

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA: FREQUÊNCIA E DUPLA CHECAGEM EM UM HOSPITAL DE ENSINO

HIGH-ALERT MEDICATIONS: FREQUENCY AND DOUBLE CHECKING IN A TEACHING HOSPITAL

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA: FRECUENCIA Y DOBLE CHEQUEO EM UM HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Glendha Oliveira Arduini¹, Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro², Rosana Huppel Engel³, Thaís Santos Guerra Stacciarini⁴, Marina Pereira Rezende⁵, Lúcia Aparecida Ferreira⁶

RESUMO

Objetivo: Identificar a frequência de medicamentos de alta vigilância prescritos e a realização da dupla checagem. **Método:** Estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público de ensino, do Sudeste do Brasil. **Resultados:** A amostra foi constituída por 168 prescrições médicas de pacientes internados em unidades de internação adulto. A unidade que apresentou o maior número de medicamentos de alta vigilância prescritos foi o pronto socorro, 30 (83,3%). Os antitrombóticos corresponderam à classe medicamentosa de maior frequência nas prescrições, presentes em 101 (60,1%), seguido das insulinas com 63 (37,5%). A dupla checagem foi realizada com maior frequência nos seguintes medicamentos: antitrombóticos, 22 (21,7%) e sedativos, 6 (27,3%). **Conclusão:** Espera-se que este trabalho incentive o desenvolvimento de pesquisas acerca de tal tema e o aprimoramento de estratégias com o intuito de incentivar a efetiva implantação da dupla checagem, a qual promoverá um cuidado seguro e de maior qualidade.

Descritores: Erros de medicação; Segurança do paciente; Cuidados de enfermagem; Prescrições.

¹ Enfermeira da estratégia de saúde da família pela empresa Missão Sal da Terra, Uberlândia. Especialista em Saúde do Adulto/Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto-Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberlândia, MG- Brasil.

² Enfermeira da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM/EBSERH). Mestre em Atenção à Saúde. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG-Brasil.

³ Enfermeira da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM/EBSERH). Mestre em enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG-Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestre e Doutora em Ciências da Saúde. Servidora e chefe do Serviço de Educação em Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG-Brasil.

⁵ Enfermeira. Mestre e Doutora em enfermagem fundamental. Professora Adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG-Brasil.

⁶ Enfermeira. Mestre e Doutora em enfermagem psiquiátrica. Professora Adjunto da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG-Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify the frequency of prescribed high-alert medications and double checking. **Method:** Cross-sectional, documentary study, with quantitative approach, carried out in a public teaching hospital, in Southeastern Brazil. **Results:** The sample consisted of 168 medical prescriptions of patients hospitalized in adult hospitalization units. The unit that presented the highest number of high-alert medications prescribed was the first aid, 30 (83.3%). Antithrombotics corresponded to the most frequent medication class in prescriptions, present in 101 (60.1%), followed by insulins with 63 (37.5%). Double checking was performed more frequently on the following drugs: antithrombotic, 22 (21.7%) and sedatives, 6 (27.3%). **Conclusion:** It is hoped that this work will encourage the development of research on this topic and the improvement of strategies with the purpose of encouraging the effective implementation of double checking, which will promote a safe and higher quality care.

Descriptors: Medication errors; Patient safety; Nursing care; Prescriptions.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la frecuencia de medicamentos de alta vigilancia prescritos y la realización del doble chequeo. **Método:** Estudio transversal, documental, abordaje cuantitativo, realizado en un hospital público de enseñanza, del Sudeste de Brasil. **Resultados:** La muestra fue constituida por 168 prescripciones médicas de pacientes internados en unidades de internación adulta. La unidad que presentó el mayor número de medicamentos de alta vigilancia prescritos fue el socorro, 30 (83,3%). Los antitrombóticos correspondieron a la clase medicamentosa de mayor frecuencia en las prescripciones, presentes en 101 (60,1%), seguido de las insulinas, 63 (37,5%). El doble chequeo se realizó con mayor frecuencia en los siguientes medicamentos: antitrombóticos, 22 (21,7%) y sedantes, 6 (27,3%). **Conclusión:** Se espera que este trabajo incentive el desarrollo de investigaciones sobre este tema y el perfeccionamiento de estrategias con el fin de incentivar la efectiva implantación del doble chequeo, la cual promoverá un cuidado seguro y de mayor calidad.

Descriptor: Errores de medicación; Seguridad del paciente; Cuidados de enfermería; recetas.

INTRODUÇÃO

No final da década de 90, foi possível identificar a alta incidência de eventos adversos (EA) nas instituições hospitalares a partir da publicação do relatório do *Institute of Medicine (IOM), To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Este trabalho provocou impacto

mundial, pois o mesmo identificou em torno de 44.000 a 98.000 mil casos de mortes em decorrência dos EA, os quais contribuíram com os prejuízos econômicos.¹ Os EA causam danos e apresentam incidência de 10,2% das admissões hospitalares em dez anos.²

Diante de tais evidências, foi criada, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS) com o propósito de aperfeiçoar os modelos assistenciais, almejando garantir a segurança do paciente. Em 2013, a OMS instituiu as “Seis metas Internacionais de Segurança do Paciente” em articulação com a Portaria nº 529/2013 do Ministério da Saúde, no qual, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Dentre estas metas destacam-se: a identificação do cliente e o uso seguro de medicamentos.³

Os EA relacionados à administração de medicamentos são os mais triviais sendo suas complicações preveníveis ou evitáveis.⁴ Dessa maneira, com o objetivo de prevenir os erros o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (*Institute for Safe Medication Practices - ISMP*) recomenda a implantação de barreiras de segurança no que diz respeito ao manejo dos medicamentos de alta vigilância (MAV), os quais são definidos como aqueles que apresentam risco aumentado de ocasionar danos significativos, permanentes ou óbito aos clientes em decorrência de falhas no processo de utilização.⁵

Os erros relacionados ao uso dos MAV podem ocorrer durante o processo de prescrição, dispensação, transcrição, preparo e/ou administração. Além disso, as falhas neste processo exigem intervenções rápidas visando assegurar uma assistência livre de danos.⁶ Dessa forma, com o intuito de sanar as deficiências do sistema de saúde no que se refere à administração de medicamentos, faz-se necessária a adoção de um conjunto de medidas destinadas a prevenir o erro durante a prática assistencial associado às barreiras de segurança.⁷

Como barreira de segurança, cita-se a implementação dos nove certos relacionados à administração de medicamentos, que proporcionam acurácia aos cuidados⁸ e constitui-se uma das principais estratégias para se evitar o EA durante o preparo e administração de um medicamento. Além desta, destaca-se a dupla checagem, estratégia criada também para garantir segurança na administração de medicamentos e evitar erros.⁴

A dupla checagem constitui-se na conferência de um procedimento duas vezes, pelo mesmo profissional em momentos distintos ou por dois profissionais.⁵ Diante das repercussões causadas pelos erros no preparo e

administração dos MAV, faz-se necessário incitar a sua implementação nas instituições hospitalares no Brasil.⁹

A implantação efetiva da dupla checagem depara-se com entraves decorrentes das dificuldades presentes nas atividades diárias dos profissionais, como por exemplo, número de profissionais de enfermagem reduzido provocando assim sobrecarga de tarefas.¹⁰ Neste contexto, este estudo tem por hipótese ou pergunta o seguinte: qual a frequência de MAV em prescrições médicas? Quais medicamentos são duplamente checados?

Assim, o objetivo do presente estudo é: identificar a frequência de MAV prescritos e verificar a realização da dupla checagem pelos profissionais de enfermagem em um hospital público de ensino, do Sudeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa dos dados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e novembro do ano de 2016 em um hospital de ensino, localizado no Sudeste do Brasil, o qual oferece assistência de alta complexidade a 27 municípios.

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento simples, do tipo *check-list*, elaborado pelas pesquisadoras para esse estudo, que permitiu verificar a frequência e o tipo de MAV prescrito, bem como a dupla checagem destes. Foram consultadas as prescrições nas seguintes unidades de internação adulto: pronto socorro, neurologia, ortopedia, unidade de terapia intensiva adulto (UTI-A), unidade de terapia intensiva coronariana (UTI-C), unidade de doenças infecto parasitárias (UDIP), ginecologia e obstetrícia (GO), clínica médica e cirúrgica e oncologia e hematologia.

Na instituição em estudo, é padronizado o registro da dupla checagem no momento da preparação da medicação e na administração da mesma, pela equipe de enfermagem. Foi considerado como dupla checagem a presença do registro, de tal procedimento, na prescrição médica, ou a anotação no registro de enfermagem, por dois profissionais.

Os critérios de inclusão foram prescrições médicas de clientes internados no período de agosto a novembro de 2016. As prescrições médicas de pacientes pediátricos e neonatais foram excluídas do estudo. A amostragem foi não probabilística, do tipo conveniência,

totalizando em 168 prescrições médicas no período estabelecido para coleta.

O estudo piloto com 10 prescrições médicas foi realizado com a finalidade de ajustar e adequar o instrumento de coleta de dados para atender o objetivo proposto por este estudo. Estes dados foram excluídos dos resultados apresentados.

Foi construído um banco de dados com as codificações das variáveis de estudo e um dicionário (*codebook*) com a descrição de cada variável. Após a coleta, os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel*® para *Windows XP*®, validados por dupla entrada (digitação) e foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para processamento e análise.

As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, enquanto que, para as variáveis quantitativas, foram utilizadas as medidas descritivas de centralidade (média) e de dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e máximo).

O presente estudo obedeceu às Normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo

a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e foi aprovado pelo Parecer nº 1.501.916, em 14 de abril de 2016. Foi solicitado dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de dados consolidados advindos de auditoria operacional e justifica-se por se tratar de um trabalho com risco mínimo de perda de confidencialidade.

RESULTADOS

Foram analisadas 168 prescrições médicas, das quais, 135 (80%) continham pelo menos um MAV prescrito. A lista de MAV utilizada como referência para o estudo corresponde ao Manual Fármaco-Terapêutico, documento institucional, adotado pelo hospital alvo do estudo.¹¹

A unidade que apresentou o maior número de prescrições médicas, com pelo menos um MAV prescrito, foi o pronto socorro. Das 36 prescrições analisadas na unidade, 30 (83,3%) apresentavam pelo menos um MAV. A Tabela 1 representa a frequência de MAV nas prescrições médicas por unidade.

Tabela 1. Presença de Medicamentos de Alta Vigilância (MAV) nas prescrições médica por unidade. Uberaba-MG, novembro 2016. (N=168).

Unidade	MAV		MAV		Total
	Presente		Ausente		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Oncologia e hematologia	3	75	1	25	4
Neurologia	12	92,3	1	7,6	13
Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias	5	55,5	4	44,4	9
Ortopedia	14	100	0	0	14
Clínica Médica	25	86,2	4	13,7	29
Unidade de Terapia Intensiva - Adulto	8	100	0	0	8
Unidade de Terapia Intensiva - Coronária	8	100	0	0	8
Clínica Cirúrgica	27	81,8	6	18,1	33
Ginecologia e Obstetrícia	3	21,4	11	78,5	14
Pronto Socorro Adulto	30	83,3	6	16,6	36
Total	135	80,3	33	19,6	100 / 168

Constata-se que foram prescritos MAV de diferentes classes medicamentosas. Quanto ao tipo de MAV com maior frequência nas prescrições, destacou-se a classe dos antitrombóticos 101 (60,1%), seguido das insulinas, 63 (37,5%), conforme apresenta a Tabela 2.

Observou-se que a realização de dupla checagem de MAV mais frequentes foram: quimioterápicos 1 (100%), anestésicos inalatórios e EV 1 (33%), sedativos EV 6 (27,3%) e antitrombóticos 101 (21,7%), conforme apresenta a Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Frequência de Medicamentos de Alta Vigilância (MAV) por classe medicamentosa e realização de dupla checagem. Uberaba-MG, novembro, 2016. (N=168)

	Frequência	Percentual	Dupla Checagem	
	(n)	(%)	Sim	Não
Antitrombóticos (anticoagulantes)	101	60,1	22 (21,7%)	79 (78,2%)
Insulinas	63	37,5	2 (3,8%)	61 (96,2%)
Agonistas Adrenérgicos EV (Dobutamina, dopamina, epinefrina,...)	26	15,5	3 (11,5%)	23 (88,4%)
Analgésicos opióides EV e VO (Morfina, fentanil, metadona...)	26	15,5	4 (15,3%)	22 (84,7%)
Medicamentos Específicos (Eletrólitos, Nipride, Ocitocina EV...)	26	15,5	2 (7,7%)	24 (92,3%)
Sedativos EV (Midazolam, Fenobarbital, Diazepam, ...)	22	13,1	6 (27,3%)	16 (72,7%)

Antiarrítmicos EV (Amiodarona, lidocaína)	13	7,7	2 (15,4%)	11 (84,6%)
Anestésicos inalatórios e EV (Propofol, lidocaína, Bupivacaína...)	3	1,8	1 (33%)	2 (66%)
Quimioterápicos	1	0,6	1 (100%)	0 (0%)
Total*	281	100,0	43 (15,3%)	238 (84,7%)

*Total de MAV prescritos. Média de MAV por prescrição = 1,7

A baixa adesão ao protocolo de dupla checagem foi observada devido ao fato de que das 168 prescrições médicas analisadas, 135 (80%) tinham MAV prescritos e apenas 43 MAV, 15,3%, foram duplamente checados.

DISCUSSÃO

Nesta investigação, assim como em outro estudo¹², observou-se alta frequência de MAV em prescrições médicas e, embora os erros que ocorrem com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, são os de consequências mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte.

A alta frequência de prescrição dos MAV expõe os pacientes a um risco elevado devido suas características implícitas, como por exemplo, alta capacidade de provocar danos severos aos pacientes e diversos registros de erros nos bancos de notificação.¹³ A gestão adotada, a cultura institucional, o sistema de relatórios da saúde e os aspectos pessoais e

profissionais são fragilidades que levam aos erros de medicação. Assim, com o propósito de superar tais fragilidades, é necessário aperfeiçoar o sistema de prescrição e administração, adotar um modelo de gestão não punitivo, no qual apoie o modelo de atenção educativo e qualificado em gerenciamento de erros.¹⁴

Dentre os MAV mais prescritos neste estudo, destacam-se os antitrombóticos, 101 (60,1%) e insulinas 63 (37,5%).

A classe dos antitrombóticos corresponde aos anticoagulantes, incluindo as heparinas e varfarinas; inibidores diretos da trombina; trombolíticos, entre outros. Estes medicamentos são essenciais para o tratamento de várias comorbidades, como as doenças cerebrovasculares, arterial periférica aguda e crônica. No entanto, sua utilização difusa é limitada e criteriosa, principalmente, devido ao risco de sangramentos.¹⁵

Quando os antitrombóticos são administrados incorretamente graves EA

podem ser provocados.¹⁵ Os principais EA causados por tais medicações estão associados a anticoagulação insuficiente ou excessiva, podendo causar tromboembolismo ou hemorragia intracraniana; além disso, apresentam uma série de interações alimentares e medicamentosas.¹⁶

As insulinas correspondem a segunda classe terapêutica mais frequente nas prescrições analisadas neste estudo. Estas são medicações recomendadas para situações de controle glicêmico em clientes hospitalizados e para o tratamento do diabetes mellitus. Os erros e danos causados por este MAV acontecem com os diversos tipos de insulina humana e seus análogos disponíveis no Brasil.¹⁷

As insulinas podem provocar hipoglicemia e encefalopatia irreversível, quando administrada em dose excessiva, e hiperglicemia e cetoacidose, quando administrada em subdose.¹⁷ Tais medicações são amplamente prescritas e devido ao alto potencial de provocar um EA é relevante implementar ações para prevenção de erros.¹⁸

O fracionamento das insulinas, também denominado dose unitária, corresponde a uma das estratégias que auxiliam na redução da ocorrência de erros

e contribui de forma substancial para a segurança do paciente. Tal fracionamento é feito a partir da dispensação da medicação em embalagem individualizada de acordo com a quantidade estabelecida pela prescrição médica. Dessa maneira, é possível atender às necessidades individuais de forma racional visando assim uma melhoria na qualidade do cuidado.¹⁹

A totalidade de dupla checagem nos MAV quimioterápicos, observada no estudo, pode ser justificada pela elevada complexidade da terapia antineoplásica, onde as doses baixas caracterizam falha terapêutica e sobre dose efeitos tóxicos.²⁰

A estratégia de dupla checagem foi implantada no hospital, campo desta pesquisa, com o intuito de assegurar os procedimentos inerentes a administração de medicamentos. No entanto, notou-se baixa frequência de procedimentos de dupla checagem, o que torna a assistência passível de erros. É demonstrado na literatura que tal estratégia de segurança mostra-se eficaz no que diz respeito à redução da incidência de EA envolvendo os MAV.¹⁰

A dupla checagem requer maior tempo dos profissionais, devido a necessidade de planejamento. Entretanto, a

estratégia dever ser incorporada à assistência de enfermagem, pois a mesma proporciona eficácia e segurança ao tratamento estabelecido. Ademais, essa foi identificada como necessária para o aprimoramento da administração segura de medicamentos.⁹

A realização da dupla checagem pode ser influenciada por diversas situações, tais como o quantitativo reduzido do pessoal de enfermagem e/ou sobrecarga de trabalho. Tais situações prejudicam a efetiva implantação da estratégia de dupla checagem, pois as atividades diárias exigem dos enfermeiros habilidades polivalentes, não conseguindo atender a demanda de toda a equipe. Todavia, o profissional enfermeiro deve atentar-se para a supervisão rigorosa do preparo e administração de medicamentos com o propósito de agir e interromper quaisquer falhas presentes nestes processos.^{10, 21}

A implantação de estratégias e adesão a medidas que almejam o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem são necessárias para que haja a efetiva implantação de uma assistência segura e de maior qualidade. No entanto, observa-se necessidade de melhorias no ambiente de trabalho a fim de rever o dimensionamento

dos profissionais e reduzir a rotatividade dos mesmos.⁹

As condições de trabalho, à qual os profissionais são submetidos influenciam diretamente a eficiência da equipe de enfermagem nas atividades diárias. Quando esta equipe é submetida a sobrecarga de trabalho, devido à redução do quantitativo de profissionais ou a condições indevidas, tornam-se vulneráveis ao erro, podendo provocar ações impróprias e EA, prejudicando assim o cliente assistido.²¹

Diante da diversidade de fatores que envolvem os erros de medicação, observa-se que somente a implantação de boas práticas de saúde, por parte da equipe, não é suficiente para evitar os EA. Os enfermeiros possuem papel relevante diante de tais ocorrências, pois esses são envolvidos desde a orientação do profissional até o relato do caso à Comissão de Segurança.

Faz-se necessário elaborar e implantar protocolos assistenciais, bem como enfatizar as ações educativas para que haja mudança no comportamento profissional quanto a administração de MAV.²² Ressalta-se ainda, a relevância do monitoramento quanto a adesão e implementação das ações propostas pelos

protocolos institucionais tendo em vista uma assistência mais segura e livre de danos.¹⁰

Sobreleva-se ainda o aprimoramento de estratégias aderidas por parte da gerência, a fim de sanar as dificuldades diárias encontradas pela equipe de enfermagem e que afetam diretamente a segurança e qualidade dos cuidados. Dessa forma, a superação de tais entraves promoverá melhorias institucionais e uma assistência segura e de maior qualidade.²²

A implantação da dose unitária é uma das estratégias para evitar os erros na aplicação dos medicamentos¹⁹, no entanto, destaca-se a necessidade de estruturas e condições adequadas para a farmácia hospitalar, assim como recursos humanos adequados para a implementação de tal estratégia.⁵

O fracionamento das insulinas, também denominado dose unitária, corresponde a uma das estratégias que auxiliam na redução da ocorrência de erros e contribui de forma substancial para a segurança do paciente. Tal fracionamento é feito a partir da dispensação da medicação em embalagem individualizada de acordo com a quantidade estabelecida pela prescrição médica. Dessa maneira, é

possível atender às necessidades individuais de forma racional visando assim uma melhoria na qualidade de vida.¹⁹

Os MAV são frequentes, por isso a implantação de barreiras, como a estratégia de dupla checagem, é necessária. Além disso, há medidas que auxiliam na redução da ocorrência de erros, por exemplo, verificação do medicamento, dose, concentração, velocidade de infusão, paciente certo e padronização da prescrição.¹⁰ A dupla checagem pode ser implantada por meio de: protocolos; educação permanente; organização dos processos de trabalho pela gerência; e supervisão/monitoramento, os quais auxiliarão toda a equipe no processo de adaptação, auxiliando diante das dificuldades diárias.

CONCLUSÃO

A alta frequência de MAV foi identificada em prescrições médicas destacando-se os antitrombóticos 101 (60,1%), seguidos das insulinas, 63 (37,5%). Vale ressaltar que das 168 prescrições médicas analisadas, 135 (80%) tinham MAV prescritos. Foi possível observar que 45 MAV, 16%, foram

preparados, administrados e dupla checados, enquanto que 238 MAV, 84,6%, passaram por todo o processo, contudo não passaram pela barreira de segurança da dupla checagem.

A maior adesão ao registro à dupla checagem foi observada nas seguintes unidades: clínica cirúrgica, 16 (5,3%) e ortopedia 15 (11,9%). Ademais, as classes medicamentosas mais dupla checadas foram: antitrombóticos 22 (21,7%) e sedativos endovenosos, 6 (27,3%).

Como limitação do estudo, considera-se o delineamento transversal. A partir dos dados alcançados foi possível concluir que faz-se necessário atentar ao processo de administração dos MAV, pois os mesmos estão constantemente presentes na prática diária. Para isso é necessário aderir às estratégias que visem à redução dos erros. Ademais, a baixa adesão à dupla checagem, evidenciada no presente estudo, alerta os profissionais de saúde em relação a importância de atentar sobre os cuidados necessários para maior segurança do paciente. Além disso, faz-se necessário implementar e monitorar a adesão a protocolos institucionais sobre a temática, assim como da parte da gestão, oferecer condições para que a dupla checagem seja realizada.

Espera-se que esta pesquisa contribua na implantação eficaz do procedimento de dupla checagem a fim de fortalecer as condutas realizadas pelos profissionais de saúde e que gere conscientização da relevância de tal procedimento, por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados.

Além disso, salienta-se a indispensabilidade de estudos que explorem tal fato, pois a partir disso será possível proporcionar maior percepção aos dispensadores e gerenciadores de cuidados, acarretando em mudanças positivas e seguras.

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, editors. To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000 [citado em 22 nov 2017]. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
2. Costa NN, Silva AEBC, Lima JC, Barbosa MRS, Freitas JS, Bezerra ALQ. O retrato dos eventos adversos em uma clínica médica: análise de uma década. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(esp):1-10.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 08 dez 2017]. Disponível em:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1):144-54.
 5. Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial – Listas atualizadas 2015. *Boletim ISMP Brasil* [Internet]. 2015 [citado em 26 nov 2017]; 4(3):1-8. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/12/V4N3.pdf>
 6. Smith ALM, Ruiz IA, Jirón MA. Monitoring medication errors in an internal medicine service. *Rev Méd Chile.* 2014; 142(1):40-7.
 7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática [Internet]. Brasília, DF: ANVISA; 2014 [citado em 26 nov 2017]. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/seguranca dopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
 8. Steyding L, Pavelacki KC. Revisão dos nove certos utilizando a metodologia da problematização. In: *Salão do Conhecimento* [Internet]; 2017; Ijuí, RS. Ijuí, RS: UNIJUÍ; 2017 [citado em 02 jan 2017]. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/viewFile/8038/6769>
 9. Aruto GC, Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(esp):01-09.
 10. Beccaria LM, Rezende FF, Barbosa TP, Rodrigues ACS, Faria JIL, Melara SVG. Dupla checagem de enfermagem e presença de hematoma em pacientes com terapia anticoagulante. *Arq Ciênc Saúde.* 2016; 23(2):65-70.
 11. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital de Clínicas, Divisão de Enfermagem. Identificação e dupla checagem dos medicamentos de alta vigilância /potencialmente perigosos. Uberaba, MG: UFTM; 2015. 5 p.
 12. Novaretti MCZ, Santos EV, Quitério LM, Daud-Gallotti RM. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTL. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(5):692-9.
 13. Vrbnjak D, Denieffe S, O’Gorman C, Pajnikihar M. Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2016; 63:162-78.
 14. Afonso A, Marques G, Gonçalves A, Barroso P, Gonzalez A, Rodrigues H, et al. A terapêutica antitrombótica: atual e em desenvolvimento. *Angiol Cir Vasc.* 2016; 12(3):170-79.
 15. Souza TF. Uso de varfarina: nível de informação e adesão ao tratamento em pacientes da atenção primária à saúde. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
 16. Erros de medicação, riscos e práticas seguras na terapia com insulinas. *Boletim ISMP Brasil* [Internet]. 2012 [citado em 12 fev 2018]; 1(2):1-3. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V1N2.pdf>
 17. Gomes AD, Galato D, Silva EV. Erros de prescrição de medicamentos potencialmente perigosos em um hospital terciário. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde São Paulo.* 2017; 8(3):42-47.
 18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 80, de 11

- de maio de 2006. Adota, “ad referendum”, a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e determina a sua publicação [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 12 maio 2006 [citado em 25 junho 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/27673>
19. Dalcin AHF, Limberger JB. Indicadores da assistência farmacêutica em unidade de terapia intensiva. *Rev Adm Hosp Inov Saúde*. 2017; 14 (4):104-18.
20. Siqueira CL, Ferreira KM, Souza TC, Feldman LB. Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(esp):01-10.
21. Mangilli DC, Assunção MT, Zanini MTB, Dagostin VS, Sorato MT. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. *Enferm Foco*. 2017; 8(1):62-66.

RECEBIDO: 04/08/2018
APROVADO: 16/10/2018
PUBLICADO: 12/2018