

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.6502323056>

ISBN: 978-65-258-1465-0

Capítulo 6

“To err is human”: uma análise reflexiva

Milena Leite Veloso
Lara Karine Lima Sousa
Erika de Almeida Servulo
Gersilane Lima Leal
Mariana Ribeiro Silva
Isadora Duarte Bezerra Pereira
Ylana Nunes de Oliveira Vasconcelos
Lara Rodrigues Lira
Larissa Rodrigues Lira
Myllena Maria Tomaz Caracas
William Caracas Moreira
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

**Assista ao documentário
“To err is human”**



CAPÍTULO 6

“TO ERR IS HUMAN”: UMA ANÁLISE REFLEXIVA

Data de aceite: 16/04/2023

Milena Leite Veloso

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1455-7988>; <http://lattes.cnpq.br/9174537943610630>.

Lara Karine Lima Sousa

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8176-7817>; <http://lattes.cnpq.br/9411077299648638>.

Erika de Almeida Servulo

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0009-0001-8616-1459>; <https://lattes.cnpq.br/0727070669920230>.

Gersilane Lima Leal

Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-5272-1860>; <http://lattes.cnpq.br/6042284483694859>.

Mariana Ribeiro Silva

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-1455-7988>; <http://lattes.cnpq.br/9174537943610630>.

Isadora Duarte Bezerra Pereira

Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-5706-2320>; <http://lattes.cnpq.br/4805188488581640>.

Ylana Nunes de Oliveira Vasconcelos

Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0009-0009-8867-6278>; <https://lattes.cnpq.br/1385365547454354>.

Lara Rodrigues Lira

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3786-5422>; <http://lattes.cnpq.br/9562361398801579>.

Larissa Rodrigues Lira

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7037-6319>; <http://lattes.cnpq.br/5770559189982111>.

Myllena Maria Tomaz Caracas

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza,
Ceará, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-0997-3904>; <http://lattes.cnpq.br/0892360704568736>.

William Caracas Moreira

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, Paraíba, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2138-3445>; <http://lattes.cnpq.br/6189180127237713>.

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí,
Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-7744-6030>; <http://lattes.cnpq.br/6018178640473155>.

Observou-se o documentário intitulado “*To Err Is Human*” (Errar é humano), disponível por meio de assinatura nos seguintes *streamings*: *Amazon Prime Video*, *Internet Movie Database* (IMDb), *Interfilmes*, *Microsoft* e *Apple TV*. Entretanto, sem legendas e/ou áudio em português. Os produtores responsáveis foram Mike Eisenberg, Kailey Brackett, Matthew Downe no estúdio Gravity Ventures, sendo lançado em 2018 com duração de 77 minutos que aborda factualmente aspectos relacionados à segurança do paciente. Portanto, a presente escrita, trata-se de uma resenha crítica/reflexiva que promove um diálogo entre a literatura científica e o documentário em questão.

O documentário revela através de gráficos narrativos, números elevados de mortes decorrentes do erro humano, sendo a terceira maior causa de morte, atrás apenas do câncer e das doenças cardíacas. Ao analisar as experiências não fatais, mas que geraram consequências permanentes, esses números são ainda maiores. Isso é considerado um problema de saúde urgente e passível de solução, mas para isso é preciso investigar as causas.

Nesse sentido, um dos entrevistados aborda a Teoria do “queijo suíço”, proposta por James Reason, que busca padronizar a análise de eventos adversos que envolvem a segurança do paciente. O modelo estabelece uma analogia entre as vulnerabilidades do sistema de saúde e os buracos das fatias de queijo suíço. Segundo a teoria, cada fatia corresponde a uma barreira protetora, e conforme os buracos se alinham, ou seja, à medida que as falhas se acumulam através do rompimento de tais proteções, podem culminar no erro (GOMES *et al.*, 2016).

Essas aberturas nas defesas podem ser ocasionadas por falhas ativas e latentes, sendo sua junção responsável majoritária na ocorrência de eventos adversos. As falhas ativas podem ser compreendidas na perspectiva pessoal, pois relacionam-se aos atos cometidos pelos profissionais que estão em contato direto com o paciente (REASON, 2000).

Nesse caso, o enredo do documentário destaca erros decorrentes de falhas dos profissionais. O destaque principal foi a ocorrência de dois erros diagnósticos que afetaram uma mesma família. O primeiro, há demora no diagnóstico de icterícia neonatal, sendo solicitado exame de dosagem de bilirrubina apenas no quinto dia de vida, quando já era muito tarde para tratar de forma adequada, o que resulta em danos cerebrais irreversíveis para o paciente. E o segundo caso, ocorreu com o pai, que veio a óbito em decorrência de câncer, que apesar de ter apontado em seus exames a presença de uma neoplasia maligna, os médicos não notaram essa informação. O paciente foi submetido a uma cirurgia para retirada do tumor tratado como benigno até então, quando realizada a consulta de

retorno foi descoberto que ele havia perdido seis meses de tratamento quimioterápico, que quando iniciado não obteve sucesso e poucas semanas depois o levou a óbito.

Diante disso, surge a primeira questão, intimamente relacionada ao modelo de análise bioética “principalista”, introduzido por Beauchamp e Childress. Comumente utilizado na prática clínica na maioria dos países, propõe quatro princípios bioéticos fundamentais, a saber: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Ao analisar o documentário, entendeu-se que a falta de observância ao princípio da não-maleficência relaciona-se diretamente com a ocorrência comum de erros nos serviços de saúde. Beauchamp e Childress definiram a não-maleficência como “um princípio segundo o qual não devemos infringir mal ou dando a outros”, sendo apenas um ponto de partida para entendermos que ações danosas devem ser evitadas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Portanto, ao considerar que a não-maleficência parte apenas de uma ótica pessoal, em que os erros são cometidos por falhas humanas, é preciso refletir acerca de outros pontos cruciais que contribuem para o acontecimento de erros e que, não obstante, influenciam a falha pessoal.

Em contrapartida, ao observar os erros sob a ótica das falhas latentes, é possível perceber que ao contrário das ativas, normalmente sua ocorrência pode ser identificada e corrigida antes de chegar ao evento adverso. Elas são consideradas “patógenos do sistema”, estão incorporadas nos processos de trabalho, sendo acionadas pelas falhas ativas. Surgem em decorrência de decisões gerenciais de alto nível, de engenheiros e criadores de procedimentos, por exemplo, tomadas de forma equivocada (GOMES *et al.*, 2016; REASON, 2000). Ainda, as falhas latentes geram dois tipos de efeitos adversos. No local de trabalho, induzindo ao erro por conta da falta de pessoal e carga horária de trabalho elevada. Como também ao criar brechas nas barreiras, por meio de procedimentos impraticáveis, deficiências de projeto e construção, entre outros (REASON, 2000).

O documentário não explora as condições latentes de forma mais detalhada, mas dá margem à temática. Alguns dos entrevistados sugerem medidas que possam contribuir para evitar que esse tipo de falha venha a ser acionada e cause danos aos pacientes, como realização de checklists e implementação de práticas efetivas para controle de lavagem das mãos, entre outros. Ainda, é feito um comparativo com a aviação, que atualmente é uma das indústrias mais seguras, graças a cultura de busca, discussão e prevenção ativa de erros. A sugestão foi a instalação de câmeras na sala operatória para que as imagens possam ser analisadas e os erros discutidos e corrigidos, atuando de forma semelhante a caixa preta dos aviões.

A segurança do paciente é um problema atual, tendo em vista que há uma discussão a nível mundial sobre esse tema. Relaciona-se com a redução a um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários associados à atenção em saúde. Assim, pode-se dizer ainda, que a segurança do paciente tem seu maior foco em reduzir os eventos adversos, os quais consistem em um incidente que

resultou em dano ao paciente, seja comprometimento de estrutura/função do corpo, lesão, sofrimento e até morte, trazendo dessa forma, graves consequências físicas, sociais ou psicológicas para o cliente (SOARES *et al.*, 2019).

Dentro do serviço de saúde, cabe ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) desenvolver estratégias que promovam de forma contínua a melhoria dos processos de cuidado, através da propagação organizacional de uma Cultura de Segurança do Paciente (CSP), com monitoramento do bom funcionamento de práticas assistenciais adotadas, bem como o gerenciamento de riscos. Além disso, o documentário traz o engajamento dos pacientes e familiares como uma das formas de prevenção de eventos adversos, fazendo-se necessário que tanto o paciente, quanto o profissional e a instituição assumam responsabilidades em prol da segurança individual e coletiva, por meio de recursos, estrutura e responsabilização (BRASIL, 2013).

Para além da implementação de normas e protocolos, é necessário promover um ambiente onde os profissionais se sintam confiantes em reconhecer e notificar os erros. Como evidenciado por um médico no documentário, muitas vezes o normal do ser humano é tentar consertar o erro, mas não contar a ninguém. Porém, saber que os erros podem ser abordados positivamente com a equipe pode reduzir a percepção de vulnerabilidade dos profissionais (DUARTE *et al.*, 2015).

Nesse sentido, pesquisas demonstraram que para enfermeiros e técnicos de enfermagem os erros não são intencionais e que muitas vezes os profissionais desconhecem que eles ocorreram, visto que o reconhecimento dos eventos adversos pode estar relacionado à cultura, crença e conhecimento dos profissionais acerca do problema, fazendo com que estes apresentem dificuldades em perceber o erro (DUARTE *et al.*, 2015).

Além de afetar quantitativa e qualitativamente as instituições, os erros durante a assistência à saúde podem causar sérios danos aos profissionais e pacientes. Para os profissionais, muitas vezes os erros estão associados a sentimentos de vergonha, culpa e medo da repreensão e, diante da cultura punitiva existente, a eventualidade da omissão do erro, perdendo-se a chance de conhecê-lo e tratá-lo adequadamente, além do estresse emocional, dos preceitos éticos e das penalidades legais que estão envolvidas nesse contexto (DUARTE *et al.*, 2018; SOUSA; SILVA, 2018).

Na perspectiva central do documentário de que errar é humano, compreender a ocorrência do erro poderá estimular o profissional a realizar a notificação de forma adequada, o que contribuirá para mudar o panorama atual de subnotificações, impacto negativo dos eventos adversos dentro da assistência à saúde, (DUARTE *et al.*, 2018).

Para a clientela, a ocorrência dos eventos adversos causa danos a estes e podem aumentar o tempo de permanência, mortalidade e custo hospitalar, podendo representar um aumento nos gastos com as internações hospitalares em até 200,5%, além do tempo de internação ser em média, 28,3 dias a mais do que o esperado (DUARTE *et al.*, 2015).

Sendo assim, do ponto de vista gerencial, é necessária a compreensão por parte dos gestores das instituições de saúde, de que os eventos adversos estão, muitas vezes, diretamente relacionados às falhas no sistema, e não somente ao descaso ou incompetência profissional. Assim, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas, como os checklists que são citados no documentário com o objetivo de reduzir o número de falhas durante o processo do cuidado, além da utilização de diagnóstico diferencial e o uso de ferramentas tecnológicas de apoio (DUARTE *et al.*, 2015).

O documentário afirma que erros médicos são evitáveis, onde os mesmos são emergência de saúde pública, uma fala afirma que “não há desculpas para não investir em coisas que ajudem a prevenir erros”, e “errar é humano, mas o que fazer com tais erros?”, partindo dessas afirmações discutidas ao longo do documentário e levando em consideração que algo precisa ser feito para a prevenção de tais mortes, surge a pergunta, “então o que fazer para prevenir erros médicos?”. Tornam-se necessárias ações que evitem tais ocorrências. Na atualidade, encontram-se estratégias de qualidade, usadas para investigar os incidentes que acometem a segurança do paciente. Dentre elas, as chamadas análises prospectivas, onde são empregadas antes da ocorrência do evento adverso, tendo a finalidade de identificar prováveis falhas, e adotar ações corretivas que previnam o erro (BRASIL, 2017). A análise da causa raiz, é uma metodologia retrospectiva, utilizada após o acontecimento dos incidentes, objetivando identificar as causas dos acidentes e/ou incidentes e sugerir técnicas para que estes não se repitam (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Refere-se a uma metodologia sistemática de reconstrução de uma sequência lógica de fatores que contribuem para o acontecimento do incidente (BRASIL, 2017). No decorrer do processo, pergunta-se o “porquê” até que as causas básicas sejam explanadas (WHO, 2010). Dessa maneira, as causas raízes são determinadas como as causas precursoras, que podem ser apontadas para conduzir as ações para impedir os incidentes, e também proporcionar efetivas sugestões para precaver a recorrência destes (WHO, 2010).

Outra estratégia bastante eficaz, é o protocolo Londres, estratégia essa que consiste em uma averiguação sistemática, para metodizar as etapas, aperfeiçoar a qualidade da coleta dos dados, e contribuir na reflexão de todas as proporções dos Fatores Contribuintes, recordando os pontos mais significativos dos fatores humanos. Para que ocorra tal análise, é imprescindível que ocorra uma concepção muito mais ampla da causa que levou ao incidente, com menos enfoque no indivíduo, que comete o erro, e mais em aspectos organizacionais preexistentes que oferecem a condições e até influenciam o episódio do erro (REASON *et al.*, 1995; REASON *et al.*, 2003; REASON, 2003).

No tocante, outro aspecto que envolve estratégia de enfrentamento do erro no setor saúde, é a Análise do Modo e Efeito da Falha que segundo Silva; Teixeira; Cassiani (2008) tem como objetivo diminuir as chances de vir a acontecer de eventos adversos (EA) e a possibilidade de futuros danos aos pacientes, por intermédio da identificação de condições de risco, definição dos efeitos

resultante de possível erro ocorrido, assim como das indicações de medidas corretivas essenciais para prevenção e eliminação de falhas. Por fim, o documentário diz que “mortes são evitáveis se os profissionais se empenharem”, sendo assim, tais estratégias, se seguidas e colocadas em prática, podem sim trazer resultados benéficos. Desempenhadas não só pelos profissionais, mas também por toda a instituição, prevenir erros médicos é um trabalho conjunto que demanda esforço, paciência e agilidade.

De maneira concisa, é notório a grande relevância do documentário discorrido, visto que as informações nele exibidas, por se tratar de fatos reais que acontecem diariamente, chamam a atenção das pessoas quanto ao assunto do século “A segurança do Paciente”. Contudo, cabe ressaltar as dificuldades quanto à inexistência de legendas em português, o que limita o conhecimento que seria importante ser difundido no Brasil.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da ética biomédica**. São Paulo: Loyola, p. 45, 2002.

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

BRASIL, Resolução nº36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Segurança do paciente: compreendendo o erro humano na assistência de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/bHBtxsXZJbrWSkBhdnKmtWQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2023.

DUARTE, S. C. M. *et al.* Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mBxyRmzXxjVYbDQZfg7phj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2023.

GOMES, A. T. L. *et al.* Erro Humano e Cultura de Segurança à Luz da Teoria “Queijo Suíço”: Análise Reflexiva. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, 10(Supl. 4):3646-52, set., 2016.

REASON, J. **A Life in Error: From Little Slips to Big Disasters**. ASHGATE, 2003.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**. 320(7237):768-70, Mar, 2000. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.

REASON, J. T. Understanding adverse events: human factors. In: Vincent CA, ed. Clinical risk management. London: **BMJ**, 1995:3154.

REASON, J. T. Understanding adverse events: human factors. In: Vincent CA, ed. Clinical risk management. London: **BMJ Publications**, 1995:3154.

RUNCIMAN, W. *et al.* Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int J Qual Health Care** (2009) 21 (1): 18-26.

SILVA, A. E. B. C. *et al.* Ferramentas utilizadas para gestão de riscos: análise do modo e efeitos da falha e análise de causa raiz. In: **Feldman LB**. Gestão de risco e segurança hospitalar. São Paulo: Martinari; 2008, vol 1, p. 309-24.

SOARES, E. A. *et al.* Cultura de segurança do paciente e a prática de notificação de eventos adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Vol. Sup. 36, e1657, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1657/993>. Acesso em: 24 mar. 2023.

SOUZA, A. G. F.; SILVA, T. F. B. X. O impacto na segurança do paciente nos casos de erro de dose em prescrição médica. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 11, p. 245-264, 2018. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/961>. Acesso em: 24 mar. 2023.

WHO, World Health Organization. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. 2009. Disponível em: http://www.who.int/entity/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 24 mar. 2023.