trabalho pode diminuir a freqüência de eventos adversos <sup>(45)</sup>. Benner et al. <sup>(36)</sup> reforça esta interpretação ao

mencionar que atribuir a pessoas diferentes a função de administrar, monitorar e avaliar a resposta dos pacientes aos medicamentos pode criar erros em medicação; adicionalmente referiram que a sobrecarga de trabalho e a distração, contribuem para os erros de medicação .

A baixa frequência, no entanto, pode estar relacionada à subnotificação, verificada também por Teixeira e Cassiani <sup>(46)</sup>. Cabe enfatizar, porém, que o BNEA trouxe a informação de que eventos adversos preveníveis em medicação, isto é, erros, estavam ocorrendo na Instituição. Este alerta levou à realização de projeto de educação continuada sobre o tema, oferecido à equipe de enfermagem no segundo semestre de 2005.

Entre os 85 eventos, encontramos: reações medicamentosas - 22,4%, medicações não administradas - 17,6%, ocorrências de administração de droga errada - 16,5% e erro de dose - 9,4%. Foi incluída, entre as ocorrências com medicação, a detecção de coleção inadvertida de líquido subcutâneo causada pelo extravasamento de medicamentos em infusão pela via intravascular (34,1%).

Bates et al., em 1995, encontraram entre os eventos adversos com medicação: omissão de dose - 53%, dose errada - 15%, via errada - 5%, erro de frequência 8% <sup>(47)</sup>.

As ocorrências foram mais frequentes nas unidades de Clínica Médica e UTI de Adulto e Coronariana, conforme figura 28. O boletim, divulgado a todas as unidades que compõem a Divisão de Enfermagem, informou, também, sobre ocorrências em pacientes atendidos ambulatorialmente (10,6%). Libsy et al. <sup>(48)</sup> verificaram erros de administração de medicamentos em 41% dos pacientes internados; destes, 52% na clínica médica e 29% na clínica cirúrgica, sendo mais comuns aqueles relacionados com a confirmação da identidade dos pacientes e com o horário. Cullen et al. <sup>(49)</sup>, em 1997, observaram que a taxa de eventos



adversos preveníveis foi duas vezes mais alta na unidade de terapia intensiva do que em outras unidades, o que está de acordo com nossos dados. Chako et al. <sup>(50)</sup>, em 2007, observaram, em unidade de terapia intensiva, que os eventos adversos relacionados às drogas responderam por 15% do total de eventos adversos. Toffoletto & Padilha <sup>(51)</sup> encontraram 23% por omissão de dose, 21% por medicamento errado e 21% por erro de dosagem em terapia intensiva e semi-intensiva.

Em estudo que descreveu as relações entre as taxas de ocorrências adversas, o nível de cuidado da unidade e a gravidade do paciente, observou-se que erros de medicação não têm correlação com a gravidade do paciente e, por esta razão, indicariam problemas referentes à qualidade dos cuidados de enfermagem em qualquer tipo de unidade hospitalar <sup>(43)</sup>.

Observamos, com relação às ocorrências no atendimento ambulatorial, que as características deste tipo de atendimento têm mudado, possivelmente em razão dos custos institucionais da internação e dos riscos a que se expõem os indivíduos hospitalizados, levando à realização de maior número de tratamentos e procedimentos nas unidades ambulatoriais, o que aumenta a complexidade e o risco do atendimento neste local.

O fato de ter sido implantada na Instituição, em 2003, a prescrição médica eletrônica e a distribuição de dose individual de medicamentos, também pode ter favorecido a baixa frequência de ocorrências. Estudos referem que o sistema eletrônico de prescrição, aliado à utilização de protocolos clínicos bem fundamentados, e à dispensação dos medicamentos por dose unitária podem auxiliar, de modo decisivo, na redução de erros de medicação e melhorar a qualidade da assistência <sup>(40,45)</sup>.

O sistema de distribuição de medicamentos do tipo individualizado é considerado avançado se comparado ao sistema coletivo,

pois, entre outras vantagens, diminui as oportunidades de erros, evitando a disponibilidade e variedade de medicamentos nas unidades, além de evitar os condicionamentos inadequados <sup>(39)</sup>.

A maior porcentagem de ocorrências deu-se no período diurno, coincidindo com outro estudo que encontrou 72% no período diurno e porcentagem menor à noite em terapia intensiva e semi-intensiva. Diferentes autores concordam que a maior atividade na unidade, o maior número de profissionais e ruídos intensos dificultam a atenção dos profissionais na administração dos medicamentos <sup>(39,51)</sup> e isto é característica do período diurno nas unidades hospitalares. Somam-se, ainda, o fato de a prescrição de medicamentos do dia iniciar-se no período diurno, ou seja, de o paciente receber pela primeira vez o novo medicamento nesse período, podendo apresentar reações ao medicamento e também o fato das unidades de atendimento ambulatorial funcionarem apenas no horário diurno.

Em 54,1% das notificações, as ocorrências deram-se entre zero e cinco dias de internação.

Com relação às características dos pacientes, verifica-se, nas figuras 31, 32, e 33, maior frequência de pacientes do sexo masculino, com idade entre 19 e 59 anos (36,4%) e igual ou superior a 60 anos (32,9%), portadores de doenças do aparelho circulatório e neoplasia (43,5%). Dados nacionais e internacionais também referem predominância da população do sexo masculino, idosa, com doença cardiovascular <sup>(48, 51)</sup>. Outros autores também observaram que os eventos ocorreram nos primeiros cinco dias após a internação <sup>(23, 51)</sup>.

**Eventos adversos relacionados à integridade da pele** - O rompimento da integridade da pele tem sido relatado como objeto de

preocupação de profissionais do sistema de saúde em razão de suas consequências para o paciente e para a instituição, como o prolongamento da hospitalização, atraso no retorno do paciente à comunidade, prejuízo na qualidade de vida do paciente e custo hospitalar. O monitoramento sistemático da incidência e prevalência destes casos poderá auxiliar na avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem e na tomada de medidas, como a adoção de protocolos sistematizados, visando a intervenções curativas e preventivas <sup>(52,53)</sup>.

Neste estudo, foram notificadas 65 ocorrências relacionadas à integridade da pele, correspondendo a 7,9% dos boletins.

Quanto aos eventos relacionados à integridade da pele, estes foram mais freqüentes nas unidades de Pronto Socorro e UTI Adulto. As lesões foram observadas entre zero e cinco dias a partir da internação; pacientes do sexo masculino, com 60 anos e mais, com doenças do sistema circulatório, foram os mais acometidos (tabela 13).

Considerando as descrições feitas pelos notificadores, as ocorrências foram classificadas em três subitens: úlcera por pressão, com registro de 45 eventos, correspondentes a 69,5% do total de 65 ocorrências, outras lesões com 16 eventos (24,6%) e queimadura, quatro eventos (6,0%).

As úlceras por pressão são lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquêmica, secundária a aumento de pressão externa, fricção ou cisalhamento, que se localizam, usualmente, sobre proeminência óssea e em regiões de apoio nos decúbitos dorsal, lateral e sentado <sup>(54-56)</sup>. Em estudo prospectivo, Bergstron & Braden <sup>(57)</sup> mostraram que a maioria das úlceras por pressão pode ser prevenida. Entretanto, mesmo com a vigilância da enfermagem, há grande dificuldade em prevenir o aparecimento e o agravamento das lesões em indivíduos que apresentam risco muito alto de desenvolvimento destas úlceras <sup>(58)</sup>. Para o

diagnóstico, as úlceras são avaliadas visualmente e classificadas em estágios, importantes na elaboração de estratégias de tratamento. Foram consideradas como úlceras por pressão neste estudo, as úlceras em estágio II, III e IV, segundo sistema de classificação de úlcera por pressão <sup>(59)</sup>, visto que pode existir dificuldade para a classificação do estágio I e também em razão de não constar os estágios de classificação da úlcera no BNEA.

Neste período, foram internados no Hospital das Clínicas 40.464 pacientes, com exceção do Serviço de Pronto Socorro. Assim, a frequência de úlcera por pressão, no período, foi de 0,11%. Bryant et al.<sup>(60)</sup> encontraram prevalências que variaram de 1,85% a 25%. Bergstrom et al.<sup>(57)</sup> encontraram 23,9% em casas de repouso e Manley <sup>(61)</sup> cita 4,5% em pacientes com mais de 60 anos. Consideramos que as características das populações estudadas contribuíram para a diferença encontrada entre os resultados dos autores citados e o presente estudo, visto que a população de nosso Hospital inclui desde pacientes recém-nascidos até idosos. A subnotificação também pode ter ocorrido. Por outro lado, para melhor avaliação, Mota et al. <sup>(20)</sup> propõem que a incidência de úlcera por pressão deve ser verificada tendo como denominador o número de pessoas expostas ao risco de adquirir a úlcera no período, dado não disponível para este trabalho.

Observou-se com relação às úlceras por pressão (tabela 13), que 24 pacientes (53,3%) eram do sexo feminino. Estudo realizado em hospital nacional de referência terciária, diferentemente deste, apontou discreta predominância de úlceras por pressão em pacientes do sexo masculino; na literatura relacionada a este tópico, não encontramos dados relacionados a úlcera por pressão com sexo <sup>(56)</sup>. Vinte e um pacientes (46,7%) tinham mais de 60 anos e 15 (33,3%) entre 18 e 60 anos. Com relação à idade, esses dados coincidem com os da literatura <sup>(56,62,63)</sup>, que indicam maior frequência de feridas crônicas em pacientes na faixa acima

de 60 anos, devido às alterações provocadas pelo envelhecimento da pele. As úlceras por pressão foram mais frequentes nas afecções de causa externa (11 casos - 24,4 %) e, a seguir, nas doenças do aparelho circulatório (10 casos - 22,2 %) e nas doenças do sistema nervoso (6 casos - 13,3%). Neste contexto, Costa <sup>(52)</sup>, em seu estudo, menciona as disfunções cardíacas entre as predominantes (24,5%).

Em relação às unidades do Hospital, observou-se que 40% dos eventos ocorreram na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana (22,2%) e no Pronto Socorro (17,7%). Estes dados são concordantes com Cuddigan et al.<sup>(64)</sup> que referem que os índices de úlcera por pressão em pacientes em terapia intensiva são mais elevados que em outras unidades hospitalares pelos fatores de risco que apresentam, como instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, gravidade da doença e falência de múltiplos órgãos. Assemelha-se também ao estudo de Blanes et al.<sup>(56)</sup> que relatam a ocorrência de 19,2% dos casos de úlcera por pressão em pacientes da unidade de terapia intensiva. Reed et al.<sup>(43)</sup>, após estudar as relações entre a taxa de eventos adversos, o nível de complexidade da unidade e a gravidade do paciente, sugerem que há associação entre esta e determinados eventos adversos, como úlcera por pressão, infecção e morte.

Quanto ao tempo de internação, 23 boletins (51,1%) foram encaminhados informando ocorrências de úlceras entre zero e cinco dias após internação, sendo que em 22 casos (48,9%) a informação ocorreu nas primeiras 24 horas. Blanes et al.<sup>(56)</sup> citam, em seu estudo, que 68% de 78 pacientes com úlcera por pressão a desenvolveram durante a internação hospitalar; contudo, no presente estudo, quase a metade dos pacientes que apresentaram úlcera por pressão provavelmente haviam desenvolvido a lesão antes da internação no Hospital.

Com relação ao turno de registro, observou-se que os profissionais realizaram 38 notificações (84,4 %) no período diurno.

Neste item, tratamos, também, de outras lesões cutâneas notificadas pelos boletins.

Lesões superficiais de pele são traumas leves causados por fricção da derme em uma superfície ou por cisalhamento, podendo ou não provocar a separação da derme em relação a epiderme. Ocorrem geralmente em membros, inferiores ou superiores, e em pacientes com pele mais sensível, como a dos idosos <sup>(65)</sup>. Nessa população, esse tipo de lesão ocorre com maior frequência devida às alterações fisiológicas da pele, à alteração da sensibilidade, ao uso freqüente de equipamentos (cadeira de rodas, bengala), à desnutrição e a outros fatores.

Nas notificações das lesões de pele, verificou-se que 15 boletins (93,8 %) relacionavam-se a pacientes internados. Os pacientes do sexo masculino foram os mais acometidos - 10 casos (62,5 %). Com relação à idade, 10 pacientes (62,5 %) tinham mais que 60 anos. Quanto ao tempo de internação, em 12 casos (75 %) ocorreram nos primeiros cinco dias após internação. Em seis casos (37,5 %), os eventos ocorreram na unidade de Centro Cirúrgico e em cinco (31,25 %), na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Estas lesões podem desenvolver-se durante a cirurgia, devido à longa duração do procedimento, à imobilidade do paciente e à dificuldade em aplicar medidas preventivas, como a mudança de decúbito <sup>(66)</sup>.

Quanto ao registro, foram realizadas 13 notificações (81,3%) pelos enfermeiros do plantão diurno.

A queimadura da pele é mencionada por vários autores como um dos riscos do uso do bisturi elétrico, devido à corrente elétrica, produção de calor e uso associado a outros instrumentos <sup>(67-69)</sup>. A utilização do bisturi elétrico em cirurgias cresceu muito desde sua primeira aplicação em 1920 <sup>(69)</sup>. Tem, como vantagens, reduzir drasticamente o sangramento

e o tempo operatório e, conseqüentemente, a morbidade e mortalidade. Para segurança do paciente e da equipe é recomendado domínio do conhecimento de seu funcionamento, dos riscos e das medidas de prevenção por aqueles que o utilizam <sup>(68)</sup>. No estudo de Steinke K et al. <sup>(67)</sup> há referência a queimadura provocada pelo uso do bisturi elétrico, sugerindo os autores estudos relacionados com a melhoria das placas desse equipamento. Smith & Smith <sup>(68)</sup>, pesquisando vários tipos de complicações com o uso do bisturi elétrico observaram, em um ano, 48 queimaduras causadas pela passagem de calor pelo instrumental e 13 relacionadas ao aterramento da placa.

Neste estudo, foram notificadas quatro queimaduras, três ocorreram no Centro Cirúrgico (tabela 13).

**Eventos adversos relacionados a quedas** - A terceira maior frequência entre as ocorrências que envolveram diretamente os pacientes relaciona-se a quedas. Dá-se o nome de queda ao evento não planejado que levou o paciente ao chão, com presença ou não de injúria <sup>(70)</sup>.

Quedas podem aumentar o tempo de internação, o custo do tratamento, causar desconforto ao paciente e acarretar ceticismo com relação à qualidade da assistência de enfermagem e à responsabilidade do profissional <sup>(71)</sup>.

São citados como fatores causais das quedas as alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, às doenças cardiovasculares, neurológicas, endocrinológicas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas, sensoriais <sup>(72)</sup> e doenças infecciosas que, em idosos, apresentam-se clinicamente atípicas, podendo ser a queda seu primeiro sinal. Os efeitos causados pelo uso de fármacos, dentre eles os diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos, ou o uso de quatro ou mais drogas associadas <sup>(73)</sup>, e fatores que dependem de circunstâncias

sociais e ambientais que criam desafios aos idosos, são também considerados causadores de quedas <sup>(74)</sup>.

A ocorrência de quedas motivando necessidade de atendimento hospitalar tem sido comentada por profissionais da saúde <sup>(75)</sup>. Constituem-se a principal etiologia de morte acidental em pessoas maiores de 65 anos, atendidas em serviços de emergências nos EUA <sup>(76)</sup>.

No Brasil, segundo dados do Datasus/Ministério da Saúde <sup>(77)</sup>, a taxa de mortalidade, por queda entre pessoas de mais de 60 anos, foi de 6,2 por 1000 óbitos no ano de 2005.

Observa-se, na tabela 14 e figuras 41 a 48 deste estudo, que, no período de 30 meses, foram notificadas 80 quedas, com média de 2,6 quedas por mês. Calculando-se o índice de queda por paciente-dia, no total de 265.092 pacientes-dia no período estudado, obteve-se o valor de 0,302 por 1000, de acordo com o proposto por Mota et al. <sup>(20)</sup>.

As ocorrências foram mais freqüentes no segundo semestre de 2004 e primeiro semestre de 2005, tendo havido diminuição da freqüência nos semestres seguintes, possivelmente devido à ênfase na orientação da equipe de enfermagem quanto aos fatores de risco e à implementação de protocolo de prevenção de quedas e, posteriormente, à avaliação do risco admissional. Langemo et al. <sup>(78)</sup> referem que apenas 4,8% dos pacientes avaliados na admissão com ausência de risco apresentaram queda durante a hospitalização.

Entre as 80 quedas notificadas no presente trabalho, verificase que 55% foram quedas do leito, 38,8% quedas da própria altura e 6,2% quedas da cadeira. Halpert & Connors <sup>(79)</sup> registraram que de 181 pacientes com história de quedas, 124 estavam alertas e/ou orientados e, destes, 49% caíram da cama, 18% enquanto deambulavam, 25% no caminho para o banheiro e 8% caíram da cadeira.



Estudo norte-americano, realizado durante um ano em 42 unidades de cuidados intensivos de enfermagem, assinala que de 64 quedas relatadas, 80% dos pacientes deambulavam sozinhos ou com auxílio, enquanto 20% estavam acamados <sup>(78)</sup>. Rogers <sup>(80)</sup> refere que 30% das quedas ocorrem quando o paciente sai do leito e vai para o banheiro.

Quanto à frequência de quedas em relação ao número total, consideradas as unidades hospitalares, observou-se (tabela 14): enfermarias de Clínica Médica I e II (26,2%), Neurologia (15%) e Moléstias Infecciosas e Parasitárias (12,5%). A UTI Adulto e Coronariana não notificou ocorrência. Em estudo que descreveu as relações entre as taxas de ocorrências adversas e o nível de cuidado da unidade hospitalar, observou-se que unidades com pacientes mais graves apresentaram menos incidentes de quedas; nestas unidades, pela própria condição de saúde, os pacientes não deambulavam, o que provavelmente diminuiu os riscos de queda <sup>(43)</sup>. É possível, também, que o maior número de enfermeiros em unidades de terapia intensiva pode ter contribuído para a menor taxa de quedas. O fato de as unidades que apresentaram as maiores frequências não disporem de camas com grades em nosso hospital, possivelmente foi fator contributivo para as quedas. Autores de estudo em hospitais norte americanos referem que, em 31% de 64 quedas, as camas não estavam com as grades levantadas <sup>(78)</sup>.

Em estudo publicado em 1994, foi verificado que 27,3% das quedas eram resultado de fatores ambientais, aí incluído o quadro da enfermagem <sup>(81)</sup>. Langemo et al. <sup>(78)</sup> observou que quanto maior a porcentagem de profissionais de nível médio envolvido no atendimento, maior o número de quedas. Em 11 hospitais dos Estados Unidos, foi observado que unidades com maior proporção de enfermeiros na equipe apresentaram menores taxas de quedas <sup>(82)</sup>.

Verificou-se, no presente estudo, que a maioria das quedas ocorreu no período noturno (63,7%). Observa-se, na prática diária, que não são poucos os pacientes que não chamam a enfermagem para auxiliá-los a realizar alguma atividade para a qual se julgam capazes, como ir ao banheiro, o que pode agravar-se no período noturno, quando existe a percepção de que menos profissionais estão na unidade, podendo assim contribuir para a maior frequência de quedas nesse horário. Estudo publicado em 2002 verificou também maior frequência nesse turno <sup>(78)</sup>. Observa-se, ainda, que a presença de um familiar, durante a internação, pode auxiliar na prevenção de quedas e, deste modo, é aconselhado fazer-se esta solicitação para a família do paciente com mais de 65 anos ou com necessidades especiais <sup>(74)</sup>.

Em 61,7% dos casos estudados no presente trabalho, o paciente encontrava-se hospitalizado de zero a cinco dias. Este dado pode referir-se aos fatores de risco já citados anteriormente e, adicionalmente, ao início de novas medicações e ao desconhecimento do ambiente.

Com relação ao perfil do paciente, alguns estudos apontam maior prevalência entre pacientes do sexo feminino <sup>(74,83)</sup>, diferentemente deste estudo no qual encontramos o sexo masculino como o mais freqüente (57,5%).

Com relação à faixa etária, considera-se que pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. Porém, estudo realizado em comunidades norte-americanas mostram que 30% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez ao ano, sendo que 80% delas têm mais de 80 anos de idade <sup>(84)</sup>. Para os idosos, estes eventos podem representar diminuição da autonomia e da independência, ao causar incapacidade e injúrias <sup>(74)</sup>.

Neste estudo, a faixa etária mais acometida foi a de 60 anos ou mais. A média, no entanto, foi de 58,5 anos para quedas do leito e 58,2 para quedas da própria altura.

Os diagnósticos médicos mais freqüentes foram: doenças do sistema nervoso, do aparelho circulatório e neoplasias. Observa-se que o estado mental do paciente é importante fator de risco de queda. Rogers <sup>(80)</sup> refere, em seu estudo, que 34% dos pacientes que caíram apresentavam estado mental alterado.

Interessante citar que vários estudos informam como fonte de dados sobre quedas os Relatórios de Incidentes, instrumento similar ao BNEA.

**Eventos adversos relacionados a cateteres, sondas e drenos** - A utilização de diferentes cateteres, tubos, drenos e sondas gástricas, enterais e vesicais é prática comum em hospital de referência terciária. A enfermagem rotineiramente é responsável pelos cuidados necessários à manutenção, retirada e, por vezes, pela inserção destes dispositivos. Fatores como a indicação correta do procedimento, a observação das contra-indicações existentes, a utilização de materiais apropriados, as práticas utilizadas para inserção, manutenção e retirada, e o preparo e a educação do paciente contribuem para os melhores resultados do tratamento do paciente <sup>(2)</sup>.

A sondagem nasogástrica refere-se à introdução de sonda plástica, de tamanho que pode variar, através da narina até a cavidade gástrica, geralmente mantida durante curto período. A inserção da sonda envolve desconforto e riscos, como introdução da sonda na árvore brônquica e aqueles relacionados às condições anômalas que o esôfago pode apresentar como varizes, deformidades e ulcerações<sup>(2,85)</sup>.

A sondagem nasoenteral refere-se à introdução de sonda de material flexível pela narina até o estômago, jejuno ou íleo. Os riscos e complicações são semelhantes aos da introdução da sonda nasogástrica, somados à obstrução da luz da sonda e à tendência a deslocamento com suas consequências <sup>(2,85)</sup>.

A sondagem vesical é a introdução de cateter estéril através da uretra até a bexiga. Os riscos da utilização estão relacionados ao trauma da introdução, à incontinência esfinteriana e à infecção <sup>(2,85)</sup>.

A cateterização venosa central é a inserção de cateter estéril pela veia jugular interna, subclávia ou femoral, vasos de grosso calibre e que apresentam grande capacidade de complacência e fluxo alto. Alguns dos riscos desta punção venosa são o pneumotórax e hematomas. Entre as complicações da utilização, estão a infecção da corrente sanguínea e a obstrução do cateter <sup>(86,87)</sup>.

Com a finalidade de promover a drenagem de fluidos, secreções ou gases e permitir o acompanhamento da evolução de suturas internas pela observação do produto drenado, os drenos são posicionados, normalmente durante procedimento cirúrgico, na cavidade abdominal, torácica e outras. Dor, consequências da remoção acidental, pneumotórax e infecção são as complicações mais observadas <sup>(2,85)</sup>.

Por fim, as cânulas traqueais são utilizadas para tornar pervias as vias aéreas e permitir a ventilação pulmonar e a toaleta brônquica eficiente. Podem alcançar a árvore brônquica ao serem introduzidas pela narina, cavidade oral ou traqueostomia. Trata-se de procedimento estéril que pode apresentar, como complicações, traumas no trajeto, inclusive danos dentários, infecção e consequências relacionadas à remoção acidental como arritmias, instabilidade hemodinâmica e aspiração seguida por pneumonia e morte <sup>(88)</sup>.

Foram notificadas pelo BNEA, 73 ocorrências relacionadas a cateteres, drenos e sondas (tabela 15, figuras 49 a 56). Estes eventos representaram 9,7% do total de eventos envolvendo pacientes.

Tratando-se de procedimentos muito utilizados na rotina hospitalar, que se acompanham comumente de incidentes, a frequência de eventos notificada no presente trabalho parece ser relativamente baixa. Contudo, analisando-se os diversos períodos de estudo, verificou-se número maior de notificações nos três primeiros semestres. De fato, a frequência dos incidentes ao longo dos períodos apresentou pico no segundo semestre do boletim, em 2004, seguida de queda no segundo semestre de 2005, mantendo-se com frequências semelhantes nos demais semestres. As repetidas observações, promovidas pela implementação das notificações, possivelmente tenha atraído a atenção para os incidentes e ocasionaram a tomada de medidas preventivas que contribuíram para a queda dos eventos adversos. Nossa interpretação é apoiada por estudo de Carrión et al. (2000) <sup>(89)</sup>; estes autores realizaram observação sobre a remoção acidental de cateteres em unidade de terapia intensiva em três períodos de seis meses consecutivos; verificaram queda da frequência de incidentes após divulgar e discutir as taxas a cada final de período com a equipe médica e de enfermagem.

Com relação às ocorrências, os eventos mais frequentes foram representados por remoção das sondas e dos dispositivos utilizados.

No que concerne aos relatos descritos nos boletins, estes não trouxeram, geralmente, informações para classificar as remoções como acidentais ou voluntárias.

Quanto à frequência dos eventos implicados, observamos (tabela 15): remoção de cateteres venosos centrais (27,4%), remoção de sondas nasoenterais (27,4%), extubação traqueal (11%), remoção de drenos (11%) e ocorrências com sondas vesicais (6,7%). A remoção de

cateteres de diálise, de marca-passo, de cateteres para verificação da pressão arterial média e outros tipos de complicações como: obstrução da cânula orotraqueal, aspiração pulmonar e danos dentários apresentaram baixa frequência e foram agrupadas em “outros” (11%).

Resultados semelhantes aos nossos foram observados por Lorente et al. <sup>(88)</sup> e Goñi et al. <sup>(90)</sup> que, em unidades de terapia intensiva, mencionaram como eventos adversos mais frequentes a remoção de sonda nasogástrica, nasoenteral e de cânula endotraqueal.

Por outro lado, quanto à frequência de eventos adversos em relação às diversas unidades, verificou-se maior número de ocorrências nas unidades em que estavam internados pacientes de maior gravidade, comumente utilizando dispositivos como sondas, cateteres, etc. Entre as unidades, citam-se a Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Coronariana, a Clínica Médica I e II, a Cirurgia Gastroenterológica e a Ortopedia e Plástica. Na UTI Pediátrica, observou-se frequência elevada de extubação traqueal (11%). Needham et al. <sup>(91)</sup>, em terapia intensiva, observaram que as condições clínicas e a menor idade das crianças contribuíram para a extubação traqueal.

Estudos desenvolvidos em unidades de terapia intensiva evidenciaram a alta frequência de eventos envolvendo vias aéreas, com menção a tubos, sondas, cateteres <sup>(50,92)</sup>. Por sua vez, Sinopoli et al. <sup>(93)</sup> observaram frequência maior de incidentes com sondas, drenos e tubos em unidades de terapia intensiva cirúrgica, na comparação com unidades clínicas. Ainda Moons et al. <sup>(94)</sup>, aplicando instrumento de avaliação de risco para remoção do tubo endotraqueal, verificaram que pacientes com baixo nível de sedação e alto nível de consciência apresentaram maior risco de se extubar.

Quanto aos turnos, no período noturno, a frequência dos eventos é maior, possivelmente devida às falhas na vigilância.

Os eventos deram-se principalmente entre zero e 15 dias de internação, levando à hipótese de que o maior número de procedimentos em terapia intensiva pode ter contribuído.

Com relação às características dos pacientes, verificou-se predominância no sexo masculino, na faixa etária adulta, com diagnósticos médicos mais freqüentes de doenças do aparelho circulatório e digestivo.

## **5.5 Condutas relacionadas às ocorrências**

O notificador, ao preencher o BNEA, contou com campo aberto destinado à descrição de sua conduta imediata frente à ocorrência. Pudemos observar que, em cerca da metade delas, o profissional julgou suficientes as providências tomadas mediante a apuração do fato no momento e a orientação aos envolvidos. Em 46,3%, necessitou do auxílio de terceiros para condução mais segura, quando solicitou avaliação de outro profissional, de outro serviço, a participação da família ou ainda encaminhou para instância superior em busca de solução fora de seu alcance ou de maior abrangência.

Embora não conste no BNEA campo específico para anotações sobre a conduta gerencial, foi verificado que a gerência de enfermagem, ao tomar ciência das ocorrências, considerou necessária sua intervenção para apuração sistêmica, complementação ou reforço das orientações em 30,3% dos casos. Em 52,3% das notificações, as ocorrências foram encaminhadas à instância superior, pois envolveram outros serviços para solução e prevenção de reincidências ou foram consideradas de interesse destes.

## 5.6 Retorno aos notificadores

A manutenção do sistema de notificação pelos BNEA deve ser apoiada na relação recíproca de respeito e confiança entre profissionais, instituição e pacientes, no tratamento sistêmico de análise dirigida à ocorrência e nos resultados apresentados. A ênfase deve ser dada à importância da informação que conduzirá a mudanças na estrutura e nos processos, promovendo a segurança do paciente. Informar o notificante das providências tomadas frente às notificações realizadas faz parte desta relação.

Ao analisar os dados, verifica-se que apenas 56,5% dos notificadores receberam retorno relacionado com suas notificações. Faz-se necessário informar que o impresso não conta com campo destinado ao registro dessa conduta. A baixa frequência possivelmente se deva ao fato de que não havia orientação para que fossem feitas estas ou outras anotações no impresso. Outra possível causa que dificultou o registro e o retorno ao notificador foi a demora da resposta ou o desconhecimento das providências, quando estas foram solicitadas a outros serviços, que não os da Divisão de Enfermagem.



## **6 Conclusões**

Ocorrências indesejadas e eventos adversos ocorrem no ambiente hospitalar e comprometem a segurança do paciente.

É necessário que exista a preocupação da instituição em detectá-los e em aprender com esses eventos, visando minimizar suas consequências e corrigir processos para preveni-los. Vários métodos poderão ser empregados para esta finalidade. O BNEA mostrou-se útil como instrumento de comunicação, revelando à gerência de enfermagem grande número de ocorrências não detectadas anteriormente, pela falta de meio adequado disponível.

Houve adesão da equipe à utilização do instrumento, avaliada pelo aumento gradativo de notificações a partir de sua introdução, embora duas unidades não tenham emitido boletins no período estudado.

Predominaram os boletins com ocorrências que envolveram pacientes, embora, com o correr do tempo, tenha aumentado a frequência dos boletins administrativos.

Apesar de o registro ser de responsabilidade do enfermeiro, a praticidade do instrumento viabilizou sua utilização por auxiliares e técnicos de enfermagem e outros profissionais.

Eventos institucionais (falha na infra-estrutura física, falta de pessoal, falta de material, entre outros) e as relacionadas à conduta dos profissionais, como falhas no seguimento de rotinas estabelecidas na instituição, conflitos e falhas na comunicação foram as ocorrências mais frequentes entre as estudadas neste trabalho.

No que concerne aos eventos relacionados a pacientes, isto é, os eventos adversos, os de maior gravidade e mais frequentes foram os relacionados à medicação, à integridade da pele, quedas e cateteres. A cada 100 admissões na instituição foi obtida a taxa de 1,85 eventos adversos ocorridos no período.

Quanto à frequência dos eventos adversos, estes ocorreram mais em pacientes, adultos, do sexo masculino, portadores de doenças do aparelho circulatório, neoplasias e com afecções de causas externas.

Notou-se também que os eventos adversos ocorreram principalmente nos pacientes hospitalizados, nos primeiros cinco dias a partir da admissão.

O BNEA mostrou-se limitado para fornecer dados relativos à conduta gerencial frente às ocorrências e sobre o retorno encaminhado aos notificadores, por não contar com espaço destinado a estes registros.

## **7 Considerações finais e Propostas**

Elaborado para ser apenas um meio de comunicação de eventos adversos, compreende-se que a análise sistematizada e o acompanhamento das ocorrências tornam-se indispensáveis para o alcance de resultados positivos na assistência.

O BNEA pode ser utilizado, também, para a captação dos dados necessários à aplicação de fórmulas para a produção de indicadores específicos, os quais podem fornecer informações mais precisas para monitoramento da qualidade da assistência prestada pela enfermagem.

É desejável que o meio de comunicação de eventos adversos seja rápido, permitindo pronta atuação da gerência. Deste modo, é pertinente o desenvolvimento de sistema eletrônico de notificação, que poderá dar agilidade ao processo de comunicação e à construção de banco de dados. Para isto, no entanto, é necessário que a instituição disponibilize equipamentos de informática acessíveis e treinamento, para que os profissionais sejam devidamente habilitados.

Algumas modificações no impresso analisado, apresentadas no anexo 6, podem ser feitas a fim de permitir notificações mais objetivas e facilitar a coleta de dados.

Por fim, consideramos que o BNEA cumpriu a finalidade para o qual foi delineado e implantado, que é a de estabelecer um meio de comunicação prático de ocorrências entre os profissionais de enfermagem e a direção.

É possível que não se tenha captado a totalidade dos eventos adversos ocorridos na instituição devida à subnotificação. Contudo, consideramos necessária a manutenção de política de estímulo à notificação, a qual poderá ser auxiliada pelo uso do instrumento por todos os profissionais e diferentes áreas atuantes na instituição. Acrescente-se que é importante que sejam divulgados conceitos precisos e claros sobre todos os tipos de eventos e que se entenda que os eventos adversos são geralmente mais causados por falhas no sistema do que individuais. Importa, também, que o retorno deve ser garantido ao notificador. Finalmente, há que se enfatizar a educação continuada orientada para a promoção da segurança do paciente.

## **8 Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gesthos - Gestão Hospitalar: Capacitação à distância em Administração Hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: módulo II: gestão contemporânea nas organizações de saúde/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 27-73, 105-35.
2. Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2005. p. 14, 18.
3. Marin HF. Informática em enfermagem. São Paulo: EPU; 1995.p. 25-8.
4. Dunn D. Incident reports - Their purpose and scope. AORN J. 2003; 78:46-66.
5. Hiatt HH, Barnes BA, Brennan TA, Laird NM, Lawters AG, Leape LL, et al. A study of medical injury and medical mal practice. N Engl J Med. 1982; 321:48-4.
6. Chang A, Shyue PM, Croteau RJ. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. Int J Qual Health Care. 2005; 17:95-105.
7. IOM - Institute of Medicine. To err is human: building a Safer Health System. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
8. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder AS, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. JAMA. 1998; 280:1444-7.
9. Dunn D. Incident reports - Correcting processes and reducing errors. AORN J. 2003; 78:212-33.
10. IOM - Institute of Medicine. Keeping the patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington (DC): National Academy Press; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de supervisão em estabelecimentos de saúde. Brasília: Centro de Documentação; 1981.

12. Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 117-31.
13. Marx LC, Morita LC. Manual de gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Rufo; 1998. p. 53.
14. Bork AMT. Enfermagem de excelência: da visão à ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2003. p. 21-30.
15. Campana AO. Introdução à investigação clínica. São Paulo: Trianon; 1995. p.111-43.
16. Gallotti RMD. Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
17. Brasil. Senado Federal. Lei nº8069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [homepage da Internet]. Brasília (DF): Casa Civil; 1990 [acesso em 28 de janeiro de 2008]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Leis/L8069.htm>.
18. Brasil. Lei nº10741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília: Câmara dos Deputados, 2003.
19. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1993.
20. Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. RAS. 2007; 9(34):9-15.
21. Freitas GF, Oguisso T, Merighi MAB. Ocorrências éticas de enfermagem: cotidiano de enfermeiros gerentes e membros da



- Comissão de Ética de Enfermagem. *Rev Latino-am Enferm.* 2006; 14:497-502.
22. Vermouth KL. Shoul medical laboratories mistakes. *Clin Leadership Rev.* 2000; 14:219-24.
23. Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. *Rev Latino-am Enferm.* 2001; 9:91-6.
24. Madalosso ARM. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. *Rev Latino-am Enferm.* 2000; 8:11-7.
25. Bork AMT. Segurança do paciente: a enfermagem como agente de mudança [Editorial]. *Einstein.* 2007; 5:XI.
26. Sarney J, Almeida EA. Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Dec. N º 94.406, de 08.06.87. *Diário Oficial da União.* 9 jun. 1987; Seção I (fls 8.853-55).
27. Campos LF, Melo MRAC. Os desafios da comunicação administrativa na enfermagem. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2002. Ribeirão Preto; 2002.
28. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In Kurcgant P. *Gerenciamento em enfermagem.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 75-88.
29. Bulhões I. Riscos do trabalho de enfermagem. *Folha Carioca.* 1998. p. 143-72.
30. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.260-76, 297-308.
31. Pedreira MLG, Peterlini MAS, Harada MJCS. Erros de medicação: aspectos relativos à prática do enfermeiro. In Harada, MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR. *O erro humano e a segurança do paciente.* São Paulo: Atheneu; 2006. p.123-48.

32. Long LE. Imbedding quality improvement into all aspects of nursing practice. *Int J Nurs Pract*. 2003; 9:280-4.
33. Denser CPAC. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade in Bork AMT. *Enfermagem de excelência: da visão à ação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Cap. 6, p.89-100.
34. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert AG, Newhouse JP, Weillier PC, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13:145-51.
35. Gallotti RMD. Eventos adversos - o que são? *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50:114.
36. Benner P, Sheets V, Uris P, Malloch K, Schwed K, Jamison D. Individual, practice, and system causes of errors in nursing. *J Nurs Adm*. 2002; 32: 509-23.
37. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8:393-406.
38. American Society of Health System Pharmacists. Suggested definitions and relationship among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. *Am J Hosp Pharm*. 1998; 55:165-6 apud Kawano DF, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2006; 42:487-95.
39. Miasso AI, Silva AEBC, Cassiani SHB, Grou CR, Oliveira RC, Fakh FT. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev Latino-am Enferm*. 2006; 14:354-63.

40. Kawano DF, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2006; 42:487-95.
41. Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, Laird N, Peterson LA, Teich IM, et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication errors. *JAMA.* 1998; 280:1311-6.
42. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. System analysis of adverse drug events. *JAMA.* 1995; 274:35-43.
43. Reed L, Blegen MA, Goode CS. Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. *J Nurs Adm.* 1998; 28:62-9.
44. Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Latino-am Enferm.* 2002; 10:523-9.
45. Greiner AC, Knebel E, editors. *Health professions education: A bridge to quality.* Washington (DC): National Academy Press; 2003.
46. Teixeira TCA, Cassiani, SHB. A ponta do iceberg: o método de notificação de erros de medicação em um hospital geral privado no Município de Campinas/SP. *Einstein.* 2007; 5(supl 1):S1-S47.
47. Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med.* 1995; 10: 199-205.
48. Libsy M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential. *Int J Qual Health Care.* 2005; 17:15-22.
49. Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. *Crit Care Med.* 1997; 25:1289-97.

50. Chacko J, Raju HR, Singh MK, Mishra RC. Critical incidents in a multidisciplinary intensive care unit. *Anaesth Intensive Care*. 2007; 35:382-6.
51. Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40:247-52.
52. Costa MLM. Integridade da pele in: Bork A M T *Enfermagem baseada em evidências*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan S.A.; 2005. p. 130-65.
53. Penzer R, Finh M. Promoting healthy skin in older people (Art & Science: Continuing professional development: Skin care). *Nurs Stand*. 2001; 15:46-52, 54-5.
54. Ferreira LM, Calil JA. Etiopatogenia e tratamento das úlceras por pressão. *Diagn Tratamento*. 2001; 6:36-40.
55. Agency for Healthcare Research and Quality [homepage on the internet]. MOH. Nursing Clinical Practices Guidelines 1/2001. Prediction and prevention of pressure ulcers in adults. Rockville: AHRQ; 2001 [acesso em 27 de outubro de 2007]. Disponível em: <http://www.medicaledu.com/ahcpr.htm>.
56. Blanes L, Duarte I S, Calil, J A, Ferreira, L M. Avaliação clínica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. *Rev Assoc Méd Brás*. 2004; 50:182-7.
57. Bergstron N, Brade B. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40:747-58.
58. Rudman D, Mattson DE, Alverno L, Richardson TJ, Rudman IW. Comparison of clinical indicators in two nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 1993; 41:1317-25.
59. EPUAP [homepage da Internet]. Oxford: European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Prevention and Treatment Guidelines:

c/1998 - [acesso em 25 de janeiro de 2008]. Disponível em:  
<http://www.epuap.org/gltreatment>.

60. Bryant RA, Shannon ML Pieper B, Braden BJ, Morris DJ. Pressure ulcers. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds - nursing management Missouri: Mosby; 1992. p. 105-63.
61. Manley MT. Incidence, contributory factors and costs of pressure sores. S Afr Med J. 1978; 53:217-22.
62. Zink M, Rousseau P, Holloway GA. Lowe extremity ulcers. In: Bryant RA. Acute and chronic wounds - nursing management. Missouri: Mosby; 1992. p. 64-212.
63. Gonçalves MTF. A úlcera por pressão e o idoso. Nursing. 1996; 9:13-7.
64. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C. Pressure ulcer in America: prevalence, incidence and implications for the future. An executive summary of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Monograph. Adv Skin Wound Care. 2001; 14:208-15.
65. Ayello EA. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editors. Geriatric nursing protocols for best Practice. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2003. p. 165-84.
66. Land L. A review of pressure damage prevention strategies. J Adv Nurs. 1995; 22:329-37.
67. Steinke K, Gananadha S, King J, Zhao J, Morris DL. Dispersive pad site burns with modern radiofrequency ablation equipment. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2003; 13:366-71.
68. Smith TL, Smith JM. Electrosurgery in otolaryngology-head and neck surgery: principles, advance, and complications. Laryngoscope. 2001; 111:769-80.
69. Pearce J. Current electrosurgical practice: hazards. J Med Eng Technol. 1985; 9:107-11.

70. Lawrence JL, Maher PL. Na interdisciplinary falls consult team: a collaborative approach to patient falls. *J Nurs Care*. 1992; 6:21-9.
71. Tack KA, Ulrich B, Kehr C. Patient falls: profile for prevention. *J Neuroci Nurs*. 1987; 19:83-9.
72. Kay PD, Tideiksaar R. Quedas e distúrbios de marcha. In: Abrams WB, Berkow R. *Manual Merck de geriatria*. São Paulo: Ed Roca; 1995.
73. Brito FC, Costa SMN. Quedas. In: Papaleo Netto M, Brito FC. *Urgências em geriatria*. São Paulo: Ed Atheneu; 2001. p. 323-35.
74. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Jr ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38:93-9.
75. Parsons MJ. Five common legal risks. *Nurs Life*. 1986; 19:274-6.
76. Fuller GF. Falls in elderly. *Am family physician*. 2000;61:2159-68
77. Datasus.gov.br [homepage da Internet] Informações de saúde. Mortalidade geral. Mortalidade por quedas. Brasília: datasus; 2005 [acesso dia 25 de janeiro de 2008]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/>.
78. Langemo DK, Anderson J, Volden CM. Nursing quality outcome indicators. *J Nurs Adm*. 2002; 32:98-105.
79. Halpert A, Connors JP. Prevention of patient falls through perceived control and other techniques. *Law Med Health Care*. 1986; 14:20-4.
80. Rogers S. Reducing falls in a rehabilitation setting: a safer environment through team effort. *Rehabil Nurs*. 1994; 19:274-6.
81. Rubenstein L, Robbins. The Falls in the nursing home. *Ann Int Med*. 1994; 121:442-51.
82. Blegen MA, Vaughn R. A multisite study and patient outcomes. *Nurs Econ*. 1998; 16:196-203.

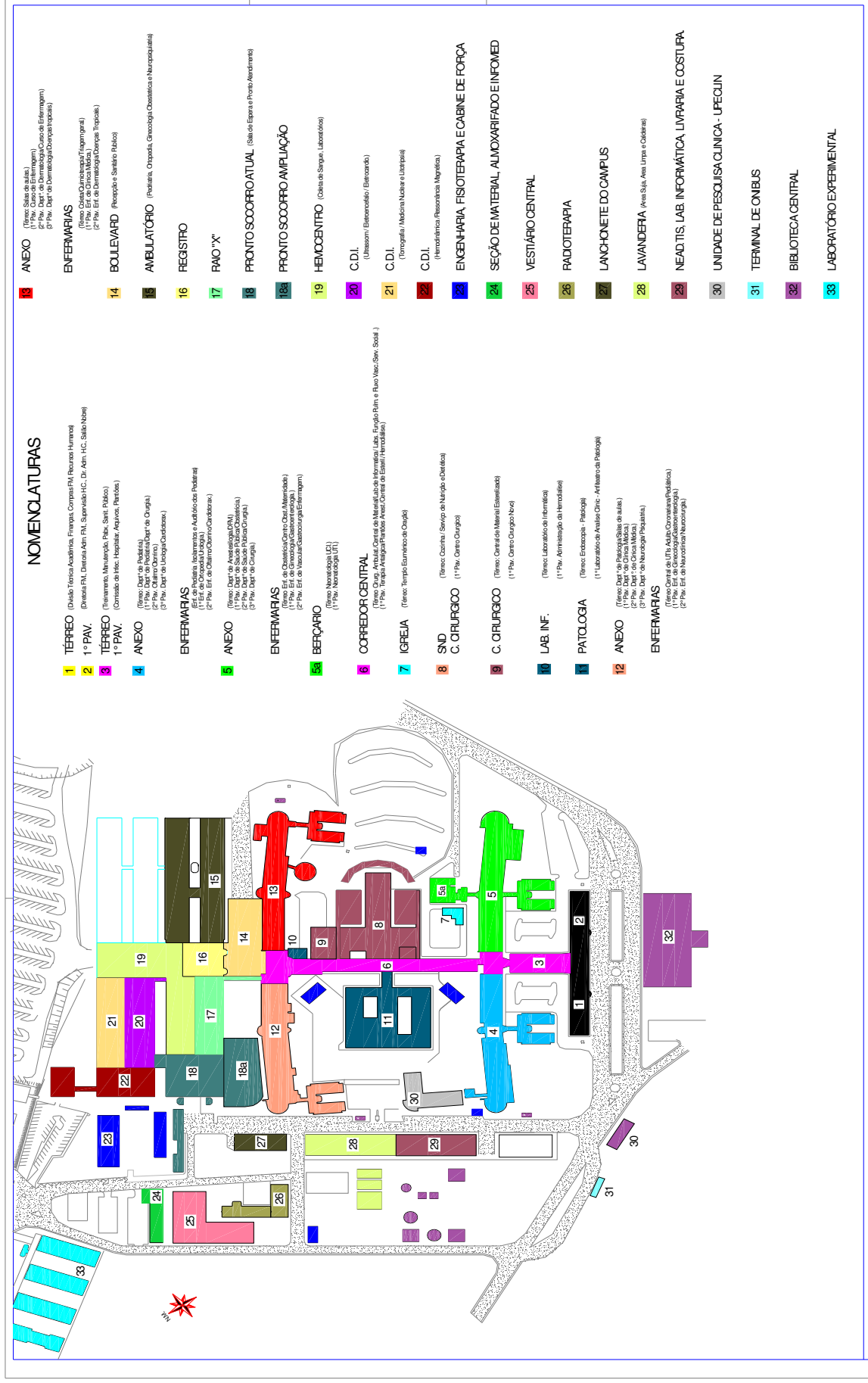
83. Marin, HF, Bourie P, Safran C. Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Rev Latino-am Enferm.* 2000; 8:27-32.
84. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med.* 1998; 330:1055-9.
85. Bortolozo NM, Gorayb SBS, Campos DAGO, Paiva MCMS, Lopes R. *Técnicas em Enfermagem: passo a passo.* São Paulo: EPUB; 2007. p. 152-7.
86. Gilles D, O’Riordan L, Carr D, Frost J, Gunning R, O’Brien I. Gauze and tape and transparent polyurethane dressings for central venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (4):CD003827.
87. Bagnall-Reed HÁ, Ruccione K. Management of cutaneous reactions and mechanical complications of central venous access devices in pediatric patients with cancer: algorithms for decision making. *Oncol Nurs Forum.* 1990; 17: 677-81.
88. Lorente L, Huidoro MS, Martin MM, Jiménez A, Mora ML. Accidental catheter removal in critically ill patients: a prospective and observational study. *Crit Care.* 2004; 8:R229-33.
89. Carrión MI, Ayuso D, Marcos M, Paz Robles M, de la Cal MA, Alía I, et al. Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters. *Crit Care Med.* 2000; 28:63-6.
90. Goñi Viguria R, García Santolaya MP, Vázquez Calatayud M, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. Evaluation of care quality in the ICU through a computerized nursing care plan. *Enferm Intens.* 2004; 15:76-85.
91. Needham DM, Thompson DA, Holzmüller CG, Dorman T, Lubomski LH. *Crit. Care Med.* 2004; 32:2227-33.
92. Buckley TA, Short TG, Rowbottom YM, Oh TE. Critical incident reporting in the intensive care unit. *Anaesthesia.* 1997; 52:403-9.

93. Sinopoli DJ, Needham DM, Thompson DA, Holzmueller CG, Dorman T, Lubomski LH, et al. J Crit Care. 2007; 22:177-83. Epub 2007; Jan 31.
94. Moons P, Sels K, De Becker W, De Geest S, Ferdinande P. Development of a risk assessment tool for deliberate self-extubation in intensive care patients. Intensive Care Med. 2004; 30:1348-55. Epub 2004; Mar 25.



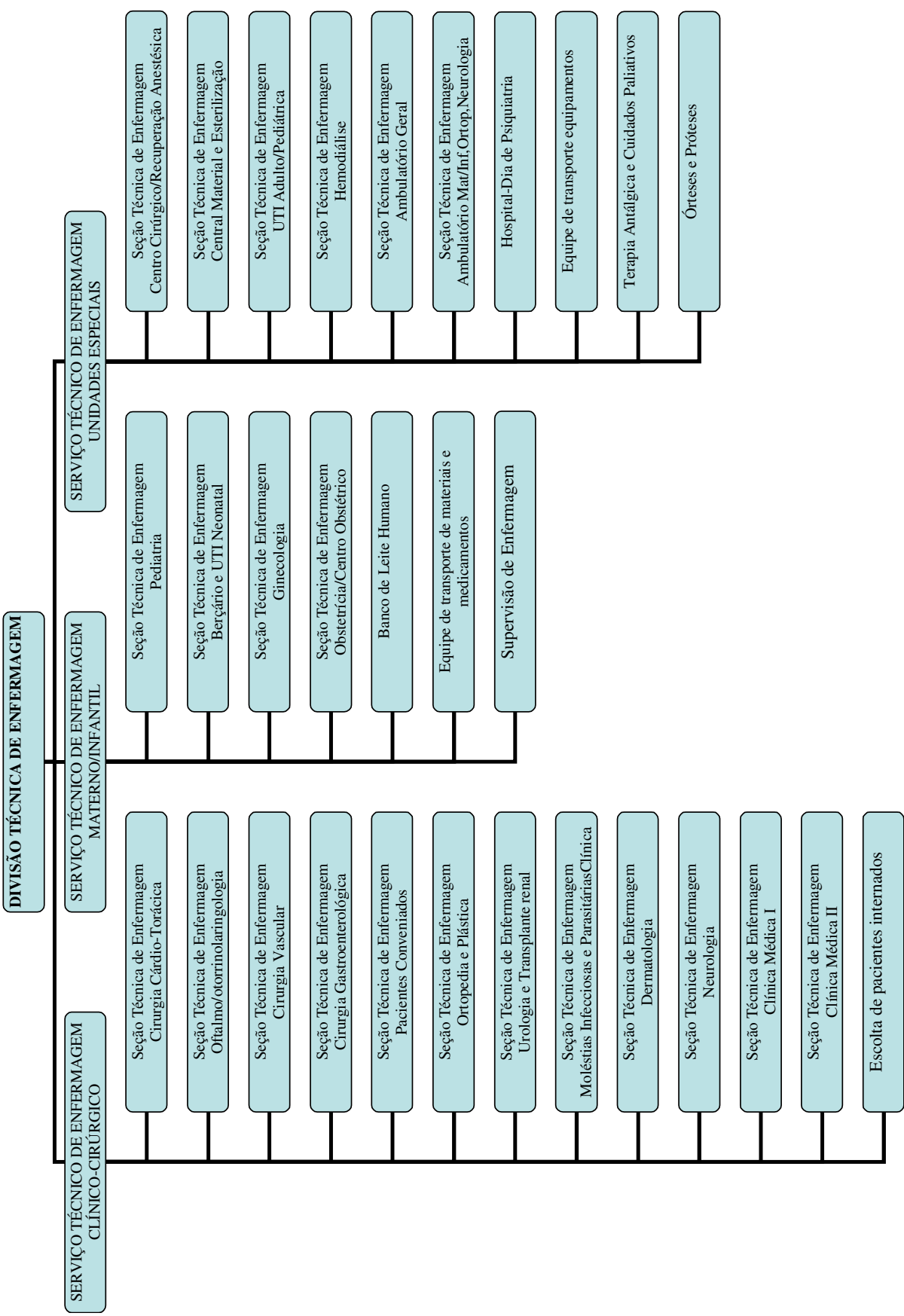
## **9 Apêndices**

# ANEXO 1: Planta do Hospital das Clínicas



[illegible][illegible]

ANEXO 3: Organograma da Divisão Técnica de Enfermagem



## ANEXO 4: Boletim de Notificação de Eventos Adversos



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

CAMPUS DE BOTUCATU

FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DIVISÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM

BOTUCATU, SP - RUIBÃO JUNIOR - CEP: 18.618-970 - ☎ - FAX: (14) RAMAL - 3811.6220 / 3811.6141

### **BOLETIM DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

**DIVISÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS – F.M.B.**

**1- NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

**RG:** \_\_\_\_\_ **DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**DATA INTERNAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **DATA OCORRÊNCIA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SEÇÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_

**2- OCORRÊNCIA:**

<input type="checkbox"/> com medicamentos (reação pirogênica, erro de dosagem, etc)	<input type="checkbox"/> aspiração pulmonar
<input type="checkbox"/> em hemotransfusão	<input type="checkbox"/> queda do leito/cadeira
<input type="checkbox"/> extravasamento de líquido EV para o SC	<input type="checkbox"/> queda da própria altura
<input type="checkbox"/> flebite pós função EV	<input type="checkbox"/> queimadura (equipamento, sol, água)
<input type="checkbox"/> perda de catéteres: SNG, SNE, SVD, cateter venoso central, cateter diálise, de PAM, drenos, cânula endotraqueal	<input type="checkbox"/> úlcera de pressão
<input type="checkbox"/> obstrução de cânula endotraqueal por secreção	<input type="checkbox"/> fuga do paciente
	<input type="checkbox"/> outros

**3- DESCRIÇÃO DE OCORRÊNCIAS:**

---

---

---

---

**4- CONDOTA:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBS:** esta notificação deverá ser encaminhada a D.T.E. diariamente de 2ª a 6ª feira, no horário das 7 às 18 h.

## ANEXO 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

Botucatu, 02 de outubro de 2.006

OF.496/2006-CEP

Ilustríssima Senhora  
Profª Drª Heloisa Wey Berti  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª Heloisa,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP informo que o Projeto de Pesquisa "O boletim de notificação de eventos adversos como instrumento de comunicação e gerenciamento em enfermagem" a ser conduzido por Miriam Cristina Marques da Silva Paes, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02 de outubro de 2.006.

Situação do Projeto: **APROVADO.**

- Ao término deste projeto, apresentar ao CEP Relatório Final de Atividades.

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP.

**ANEXO 6: Proposta de Boletim de Notificação de Eventos Adversos**



**Universidade Estadual Paulista**  
CAMPUS DE BOTUCATU  
**faculdade de medicina - hospital das clínicas**

DIVISÃO TÉCNICA DE ENFERMAGEM  
BOTUCATU, SP - RUBIÃO JUNIOR - CEP: 18.618-970 - ☎- FAX: (14) RAMAL – 3811.6220 / 3811.6141

**BOLETIM DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS**

**1- NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **LEITO:** \_\_\_\_\_

**IDADE:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_ **DIAG. MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**DATA INTERNAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SÇ TÈC. ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_

**LOCAL da OCORRÊNCIA/EA:** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **HORA** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**2- OCORRÊNCIA/EVENTO ADVERSO**

<input type="checkbox"/> Medicação (reação, droga errada, dose errada, via de administração errada, técnica errada, frequência/tempo errados, omissão, outros)	<input type="checkbox"/> Quedas: da própria altura, da cadeira, do leito
<input type="checkbox"/> Flebite pós função EV	<input type="checkbox"/> Úlcera de pressão
<input type="checkbox"/> Hemotransusão	<input type="checkbox"/> Queimadura (equipamento, sol, água)
<input type="checkbox"/> Catéteres: SNG, SNE, SVD, cateter venoso central, cateter diálise, de PAM, drenos	<input type="checkbox"/> Fuga do paciente
<input type="checkbox"/> Vias aéreas (remoção cânula endotraqueal, obstrução de CET por secreção, aspiração pulmonar, outros)	<input type="checkbox"/> Equipamentos
	<input type="checkbox"/> Materiais/medicamentos
	<input type="checkbox"/> Fatores institucionais
	<input type="checkbox"/> Fatores organizacionais
	<input type="checkbox"/> Conflito
	<input type="checkbox"/> Outros

**3- DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA/EVENTO ADVERSO:**

---

---

---

NOME/COREN

**4- CONDUTA IMEDIATA:**

---

---

---

NOME/COREN

**5-CONDUTA GERENCIAL:**

---

---

---

NOME/COREN

**6-RETORNO AO NOTIFICADOR**

**Ass.**

**Data:**

**OBS:** Esta notificação deverá ser encaminhada a Dir. D.T.E. o mais brevemente possível.

RECEBIDO na DDTE  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; \_\_\_\_H\_\_\_\_  
POR: \_\_\_\_\_