

Dupla checagem de enfermagem e presença de hematoma em pacientes com terapia anticoagulante

Double-checking process carried out by nurses and the presence of hematoma in patients under anticoagulant therapy

Lucia Marinilza Beccaria¹, Franciele Ferreira Rezende², Taís Pagliuco Barbosa², Ana Caroline de Souza Rodrigues³, Josimerci Itavo Lamana Faria¹, Samantha Vacari Grassi Melara²

Resumo

Introdução: Dentre as estratégias criadas para garantir segurança na administração de medicamentos anticoagulantes e evitar evento como presença de hematoma no local de aplicação encontra-se a dupla checagem, baseada na conferência de um procedimento duas vezes pelo mesmo profissional ou por dois, sendo enfermeiro e técnico ou dois técnicos. **Objetivo:** identificar a presença de hematoma em pacientes com terapia anticoagulante após implantação da dupla checagem de enfermagem e verificar a percepção da equipe sobre essa rotina. **Casística e Métodos:** Pesquisa descritiva, transversal, quantitativa, realizada por meio de *check-list* composto pelos seguintes itens: nome do anticoagulante, horários, região do corpo em que foi administrado; presença e local de hematoma, preenchido pelo enfermeiro da unidade imediatamente após a realização da dupla checagem junto ao técnico à beira leito e posteriormente responderam um questionário com questões relativas a essa rotina, no período de julho a setembro de 2012. **Resultados:** Constatou-se presença de hematoma no local de aplicação, principalmente na região do braço, porém, apresentou decréscimo durante o período do estudo. A equipe reconheceu a importância da dupla checagem na administração de anticoagulantes, mesmo considerando que demanda maior tempo e planejamento dos profissionais, especialmente do enfermeiro, que se encontra em menor número. **Conclusão:** A presença de hematoma foi identificada com a implantação da dupla checagem de enfermagem e a equipe, considerou a sua realização necessária, portanto, é uma rotina que deve ser incorporada à assistência de enfermagem por propiciar maior segurança ao paciente e equipe.

Descritores: Lista de Checagem; Anticoagulantes; Hematoma; Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Introduction: The double-checking process is among the strategies designed to ensure safety in the administration of anticoagulant drugs and avoid events, such as the presence of hematoma at the application site. It is based on the double-checking conference of the procedure by the same professional, or by two, such as a nurse and a licensed practical nurse, or two licensed practical nurses. **Objective:** Identify the presence of hematoma in patients under anticoagulant therapy after implantation of the double-checking process carried out by nurses and verify the team's perception over this routine. **Patients and Methods:** This is a descriptive quantitative cross-sectional study carried out using a checklist consisting of the following: anticoagulant name, schedule, part of the body in which the anticoagulant has been administered; and the presence and location of hematoma filled out by the nurse's unit immediately after completion of the double-checking in conjunction with the licensed practical nurse at the bedside. Later, they answered a questionnaire with questions related to this routine from July to September 2012. **Results:** It was found hematoma at the injection site, mainly in the arm region. However, it showed a decrease during the study period. The team recognized the importance of the double-checking process in the administration of anticoagulants, even considering that it demands more time-consuming and planning by the professionals, especially nurses, which are in smaller numbers. **Conclusion:** The presence of hematoma was identified during the implementation of double-checking process carried out by nurses. Nursing staff considered its accomplishment necessary. Therefore, this routine must be incorporated to nursing care providing greater safety for patients and the nursing staff.

Descriptors: Checklist; Anticoagulants; Hematoma; Patient Safety; Nursing Care

¹Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil.

²Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina (FUNFARME)-São José do Rio Preto-SP-Brasil.

³Instituto de Moléstias Cardiovasculares(IMC)-São José do Rio Preto-SP-Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: LMB responsável pela orientação do projeto de pesquisa. FFR construção do projeto e direcionamento da pesquisa. TPB construção do artigo e atualização do dos principais estudos envolvidos na pesquisa. ACSR responsável pela coleta dos dados da pesquisa e escrita do trabalho. JILF. finalização e revisão do trabalho. svgm. enfermeira responsável pela construção do projeto de pesquisa.

Contato para correspondência: Lucia Marinilza Beccaria

E-mail: lucia@famerp.br

Recebido:17/11/2015; **Aprovado:** 15/03/2015

Introdução

A ocorrência de eventos adversos (EA) tem importante impacto no sistema de saúde, pois acarreta aumento na morbidade, mortalidade, tempo de internação com exposição do paciente a riscos e aumento dos custos hospitalares⁽¹⁾. Para estudar o fenômeno da segurança, é preciso compreender a definição de reação adversa como qualquer lesão relacionada à medicação em doses normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de um agravado⁽²⁾.

Erros potenciais são eventos ocorridos, porém, não causaram nenhum dano, pois foram interrompidos antes de provocar a lesão, ou a dose foi administrada e não causou dano; erro de medicação é uma falha no processo, pode ser na prescrição, dispensação, preparo, administração, monitoramento e pode causar ou induzir o uso inapropriado do medicamento ou prejudicar o paciente, enquanto a medicação está sob o controle de um profissional de saúde, paciente ou consumidor⁽²⁾. O EA é lesão não intencional causado, não pela doença de base do paciente e sim pela intervenção assistencial, classificada como: evitável, não evitável ou erro⁽³⁾. Estudos mostram que os eventos de maior repercussão são as infecções relacionadas à assistência em saúde, eventos de medicação, administração de dose ou via errada, reações adversas graves aos medicamentos, erros de diagnóstico, falhas na comunicação entre os profissionais, realização de cirurgias em pacientes trocados ou em partes do corpo errada e retenção de materiais cirúrgicos durante a cirurgia⁽¹⁾.

Entre 2007 e 2009, realizou-se o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Saúde (IBEAS) em cinco países da América Latina. Concluíram que 10,5% dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de evento adverso, aumentando os custos com a assistência, e destes, 58,9% poderiam ser evitados⁽⁴⁾. Nos hospitais europeus, observa-se que um em cada dez pacientes sofre dano evitável⁽⁵⁾. Nos Estados Unidos essa estimativa é de um a cada três pacientes internados⁽⁶⁾. As causas de EA podem não estar vinculadas às ações individualizadas dos profissionais, mas à totalidade orgânica do serviço e o ambiente de trabalho faz com que a organização do sistema seja foco maior para ocasionar essa problemática do que os subsistemas participantes⁽¹⁾. Dessa forma, o enfoque resolutivo na ação em si é um importante entrave à segurança humana, não permitindo uma ampla visão e resolução do problema⁽⁶⁾.

três elementos centrais, ou tríade de fatores do EA, os fatores humanos refletidos pelo comportamento, a comunicação e o relacionamento entre a equipe, além dos fatores individuais do profissional, do paciente e da doença. Os operativos, que dizem respeito à cultura do ambiente em relação à segurança e os fatores externos, que fogem do controle organizacional⁽⁷⁾.

Em unidade coronária, a assistência em medicação merece enfoque especial, visto que a combinação de múltiplos medicamentos, gravidade e instabilidade hemodinâmica, são fatores de risco que predispõem o paciente a uma maior vulnerabilidade para ocorrências de erros, assim como alta tecnologia, complexidade, e por possuir equipe de

enfermagem especializada em pacientes críticos, exigindo conscientização em relação aos cuidados a fim de assegurar a segurança do paciente⁽⁸⁾.

Os fármacos comumente utilizados no tratamento de pacientes em unidade coronária são: drogas vasoativas, anticoagulantes, antibióticos, sedativos, entre outras, que predispõem a ocorrências iatrogênicas em razão do potencial de risco que apresentam. Por este motivo, requerem atenção especial dos profissionais de enfermagem em todas as fases do processo. A administração de medicamentos é complexa, e exige dos participantes, conhecimentos e habilidades específicas (administração de medicamentos, ação, interações e efeitos colaterais), para que a intervenção seja permeada de segurança e eficácia⁽⁹⁾.

Dentre as estratégias criadas para garantir segurança na administração de medicamentos e evitar o EA, encontra-se a dupla checagem, baseada na conferência de um procedimento duas vezes, pelo mesmo profissional ou por dois profissionais (enfermeiro e técnico), podendo ser aplicada a qualquer ação desenvolvida no âmbito da saúde⁽¹⁰⁾. Qualquer intercorrência ou falha relacionada ao processo de dispensação, preparo e administração de medicamentos, pode trazer consequências danosas para ao paciente, o que exige intervenção rápida do enfermeiro, visando assegurar uma assistência livre de danos⁽⁹⁾.

Os anticoagulantes utilizados para tratar doenças cardíacas e tromboembolismos estão entre as medicações consideradas de alto risco de EA, pois além dos efeitos colaterais que a medicação pode trazer, se a mesma for administrada com técnica incorreta, principalmente quando a forma de aplicação for subcutânea e lesionar algum vaso sanguíneo, provoca danos ao paciente, como hematomas e sangramentos indevidos⁽¹¹⁾. Na prevenção de tromboembolismo venoso (TEV), que possui protocolo específico incluindo a segurança do paciente, também os anticoagulantes são utilizados⁽¹²⁾. Em unidade coronária, é importante realizar a profilaxia para fenômenos tromboembólicos a pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, cardiopatas e coronariopatas em tratamento clínico, que necessitam de repouso absoluto ou parcial no leito. Para realização de intervenções pontuais relacionadas aos EAs, é necessário conhecer a abrangência e a magnitude de sua ocorrência⁽¹⁾. Diante disso, objetivou-se identificar a presença de hematoma em pacientes com terapia anticoagulante, após implantação da dupla checagem de enfermagem e verificar a percepção da equipe sobre essa rotina.

Casuística e Métodos

Pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa-qualitativa, realizada em duas unidades coronárias (A e B), na região noroeste do estado de São Paulo. A unidade A conta com 20 leitos e atende a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema de Saúde Suplementar, localizada em uma instituição de porte especial. A unidade B possui 15 leitos e localiza-se em um hospital de pequeno porte que atende apenas pacientes de Saúde Suplementar.

Inicialmente foi realizado treinamento da dupla checagem de medicações para toda a equipe de enfermagem em todos os plantões das unidades. Esta etapa foi composta por apresentar a rotina de administração de anticoagulantes subcutâneos, e técnicas corretas de administração das medicações, desde a checagem à beira leito da prescrição médica até o momento da administração do medicamento, entre o enfermeiro da unidade e o técnico responsável pelo paciente. Também foram expostos os riscos das medicações deste estudo, em relação aos tipos de eventos adversos que poderiam causar, como por exemplo, os hematomas espalhados pelo corpo e quanto a não escolha adequada para o local de aplicação, principalmente quando administradas por via subcutânea.

O propósito do treinamento foi avaliar, desde o processo de tomada de decisão dos profissionais quanto à administração do anticoagulante corretamente, até o momento de aplicação e os efeitos adversos após, como o aparecimento de hematomas pelo corpo, se neste caso, acompanhado por profissionais, se diminuiria a ocorrência destes eventos. Também foi explicado aos participantes da pesquisa, as principais diferenças entre os tipos de hematomas ou até mesmo o aparecimento de outras manchas pelo corpo do paciente. Avaliou-se também detalhadamente o corpo para ver se não havia aspectos que mostravam algum outro distúrbio de coagulação prévio.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro de 2012, por um *check-list*, preenchido pelo enfermeiro da unidade que estava trabalhando naquele momento. Esse profissional, juntamente com o técnico de enfermagem, realizava a dupla checagem das medicações à beira leito e, imediatamente, realizava o preenchimento do *checklist*, composto pelos seguintes itens: nome do anticoagulante prescrito pela equipe médica, horários das medicações; região do corpo em que foi administrado o medicamento; presença e local de eventos adversos.

Ao término da etapa de dupla checagem das medicações, os profissionais que participaram do processo, responderam um questionário com as seguintes questões: Quais as facilidades e dificuldades na utilização da dupla checagem? Você acredita que a dupla checagem deve ser realizada com outros grupos de medicamentos? Quais? Há insegurança dos profissionais quanto à técnica de aplicação dos anticoagulantes associada à dupla checagem? Houve interferência no trabalho do enfermeiro? De que forma a equipe de enfermagem aderiu à técnica de dupla checagem? Qual a opinião da equipe após a implantação da dupla checagem para anticoagulante subcutâneo?

Participaram da pesquisa seis enfermeiros e 31 técnicos em enfermagem dos turnos da manhã, tarde e noite das duas unidades. Os critérios de inclusão foram todos os profissionais que receberam treinamento e que estavam capacitados para realizar a técnica de dupla checagem. Os critérios de exclusão foram avaliados pela quebra de barreira dessa técnica de dupla checagem, ou seja, o não cumprimento de alguma etapa do processo, e a administração das medicações descritas sem a presença dos dois profissionais no momento adequado.

A análise estatística para correlacionar as variáveis e as unidades foi o qui-quadrado (X^2) e, em algumas situações, o valor de

p foi obtido utilizando-se o Teste G de independência com a correção de Williams⁽¹³⁾. A análise qualitativa foi realizada com base na análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin⁽¹⁴⁾. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, CAAE 03202412.2.0000.5415.

Resultados

Participaram da pesquisa 37 profissionais, sendo 31 (83,7%) técnicos em enfermagem e seis (16,3%) enfermeiros. No período de julho, agosto e setembro, esses indivíduos realizaram dupla checagem em 1.351 administrações de anticoagulantes na unidade A, sendo 519 em julho, 407 em agosto e 425 em setembro e 172 na unidade B, sendo 39 em julho, 90 em agosto e 43 em setembro.

Tabela 1. Comparação entre as unidades coronárias A e B em relação à ocorrência de presença de hematoma em local de aplicação de anticoagulante. São José do Rio Preto/ SP, 2015

Presença de hematomas	Nº de prescrições de anticoagulantes									
	A	%	B	%	p*	A	%	B	%	p*
Julho	226	60,7	8	66,6	0.0030	519	38,4	39	22,6	0.007
Agosto	56	15,1	3	25,0	0.0021	407	30,1	90	52,3	0.150
Setembro	90	24,1	1	8,3	0.0032	425	31,4	43	25,0	0.071
Total	372	100	12	100	0.0010	1351	100	172	100	0.339

*Qui-quadrado.

Para comparação entre o número total de eventos, em relação ao número total de prescrições da unidade A e B, foi aplicada a correção de Yates. Isoladamente, comparando os meses de Julho, Agosto e Setembro, foi possível observar que houve melhoria após a dupla checagem em relação à presença de hematomas nos grupos A e B ($p < 0.05$) e o valor total obtido foi $p < 0,0001$, demonstrando diferença altamente significativa. A comparação entre os meses julho a setembro, entre unidade A e B, para o número total de eventos adversos foi aplicado o Teste G de Williams, valor obtido foi $p < 0,3394$, mostrando que a diferença não foi significativa e indica que a dupla checagem está produzindo o mesmo efeito em ambas as unidades. Ao compararmos os meses julho a setembro, entre as duas unidades, de acordo com o número total de prescrições, o valor de p obtido foi $p < 0,0001$, mostrando diferença altamente significativa.

Tabela 2. Distribuição dos anticoagulantes utilizados na unidade A de acordo com o medicamento e os meses. São José do Rio Preto/SP, 2015

Meses	Julho				Agosto				Setembro			
	A	%	B	%	A	%	B	%	A	%	B	%
Fondaparinux	46	8,86	-	-	210	51,59	-	-	223	52,47	-	-
Clexane^R	438	84,39	39	100	167	41,03	90	100	141	33,17	43	100
Heparina	35	6,75	-	-	26	6,38	-	-	61	14,35	-	-
Marevan	-	-	-	-	4	0,84	-	-	-	-	-	-
Total	519	100	39	100	407	100	90	100	425	100	43	100

Existem diferenças nas prescrições das duas unidades, o hospital de grande porte e com um maior número de prescrições de anticoagulantes utiliza diferentes tipos de medicamentos. O hospital B apresentou em suas prescrições, um único tipo de medicamento, de uma mesma marca comercial. Constatou-se a utilização de quatro medicações anticoagulantes na unidade coronária A, cujos nomes comerciais são: Fondaparinux^R, Clexane^R, Heparina^R e Marevan^R. A UTI B utiliza apenas o Clexane^R. Na sequência dos meses (julho, agosto, setembro), comparando ao total de aplicações/mês, na unidade A, o medicamento aparece com n° de aplicações n = 438 (60,83%) / 167 (35,38%) / 141 (26,11%). Fondaparinux segue com n = 46 (6,38%) / 210 (44,49%) / 223 (41,29%). Heparina com n = 35 (4,86%) / 26 (5,50%) / 61 (11,29%). Marevan aparece em um momento, no mês de agosto, com n = 4 (0,84%). O evento adverso constatado nas duas unidades estudadas foi presença de hematoma no local de aplicação, principalmente nos braços.

Tabela 3. Distribuição do local do hematoma na unidade A e B de acordo com os meses. São José do Rio Preto/SP, 2015

Unidade A	Julho		Agosto		Setembro	
	N	%	N	%	N	%
Local do Hematoma						
Braço	194	85,84	18	32,14	14	26,66
Coxa	12	5,30	8	14,28	15	16,66
Abdomen	20	8,84	30	53,57	51	56,66
Total	223	100	56	100	90	100
Unidade B	Julho		Agosto		Setembro	
	N	%	N	%	N	%
Local do Hematoma						
Braço	8	100	3	100	-	-
Coxa	-	-	-	-	1	100
Abdomen	-	-	-	-	-	-
Total	8	100	100	100	1	100

Como demonstrado na Tabela 4, o evento apresentou decréscimo durante o período da coleta de dados. Na segunda etapa da pesquisa, foi aplicado um questionário estruturado para os participantes e as falas que mais se repetiram nos discursos foram relacionadas à falta de tempo do enfermeiro para atender a todas as solicitações para acompanhar o procedimento e a segurança demonstrada pela nova rotina.

As dificuldades e interferências nas rotinas também foram concentradas no tempo do enfermeiro para acompanhar o procedimento, porém mesmo com as dificuldades a equipe compreendeu a importância, pois nas respostas sobre a aderência à dupla checagem, 30 responderam de forma positiva, 1 negativa e 6 apresentaram resistência à implantação do método (Tabela 4).

Tabela 4. Síntese das opiniões dos entrevistados sobre a realização da dupla checagem de anticoagulantes pela equipe de enfermagem, tempo para assistência e segurança para realização da técnica. São José do Rio Preto/SP, 2015

Tempo para Assistência	Segurança da Técnica
Disponibilidade de mais enfermeiros e profissionais no setor para realizar dupla checagem.	Você tem a certeza que está realizando a técnica correta, no local correto. Isso dá mais confiança.
O enfermeiro sempre está ocupado, não pode vir quando chamamos, então atrasa o horário da medicação.	É difícil ter erro de medicação, porque a enfermeira está junto conferindo a dose, rodízio do local de aplicação e paciente.
O profissional de enfermagem é capacitado para tal e os enfermeiros são muito atarefados.	As duas pessoas checam ao mesmo tempo, isso dá mais segurança e previne erros.
A ausência de tempo para realizar a dupla checagem.	O acompanhamento da enfermeira ajuda a diminuir os erros.
Às vezes, o anticoagulante não é administrado no horário certo, porque é uma enfermeira para vários técnicos e ela também tem outras atividades para realizar	A dupla checagem só trouxe mais segurança para todos nós, funcionários e pacientes.
Enfermeiros têm pouco tempo para suprir tantos técnicos chamando ao mesmo tempo	Isso nos dá mais segurança e diminui os erros da equipe de enfermagem.
Atraso na medicação em decorrência da espera pela enfermeira que muitas vezes encontra-se ocupada.	-

Constatou-se que a equipe concorda com a dupla checagem, pois 32 dos 37 entrevistados, ou seja, 86,4% relataram que deve ser realizada em outros grupos de medicamentos, 64% disseram que deveria ser realizada com antibióticos, 13,5% em todas as administrações de medicamentos, 5,4% em medicamentos de alto risco e 2,7% em corticóides. Quanto à insegurança na realização da dupla checagem, 91,8% afirmaram se sentirem inseguros inicialmente.

Discussão

Observou-se, com base nos resultados, que a técnica de dupla checagem trouxe benefícios durante o período de coleta de dados. Nos meses analisados, a presença de hematoma no local de aplicação de anticoagulante diminuiu nas duas unidades, de 223 para 90 (- 59,7%) ocorrências na unidade A e de 8 para 1(- 87,5%) na B. A percepção da equipe diante da nova medida, mostrou-se positiva, pois 86,4% pontuaram que a dupla checagem deve ocorrer com outros medicamentos por oferecer maior segurança à equipe e ao paciente.

De acordo com a fisiopatologia do paciente e de suas condições clínicas, há uma relação importante entre a anticoagulação e o aumento da presença de lesões e hematomas. Porém, após a aplicação de treinamentos e checagem à beira leito da realização da técnica correta de aplicação da medicação, houve melhora do quadro de pacientes com presença de lesões na pele causadas pós-medicação.

Toda transformação que ocorre nas rotinas de trabalho de um determinado grupo, é recebida com muitos questionamentos e devem ser avaliadas globalmente no contexto em que se inserem e não localmente. Porém, independente da cultura existente na instituição, se a mudança ocorre com comprometimento e

resultados positivos para ambos os lados, será bem-vinda, pois, mesmo com todas as dificuldades, a adaptação acontece⁽¹⁵⁾.

Os resultados da pesquisa levantam dois questionamentos, a dificuldade na execução da dupla checagem, em razão do número reduzido de enfermeiros perante a necessidade da demanda de trabalho nas unidades pesquisadas. Embora a presença do enfermeiro seja importante, muitas vezes é preciso esperar por ele, o que provoca atraso no horário da medicação e a segurança que a rotina trouxe para o contexto.

Durante a última década, estudos verificaram a relação entre carga de trabalho de enfermagem e os resultados da assistência. Alguns autores observaram que um aumento de 0,1% na razão paciente/enfermeiro, levou a um acréscimo de 28,0% na taxa de eventos adversos. Em uma revisão de literatura, no período de 1970 a 2005, a carga de trabalho foi destacada como fator de risco para a segurança do paciente⁽¹⁶⁾.

O enfermeiro gerencia o cuidado do paciente quando planeja, delega ou executa as ações de enfermagem, realiza educação permanente de sua equipe, orienta o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhoria do cuidado e quando prevê e provê recursos, sejam eles humanos ou materiais. Neste contexto, a finalidade do processo de trabalho em enfermagem, além de atender às necessidades de saúde dos usuários, é articular, integrar e coordenar a equipe, buscando uma organização do trabalho que favoreça a qualidade da assistência e minimização de riscos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Porém, a maior parte dessas atividades ainda não é mensurada, pois quando aplicados instrumentos para dimensionar a equipe, não contemplam atividades como analisar o risco para ocorrência de EA⁽¹⁹⁾.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram implantadas para prestar atendimento ao paciente grave, com risco de instabilidade hemodinâmica, que necessitem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas. As UTIs dispõem de tecnologias destinadas ao diagnóstico e tratamento⁽²⁰⁾. Dessa forma, com o surgimento dessas unidades, pacientes que antes não teriam chance de sobreviver, passaram a ter acesso a recursos que poderiam mudar esse quadro⁽²¹⁾.

Esses locais exigem do trabalhador alto nível de conhecimento, treinamento adequado, afinidade para atuar em unidades fechadas, além de uma resistência física e emocional diferenciada dos demais trabalhadores de enfermagem. A assistência de enfermagem nessas unidades traz em seu contexto algo que a diferencia de outros setores, tais como habilidades e competências específicas exigidas por parte dos profissionais que prestam o cuidado⁽²²⁾.

Por todos esses fatores, o cuidado em UTI é singular e extremamente oneroso. Carga horária excessiva, jornadas de trabalho que podem se alterar, prejudicando o ritmo biológico dos profissionais e escassez de profissionais capacitados são algumas características presentes na maioria das UTIs. Essas características aumentam a carga de trabalho, comprometendo a qualidade do cuidado e a segurança do paciente⁽²³⁾.

Para avançar no processo de segurança na assistência, faz-se necessário o comprometimento de toda estrutura, compreendendo as necessidades exigidas. Para evitar o EA, é necessário

compreender como acontecem, pois, podem ocorrer falhas de raciocínio, cansaço, sobrecarga de trabalho, deslizos e lapsos⁽²⁴⁾. A dupla checagem demonstrou, neste estudo, contribuir com a diminuição ocorrência de evento identificado e aumentar a confiança e segurança da equipe na realização da técnica.

Conclusão

Uma das limitações do estudo foi a falta de informações sobre a quantidade de hematomas identificados nos pacientes, anteriormente à implantação da dupla checagem e treinamento da equipe de enfermagem. Portanto, não foi possível realizar comparações entre antes e depois. Outra limitação foi anotação de enfermagem incompleta sobre hematoma no prontuário do paciente com terapia anticoagulante.

Verificou-se a presença de hematoma no local de aplicação do anticoagulante, principalmente na região do braço, porém, constatou-se diminuição na quantidade, durante o período do estudo. A equipe de enfermagem reconheceu a importância da dupla checagem na administração de anticoagulantes, mesmo considerando que demande maior tempo e planejamento dos profissionais, especialmente do enfermeiro, que se encontra em menor número. Portanto, a dupla checagem é uma rotina que deve ser incorporada à assistência de enfermagem como uma estratégia de cuidado que propicia maior segurança ao paciente em unidade coronária.

Referências

1. Souza LP, Bezerra ALQ, Camargo AEB, Carneiro FS, Brito TT, Lemos LF. Eventos adversos: instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):127-33.
2. Franco NF, Ribeiro G, D'Innocenzo M, Barros BPA. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):927-32
3. Amaya SL. Seguridad del paciente: conceptos e análisis de eventos adversos. *Centro Gestión Hospital Via Salud*. 2009;48:6-21.
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada a prática [monografia na Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2013 [acesso em 2013 Nov 20]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo%201%20-%20Assistencia%20Segura.pdf>
5. O'Connor E, Coates Hm, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidentes: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care*. 2010;22(5):371-9.
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. National Academy Press; 2000.
7. Organização Mundial de Saúde - OMS. Marco conceptual de la clasificacion internacional para la seguridad del paciente. Organización Mundial de Salud; 2009.
8. Fernandes de Aguiar D, Conceição-Stipp MA, Leite JL, Zadra de Mattos V, Silva de Andrade KB. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. *Arquichan*. 2010;10(2):115-31.

9. Arboit EL, Silva LAA. Eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa na enfermagem. *Rev Enferm.* 2012;8(8):140-53.
10. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo –COREN-SP [homepage na Internet]. São Paulo: COREN; 2013 [acesso em 2013 Nov 20]. Parecer COREN-SP 040/2013 – CT; [aproximadamente 9 telas]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_40.pdf
11. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente [homepage na Internet]. Brasília (DF): ANVISA [acesso em 2013 Jul 20]. Resolução – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013; [aproximadamente 4 telas]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.
12. Million Lives Campaign. Getting started kit: prevent venous thromboembolism. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2008.
13. Sokal RR, Rohlf FJ. *Biometry: the principles and practice of statistics in biological research.* 2nd ed. New York: W. H. Freeman and Company; 1981.
14. Bardin, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2009.
15. Leape LL, Woods DD, Hatlie MJ, Kizer KW, Schroeder SA, Lundberg GD. Promoting patient safety by preventing medical error. *JAMA.* 1998;280(16):1444-7.
16. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care.* 2009;21(4):279-84. doi: 10.1093/intqhc/mzp022.
17. Inoue KC, Matsuda LM. Sizing the nursing staff in an intensive care unit for adults. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(3):379-84.
18. Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, Sprivulis P, Fachi F, Cook EF, et. al. Hospital workload and adverse events. *Med Care.* 2007;45(5):448-55.
19. Urbanetto JS, Gerhardt LM. Segurança do paciente na triagem assistência ensino pesquisa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3):8-9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2918, de 9 de junho de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo. *Diário Oficial da União, Brasília (DF), 15 jun. 1998. Seção 1, p.39-40.*
21. Tranquitelli AM, Ciampone MHT. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):371-7.
22. Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso da humanização em Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(1):156-9.
23. Oliveira EM, Spiri WC. Dimensão pessoal do processo de trabalho para enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(4):550-5.
24. Duarte SCM, Queiroz ABA, Buscher A, Stipp MAC. O erro humano no cotidiano da assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm.* 2015;23(6):1074-81.
- Lúcia Marinilza Beccaria é enfermeira, professora doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Diretora Adjunta de Extensão de Serviços à Comunidade da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: lucia@famerp.br
- Franciele Ferreira Rezende é enfermeira, aprimoranda Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME). E-mail: franrefe87@hotmail.com
- Taís Pagliuco Barbosa é enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), mestranda do programa de enfermagem Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E mail: tais.pagliuco@hotmail.com
- Ana Caroline de Souza Rodrigues é enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Molestias Cardiovasculares (IMC). E-mail: ana.caroline01@hotmail.com
- Josimerci Itavo Lamana Faria é enfermeira, professora doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: josi.itavo@famerp.br
- Samantha Vacari Grassi Melara é enfermeira, supervisora da Unidade de Terapia Intensiva Cardiologica do Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME). E-mail: samantha@hospitaldebase.com.br