



# Teoria do Erro

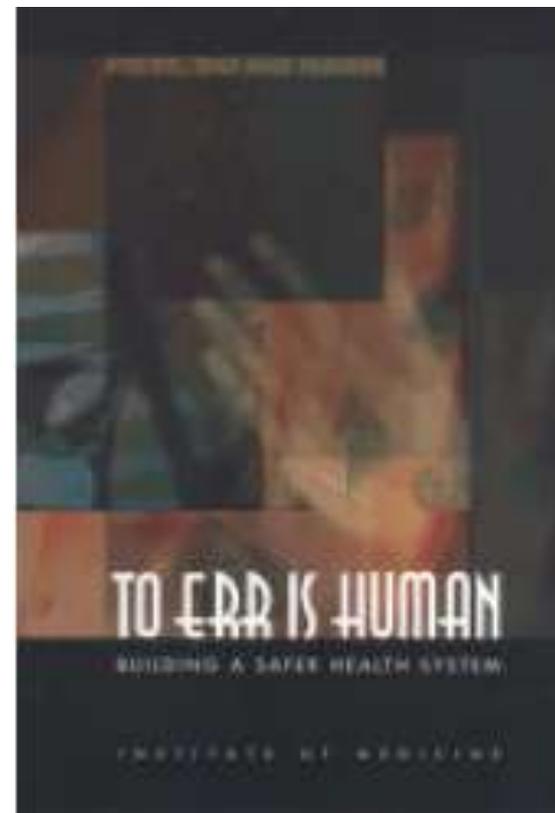
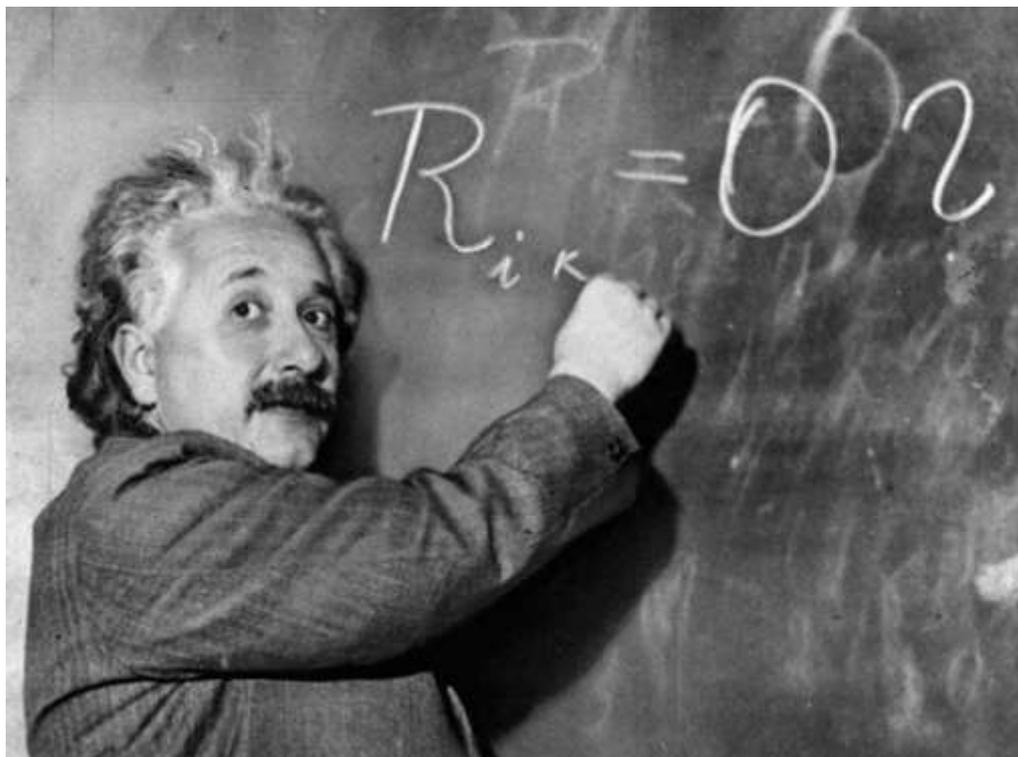
A importância do fator humano na Segurança do Paciente

VIII SIMPÓSIO ESTADUAL DE INFECÇÃO HOSPITALAR

2011

[WWW.SEGURANCADOPACIENTE.COM.BR](http://WWW.SEGURANCADOPACIENTE.COM.BR)

# Errar é Humano



É importante entender como os erros humanos acontecem?

# Três Teorias

Modelo  
Pessoal

Modelo  
Legal

Modelo  
Sistêmico

# Modelo Pessoal

Erro é produto de processos mentais bizarros

- Esquecimento
- Desatenção
- Distração
- Falta de cuidado
- negligência

Solução

- Identificar
- Culpar
- Envergonhar
- Escrever um novo procedimento



# % Erros humanos por total de falhas

Local	% falhas humanas
Aviação civil	65 a 85%
Controle de tráfego aéreo	90%
Navios	80 a 85%
Indústria química	80 a 90%
Usinas nucleares	70%
Transporte rodoviário	85%

# Modelo Legal

Profissionais responsáveis não devem cometer erros

- Dever de cuidar
- Erros são causados por imprudência, imperícia ou negligência
- Merecem sanções

Solução

- Identificar
- Culpar
- Punir ou criminalizar



# Roubar um banco



# Modelo Sistêmico

## Falibilidade é parte da condição humana

- Eventos adversos são produtos de defeitos latentes nos sistemas
- Quem comete o erro mais provavelmente é herdeiro do erro que causador

## Solução

- Reforçar barreiras
- Remover armadilhas

# Definição de Erro

Houaiss

- desvio do caminho considerado correto, bom, apropriado; desregramento

Reason

- Condições em que uma ação planejada não atinge o objetivo desejado!

# Erros ativos

## Erros ativos:

- ocorrem na linha de frente, seus efeitos são sentidos quase imediatamente.

# Erros latentes

Erros latentes: ocorrem longe da linha de frente, fora do controle direto do operador e incluem coisas como

desenho inadequado

Treinamento inadequado

instalação incorreta

falta de manutenção

más decisões gerenciais

organizações mal estruturadas

Erro é

Não  
Planejado

Não  
Esperado

Não pode  
ser  
preditado

# Teste de Stroop

Linha 1



Linha 2



Linha 3



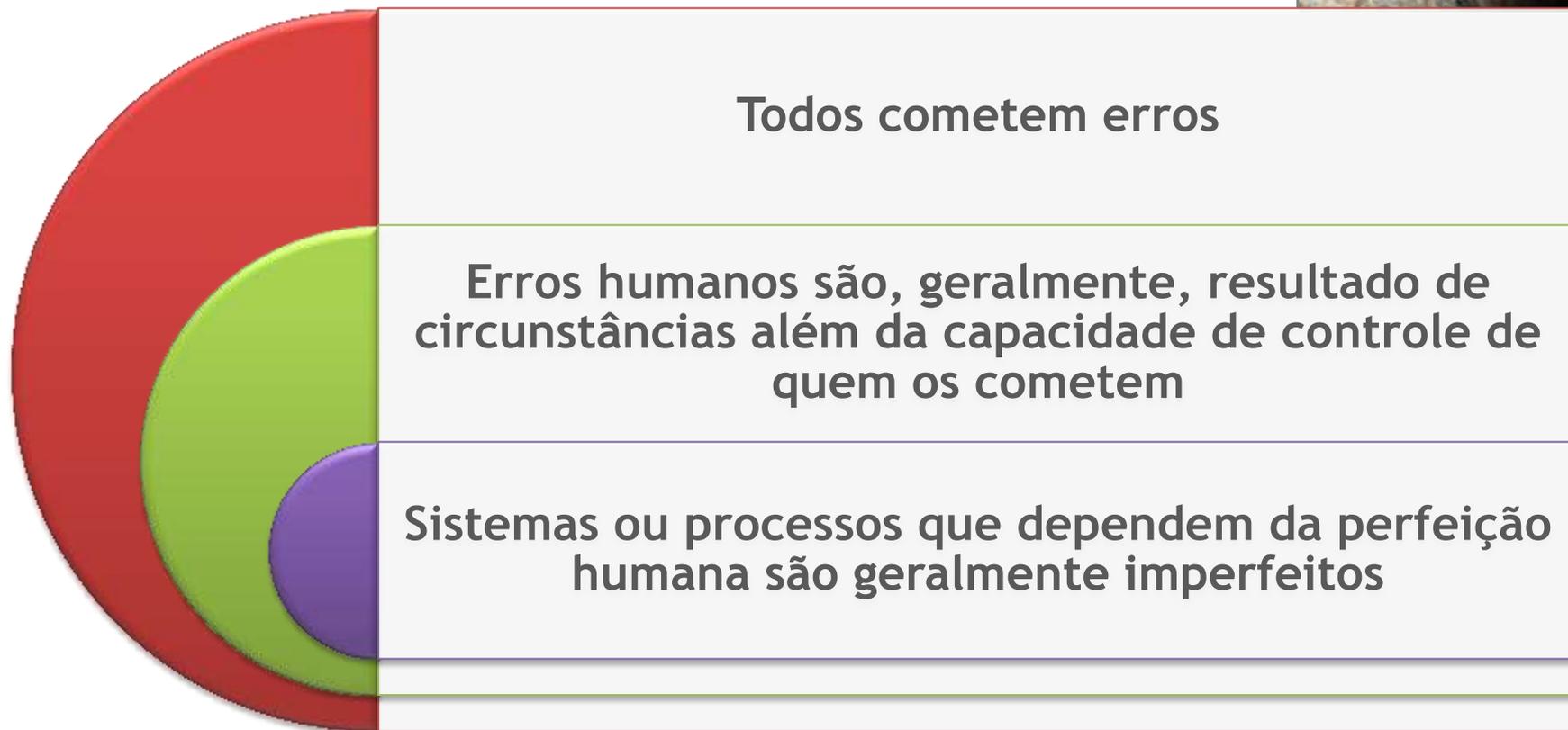
# Teste de Stroop

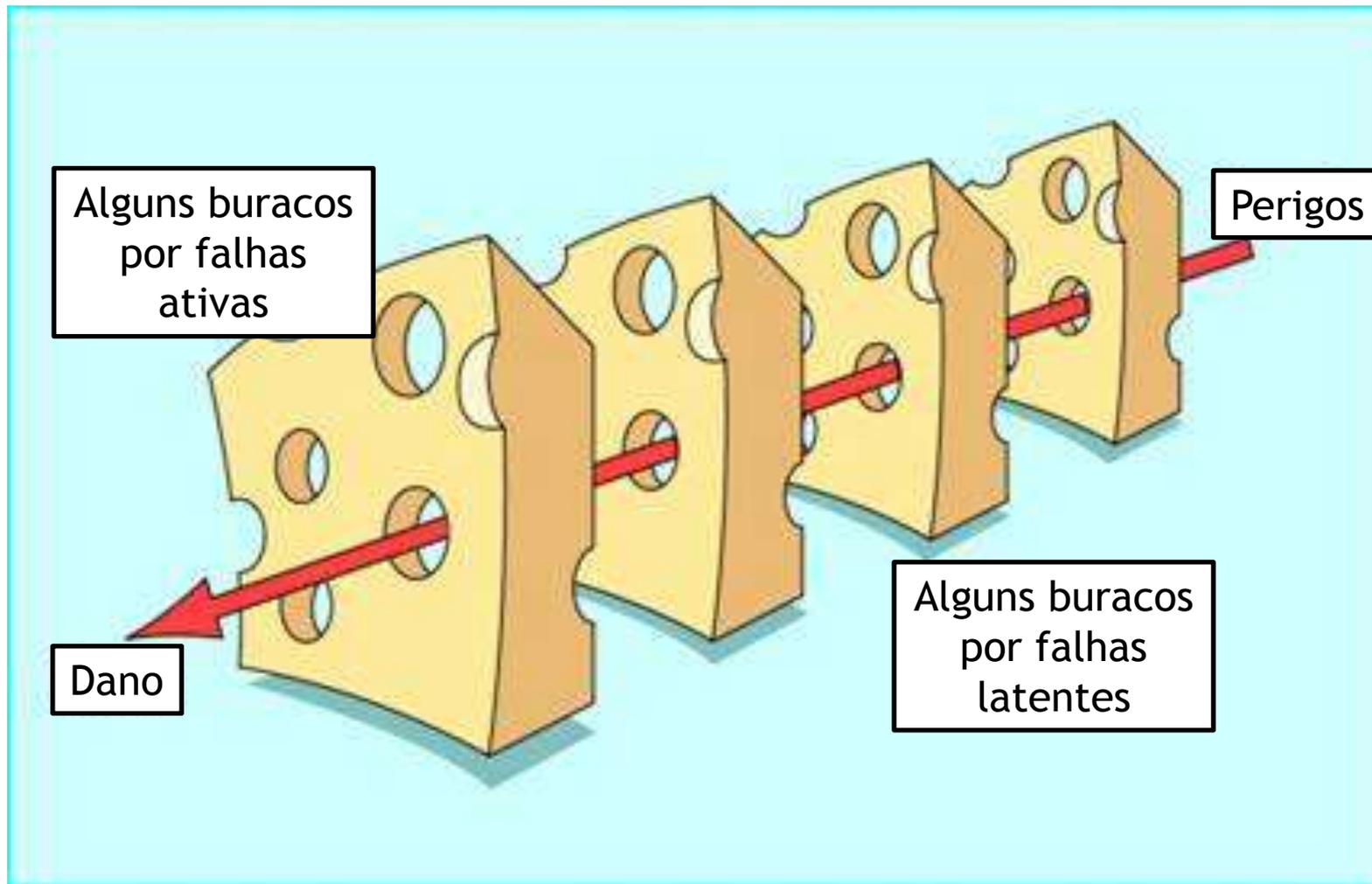
Linha 1	Vermelho	Azul	Verde	Amarelo
Linha 2	Amarelo	Verde	Azul	Vermelho
Linha 3	Verde	Vermelho	Amarelo	Azul

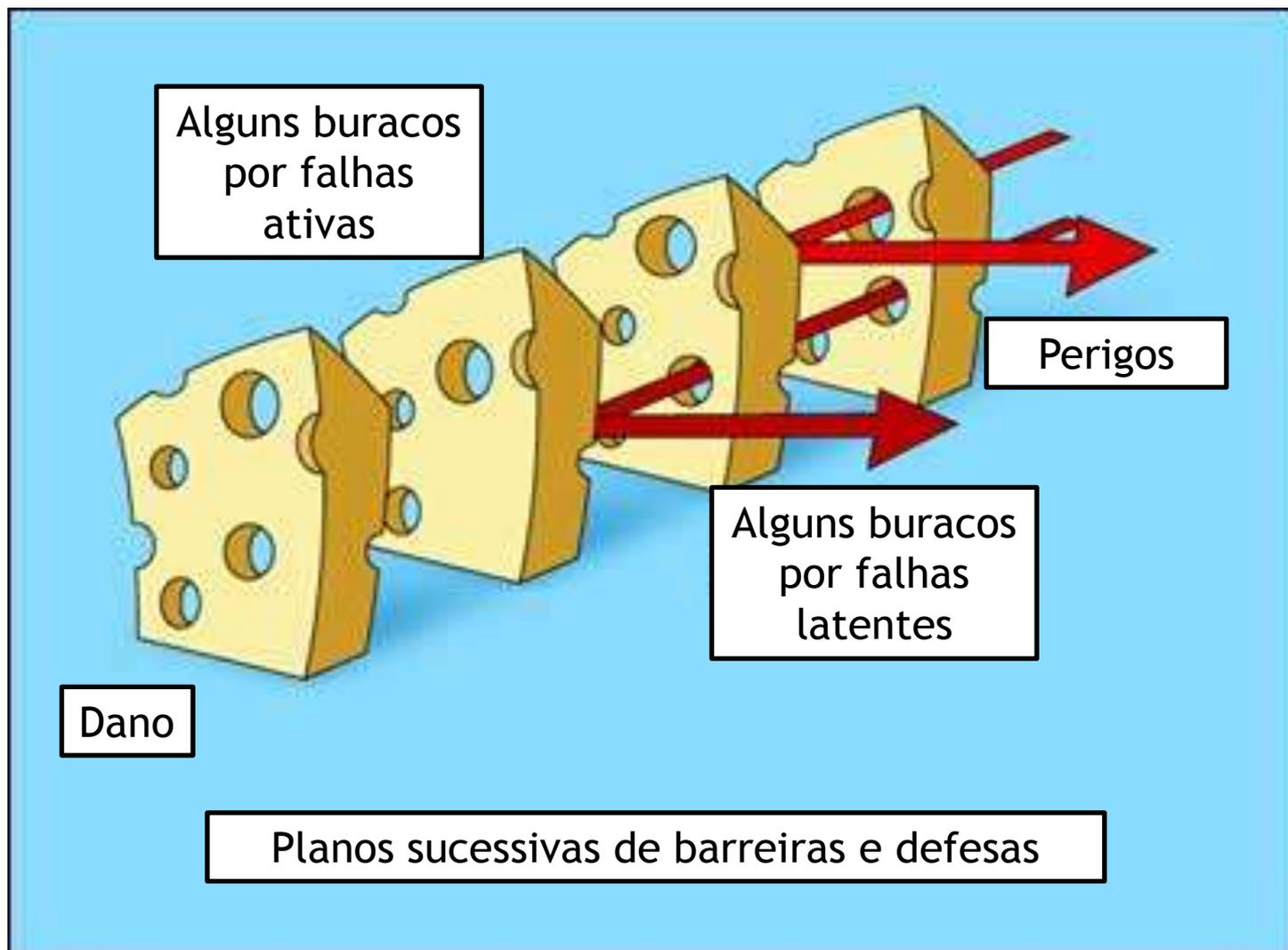
# Teste de Stroop

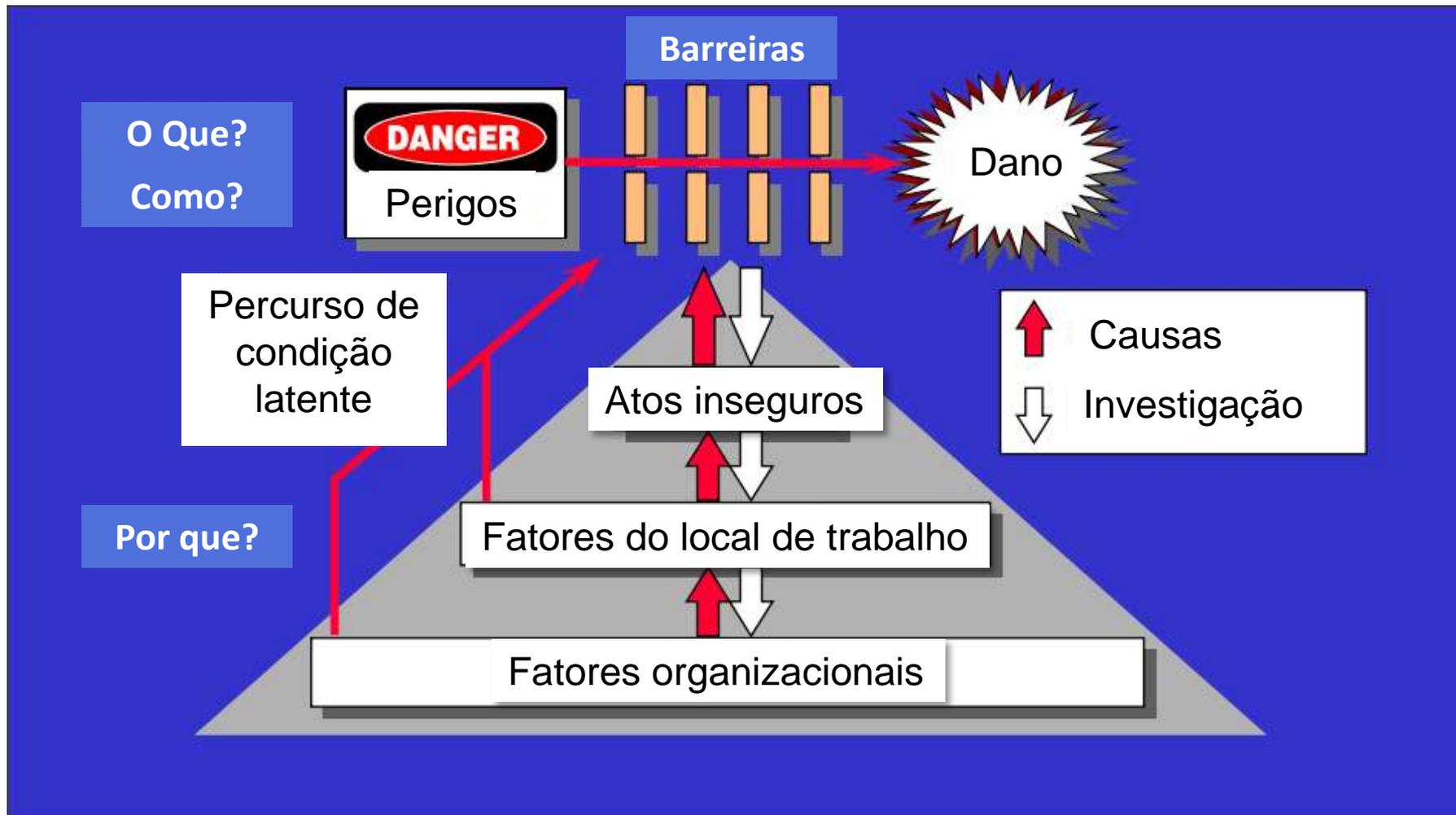
Linha 1	Vermelho	Azul	Verde	Amarelo
Linha 2	Amarelo	Verde	Azul	Vermelho
Linha 3	Verde	Vermelho	Amarelo	Azul

# Quando analisar um erro, tenha em mente

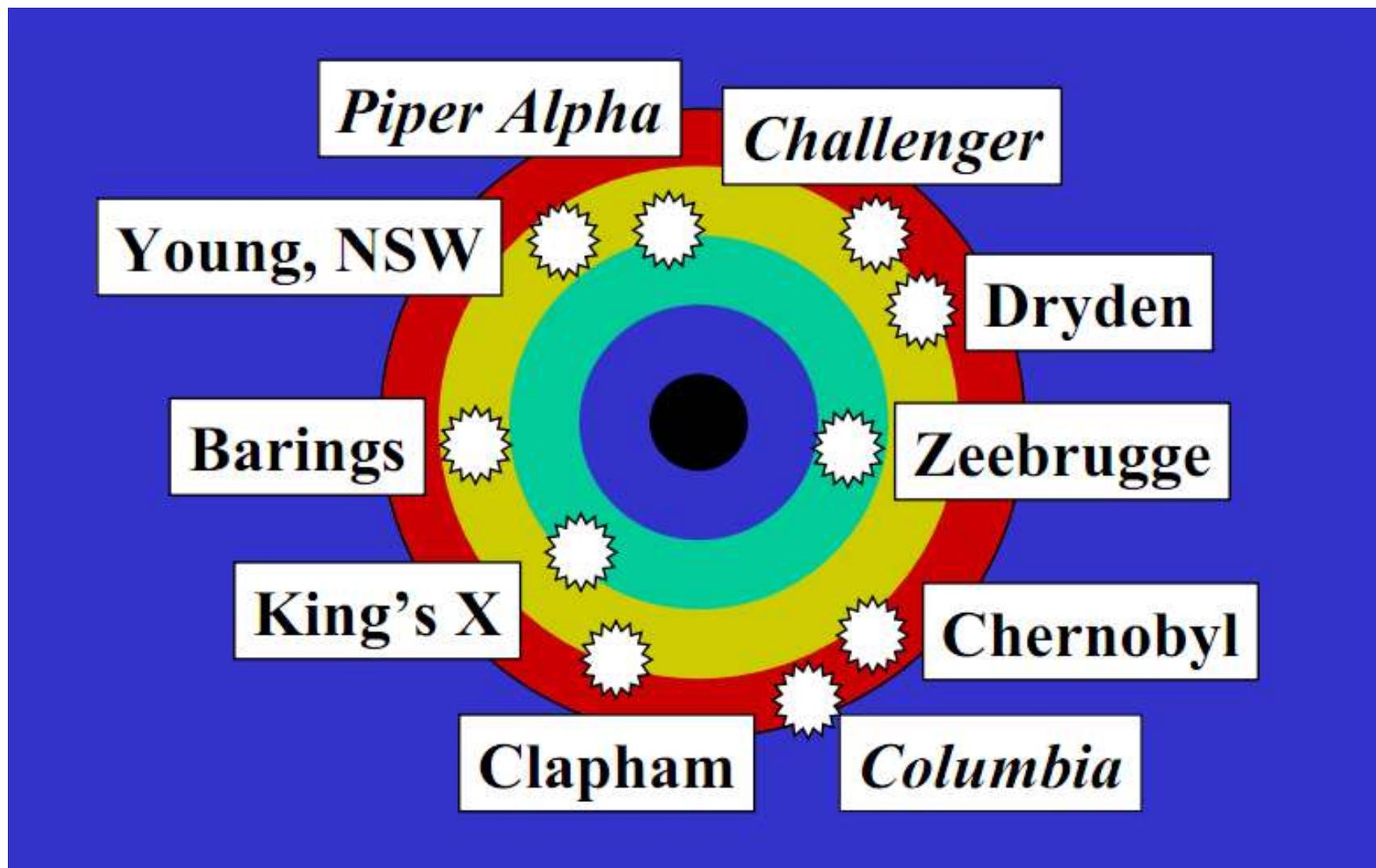












# Seguir as evidências dá certo



Chesley B. Sullenburger III

# Tipos de Erros

## Erros baseados em habilidades

- *Slips* (escorregões) e lapsos
  - A ação realizada não é a pretendida!

## Erros baseados em regras

- A ação é correta mas não atinge seus objetivos pela aplicação incorreta de uma regra ou aplicação de um plano inadequado.

## Erros baseados em conhecimentos

- A ação ocorreu como pretendido, mas não atingiu os objetivos por déficit de conhecimento.

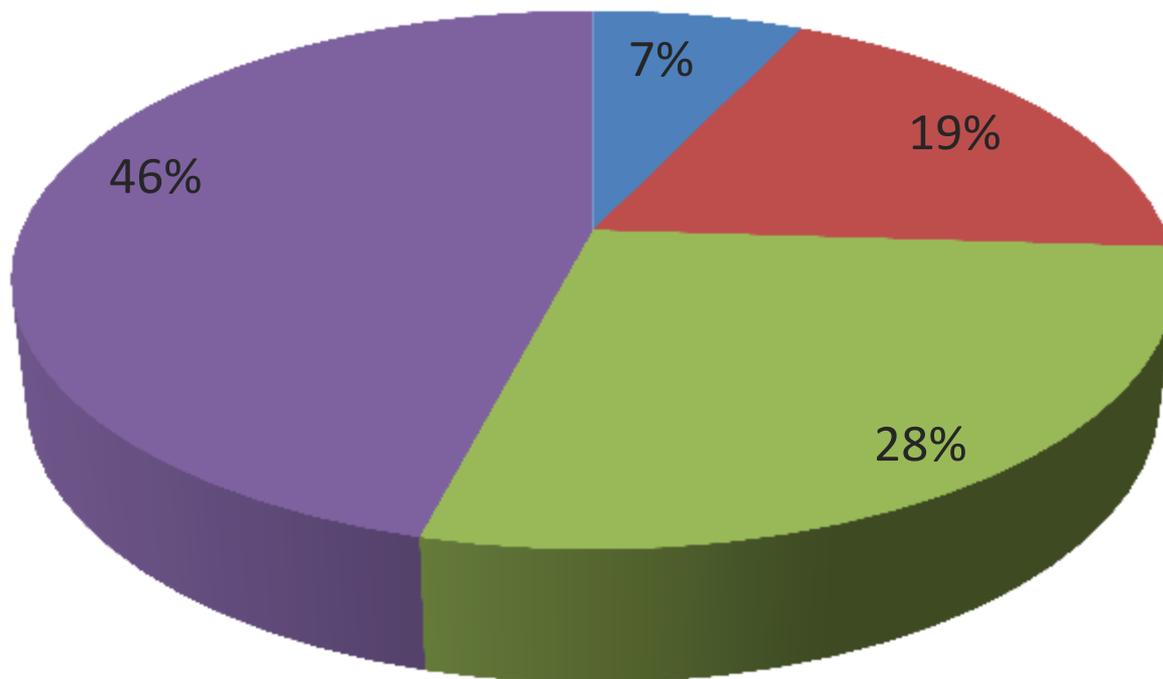
# Causas proximais de erros diagnósticos

■ Erros sem culpa

■ Erros cognitivos

■ Erros sistêmicos

■ Erros sistêmicos e cognitivos



# Premissas

Todos cometem erros



Profissionais da saúde não vem ao trabalho para causar danos ao paciente

Sistemas complexos falham

# Confiabilidade

Quase todos os estudos que investigam a confiabilidade da aplicação de evidências clínicas concluem que ela é (80%) ou menor.

# Razões para a baixa confiabilidade nos serviços de saúde

Os métodos atuais de melhorias nos serviços de saúde estão fortemente baseados em trabalho duro e vigilância;



Basear-se em *benchmarking* tende a exagerar a confiabilidade dos serviços de saúde dando falsa sensação de segurança;



Autonomia clínica permissiva permite ampla gama de performance;



Raramente usamos um desenho deliberadamente articulado para alcançar confiabilidade,.

## Processos de melhoria associados a performance baixa ( $10^{-1}$ )

Equipamentos comuns, formulários padrão, procedimentos e protocolos escritos;

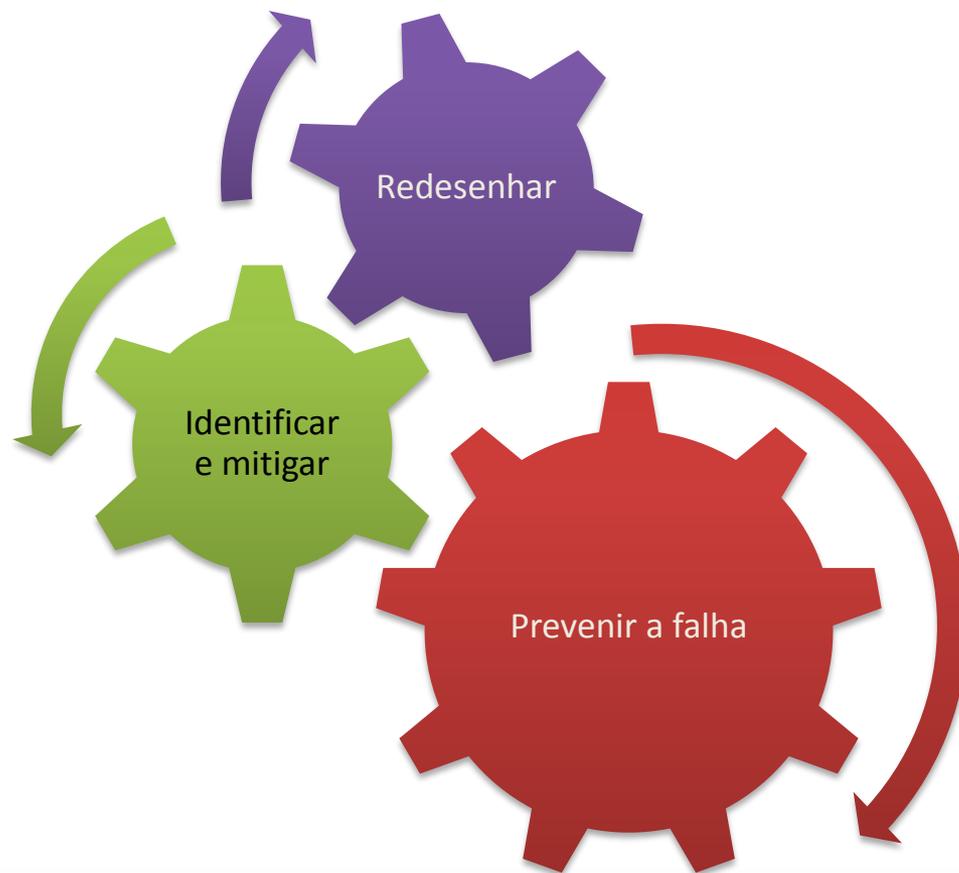
Check lists pessoais;

Feedback de informações de aderência;

Sugestões para trabalhar mais e melhor da próxima vez;

Avisos e treinamento.

# Desenhando processos assistenciais para atingirmos confiabilidade



# Conceitos de melhoria associado à performance confiável

Auxílio à decisão e lembretes incluídos no sistema

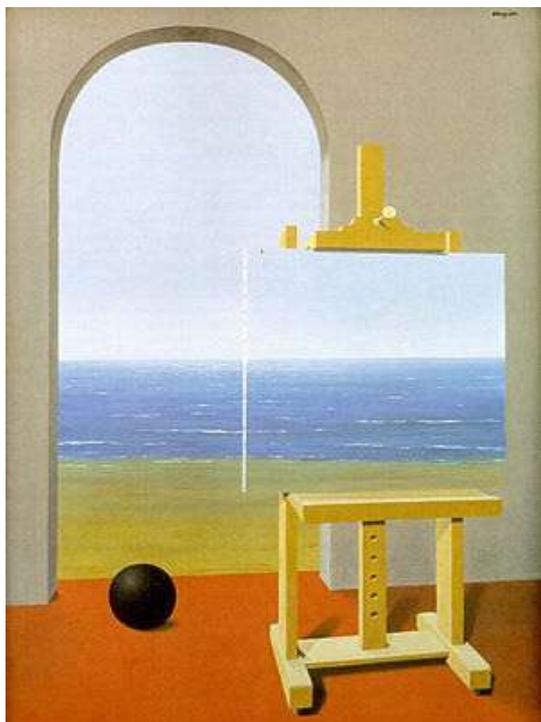
Ação desejada como padrão (baseado em evidências científicas)

Utilização de processos redundantes

Utilização de padrões e hábitos existentes no desenho do processo

Acordos com profissionais da saúde para aprender e seguir processos padronizados

# O que não podemos esquecer



Não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições sob as quais os humanos trabalham.

Reason J. BMJ 2000; 320:768-770



A segurança do paciente como prioridade estratégica nas instituições de saúde

dario.ferreira@segurancadopaciente.com.br  
www.segurancadopaciente.com.br