**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**
Centro de Tecnologia e Ciências
Faculdade de Engenharia

Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva

# Decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência: uma análise dos impactos na operação a partir de suas heurísticas

Rio de Janeiro
2015

Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva

# Decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência: uma análise dos impactos na operação a partir de suas heurísticas

Projeto de Graduação apresentado, como requisito parcial para obtenção do Grau de Engenheiro, a Faculdade de Engenharia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Produção.

Orientador: Prof. D.Sc. Thaís Spiegel

Rio de Janeiro
2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CTC/B

S586 Silva, Ana Carolina Pereira de Vasconcelos.
Decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência: uma análise dos impactos na operação a partir de suas heurísticas / Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva. – 2015.
294f.

Orientador: Thaís Spiegel
Projeto Final (Graduação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Engenharia.
Bibliografia p.280-288

1. Engenharia de Produção. 2.Teoria da Organização. 3. Heurística. I. Spiegel, Thaís. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. III. Título.

CDU 658.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste projeto de graduação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Carolina Pereira de Vasconcelos Silva

**Decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência: uma análise dos impactos na operação a partir de suas heurísticas**

Projeto de Graduação apresentado, como requisito parcial para obtenção do Grau de Engenheiro, a Faculdade de Engenharia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração Produção.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

_____

Prof. D.Sc. Thaís Spiegel

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

_____

Prof. D.Sc Heitor Mansur Caulliraux

Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2015

**DEDICATÓRIA**

Ao meu avô Rodolpho (*in memoriam*), por ter acreditado que esse sonho se tornaria se realidade e por ter me apoiado a cada instante. Vô, você viverá para sempre em mim.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, por ter sonhado esse sonho comigo e por ter caminhado ao meu lado, me apoiando a cada passo. Vocês são tudo pra mim e são peça fundamental na realização de cada conquista. Cada esforço valeu a pena, finalmente engenheira, acreditam?

À professora Thaís, por ter sido, há muito tempo, muito mais que só uma professora. Obrigada por cuidar de mim com tanto carinho, por acreditar no meu potencial, por me incentivar a chegar sempre mais longe. Certamente, o caminho não teria sido tão bom se você não estivesse sempre me guiando. Serei eternamente grata!

Ainda à professora Thaís e à todos os professores da UERJ, mas em especial aos do Departamento de Engenharia Industrial, obrigada por dedicarem tantas horas de suas vidas se preocupando com a construção não só do nosso conhecimento, mas com a construção do que somos. Cada um de vocês, ao seu jeito, se tornaram muito especiais e serão levados em nossa memória de uma forma singular.

Ao professor Heitor, também por compor a banca, mas por todas as oportunidades de aprendizado e por confiar no meu potencial. Suas colocações são sempre muito válidas e enriquecedoras. Obrigada por compartilhá-las comigo.

Ao meu amigo Daniel, pelas longas horas que se dedicou a refletir comigo acerca das análises e desdobramentos e, ainda, por ter se preocupado em me ajudar nas escolhas cuidadosas das palavras para confecção do documento. Dani, seu apoio e cuidado não só com este trabalho, mas com a nossa amizade, são admiráveis. Teria sido muito mais difícil sem você. Obrigada, viu?

A minha linda amiga, desde a fila da matrícula, Suzana. Amiga, seu apoio e incentivo em momentos de dificuldade me fizeram mais forte. Nossa amizade foi fundamental para essa conquista e sei que ela vai muito além daqui. E obrigada pela ajuda nas eternas referências e formatação do documento.

Aos meus amigos Edmundo e Luciana, por me ajudar com as infinitas formatações de tabelas. Obrigada pela preocupação e pelo apoio. Vocês são 10!

A todos do Grupo Produção Integrada, agradeço a oportunidade de aprendizado. Cada momento com vocês é sempre muito rico. A cada um de vocês,

que se preocupam com cada suspiro, que se dedicam a ensinar e estão sempre abertos a também aprender, vocês são exemplos!

Enfim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a construção do que sou hoje. À todos vocês, essa vitória é nossa.

Precisão? Certeza? Reta?
Infelizes os autores destes termos
E, mais ainda,
Os que buscam esvaziar seus anseios
Para caber nestes conceitos.

*Daniel Bouzon Nagem Assad*

## RESUMO

SILVA, Ana Carolina Pereira de Vasconcelos. *Decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência: uma análise dos impactos na operação a partir de suas heurísticas.* 295f. Projeto (Graduação em Engenharia de Produção) - Faculdade de Engenharia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

As teorias cognitivas sobre a tomada de decisão mostram que as pessoas muitas vezes não decidem de forma completa e lógica, mas usando estratégias cognitivas que lhes permitam ultrapassar as barreiras impostas pela sua racionalidade limitada e pelas dificuldades, muitas vezes derivadas da incerteza. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o impacto na operação que decisões tomadas por profissionais de saúde em uma unidade de emergência podem causar quando influenciadas pelas heurísticas. Para tal, foi realizada uma revisão sistemática da literatura para extração das heurísticas dos profissionais de saúde e uma revisão não sistemática para construção do referencial teórico acerca de gestão de operações, gestão de operações em saúde, organizações hospitalares e heurísticas. Dessa forma, tendo-se também descrito o objeto de estudo, foi construído o modelo analítico. Em seguida, foram propostas três abordagens para as sínteses e, para cada uma, foram realizadas propostas de desdobramentos.



Palavras-chave: Gestão de operações. Gestão de operações em saúde. Heurísticas. Heurísticas de profissionais de saúde. Heurísticas na medicina.

## ABSTRACT

SILVA, Ana Carolina Pereira de Vasconcelos. *Health care professionals decisions in an emergency department: an analysis of the impacts on the operations when influenced by heuristics.* 295f. Projeto (Graduação em Engenharia de Produção) - Faculdade de Engenharia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Cognitive theories on decision making show that individuals often do not decide in a full and rationale way, but instead use cognitive strategies that allow them to overcome the limitations imposed by their limited rationality and the difficulties derived from uncertainty. In this context, this paper aims to analyze the impact on operations caused by decisions taken by health care professionals in an emergency department when influenced by heuristics. Therefore, a systematic review of the literature for extracting the heuristics of health care professionals and a non-systematic review for constructing the theoretical framework about operations management, health operations management, hospital organizations and heuristics were performed. Thus, having also described the object of study, the analytical model could be built. Then, three approaches were proposed for the synthesis and, for each, deployment proposals were exposed.



Keywords: Operation management. Health operation management. Heuristics. Health care professionals heuristics. Heuristics in medicine.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Método de pesquisa utilizado ..... 30
Figura 2 – Estrutura do modelo analítico ..... 41
Figura 3 – Processo de atendimento do paciente em uma UPA tipo III ..... 62
Figura 4 – Decisões tomadas no acolhimento, classificação de risco e consulta médica ..... 66
Figura 5 – Estrutura genérica da síntese por processos ..... 248
Figura 6 – Exemplo de árvore de decisão rápida e frugal para apoio a decisão em uma unidade de tratamento coronariano ..... 250
Figura 7 – Mapa de interdependência entre os blocos de categorias de operações ..... 265
Figura 8 – Ciclo de desenvolvimento da pesquisa e suas limitações ..... 279

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Palavras-chave para busca sistemática .....33
Quadro 2 – Síntese dos artigos da *Science Direct* acerca de heurísticas de profissionais de saúde.....35
Quadro 3 – Síntese dos artigos da *PubMed* acerca de heurísticas de profissionais de saúde .....37
Quadro 4 – Síntese dos artigos da *ISI Web of Science* acerca de heurísticas de profissionais de saúde.....37
Quadro 5 – Identificação dos trabalhos acadêmicos, livros e artigos selecionados acerca gestão de operações, gestão de operações em saúde, contexto SUS, organizações hospitalares e heurísticas .....38
Quadro 6 – Exemplos de decisões de um gestor de operações .....43
Quadro 7 – Síntese das heurísticas de profissionais de saúde e suas definições extraídas da revisão sistemática .....56
Quadro 8 – Critérios para atribuição de cor associada a prioridade de atendimento do paciente.....63
Quadro 9 – Lista de heurísticas de profissionais de saúde extraídas da literatura....67
Quadro 10 – Decisões dos profissionais de saúde nos processos de acolhimento, classificação de risco e consulta médica.....69
Quadro 11 – Categorias de operações colocadas por Hayes et al. (2008:67) .....70
Quadro 12 – Categorias de operações adaptadas ao contexto da análise .....71
Quadro 13 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de pré-classificação (triagem) .....75
Quadro 14 – Categorias impactadas negativamente pela heurística do efeito da forma da decisão de pré-classificação (triagem) .....77
Quadro 15 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de pré-classificação (triagem) .....79
Quadro 16 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de pré-classificação (triagem) .....81
Quadro 17 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de pré-classificação (triagem).....82

Quadro 18 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de pré-classificação (triagem).....84
Quadro 19 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de pré-classificação (triagem) .....86
Quadro 20 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de pré-classificação (triagem) .....88
Quadro 21 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de redirecionamento para outras unidades .....90
Quadro 22 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística o efeito da forma da decisão de redirecionamento para outras unidades.....92
Quadro 23 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de redirecionamento para outras unidades...94
Quadro 24 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de redirecionamento para outras unidades.....96
Quadro 25 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de redirecionamento para outras unidades...98
Quadro 26 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de redirecionamento para outras unidades .....100
Quadro 27 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de redirecionamento para outras unidades.....102
Quadro 28 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de redirecionamento para outras unidades .....104
Quadro 29 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....107
Quadro 30 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito de forma da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....110
Quadro 31 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....112

Quadro 32 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....114
Quadro 33 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....116
Quadro 34 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....118
Quadro 35 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....121
Quadro 36 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) .....123
Quadro 37 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de redirecionamento para outras unidades.....125
Quadro 38 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de redirecionamento para outras unidades.....127
Quadro 39 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de redirecionamento para outras unidades.129
Quadro 40 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de redirecionamento para outras unidades.....131
Quadro 41 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de redirecionamento para outras unidades.133
Quadro 42 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de redirecionamento para outras unidades .....135
Quadro 43 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de redirecionamento para outras unidades.....137
Quadro 44 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de redirecionamento para outras unidades .....139

Quadro 45 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de direcionamento para a sala de observação /.....141
Quadro 46 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de direcionamento para a sala de observação /.....143
Quadro 47 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização.....145
Quadro 48 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização.....147
Quadro 49 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do de probabilidade posterior da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização.....149
Quadro 50 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização.....151
Quadro 51 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio do desempacotamento da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização .....153
Quadro 52 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização .....156
Quadro 53 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de solicitação de exames .....158
Quadro 54 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de solicitação de exames .....160
Quadro 55 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de solicitação de exames.....163
Quadro 56 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de solicitação de exames.....165
Quadro 57 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de solicitação de exames.....166
Quadro 58 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de solicitação de exames .....169

Quadro 59 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de solicitação de exames .....171
Quadro 60 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de solicitação de exames.....173
Quadro 61 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....176
Quadro 62 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....178
Quadro 63 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....181
Quadro 64 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de solicitação de medicação / medicamentos.....182
Quadro 65 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....185
Quadro 66 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....187
Quadro 67 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....189
Quadro 68 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de solicitação de medicação / medicamentos .....192
Quadro 69 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de direcionamento para observação / estabilização .....194
Quadro 70 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de direcionamento para observação / estabilização ....196
Quadro 71 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....198
Quadro 72 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de direcionamento para observação / estabilização 200

Quadro 73 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....202
Quadro 74 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de direcionamento para observação / estabilização .....204
Quadro 75 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....206
Quadro 76 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....209
Quadro 77 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de direcionamento para observação / estabilização .....211
Quadro 78 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de direcionamento para observação / estabilização ....213
Quadro 79 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental da atribuição da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....215
Quadro 80 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de direcionamento para observação / estabilização 217
Quadro 81 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....219
Quadro 82 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....222
Quadro 83 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....224
Quadro 84 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para observação / estabilização.....226

Quadro 85 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de liberação do paciente ..... 228
Quadro 86 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de liberação do paciente ..... 230
Quadro 87 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental da atribuição da decisão de liberação do paciente ..... 233
Quadro 88 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de liberação do paciente ..... 234
Quadro 89 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de liberação do paciente ..... 236
Quadro 90 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de liberação do paciente ..... 239
Quadro 91 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental da atribuição da decisão de liberação do paciente ..... 241
Quadro 92 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de liberação do paciente ..... 243
Quadro 93 – Síntese por categoria de operação - categoria 1: rede de atenção .... 253
Quadro 94 – Síntese por categoria de operação - categoria 2: processo / fluxo do paciente na unidade ..... 254
Quadro 95 – Síntese por categoria de operação - categoria 3: indicadores de desempenho da organização ..... 255
Quadro 96 – Síntese por categoria de operação - categoria 4: sistemas de recursos humanos..... 256
Quadro 97 – Síntese por categoria de operação - categoria 5: sistemas de qualidade ..... 257
Quadro 98 – Síntese por categoria de operação - categoria 6: planejamento e controle ..... 258
Quadro 99 – Síntese por categoria de operação - categoria 7: sistemas de desenvolvimento de produtos e processos ..... 259
Quadro 100 – Síntese por categoria de operação - categoria 8: capacidade ..... 260
Quadro 101 – Síntese por categoria de operação - categoria 9: instalações ..... 261
Quadro 102 – Síntese por categoria de operação - categoria 10: organização do trabalho ..... 262

Quadro 103 – Síntese por categoria de operação - categoria 11: alocação de recursos financeiros na unidade.....263
Quadro 104 – Síntese por categoria de operação - categoria 12: manutenção .....264

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Busca nas bases *Science Direct, PubMed* e *ISI Web of Science* .....33
Tabela 2 – Classificação de UPA 24h em Porte I, II e III.....61
Tabela 3 – Síntese por processo.....247
Tabela 4 – Síntese por decisão – Decisão de pré-classificação do processo de acolhimento.....268
Tabela 5 – Síntese por decisão – Decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização do processo de acolhimento .....269
Tabela 6 – Síntese por decisão – Decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) do processo de classificação de risco .....270
Tabela 7 – Síntese por decisão – Decisão de redirecionamento para outras unidades do processo de classificação de risco.....271
Tabela 8 – Síntese por decisão – Decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização do processo de classificação de risco.....272
Tabela 9 – Síntese por decisão – Decisão de solicitação de exames do processo de consulta médica .....273
Tabela 10 – Síntese por decisão – Decisão de solicitação de medicação / medicamentos do processo de consulta médica.....274
Tabela 11 – Síntese por decisão – Decisão de direcionamento para observação / estabilização do processo de consulta médica .....275
Tabela 12 – Síntese por decisão – Decisão de encaminhamento para outras unidades do processo de consulta médica .....276
Tabela 13 – Síntese por decisão – Decisão de liberação do paciente do processo de consulta médica .....277

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **INTRODUÇÃO** | **21** |
| **1** | **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS** | **28** |
| **1.1** | **Abordagem metodológica** | **28** |
| **1.2** | **Método de pesquisa** | **29** |
| 1.2.1 | Questão central da pesquisa | 31 |
| 1.2.2 | Etapa 1: Levantamento teórico | 31 |
| 1.2.3 | Etapa 2: Descrição e delimitação do objeto | 40 |
| 1.2.4 | Etapa 3: Construção e síntese do modelo analítico | 40 |
| **2** | **REFERENCIAL TEÓRICO** | **42** |
| **2.1** | **Gestão de operações** | **42** |
| 2.1.1 | Gestão de operações em saúde no contexto SUS | 45 |
| **2.2** | **Organizações hospitalares e suas singularidades** | **49** |
| **2.3** | **Heurísticas** | **51** |
| 2.3.1 | As três heurísticas canônicas | 53 |
| 2.3.2 | Heurísticas de profissionais de saúde | 54 |
| **3** | **OBJETO DE ANÁLISE DA PESQUISA: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TIPO III** | **58** |
| **3.1** | **Descrição do tipo de operação de uma UPA Tipo III** | **58** |
| 3.1.1 | Definições das Portarias do Ministério da Saúde | 58 |
| 3.1.2 | Tipos de serviços prestados | 59 |
| **3.2** | **Processos de atendimento e decisões dos profissionais** | **61** |
| **4** | **MODELO ANALÍTICO: UMA PRIMEIRA FORMULAÇÃO DOS POTENCIAIS IMPACTOS DAS HEURÍSTICAS NAS DECISÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA OPERAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TIPO III** | **67** |
| **4.1** | **Heurísticas selecionadas** | **67** |
| **4.2** | **Processos e decisões tomadas por cada profissional de saúde** | **68** |
| **4.3** | **Categorias de operações selecionadas** | **70** |
| **4.4** | **Análise do impacto das decisões nas categorias de operações** | **73** |

4.4.1 Processo 1: Acolhimento ..... 74
4.4.2 Processo 2: Classificação de risco ..... 106
4.4.3 Processo 3: Consulta médica ..... 157
**4.5 Sínteses e ensaios de desdobramentos do modelo analítico .....246**
4.5.1 Síntese e desdobramentos por processos ..... 246
4.5.2 Síntese e desdobramentos por categoria de operações ..... 251
4.5.3 Síntese e desdobramentos por decisão ..... 266
**CONCLUSÃO .....278**
**REFERÊNCIAS.....281**
**APÊNDICE A -** Síntese dos artigos extraídos da literatura acerca de heurísticas de profissionais de saúde**.....290**

# INTRODUÇÃO

O capítulo de introdução tem como objetivo situar o leitor sobre o tema que será abordado no trabalho, assim como explicitar o objetivo do estudo e a estrutura do documento. Assim sendo, inicia-se com uma breve contextualização acerca do tema e sua relação com a área da saúde. Em seguida, o objetivo é exposto, bem como a relevância da pesquisa. Por fim, expõe-se a estrutura do trabalho.

## Contexto

A capacidade de fazer escolhas é vista como elemento essencial da ação humana (DONAGAN, 1987 *apud* SPIEGEL, 2013). No âmbito da teoria organizacional, a tentativa é de entender a tomada de decisão de indivíduos, grupos e organizações (HODGKINSON & STARBUCK, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013).

O decisor é considerado, inicialmente, um agente racional que sempre se comporta de acordo com a regra esperada, ou seja, maximizando a utilidade ou valor do resultado de uma decisão (VON NEUMANN & MORGENSTEIN, 1947 *apud* SPIEGEL, 2013). Nesse contexto, diversos modelos teóricos são construídos para balizar a tomada de decisão, direcionados por uma estratégia de simplificação, mas se mostram pouco eficientes. Essa aparente negligência por parte dos decisores diante dos modelos foi um primeiro estímulo para se associar outros fatores que influenciassem na tomada de decisão. Nesse sentido, as organizações passam, então, a ser vistas como fenômenos psíquicos, no sentido de que são processos conscientes e inconscientes que as criam e as mantêm (MORGAN, 2010).

Dessa forma, passou-se a considerar nas decisões humanas as limitações cognitivas que levam o decisor à construção de modelos simplificados para lidar com o mundo. Uma das formulações mais notórias acerca dessas limitações é a do Simon (1957 *apud* SPIEGEL, 2013), que as denomina de racionalidade limitada. Essas limitações cognitivas são, dessa forma, influenciadas por vários fatores, dentre eles as heurísticas, que por sua vez, são recursos utilizados para reduzir as

trajetórias do processo decisório, ou seja, representam uma forma de atalho para descobrir soluções ou respostas (SPIEGEL, 2013).

As heurísticas, portanto, são estratégias cognitivas que podem fornecer boas soluções para problemas complexos sob restrições de tempo e capacidade cognitiva (KATTAN, 2009), isto é, restrições utilizadas inconscientemente para simplificar as informações utilizadas para a tomada de decisão, como um “gatilho” ou “atalho” diante de determinadas informações que seguem algum padrão para o decisor, exercendo, dessa forma, influência no julgamento das informações e na tomada de decisão.

Vindo de uma tradição da Engenharia de Produção, e ao considerar o ser humano como peça fundamental na tomada de decisão organizacional, a questão que a autora deste trabalho se coloca para ser respondida é como as decisões, quando influenciadas pelas heurísticas, podem impactar as operações.

A gestão de operações consiste em planejar, gerenciar e controlar atividades operacionais necessárias à obtenção de produtos e serviços ao mercado consumidor (BATALHA et al., 2008). A ideia de operações é estendida aos sistemas de saúde, sistemas de transporte, sistemas municipais, todos essenciais para o funcionamento da sociedade (DALHOUSE UNIVERSITY, 2013 *apud* SPIEGEL, 2013). As categorias de operações, segundo Hayes et al. (2008) podem ser subdividas da seguinte forma: fornecimento e integração vertical, informação e tecnologia de processos, medição e sistemas de recompensa, sistemas de recursos humanos, sistemas de qualidade, planejamento do trabalho e sistemas de controle, sistemas de desenvolvimento de produtos e serviços, capacidade, instalações, organização e alocação de recursos e sistemas de orçamento de capital.

Quando aplicada ao setor de saúde, a gestão de operações tem características peculiares. Ao não seguir uma lógica mercantil, depara-se com um paradoxo entre o nível de serviço que deve ofertar e os custos associados a esta oferta, uma vez que está condicionada às necessidades humanas (OSMO, 2012).

Segundo Hopp & Lovejoy (2013), há uma “ciência das operações” na gestão de hospitais, assim como há uma “ciência da medicina” que orienta o tratamento dos pacientes. Ressaltam, ainda, que existem princípios de gestão de fluxo, tomada de decisão, qualidade e comportamento humano que podem ser aplicados em hospitais de forma a melhorar significativamente a capacidade de resposta, eficiência, qualidade do serviço prestado, satisfação dos pacientes e viabilidade financeira às

organizações hospitalares (HOPP & LOVEJOY, 2013). A demanda de uma unidade de saúde, por exemplo, é altamente variável, seja ao longo do tempo, seja nos níveis de gravidade dos pacientes. Logo, a variabilidade da demanda precisa ser tratada através de um excedente de capacidade, que por sua vez custa caro e normalmente não é instalado de forma abundante nas unidades de saúde (HOPP & LOVEJOY, 2013).

Quanto aos recursos humanos de uma instituição hospitalar, no setor de emergência, por exemplo, há diversos agentes envolvidos no processo decisório, tais como diretores médicos, médicos cirurgiões de trauma, residentes, enfermeiras, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, secretárias/recepcionistas, assistentes sociais, especialistas de plantão, entre outros (HOPP & LOVEJOY, 2013). Marewsky & Gigerenzer (2012) mencionam que as decisões pertinentes ao médico, por exemplo, são tomadas em condições de incerteza, isto é, sem saber com precisão se um diagnóstico está correto ou se um tratamento vai realmente curar um paciente, e muitas vezes sob as restrições de tempo.

Diante desse contexto, o trabalho propõe-se a analisar os potenciais impactos das decisões dos profissionais em um determinado tipo de operação em saúde, quando influenciados por determinadas heurísticas. Assim, na próxima seção serão detalhados os objetivos geral e específicos.

## Objetivo da pesquisa

Este tópico trata de expor o objetivo do trabalho, ou seja, onde se pretende chegar com a pesquisa. Para tanto, são definidos nesta seção o objetivo central e os objetivos específicos que o viabilizam.

### Objetivo central

O objetivo central do trabalho é verificar como as heurísticas podem influenciar as decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência e

quais os potenciais impactos decorrentes dessa influência nas categorias de operações. Assim, faz-se necessário o desdobramento de objetivos específicos que viabilizem o atingimento desse objetivo central.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos necessários para o alcance do objetivo central vão desde extrair da literatura as heurísticas dos profissionais de saúde até a formulação do modelo analítico e seus desdobramentos. De forma detalhada, os objetivos específicos são:

- Extrair da literatura as heurísticas dos profissionais de saúde;
- Extrair da literatura as categorias de operações para construção da análise;
- Descrever um tipo de operação em saúde;
- Identificar as principais decisões tomadas por profissionais de saúde neste tipo de operação;
- Construir o modelo analítico dos impactos das decisões nas categorias de operações quando influenciadas pelas heurísticas;
- Desenvolver um ensaio discorrendo os potenciais desdobramentos decorrentes do modelo analítico.

## Relevância da pesquisa

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde[1] (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”, sendo, desse modo, um tema socialmente relevante.

Além disso, o conhecimento e as ferramentas disponíveis nem sempre são adequados para resolver os problemas de saúde existentes e há uma necessidade

[1] Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>

constante e sem fim de gerar novas informações e desenvolver maneiras melhores, e mais efetivas, de proteger e promover a saúde e de reduzir as doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Dessa forma, o presente trabalho é um esforço na direção de aumentar o grau de compreensão sobre o objeto de estudo, a partir, por exemplo, de uma melhor compreensão acerca do comportamento de atores centrais na prestação do serviço, e como estes podem estar influenciados pelas heurísticas.

O engenheiro de produção projeta e gere operações, mas o entendimento do impacto das limitações cognitiva dos decisores nas organizações ainda é um campo pouco explorado. Assim sendo, o presente trabalho visa evidenciar impactos nas operações da organização à luz da influência das heurísticas na tomada de decisão dos profissionais de saúde, levando-se, portanto, em consideração a característica "pessoa-dependente", característica relevante em organizações de saúde.

## Delimitações da pesquisa

Neste tópico são elencadas as delimitações relacionadas a pesquisa e a seu resultado.

A pesquisa baseia-se em revisão da literatura para extrair as heurísticas. A partir da literatura são selecionadas as heurísticas potencialmente incidentes nos profissionais de saúde, diante do contexto no qual se inserem e tomam decisões. Trata-se, dessa forma, de um modelo teórico e genérico, que indica quais heurísticas podem se manifestar. Nesse sentido, a presente pesquisa, por argumentar num plano genérico para o tipo de objeto e para o tipo de decisor, não avalia a probabilidade de ocorrência de cada uma delas em determinados decisores, sujeitos singulares, em uma operação concreta. Adicionalmente, não define um método para identificar para uma dada operação, quais heurísticas estão presentes nos decisores.

Além disso, nesse estudo, apenas as heurísticas foram analisadas como fatores que conformam a tomada de decisão de profissionais de saúde. Muitos outros fatores (p.ex., experiências prévias, formação, idade, cultura, crenças, etc.) podem influenciar a decisão desses profissionais, de forma que a abordagem não é

a única possível, tampouco pretende ser a melhor, sendo, portanto, apenas um possível caminho para melhor compreensão do objeto estudado.

O objeto de estudo trata-se um tipo particular de unidade de saúde, não podendo, portanto, ser generalizado de forma direta para qualquer unidade de saúde. Vale também destacar que há um viés da autora, derivado da sua formação em Engenheira de Produção, no modelo de análise, uma vez que são procurados os impactos especificamente na operação.

Cabe destacar que não houve aderência empírica do modelo através de aplicação e validação em campo, sendo, portanto, nesse primeiro momento, um conjunto de hipóteses, que podem ser testadas em trabalhos futuros.

**Estrutura do documento**

Nesta seção são explicitados os capítulos que compõem o trabalho e seus conteúdos para que se tenha uma visão geral do que será tratado no documento.

No capítulo da introdução, o tema é contextualizado, são explicitados os objetivos central e específico do trabalho. Em seguida são levantadas relevância, limitações e estrutura do documento.

O capítulo 1 expõe os procedimentos metodológicos. Para tal, são detalhados a abordagem metodológica da pesquisa e o método utilizado.

O capítulo 2 consiste no referencial teórico da pesquisa. Nele, são expostos os assuntos resultados de buscas sistemáticas e não sistemáticas. Dessa forma, são tratados os assuntos gestão de operações, gestão de operações no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), organizações hospitalares, heurísticas e, por fim, as heurísticas dos profissionais de saúde.

O capítulo 3 tem como objetivo caracterizar o objeto de estudo. Assim, traz detalhes acerca do objeto de estudo, onde são descritos o tipo de operação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tipo III a partir dos instrumentos normativos, os tipos de serviços prestados por uma unidade desse tipo e os processos de atendimento ao paciente.

O capítulo 4 consiste, primeiramente, em expor os recortes do referencial teórico que serão usados para construção do modelo, que são compostos pelas

heurísticas dos profissionais de saúde, pelas decisões dos profissionais de saúde escolhidas para análise e pelas categorias de operações. Em seguida, é apresentado o modelo analítico e, por fim, a síntese e desdobramentos que emergem do modelo.

A conclusão do trabalho consiste de uma síntese acerca dos resultados da pesquisa, ressalta as contribuições e limitações da mesma, além de propor trabalhos futuros. Em seguida são colocadas as referências bibliográficas e apêndices.

# 1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo traz a abordagem metodológica da pesquisa, assim como o método utilizado, tendo em vista a importância destes para a construção do saber científico.

## 1.1 Abordagem metodológica

Do ponto de vista de sua natureza, uma pesquisa pode ser classificada como básica, pura ou aplicada. A pesquisa básica é aquela que pretende desenvolver novos conhecimentos (SILVA & MENEZES, 2001). Já a pesquisa pura é aquela cuja ênfase não está em produzir algo pragmático ou mesmo útil, normalmente feita por sua própria causa (HART, 1998 *apud* SPIEGEL, 2011). A presente pesquisa é uma pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para solucionar problemas específicos e práticos (SILVA & MENEZES, 2001).

Com relação a forma de abordagem do problema, uma pesquisa pode ser quantitativa ou qualitativa. A abordagem quantitativa é aquela que busca quantificar as informações e trata-las estatisticamente de forma que possam ser classificadas, agrupadas e analisadas (SILVA & MENEZES, 2001). A abordagem da pesquisa em questão é qualitativa, pois são utilizados métodos para descobertas das propriedades, fenômenos, situações, pessoas, significados (VAN AKEN, BERENDS & BIJ, 2007 *apud* SPIEGEL, 2011).

No que diz respeito aos seus objetivos, a pesquisa pode ser caracterizada como exploratória, descritiva ou explicativa. Adota-se neste trabalho uma metodologia centralmente exploratória, que tem como objetivo principal tornar o problema explícito ou construir hipóteses (GIL, 2007 *apud* SPIEGEL, 2011), normalmente com levantamento bibliográfico, entrevistas a pessoas que possuam experiência prática e análise de casos (HART, 1998 *apud* SPIEGEL, 2011). Com relação a metodologia descritiva, seu objetivo principal é descrever as características principais de determinada população ou fenômeno, utilizando formas padronizadas de aquisição de dados (GIL, 2007 *apud* SPIEGEL, 2011). Já a

metodologia explicativa busca evidenciar as relações causais entre os fenômenos e fazer recomendações para mudanças (HART, 1998 *apud* SPIEGEL, 2011).

Com relação aos procedimentos técnicos adotados, Silva & Menezes (2001) classificam uma pesquisa quanto ao seu formato em pesquisa bibliográfica, documental, experimental, *expost-facto*, levantamento (*survey*), estudo de caso ou pesquisa-ação. A presenta pesquisa é uma pesquisa bibliográfica, pois utiliza material já publicado, incluindo livros, artigos e outros materiais publicados para suportar a formulação do modelo descritivo das heurísticas dos profissionais de saúde e a investigação dos impactos em potenciais das mesmas nas categorias de operações.

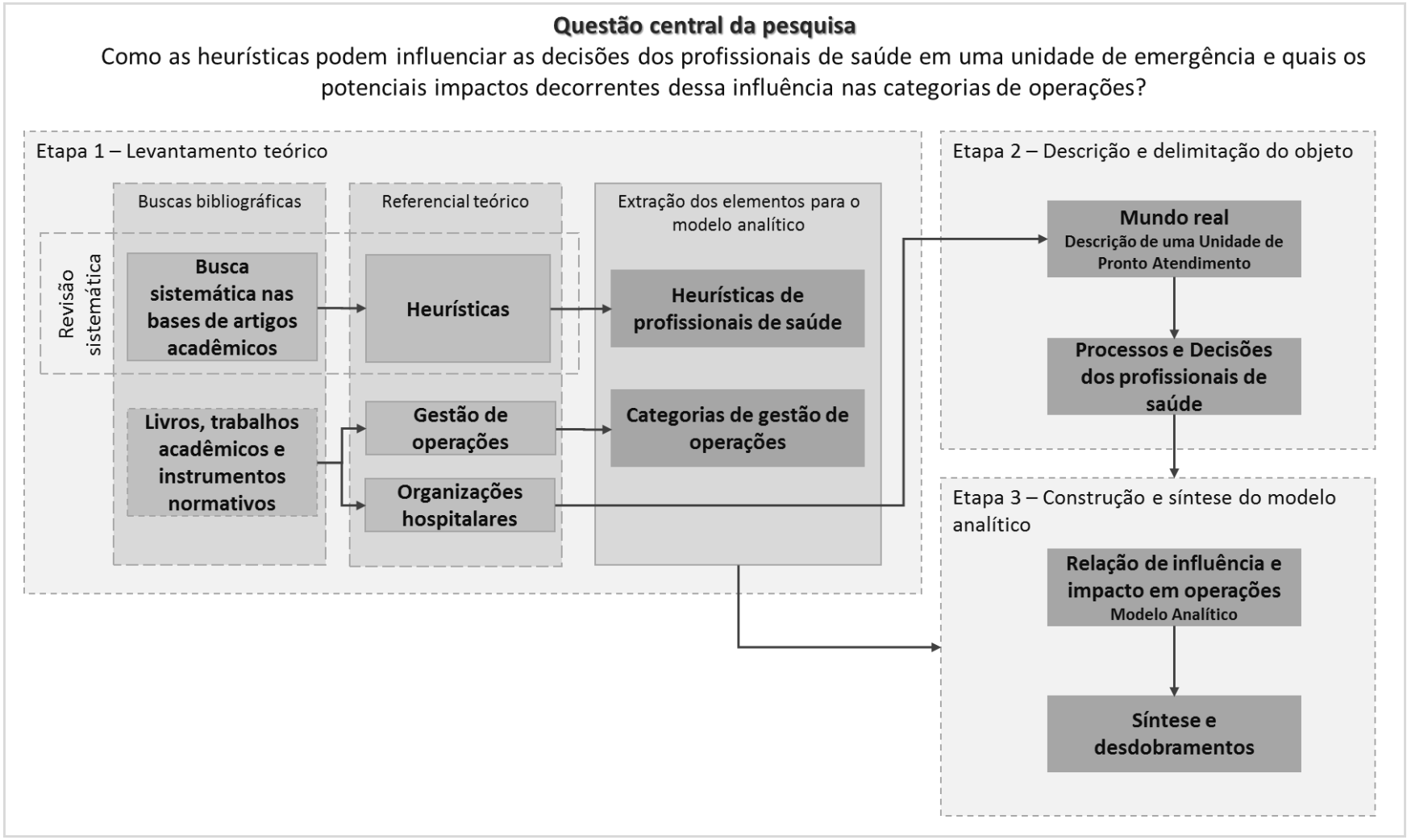
## 1.2 Método de pesquisa

Os métodos de pesquisa baseiam a criação do conhecimento, sendo, assim, os instrumentos que se prestam à compreensão da realidade (PINSONNEAULT & KRAEMER, 1993). São um conjunto de procedimentos, planejados e adotados para a realização da pesquisa.

Cabe ressaltar que o método utilizado não é o único possível. Conforme Dym et al. (2009), os problemas de engenharia são de fim aberto, isto é, problemas que admitem mais de uma solução. Para os autores, “eles tipicamente possuem várias soluções aceitáveis. A unicidade, tão importante em muitos problemas de matemática e análise, simplesmente não se aplica a soluções de projeto” (DYM et al., 2009).

Dessa forma, partiu-se de uma questão central de pesquisa para a etapa 1, de levantamento teórico, que engloba revisão sistemática da literatura e buscas de artigos, livros e trabalhos acadêmicos para consolidação do referencial teórico e extração dos elementos do modelo analítico. A etapa 2 consiste na descrição e delimitação do objeto. Na etapa 3, o modelo é construído, para que se possa extrair a síntese e os desdobramentos do mesmo. A Figura 1 ilustra o método utilizado. Os passos seguidos em cada etapa do método serão detalhados nas seções 1.2.2, 1.2.3 e 1.2.4.

Figura 1 – Método de pesquisa utilizado




Fonte: a autora, 2015.

### 1.2.1 Questão central da pesquisa

Definir a questão central foi a primeira etapa do método utilizado. Ela serve como norteadora para os demais passos. A questão central indica, portanto, onde se pretende chegar com a pesquisa, ou seja, o que se pretende responder com os resultados obtidos.

Dessa forma, foi delimitada a questão central do presente trabalho, que consiste na seguinte pergunta: como as heurísticas podem influenciar as decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência e quais os potenciais impactos decorrentes dessa influência nas categorias de operações?

### 1.2.2 Etapa 1: Levantamento teórico

A partir da questão central da pesquisa, foi realizado o levantamento teórico, que consiste nos seguintes blocos: buscas bibliográficas, referencial teórico e extração dos elementos do modelo analítico, detalhados nas seções 1.2.2.1, 1.2.2.2 e 1.2.2.3.

#### 1.2.2.1 Buscas bibliográficas

As buscas bibliográficas são subdivididas em duas partes: busca sistemática e busca não sistemática. A busca sistemática consiste na revisão sistemática da literatura acerca da questão central da pesquisa, sendo a mesma realizada em bases de artigos acadêmicos. O resultado da revisão sistemática serve de insumo para o referencial teórico sobre heurísticas e principalmente para a extração dos elementos sobre heurísticas de profissionais de saúde para construção do modelo. A busca não sistemática, por sua vez, consiste em buscas livres por livros, artigos e trabalhos acadêmicos, que embasarão as referências teóricas acerca de gestão de

operações, gestão de operações no contexto SUS, organizações hospitalares e heurísticas.

Dessa forma, serão expostos primeiramente a construção da revisão sistemática, os resultados das buscas sistemáticas e a síntese dos artigos selecionados. Em seguida, será descrita a busca não sistemática seguida de uma breve apresentação dos livros e trabalhos acadêmicos selecionados.

A revisão da literatura inclui localizar, analisar, sintetizar e interpretar uma investigação prévia sobre o assunto que se pretende abordar. Dessa forma, significa identificar contribuições relevantes dos estudos de outros pesquisadores para o corpo de conhecimento do tema. Para Cardoso, Alarcão & Celorico (2010), “cada investigador analisa minuciosamente os trabalhos dos investigadores que o precederam e, só então, compreendido o testemunho que lhe foi confiado, parte equipado para a sua própria aventura”. Quando feita de maneira sistemática, essa pesquisa tende a aumentar a chance de que grande parte da literatura seja encontrada, reduz a probabilidade de uma revisão parcial e aumenta a reprodutibilidade da pesquisa bibliográfica (VAN AKEN, BERENDS & BIJ, 2007 *apud* SPIEGEL, 2011).

A primeira parte das buscas consiste então nas buscas sistemáticas. Dessa forma, as palavras-chave relacionadas ao tema são selecionadas, para, em seguida, serem combinadas dois a dois e se iniciarem as buscas nas bases de artigos científicos. As bases de busca utilizadas nesta pesquisa foram *Science Direct*[2], *PubMed*[3] e *ISI Web of Science*[4].

O Quadro 1 apresenta as palavras-chave selecionadas para as buscas. O bloco 1 elenca os profissionais tomadores de decisões. O bloco 2 relaciona as circunstâncias ou contextos em que as decisões são tomadas, objeto de estudo da presente pesquisa. O bloco 3 traz as palavras-chave que remetem a decisão e heurística.

---

[2] Site: http://www.sciencedirect.com/science/search
Período de acesso: de julho/2014 a janeiro/2015

[3] Site: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced
Período de acesso: de julho/2014 a janeiro/2015

[4] Site: http://apps.webofknowledge.com/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=3EQa4622IO8zX9zNCXA&preferencesSaved=
Período de acesso: de julho/2014 a janeiro/2015
Acesso via base CAPES

Quadro 1 – Palavras-chave para busca sistemática

| **Bloco 1 – profissionais** | **Bloco 2 - contexto** | **Bloco 3 - decisão** |
|---|---|---|
| Health care professional<br>Doctor<br>Physician<br>Nurse | Emergency<br>Urgency<br>Hospital | <br>Decision<br>Heuristic |

Fonte: a autora, 2015.

A Tabela 1 apresenta o consolidado dos resultados das buscas nas bases. As combinações foram feitas entre blocos 1 e 3 e entre blocos 2 e 3.

Tabela 1 – Busca nas bases *Science Direct, PubMed* e *ISI Web of Science*

| # | **Combinações de palavras-chave buscadas** | | **Science Direct** | **PubMed** | **ISI Web of Science** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Health care professional | Decision | 928 | 169 | 36 |
| 2 | Health care professional | Heuristic | 8 | 0 | 0 |
| 3 | Doctor | Decision | 1005 | 772 | 178 |
| 4 | Doctor | Heuristic | 18 | 3 | 3 |
| 5 | Physician | Decision | >100.000 | 3.199 | 775 |
| 6 | Physician | Heuristic | 43 | 15 | 3 |
| 7 | Nurse | Decision | 1378 | 1.189 | 607 |
| 8 | Nurse | Heuristic | 48 | 8 | 19 |
| 9 | Emergency | Decision | 2.149 | 2.868 | 636 |
| 10 | Emergency | Heuristic | 86 | 13 | 16 |
| 11 | Urgency | Decision | 170 | 234 | 10 |
| 12 | Urgency | Heuristic | 7 | 0 | 2 |
| 13 | Hospital | Decision | 4.047 | 6.554 | 403 |
| 14 | Hospital | Heuristic | 84 | 30 | 9 |
| Selecionados | | | 7 | 1 | 1 |

Fonte: a autora, 2015.

Para cada base, foram usados os filtros de pesquisa explicitados abaixo:

- *Science Direct*

1) Palavras-chaves combinadas por operador booleano “E” (AND).
2) Busca por resumo, título e palavra-chave (abstract, title, keywords).
3) Buscas por revistas, livros, publicações e artigos (journals, books, subscribed publications, open access articles).
4) Áreas do conhecimento: Decision Sciences, Engineering, Medicine and Dentistry, Neuroscience, Nursing and Health Professions, Psychology, Social Sciences.
5) Publicações a partir do ano 2000.
6) Leitura dos 50 primeiros títulos, ordenados por relevância.

- *PubMed*

1) Palavras-chaves combinadas por operador booleano “E” (AND).
2) Busca por título e resumo (title/abstract).
3) Busca por Books and Documents, Clinical Trial, Comparative Study, Congresses, Guideline, Interview, Introductory Journal Article, Practice Guideline, Review, Systematic Reviews.
4) Publicações a partir do ano 2000.
5) Leitura dos 50 primeiros títulos, ordenados por relevância.

- *ISI Web of Science*

1) Palavras-chaves combinadas por operador booleano “E” (AND).
2) Busca por título.
3) Idiomas da busca: português, inglês e espanhol.
4) Busca em todos os tipos de documentos.
5) Publicações a partir do ano 2000.
6) Leitura dos 50 primeiros títulos, ordenados por relevância.

A partir das buscas sistemáticas, foram selecionados os principais documentos para leitura e síntese. Cabe mencionar que os resultados referentes a combinações com a palavra decisão se mostraram aderentes à realidade do estudo, mas muito amplos para o tempo da pesquisa. Dessa forma, o quadro síntese consiste nos resultados referentes as buscas por combinações com a palavra

heurística. Posteriormente, na seção 2.3.2, será consolidado o referencial teórico acerca das heurísticas de profissionais de saúde.

Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam a síntese construída pela autora acerca dos artigos selecionados nas bases *Science Direct, PubMed* e *ISI Web of Science*, respectivamente, contendo o título, autores, ano e abordagem do artigo em questão.

Quadro 2 – Síntese dos artigos da *Science Direct* acerca de heurísticas de profissionais de saúde

| Título / autores / ano | Abordagem |
|---|---|
| **Título:** Reforming medical education: A review and synthesis of five critiques of medical practice<br>**Autores:** Christopher S. Sales, Anthony L. Schlaff<br>**Ano:** 2010 | Revisão e síntese de cinco críticas da prática médica nos EUA: de qualidade, medicina baseada em evidências, medicina da população, a política de saúde e heurísticas. Os resultados sugerem que os médicos não são adequadamente treinados para atuar nos sistemas organizacionais e sociais complexos que caracterizam a prática moderna e que uma reforma educacional eficaz deveria abordar o processo de admissão médica, formação acadêmica e intelectual e da capacitação profissional e clínica. Abordagem genérica de heurística dentro das críticas aos médicos. |
| **Título:** The Influence of Anchoring on Pain Judgment<br>**Autores:** Paolo Riva, Patrice Rusconi, Lorenzo Montali, Paolo Cherubini<br>**Ano:** 2011 | Pesquisas sobre tomada de decisão sugerem que uma ampla gama de eventos aleatórios podem influenciar o julgamento médico. Dessa forma, selecionaram uma amostra (n=423) de médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e de enfermagem para participarem de um teste computadorizado que mostrava 16 vinhetas apresentando pacientes fictícios relatando dor de cabeça para avaliar o impacto da ancoragem no julgamento da dor. |
| **Título:** Medical decision making: Lessons from psychology<br>**Autores:** Rose McDermott<br>**Ano:** 2008 | Foi testada a heurística da disponibilidade para os pacientes diante de uma possibilidade de tratamento. As formas como as opções de tratamento são apresentadas pode afetar radicalmente a escolha do paciente. O entendimento de um paciente quanto a ganhos e perdas pode criar um viés para decisões conservadoras ou arriscadas. |
| **Título:** An overview on cognitive aspects implicated in medical decisions<br>**Autores:** Alessandra Gorini, | A primeira parte do artigo discute o papel das heurísticas e vieses na tomada de decisão médica. A segunda parte trata das decisões dos pacientes, tomada de decisão forma conjunta com as dos médicos. Discute-se a |

| | |
|---|---|
| Gabriella Pravettoni<br>**Ano:** 2011 | importância da prática da decisão conjunta e como as heurísticas influenciam nisto. |
| **Título:** Putting cognitive psychology to work: Improving decision-making in the medical encounter<br>**Autores:** Abraham P. Schwab<br>**Ano:** 2008 | Este artigo objetiva investigar a relação médico-paciente diante da abordagem de heurística e vieses e recomenda pesquisa empírica estratégica. |
| **Título:** A consideration for using worker's heuristics to improve safety rules based on relationships between creative mental sets and rule-violating actions<br>**Autores:** Yuichi Otsuka, Ryo Misawa, Hiroshi Noguchi, Hiroyuki Yamaguchi<br>**Ano:** 2010 | Questionários aplicados a 218 profissionais de enfermagem para verificar a relação entre os arranjos mentais criativos e as violações às regras. O resultado elucida<br>a necessidade de se levar em consideração as heurísticas dos trabalhadores no processo de melhoria das regras de segurança, bem como melhorar a sua aceitabilidade aos trabalhadores. |
| **Título:** Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units<br>**Autores:** Xinqian Li<br>**Ano:** 2014 | Analisa de que forma intuição e heurística colaboram para decisão rápida da enfermagem nas atividades de imobilização física do paciente em unidades de terapia intensiva. Entretanto, também aponta que estes fatores, com a experiência do profissional associada, não necessariamente são suficientes para garantir uma avaliação adequada, devendo-se levar em consideração evidências da pesquisa da prática clínica. |
| **Título:** The Representativeness Heuristic: Influence on Nurses' Decision Making<br>**Autores:** Laura A. Brannon e Kimi L. Carson<br>**Ano:** 2003 | Experimento realizado com enfermeiros e estudantes de enfermagem para avaliar a influência da heurística da representatividade, quando eram disponibilizadas características sociais e comportamentais além dos sintomas. Os resultados sugerem que o corpo médico implemente modelos de procedimentos de diagnóstico baseados em heurística. |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 3 – Síntese dos artigos da *PubMed* acerca de heurísticas de profissionais de saúde

| Título / autores / ano | Abordagem |
|---|---|
| **Título:** Assessing the Validity of Using Serious Game Technology to Analyze Physician Decision Making<br>**Autores:** Deepika Mohan, Derek C. Angus, Daniel Ricketts, Coreen Farris, Baruch Fischhoff,Matthew R. Rosengart, Donald M. Yealy, Amber E. Barnato<br>**Ano:** 2014 | Testa a heurística da representatividade com base em jogos sérios (cuja validade foi testada) em uma emergência no contexto de triagem de pacientes com trauma em um hospital que não é especializado em trauma. Conclusão: médicos tomaram decisões compatíveis com a prática real, então o teste proposto pode manipular a carga cognitiva, e que a carga aumentou o uso de heurísticas, como previsto pela teoria cognitiva. |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 4 – Síntese dos artigos da *ISI Web of Science* acerca de heurísticas de profissionais de saúde

| Título / autores / ano | Abordagem |
|---|---|
| **Título:** Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine<br>**Autores:** Odette Wegwarth, Wolfgang Gaissmaier & Gerd Gigerenzer<br>**Ano:** 2009 | Discute a aplicação de heurísticas na medicina e seus benefícios quando aplicadas em situações específicas. Conclui que uma utilização mais uniforme e explícita de heurísticas bem aceitas tem o potencial de reduzir variações nos diagnósticos e melhorar o quadro geral da assistência médica. |

Fonte: a autora, 2015.

Uma versão que contempla as palavras-chave que resultaram em cada artigo selecionado, bem como as traduções de seus resumos e as heurísticas mencionadas por cada artigo pode ser encontrada no APÊNDICE A -.

A segunda parte das buscas consiste em uma busca não sistemática. Consiste em pesquisa livre por trabalhos acadêmicos, artigos e livros, tendo como meios livres pesquisa à internet e recomendações de leituras. O Quadro 5 apresenta o

título, o(s) autor(es), o ano e o assunto de contribuição para a presente pesquisa dos trabalhos acadêmicos, livros e artigos selecionados de forma livre.

Quadro 5 – Identificação dos trabalhos acadêmicos, livros e artigos selecionados acerca gestão de operações, gestão de operações em saúde, contexto SUS, organizações hospitalares e heurísticas

| Título | Autores / ano | Assunto de contribuição para a pesquisa |
|---|---|---|
| Tese de Doutorado - COPPE/UFRJ<br>**Título:** Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações: análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações | **Autora:**<br>Thaís Spiegel<br>**Ano:**<br>2013 | Gestão de operações |
| Livro<br>**Título:** Administração da produção | **Autores:**<br>Nigel Slack<br>Stuart Chambers<br>Robert Johnston<br>**Ano:**<br>2009 | Gestão de operações |
| Livro<br>**Título:** Produção, estratégia e tecnologia - Em busca da vantagem competitiva | **Autores:**<br>Robert Hayes<br>Gary Pisano<br>David Upton<br>Steven Wheelwright<br>**Ano:**<br>2008 | Gestão de operações |
| Sessão dirigida - ENEGEP 2014 (não publicado)<br>**Título:** Projeto e gestão de operações em saúde | **Autores:**<br>Thaís Spiegel<br>Heitor Mansur Caulliraux<br>**Ano:**<br>2014 | Gestão de operações em saúde |
| **Título:** Constituição da República Federativa do Brasil | **Autores:**<br>Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático<br>**Ano:**<br>1988 | Contexto Sistema Único de Saúde |
| Livro<br>**Título:** Gestão em saúde | **Autores:**<br>Gonzalo Vecina Neto<br>Ana Maria Malik<br>**Ano:**<br>2011 | Organizações hospitalares e heurísticas |
| Dissertação de Mestrado - COPPE/UFRJ<br>**Título:** O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias | **Autora:**<br>Thaís Spiegel<br>**Ano:**<br>2011 | Heurísticas |
| Livro<br>**Título:** Rápido e Devagar - duas formas de pensar | **Autor:**<br>Daniel Kahneman<br>**Ano:**<br>2012 | Heurísticas |
| Artigo<br>**Título:** Heuristic decision making in medicine | **Autores:**<br>Julian N. Marewski<br>Gerd Gigerenzer<br>**Ano:** | Heurísticas |

| | | |
|---|---|---|
| | 2012 | |

Fonte: a autora, 2015.

#### 1.2.2.2 Referencial teórico

O referencial teórico está fragmentado em três eixos: gestão de operações, organizações hospitalares e heurísticas. O eixo teórico heurísticas será a base para a extração dos elementos referentes a heurísticas de profissionais de saúde, e o eixo teórico gestão de operações será a base para a extração dos elementos referentes a categorias de gestão de operações. Cabe ressaltar que o referencial acerca de organizações hospitalares servirá de base para a descrição de uma unidade de pronto atendimento, que por sua vez, consiste no bloco “mundo real” da etapa 2. O referencial teórico será detalhado no capítulo 1.

#### 1.2.2.3 Extração dos elementos para o modelo analítico

Tendo-se consolidado o referencial teórico sobre o assunto, faz-se necessária a extração dos elementos para viabilizar a etapa de análise do modelo. Dessa forma, foram estudadas as heurísticas dos profissionais de saúde para entender de que forma influenciam as decisões. Também foram utilizadas as categorias de operações para recortar os impactos das decisões na operação.

Os elementos referentes a heurísticas de profissionais de saúde e categorias de operação, extraídos do referencial teórico, serão a base para a construção e síntese do modelo analítico.

A revisão sistemática da literatura foi realizada em 3 bases de artigos em línguas portuguesa, inglesa, espanhola. Se as buscas fossem realizadas em mais bases, a lista de 8 heurísticas e 12 categorias de operações poderia ter mais elementos para análise.

### 1.2.3 Etapa 2: Descrição e delimitação do objeto

Esta etapa consiste em três partes principais. A primeira é caracterizar o objeto de estudo, entendido como uma situação concreta, do mundo real. Trata-se, portanto, de descrever uma unidade de pronto atendimento e os serviços prestados por uma unidade desse tipo. A segunda parte consiste em descrever os processos e decisões associados ao atendimento do paciente. A terceira parte tem como objetivo expor o perfil dos médicos e enfermeiros de uma unidade deste tipo. A descrição detalhada do objeto dá-se no capítulo 3.

### 1.2.4 Etapa 3: Construção e síntese do modelo analítico

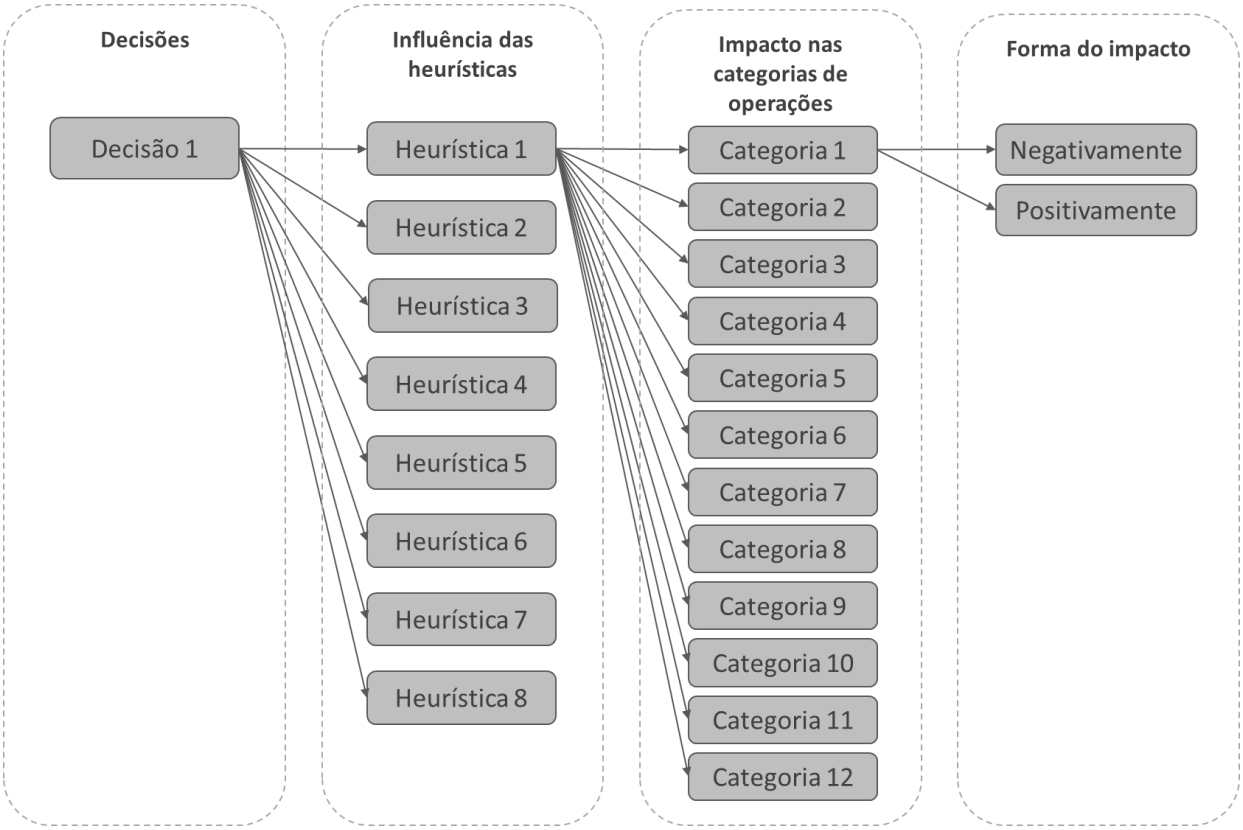
A etapa 3 do método engloba duas partes: construção do modelo analítico, seguida da síntese e desdobramentos. A construção do modelo dá-se a partir da análise dos impactos das decisões nas categorias de operações quando influenciadas pelas heurísticas. Tendo elaborado o modelo analítico, tem-se a base para a síntese e desdobramentos decorrentes do modelo. A seguir serão descritas as partes da etapa 3 do método.

O modelo é uma representação simplificada da realidade. Portanto, apresenta limitações, pois “não retém todos os aspectos da realidade em questão, mas somente aquilo que exprime o essencial dessa realidade do ponto de vista do investigador” (QUIVY & VAN CAMPENHOUDT, 1998 *apud* SPIEGEL, 2011).

Nesse sentido, foram interpretados e entendidos os argumentos dos outros pesquisadores, para então sintetizar e estruturar de forma conveniente um modelo para abordar o problema em questão. A lógica utilizada para estruturar o modelo é a seguinte: se a heurística (x) influenciar a decisão (y), qual categoria de operação (z)

será impactada e de que forma. A Figura 2 representa a forma como o modelo está estruturado para uma determinada decisão. Assim, o bloco de influências das heurísticas na decisão do profissional de saúde repete-se para todas as decisões selecionadas para análise. Da mesma forma, a análise dos impactos nas categorias de operações que cada decisão pode causar quando conformada por determinada heurística também será realizada para cada heurística, para todas as decisões. As formas do impacto nas categorias também serão analisadas para cada categoria impactada. A descrição da construção do modelo é detalhada no capítulo 4.

Figura 2 – Estrutura do modelo analítico




Fonte: a autora, 2015.

Tendo construído o modelo de análise, passa-se para a parte da síntese e desdobramentos do modelo analítico, detalhados na seção 4.5.

# 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção tem como objetivo explicitar o corpo de conhecimento extraído dos artigos, trabalhos e livros selecionados. Dessa forma, primeiramente será apresentada uma visão geral acerca de gestão de operações e sua aplicação no contexto do SUS. O tópico seguinte consiste em expor as características de uma organização hospitalar. Segue-se, então, para a exposição do referencial teórico acerca de heurísticas, para, por fim, explicitar o que foi extraído da literatura sobre heurísticas de profissionais de saúde.

## 2.1 Gestão de operações

A principal diferença entre a Engenharia de Produção e as demais engenharias é a presença das pessoas no interior do seu objeto de projeto. Enquanto as engenharias lidam com máquinas, equipamentos, sistemas, projetos de objetos concretos, a Engenharia de Produção considera os indivíduos, não apenas como usuários do que foi projetado, mas como variável de projeto. Essa habilitação, renegada por tempos, apontada como “não engenharia”, trata de um objeto complexo, pois além de lidar com o projeto, gestão e operação de sistemas que envolvem o resultado do trabalho das demais engenharias, contempla o homem, em sua relação com a obra dos outros engenheiros (SPIEGEL, 2013).

A gestão de operações, portanto, é um campo multidisciplinar que investiga a concepção, gestão e melhoria de processos voltados para o desenvolvimento, produção, distribuição e entrega de produtos e serviços (SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014). Envolve, dessa forma, toda uma variedade de decisões separadas que determinarão o seu propósito global, estrutura e práticas operacionais, onde os recursos de uma organização precisam ser gerenciados na forma como são direcionados, como são projetados, como a entrega é planejada e controlada e como eles são desenvolvidos e melhorados (SLACK, CHAMBERS & JOHNSTON, 2009).

Assim, a gestão de operações lida com as tomadas de decisões relacionadas aos processos produtivos para garantir que os bens ou serviços resultantes sejam produzidos de acordo com as especificações, nas quantidades e no cronograma exigido e com custo mínimo (SHIN & SIEGEL, 1999 *apud* SPIEGEL, 2013).

O comportamento humano dos decisores, solucionadores de problemas, implementadores, trabalhadores ou clientes pode impactar a gestão de operações de um sistema produtivo (SPIEGEL, 2013). Assim sendo, compreender e analisar os fatores que influenciam a tomada de decisão desses decisores pode ser relevante para compreender de que forma essas decisões impactam a gestão de operações.

Dessa forma, alguns exemplos das principais questões que precisam ser respondidas por um gestor de operações estão expostos na Quadro 6 de Heizer & Render (2010 *apud* SPIEGEL, 2013), para melhor entendimento das principais decisões pertinentes à gestão de operações.

Quadro 6 – Exemplos de decisões de um gestor de operações

| **Exemplos de áreas de decisão** | **Exemplos de questões** |
|---|---|
| Projeto de produtos e serviços | Que bem ou serviço devemos fazer?<br>Como devemos projetar esses produtos? |
| Gestão da qualidade | Como podemos definir a qualidade?<br>Quem é responsável pela qualidade? |
| Projeto de processos e capacidade | Que processo e que capacidade estes produtos irão exigir?<br>Que tipo de equipamento e de tecnologia é necessária para esses processos? |
| Estratégia de localização | Onde devemos localizar a instalação?<br>Em que critérios devemos basear a decisão de localização? |
| Estratégia de layout | Como devemos organizar a instalação?<br>Que dimensão a instalação deve ter para cumprir o nosso plano? |
| Recursos humanos e projeto do trabalho | Como podemos proporcionar um ambiente de trabalho razoável?<br>Quanto podemos esperar que nossos funcionários produzam? |
| Gestão da cadeia de suprimentos | Devemos fazer ou comprar este componente?<br>Quem devem ser os nossos fornecedores e como podemos integrá-los em nossa estratégia? |
| Estoque, planejamento das necessidades de material e JIT | Quanto estoque de cada item devemos ter?<br>Quando devemos recolocar a ordem? |
| Programação | Como vamos nos organizar durante os períodos de baixa na demanda?<br>Que trabalho é que vamos fazer a seguir? |
| Manutenção | Como construir confiabilidade em nossos processos?<br>Quem é responsável pela manutenção? |

Fonte: Heizer & Render, 2010 *apud* Spiegel, 2013.

Nesse contexto, diversos autores sugerem recortar as operações em categorias, ou seja, grupos de tomadas de decisão em operações para gerir o funcionamento de um sistema produtivo. Shin & Siegel (1999 *apud* SPIEGEL, 2013), consideram as principais categorias de operações como sendo as de integração vertical, tecnologia, força de trabalho, qualidade, planejamento da produção, capacidade, instalações e organização. Davis, Aquilano & Chase (2002 *apud* SPIEGEL, 2013) por sua vez, listam as principais categorias em gerenciamento da cadeia de suprimentos, análise e mensuração de processos, gestão da qualidade, planejamento agregado, sistema de estoques, programação e sequenciamento, gerenciamento de projetos, projeto de produtos e processos, previsão, localização, capacidade e layout das instalações, gestão de filas e análise financeira.

Diversos outros autores também sugerem categorias de operações, mas cabe ressaltar que, dentre as categorias de decisão em gestão de operações, a lista de categorias que se destaca pela completude é a de Hayes et al. (2008). As categorias citadas por Hayes et al. (2008) são apresentadas a seguir:

- Fornecimento e integração vertical: direção, extensão, balanço.
- Informação e tecnologia de processo: grau de automação, interconectividade, liderar versus seguir.
- Medição e sistemas de recompensa: medições, bônus, política de promoções.
- Sistemas de recursos humanos: seleção, habilidades, compensação, segurança do empregado.
- Sistemas de qualidade: prevenção de defeitos, monitoramento, intervenção e eliminação.
- Planejamento do trabalho e sistemas de controle: compras, plano agregado, planejamento, controle ou estoques e/ou reservas de tempo de espera.
- Planejamento do trabalho e sistemas de controle: compras, plano agregado, planejamento, controle ou estoques e/ou reservas de tempo de espera.
- Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos: líder ou seguidor, organização da equipe de projetos.

- Capacidade: quantidade, tipo e tempo.
- Instalações: tamanho, localização, especialização.
- Organização: centralizada versus descentralizada, quais decisões deve se delegar, papel dos grupos de apoio.
- Alocação de recursos e sistemas de orçamento de capital.

Antes, o foco da área de gestão de operações era centralizado em ambientes de produção. A ampliação do objeto, nos contextos cada vez mais variados e complexos, sugeria desafios adicionais a serem resolvidos pela teoria de operações (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014), como os desafios colocados para projetar e gerir o sistema de saúde nacional (SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014).

Nesse sentido, a próxima seção visa abordar a aplicação dos conceitos pertinentes à gestão de operações no contexto SUS.

### 2.1.1 Gestão de operações em saúde no contexto SUS

O sistema de saúde pública é caracterizado no Brasil pelo SUS, que é fundamentado pela Constituição de 1988[5] e pela Lei Orgânica da Saúde[6] (8.080/1990). Segundo o artigo 197, “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle”. Dessa forma, o SUS é fundamentado no contexto da saúde como sendo um direito de todos e dever do Estado, “garantindo medidas políticas e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da Constituição de 1988).

Nesse sentido, o SUS está estruturado pelos pilares da universalidade, equidade e integralidade (MARQUES, 2009). A universalidade é a garantia de

[5] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

[6] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Já a equidade trata-se da forma de assegurar ações e serviços de acordo com a complexidade requerida, ou seja, a garantia do cidadão ser atendido conforme sua necessidade. A integralidade, por sua vez, consiste nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde sem compartimentalizações. Cabe ressaltar que o SUS tem como essência a descentralização, a regionalização e hierarquização, a participação popular, a resolubilidade, a acessibilidade e a complementariedade do setor privado.

Embora tenha evoluído nos últimos anos, há consenso de que a assistência à saúde pública, não apenas no Brasil, mas no mundo inteiro, ainda possui relevantes barreiras a transpor (PAIM, 2011 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014). Para Vecina Neto & Malik (2011), ainda há várias questões não resolvidas no que diz respeito gestão em saúde, algumas, inclusive, a respeito das quais, tampouco há consenso sobre como abordá-las.

O aumento crescente dos custos nessa área, em níveis bem superiores à inflação, é o que, para Osmo (2011), tem levado a maior parte dos países a uma crise setorial. O aumento dos custos por si só não é negativo, uma vez que podem representar a incorporação de novas tecnologias de forma a melhor o diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde (ANAPH, 2013 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014) e permitir alcançar os níveis de serviço estabelecidos pelos contratos ou convênios de gestão. A questão é que esse aumento não tem se traduzido, geralmente, em melhoria correspondente no aumento do número de pacientes atendidos e no aumento da satisfação de usuários e profissionais de saúde (NASCIMENTO, 2008 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014).

Mendes (2012) aponta, ainda, que as transições demográfica (envelhecimento da população) e epidemiológica (crescente incremento relativo das condições de saúde crônicas em relação às condições de saúde agudas), principalmente nos países em desenvolvimento, colocarão novos desafios aos sistemas de saúde desses países, historicamente construídos de forma fragmentada, voltados para enfrentar a predominância de condições de saúde agudas. Para Mendes (2011), nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma estrutura hierárquica definida por níveis de “complexidades” crescentes e, muitas vezes, com relação de grau e importância crescentes. Essa visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais, uma vez que se fundamenta em um conceito equivocado de complexidade, ao estabelecer que a atenção primária à

saúde é menos complexa. Assim, caminhar em direção a uma rede de atenção à saúde, sem hierarquia entre os diferentes pontos e sem distinção de grau de importância pode ser uma forma de superar os resultados dramáticos do sistema fragmentado de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Um reflexo dessa fragmentação e distorção de percepção de complexidade é que, em se tratando de serviços de urgência e emergência, que funcionam 24h por dia, o sistema único de saúde acaba sendo reconhecido pelos usuários como o melhor meio de buscar atendimento imediato (BRASIL, 2004 *apud* MEDEIROS, 2013). Por se tratarem de unidades de atendimento com livre demanda, as UPAs, por exemplo, acabam acolhendo todos os tipos de pacientes, desde os que não conseguem consultas na atenção básica ou especializada, até os casos de urgência e emergência, de fato (MEDEIROS, 2013).

Sistemas de saúde como o sistema brasileiro, marcado também pela coexistência do SUS e de um sistema privado suplementar (SANTOS, UGÁ & PORTO, 2008 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014), devem ser projetados e geridos para lidar, dessa forma, tanto com uma grande variedade de roteiros assistenciais quanto com um grande volume de pacientes a serem atendidos. Assim sendo, qualquer política de saúde que se proponha exclusivamente a injetar mais dinheiro para aumentar os recursos nas unidades de saúde (novos hospitais, novos médicos, novos leitos ou novos equipamentos) tende a perpetuar um modelo de gestão que já se provou insuficiente (SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014). Torna-se necessário, então, um sistema de saúde que consiga viabilizar o aumento da produtividade (volume de pacientes atendidos nas unidades de saúde) e qualidade (satisfação dos pacientes) da assistência prestada (VIACAVA et al., 2004 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014).

Nesse sentido, o objetivo das operações em saúde é proporcionar aos consumidores os produtos e serviços corretos, no momento necessário, na localização apropriada e com os recursos adequados. A forma como as operações são projetadas e gerenciadas determina, em grande parte, a qualidade e os custos do sistema (PEDROSO & MALIK, 2011). Projetar operações engloba a especificação dos vários processos, políticas e estratégias que constituem esse sistema operacional (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013). Dessa forma, quando aplicado ao contexto de saúde, projetar operações significa definir a política de estoque de materiais hospitalares, determinar o tamanho da Unidade de Saúde e a

localização, especificar um processo de desenvolvimento de linhas de cuidado, decidir qual sistema de TI implantar conforme o aparato regulatório e criar planos de incentivo, entre outros (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013). Já a gestão refere-se às decisões e ações que ocorrem dentro dos limites definidos pelo projeto do sistema operacional, tratando-se, dessa forma, de atividades como a implementação de políticas, procedimentos e estratégias, tomada de decisões contingentes, coordenação de processos, identificação e solução de problemas, resposta a incerteza e aos problemas imprevistos e o incentivo as pessoas (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013). Melhorar o sistema refere-se as atividades de experimentação e aprendizagem que visam melhorar o desempenho operacional ao longo do tempo (GINO & PISANO, 2008: 6 *apud* SPIEGEL, 2013).

Pedroso & Malik (2011) destacam algumas questões relevantes no que diz respeito a gestão em saúde. Primeiramente, destacam a amplitude do escopo da saúde, que vai desde a perspectiva positiva (bem-estar) até a perspectiva patológica. Destacam o impacto na vida que este serviço pode oferecer, o que reforça sua relevância social. Colocam também que a gestão em saúde tem uma importância econômica, uma vez que as ineficiências na gestão de saúde significam consideráveis desperdícios de recursos financeiros, e uma relevância na geração de conhecimentos. Além disso, destaca que a saúde possui uma cadeia de valor fragmentada, que pode acarretar decisões locais que não permitem aumentar o valor gerado. Dessa forma, com relação a operações em saúde, os autores destacam algumas questões a resolver, dentre elas, como projetar e gerenciar o sistema de saúde e suas organizações de modo a maximizar os resultados e minimizar os custos, como alinhar o projeto e gestão de operações de saúde à complexidade de seus produtos e serviços, como alinhar o projeto e gestão de operações em saúde ao estágio de maturidade do conhecimento médico, entre outras.

A questão que se coloca para a Engenharia de Produção é, então, a do caminho a seguir. Na ausência de método completo, integrado e ajustado para operações de saúde, esta definição tende a ser, por exemplo, arbitrária, função da experiência dos gestores, de soluções de sucesso de outras organizações do setor de saúde, das indicações de consultores especialistas, da delegação para um agente externo aplicar a sua solução padrão, das soluções catalogadas em Modelos de Referência, Acreditações, etc. (SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014).

## 2.2 Organizações hospitalares e suas singularidades

No contexto exposto na seção anterior, insere-se o hospital, caracterizado como uma organização complexa, atuando em um sistema aberto e afetado por demandas cíclicas ou sazonais e pelas características epidemiológicas dos pacientes. Necessita operar com uma estrutura de custos fixos e indiretos e que convive em um ambiente dinâmico pela incessante descoberta de novos conhecimentos e tecnologias (JACQUES, 2007 *apud* SPIEGEL & CAULLIRAUX, 2014). Além disso, lida com ativos essenciais, que são a saúde e a vida dos pacientes. Cumpre funções assistenciais (fim), administrativas e de formação (meio) para a entrega de saúde de qualidade à população. E insere-se, pelo padrão brasileiro (ANS, 2014), em um sistema de saúde que se divide em público (SUS) e privado (suplementar), no qual o mesmo prestador pode cumprir funções para ambos subsistemas.

Para Vecina Neto & Malik (2011), as organizações prestadoras de assistência à saúde possuem características peculiares. As leis de mercado não se aplicam mecanicamente ao setor, em função das necessidades humanas e prioridades não mercantis, que se impõem independentemente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados. Além disso, destacam que a concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações, pois trata-se de um segmento cronicamente carente de recursos para a população e, em paralelo, carente de recursos financeiros. Reforçam a questão da variabilidade da demanda e argumentam que cada paciente se comporta de uma maneira, o que dificulta uma rígida padronização do processo de trabalho e uma racionalização da oferta de serviços. Destacam também a assimetria de informação, devido a dificuldades dos clientes em julgar seus tratamentos ou necessidades. Além disso, ressaltam a característica do consumo simultâneo à produção, marcante na prestação de serviços, onde não há tempo para controle prévio da qualidade, nem estoque para casar oferta e demanda. Levantam também a questão da grande variedade de profissionais de níveis de escolaridade e formação variados, com interesses

corporativos distintos e, por fim, citam a resistência dos médicos aos programas de gestão.

Para Mintzberg (1995 *apud* OSMO, 2011), o hospital pode ser caracterizado como uma burocracia profissional do ponto de vista de sua estrutura, onde o setor operacional tem muita importância, é tradicional e concentra o poder na organização. Seu mecanismo de controle se dá por padronização das habilidades realizadas através de órgãos fiscalizadores externos das diversas categorias profissionais. Isso lhes confere autonomia e independência da gerência local, pois suas habilidades profissionais são definidas fora da organização. Dessa forma, isso pode enfraquecer a vinculação com a organização e gerar dificuldades como a alta resistência às mudanças propostas pela estrutura.

As singularidades das organizações hospitalares dificultam, portanto, uma tomada de decisão otimizada por parte dos profissionais de saúde, tornando inoportunos ou inadequados métodos prolongados de análise diante de pressões de tempo e necessidade de soluções rápidas de problemas (MOTTA, 2011). Para Osmo (2011), uma das características fundamentais das organizações hospitalares é sua importância psicossocial, uma vez que não constitui um mero arranjo administrativo e tecnológico no qual as pessoas trabalham em conformidade com as exigências do plano de serviços, mas é, acima de tudo, um sistema humano social. Dessa forma, Pitta (1994 *apud* OSMO, 2011) identificam vários grupos que compõem essas organizações, como pacientes, equipe médica, equipe de enfermagem, nutricionistas e tantas outras equipes que participam da tarefa de combater doenças e alongar a duração da vida e, até mesmo, acompanhar a morte. Dessa forma, considera que “embora seja marcante e necessário o avanço tecnológico e científico neste tipo de organização, é o trabalho das pessoas que determina a qualidade e eficácia do tratamento” (OSMO, 2011).

É nesse contexto que se insere a questão de pesquisa proposta pela autora. Diante dessa organização “pessoa-dependente”, compreender de que forma fatores subjetivos podem influenciar as decisões desses profissionais é relevante para compreensão do impacto dessas decisões nas operações. Nesse sentido, a pesquisa propõe-se, portanto, a avaliar essas influências à luz das heurísticas dos profissionais de saúde.

## 2.3 Heurísticas

Os modelos racionais clássicos simplificam a realidade para abstrair-se do conflito de interesses e valores, para minimizar emoções e concretizar a decisão proclamada como a mais certa (SIMON, 1978 *apud* MOTTA, 2011). Dessa forma, há uma presunção de que todos os analistas são capazes de ser coerentes e bem fundamentados em suas escolhas. Fatores intangíveis e não quantificáveis são evitados para não “complicarem” a análise ou para não deixá-la fora de controle.

No entanto, apesar do crescente rigor dos métodos racionais, eles são apenas pretensamente científicos, visto que se baseiam em escolhas arbitrárias sobre a natureza dos dados que levam em conta. As escolhas vão além de cálculos racionais e são, portanto, produto tanto de análises lógicas quanto de impulsos ilógicos, fruto de contingências momentâneas que exigem resposta para enfrentar situações críticas. Além disso, as escolhas se passam em contextos específicos que condicionam não só o tipo de variável a se considerar, como o tipo de informação e conhecimento que estarão disponíveis (MOTTA, 2011).

O decisor é, portanto, um indivíduo ou grupo que irá lidar com um problema apresentado (MARAKAS, 1998 *apud* SPIEGEL, 2011), podendo ser avaliado pelo seu conhecimento individual acerca da habilidade de lidar com o problema, a habilidade de resolver cada um, seus desejos e interesses, assim como padrões éticos e morais que o regem (YANG, 2003 *apud* SPIEGEL, 2011). Nesse sentido, para tomar uma decisão, o decisor usa suas próprias interpretações ou heurísticas. Portanto, a qualidade de uma decisão não depende apenas das informações disponíveis, mas inclui a forma como o decisor compreende aquelas informações (CURSEU & VERMEULEN, 2008 *apud* SPIEGEL, 2011).

Vale mencionar que o campo de estudo de julgamentos e tomada de decisão começou a mudar por volta da década de 80, passando a olhar, então, não apenas para os processos racionais, mas também para os processos intuitivos (PFISTER & BÖHM, 2008 *apud* SPIEGEL 2011). Assim, variáveis como emoção, humor e temperamento começaram a ser vistas como variáveis que transmitem informações e que influenciam a maneira de pensar, a racionalidade, as preferências, influenciando, portanto, a tomada de decisão.

Não há, nesse sentido, tomadores de decisão humanos iguais, já que trata-se de um conjunto extenso de dimensões, repleto de particularidades. Diversos pesquisadores, de diversas disciplinas, começam a perceber e estudar, então, as limitações da capacidade humana de processar informações. Miller (1956 *apud* Spiegel, 2011) indica que há limitações à capacidade das pessoas de processarem esses sinais sensoriais, ressaltando que os humanos são capazes de recodificar a informação e lidar com símbolos mais abstratos. Simon (1957 *apud* Spiegel, 2011) propõe que essas limitações cognitivas levam os decisores à construção de modelos simplificados para lidar com o mundo.

Resultados experimentais dos estudos de Tversky & Kahneman (1974 *apud* Spiegel, 2011) indicam que as pessoas violam sistematicamente os princípios de tomadas de decisão racional quando se trata de julgar probabilidades ou fazer previsões. Normalmente, essas violações estão relacionadas ao uso de heurística no julgamento ou às estratégias de simplificação (SPIEGEL, 2011).

Por conta dos limites do nosso conhecimento, a heurística é vista, portanto, como uma forma incompleta, mas útil de resolver problemas. Embora vista como um desvio recorrente e sistemático da decisão ótima, a heurística é um método ou processo criado com o objetivo de encontrar soluções para um problema, podendo viabilizar escolhas assertivas e rápidas, dadas as limitações de informações, restrições de tempo e capacidade cognitiva (SPIEGEL, 2011). Para Keren & Teigen (2007 *apud* SPIEGEL, 2011), trata-se de um método prescritivo no qual o decisor se guia de modo empírico para descobrir soluções ou respostas, podendo tornar-se uma forma de atalho para a meta buscada. Ideias atuais parecem sugerir que os mecanismos que dão base às heurísticas são essencialmente automáticos e os indivíduos não estão supostamente cientes de sua operação (KAHNEMAN & FREDERICK, 2002 *apud* SPIEGEL, 2011).

Trata-se, então, de um procedimento simplificador, mas não simplista que, diante de questões difíceis, envolve a substituição destas por outras de resolução mais fácil a fim de encontrar respostas viáveis, mesmo que imperfeitas. Esse procedimento pode ser tanto uma técnica deliberada de resolução de problemas, como uma operação de comportamento automática, intuitiva ou inconsciente. Na primeira forma, é uma alternativa rápida e semi-intuitiva ao raciocínio lento e elaborado, que às vezes funciona razoavelmente bem se utilizada dentro de suas limitações. Pode, por outro lado, induzir a vieses e erros graves e recorrentes

quando realizada em sua segunda forma, ou utilizada além de seu escopo (KAHNEMAN, 2012).

De acordo com o Programa de Pesquisa de Heurística, essas decisões podem ser tomadas com sucesso, porque as pessoas podem contar com um grande repertório de heurísticas em uma “caixa de ferramentas de adaptação”. Ao contar com uma heurística que está bem adaptada a um ambiente particular, uma pessoa pode tomar decisões muitas vezes com base em pouca informação em pouco tempo (MAREWSKY & GIGERENZER, 2012).

### 2.3.1 As três heurísticas canônicas

As três formas principais de heurística de julgamento de probabilidade são a heurística de representatividade, a de disponibilidade e a de ancoragem e ajustamento.

A heurística de representatividade se dá quando há julgamento da probabilidade de um determinado evento com base na similaridade desse com outros de conhecimento prévio do decisor. A representatividade é concebida como um mecanismo de um julgamento rápido e sem esforço (GIGERENZER, 1996 *apud* SPIEGEL, 2011). Aqui, há tendência das pessoas em assumir que objetos são um só quando possuem aparências semelhantes (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013).

A heurística de disponibilidade se dá quando a forma de julgamento é influenciada pela facilidade com que cada exemplo passado é lembrado. Aqui, a comparação não é em termos de similaridade, mas de acordo com a facilidade com a qual eles podem ser imaginados ou recuperados na memória, prevendo-se, portanto, que eventos mais frescos possuem maior probabilidade de acontecerem (TVERSKY & KAHNEMAN, 1974 *apud* SPIEGEL, 2011). Há, portanto, uma tendência das pessoas de julgar um caso como provável ou frequente, dependendo da facilidade de recordá-lo e imaginá-lo (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013).

Já a heurística de ancoragem e ajustamento é aquela em que há uma tendência de julgamento enviesado para um valor inicial vindo de uma forma

externa. As estimativas são vistas como “ajustes” dos valores sugeridos, que por sua vez servem como “âncoras”, para as quais as estimativas são puxadas (TVERSKY & KAHNEMAN, 1974 *apud* SPIEGEL, 2011). É a tendência das pessoas de confiar demais, ou se ancorar, em um traço ou pedaço de informação quando toma decisões (GINO & PISANO, 2008 *apud* SPIEGEL, 2013).

O campo de conhecimento vem se expandindo e algumas outras formas de heurística vem sendo estudadas, com o objetivo de promover a racionalidade limitada como a chave de como as pessoas tomam decisões (GIGERENZER & SELTEN, 2001 *apud* SPIEGEL, 2011). Um exemplo são as heurísticas rápidas e frugais, que requerem pouco tempo e informação para solucionar um problema.

### 2.3.2 Heurísticas de profissionais de saúde

Conforme exposto na seção 2.3, as teorias cognitivas sobre a tomada de decisão mostram que as pessoas muitas vezes não decidem de forma completa e lógica, mas sim usando estratégias cognitivas que lhes permitam superar as barreiras impostas pela sua limitada racionalidade e as dificuldades derivadas da incerteza.

Alguns autores (Quadro 7) argumentam que este é um interessante campo de pesquisa quando aplicado a decisões médicas, uma vez que estas devem ser rápidas e muitas vezes tem seu grau de complexidade acrescido devido a mudanças rápidas nas condições clínicas do paciente, prognóstico incerto e consequências inesperadas ou incontroláveis no tratamento (GORINI & PRAVETONNI, 2011). Uma das vantagens da heurística é, então, que ela leva menos tempo para ser implantada comparada com processos convencionais, sendo particularmente apropriada para situações de pressão de tempo (SVENSON & MAULE, 1993 *apud* SPIEGEL, 2011).

No sentido, então, de questionar e desafiar a teoria de que a otimização sempre leva a decisões mais sensatas e que as heurísticas são sempre a segunda melhor opção, Gaissmaier, Wegwarth & Gigerenzer (2009) desenvolveram duas ferramentas de apoio a decisão, uma baseada em otimização e uma baseada em heurísticas e aplicaram a duas situações específicas e concluíram que as heurísticas

não são nem boas nem más em si, mas, se aplicadas em situações para as quais foram adaptadas, podem ser boas ferramentas para médicos e residentes[7]. Isto, no entanto, requer que heurísticas sejam discutidas abertamente na medicina, criticadas, refinadas e, em seguida, ensinadas aos residentes em vez de ser simplesmente descartadas como prejudiciais ou irrelevantes, de forma que uma utilização mais uniforme e explícita de heurísticas bem aceitas tenha o potencial de reduzir variações nos diagnósticos e melhorar o quadro geral da assistência médica (GAISSMAIER, WEGWARTH & GIGERENZER, 2009).

Li (2014), a partir de uma revisão da literatura, identificou que intuição e heurísticas são as principais estratégias de tomada de decisões relacionadas, por exemplo, ao uso de imobilização física de pacientes nas unidades de tratamento intensivo, pois a natureza rápida e reflexiva da intuição e heurística permite que os enfermeiros tenham uma resposta rápida a casos urgentes e emergentes. No entanto, para ele, é problemático quando enfermeiros simplesmente baseiam suas decisões sobre a experiência ao invés de utilizar também resultados de estudos sobre a prática clínica. Além disso, uma resposta tão rápida pode levar enfermeiros a tomar decisões sem uma avaliação adequada, podendo gerar vieses e erros. Assim, ele destaca as duas possibilidades de impactos das heurísticas nesta decisão, a de resultados mais rápidos e, portanto, positivos para o paciente e a de erros, por não incorporar evidências de pesquisa à sua experiência para tomar decisões e fazer uma avaliação adequada.

Otsuka et al. (2010), em um estudo que relaciona arranjos criativos e violação às regras de enfermeiros, concluiu que é necessário levar em consideração as heurísticas desses profissionais, em se tratando de melhorias das regras de segurança no trabalho, bem como da aceitação dessas regras. Riva et al (2011) testou o impacto da heurística da ancoragem no julgamento da dor do paciente, usando uma amostra de 423 médicos, enfermeiros, estudantes de medicina e de enfermagem e concluiu que, por um lado, excesso de confiança indevida nas impressões iniciais pode levar a consequências ruins, mas que levar essa heurística em conta pode permitir a obtenção de uma melhor avaliação da dor e, consequentemente, do tratamento.

[7] O artigo se refere a *“doctors-in-training”,* sendo o uso do termo “residentes” uma adaptação da autora para a realidade brasileira.

Nesse sentido, diversos autores testaram, analisaram e compilaram heurísticas associadas a decisões na área de saúde em seus trabalhos. O Quadro 7 expõe um compilado dessas heurísticas mencionadas nos artigos selecionadas a partir das buscas sistemáticas, bem como os autores que as mencionaram.

Quadro 7 – Síntese das heurísticas de profissionais de saúde e suas definições extraídas da revisão sistemática

| **Heurísticas mencionadas** | **Autor / Ano** |
|---|---|
| Heurística da ancoragem e disponibilidade<br>Erros de atribuição e "afetividade" | Christopher S. Sales, Anthony L. Schlaff<br>2010 |
| Heurística da ancoragem | Paolo Riva, Patrice Rusconi, Lorenzo Montali, Paolo Cherubini<br>2011 |
| Heurística da disponibilidade | Rose McDermott<br>2008 |
| Heurística da disponibilidade<br>Heurística da ancoragem<br>Efeito da forma<br>Efeito fundamental de atribuição<br>Falácia do jogador<br>Erro de probabilidade posterior<br>Heurística de representatividade<br>Princípio de desempacotamento<br>Recusa de um diagnóstico raro | Alessandra Gorini, Gabriella Pravettoni<br>2011 |
| Heurística da representatividade<br>Heurística da disponibilidade<br>Heurística da ancoragem e ajustamento | Xinqian Li<br>2014 |
| Heurística da representatividade | Laura A. Brannon, Kimi L. Carson<br>2003 |
| Heurística da representatividade | Deepika Mohan, Derek C. Angus, Daniel Ricketts, Coreen Farris, Baruch Fischhoff, Matthew R. Rosengart, Donald M. Yealy, Amber E. Barnato<br>2014 |

Fonte: a autora, 2015.

Schwab (2008) ressalta que a pesquisa empírica em psicologia social tem prestado um apoio sólido ao conhecimento da precisa influência das heurísticas e vieses no julgamento humano. Contudo, não tem sido sistematicamente investigada em relação às suas potenciais aplicações em situações específicas de tomada de decisão na área da saúde (SCHWAB, 2008). Dessa forma, a presente pesquisa consiste em um passo nessa direção, de, a partir de pesquisas empíricas de diversos autores para confirmar determinadas influências nas decisões de profissionais de saúde, aplicar a uma situação real e compreender os potenciais impactos dessa influência no objeto estudado.

# 3 OBJETO DE ANÁLISE DA PESQUISA: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TIPO III

O objeto da pesquisa consiste em uma Unidade de Pronto Atendimento tipo III. Dessa forma, este capítulo tem como objetivo caracterizar o objeto. A seção 3.1 consiste em descrever o tipo de operação desta unidade. A seção 3.2 expõe os processos de atendimento em uma unidade desse tipo e as decisões associadas a esses processos.

## 3.1 Descrição do tipo de operação de uma UPA Tipo III

Esta seção consiste em descrever o tipo de operação de saúde que se pretende usar como objeto de estudo. Dessa forma, serão apresentadas definições do objeto e serviços prestados, a partir de instrumentos normativos.

### 3.1.1 Definições das Portarias do Ministério da Saúde

De acordo com a Portaria nº 2648 do Ministério da Saúde, que redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, a UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar.

Assim sendo, deve compor uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar, será implantada em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco, observadas as seguintes diretrizes:

I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; e

II - possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte.

A implantação da UPA 24h precisa atender às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos pelas Portarias e pela Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação às orientações técnicas mínimas no tocante:

I - à definição dos fluxos e da estrutura física mínima para UPA 24h, por porte;

II - ao mobiliário, os materiais e os equipamentos mínimos obrigatórios, por porte; e

III - à caracterização visual das unidades

### 3.1.2 Tipos de serviços prestados

As Unidades de Pronto Atendimento têm como objetivo a resolução de grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação.

A estimativa do Programas de Aceleração de Crescimento[8] do Governo Federal é que nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

A UPA 24h precisa ter as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I- acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II- articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra

[8] Disponível em: http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento

referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

III- prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

IV- fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V- funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI- realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII- realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

VIII- prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

IX- manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X- encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;

XI- prover atendimento e/ou referenciamento (redirecionamento) adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII- contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

XIII- solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

As UPA 24h serão classificadas em Portes I, II e III, conforme abaixo:

Tabela 2 – Classificação de UPA 24h em Porte I, II e III

| Definição dos portes aplicáveis às upa 24h | População da área de abrangência da upa | Área física mínima | Número de atendimentos médicos em 24 horas | Número mínimo de médicos das 7hs às 19hs | Número mínimo de médicos 19hs às 7hs | Número mínimo de leitos de observação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PORTE I | 50.000 a 100.000 habitantes | 700 m² | Média de 150 pacientes | 2 médicos | 2 médicos | 7 leitos |
| PORTE II | 100.001 a 200.000 habitantes | 1.000 m² | Média de 250 pacientes | 4 médicos | 2 médicos | 11 leitos |
| PORTE III | 200.001 a 300.000 habitantes | 1.300 m² | Média de 350 pacientes | 6 médicos | 3 médicos | 15 leitos |

Fonte: Anexo da Portaria nº 342, de 4 de março de 2013.

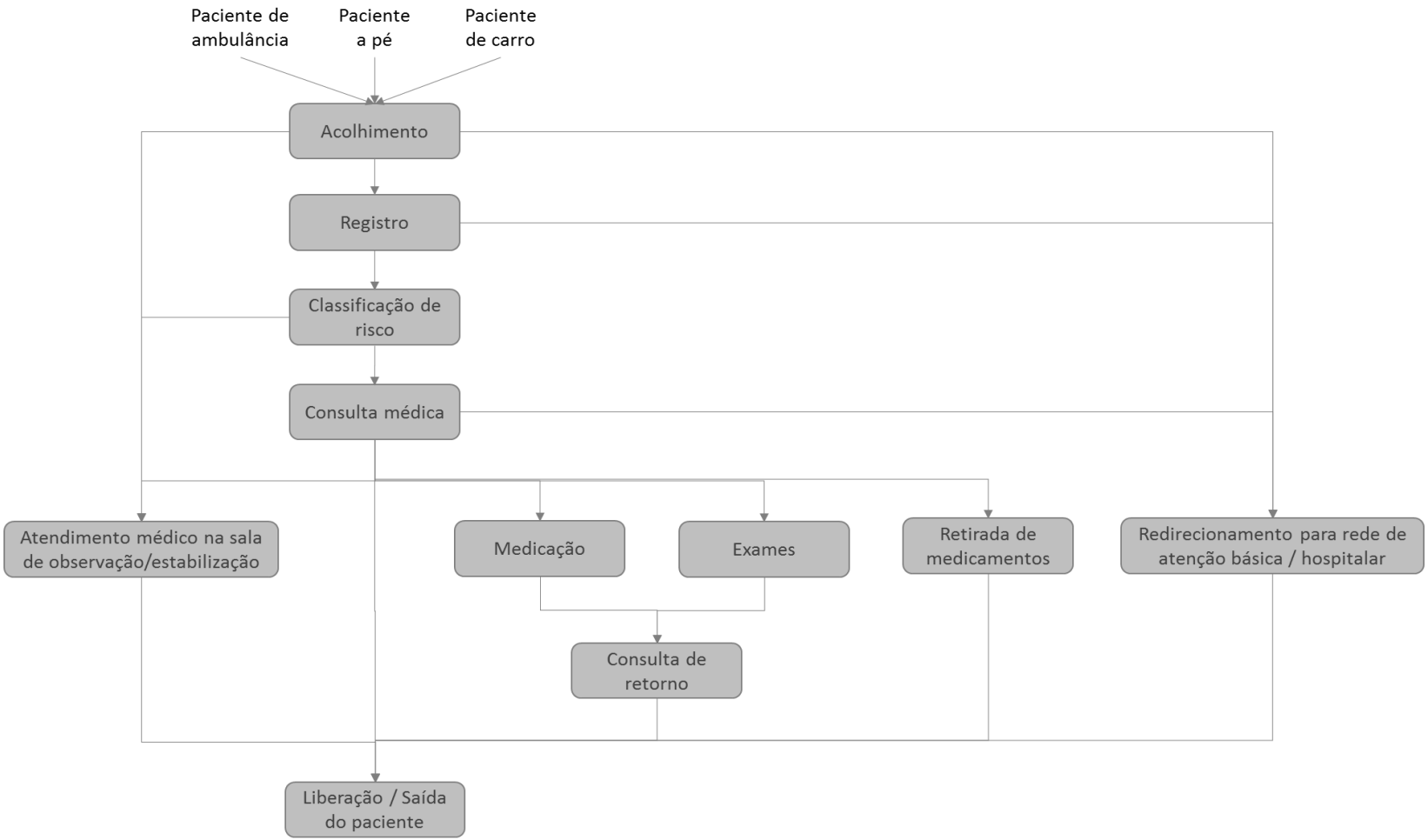
## 3.2 Processos de atendimento e decisões dos profissionais

Os processos de atendimento pelos quais o paciente percorre em uma UPA tipo III podem ser representados, de forma agregada, pela Figura 3.

A primeira etapa do atendimento, o acolhimento, consiste em uma recepção técnica com escuta qualificada por profissionais da equipe de enfermagem, para atender a demanda espontânea, com o objetivo de identificar risco/vulnerabilidade no adoecer e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário. Assim, o paciente pode ser direcionado diretamente para as salas de estabilização/observação, pode ser direcionado para a recepção para realizar o registro ou pode ser redirecionado para a rede de atenção básica.

A etapa de registro consiste em coletar informações do paciente para que fins de prestação de contas acerca de sua permanência e procedimentos na unidade. Dessa forma, são registrados dados pessoais e de residência.

Figura 3 – Processo de atendimento do paciente em uma UPA tipo III




Fonte: a autora, 2015.

A classificação de risco tem como objetivo organizar o fluxo dos pacientes, de forma que os quadros mais graves sejam priorizados, assumindo-se, portanto, que o sistema possui capacidade inferior a demanda. O enfermeiro que atua na classificação de risco, além de classificar o paciente de acordo com sua gravidade, evitando assim possíveis danos à sua saúde, tem o papel de direcionar o paciente ao serviço de referência quando isso se faz necessário, visto que a escolha do usuário pelos serviços de saúde nem sempre condiz com uma situação de emergência e pode ser influenciada por diversos fatores, como condições de acesso, agilidade no atendimento e vínculo dos usuários com os profissionais, serviços e sistemas de saúde (MARQUES & LIMA, 2007). O processo de classificação de risco é feito por meio de protocolos instituídos em cada unidade de atendimento, que permitem a intervenção nos agravos no momento da avaliação, definindo assim a ordem/prioridade de atendimento (BRASIL, 2004).

De acordo com o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do SUS[9], os critérios para atribuição de cor associada a prioridade são expostos no Quadro 8.

Quadro 8 – Critérios para atribuição de cor associada a prioridade de atendimento do paciente

| Prioridade | Quadro do paciente |
|---|---|
| **Prioridade vermelha**<br>Casos extremamente graves que necessitam de atendimento médico imediato. Prioridade sobre pacientes amarelos, verdes e azuis. O paciente não será submetido à classificação de risco e casos cardiorrespiratórios serão levados para a Sala de Ressuscitação (estabilização). | 1- Emergência<br>2- Atendimento médico imediato ou inferior a 15 minutos<br>3- Reavaliação a cada 15 minutos<br>4- Cuidado De Enfermagem Contínuo |
| **Prioridade amarela**<br>Casos que apresentam sinais de alerta e que necessitam de atendimento prioritário, porém sem risco imediato. Prioridade sobre pacientes verdes e azuis. Paciente aguardará atendimento em cadeira, maca ou leito de acordo com a necessidade. | 1- Urgência<br>2- Avaliação médica < 30 minutos<br>3- Reavaliação a cada 30 minutos |

[9] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf

| | |
|---|---|
| **Prioridade verde**<br>Casos que necessitam de atendimento médico, porém sem gravidade. Prioridade sobre pacientes azuis. Paciente aguardará atendimento médico em cadeira (sala de espera), será informado de que o tempo para atendimento será maior e que pacientes mais graves serão atendidos antes. | 1- Menor urgência<br>2- Avaliação médica < 1 hora<br>3- Reavaliação a cada 1 hora |
| **Prioridade azul**<br>Casos que não apresentam queixas que justifiquem o atendimento médico imediato, seu caso será resolvido pelo enfermeiro (referência a outra unidade), ou terá um tempo de espera superior a todas as outras cores. | 1- Não urgente<br>2- Avaliação médica no mesmo dia ou referenciado para outros serviços |

Fonte: a autora, 2015 adaptado do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do SUS.

Na consulta médica, o paciente é avaliado pelo médico, que decide o encaminhamento do paciente para que seu estado de saúde seja reestabelecido.

O paciente direcionado para a sala de observação/estabilização recebe cuidados da equipe médica, de enfermagem, fisioterapia e nutrição para que seu quadro seja estabilizado e seu estado de saúde reestabelecido.

O paciente que necessita de medicação imediata é, então, encaminhado para a sala de medicação, onde recebe os cuidados da equipe de enfermagem e tem sua prescrição administrada.

Caso necessite de exames, o paciente é direcionado para a área de exames, que podem ser laboratoriais (sangue, urina, fezes) ou clínicos (raio-x, tomografia, eletrocardiograma), para que seja, posteriormente, reavaliado pelo médico em consulta de retorno, para conclusão do diagnóstico.

Quando o paciente necessita de medicação de médio/longo prazo, o médico prescreve o medicamento e direciona o paciente para a farmácia da unidade para que possa realizar a retirada do medicamento necessário.

Os pacientes que não serão atendidos na unidade por terem prioridade azul ou os que necessitem de acompanhamento de especialista, serão redirecionados para a rede de atenção básica ou hospitalar para terem seus devidos tratamentos. Tendo concluído o atendimento, o paciente é então liberado.

Em cada etapa do processo de atendimento, o paciente está em contato direto com os profissionais de saúde da unidade, que precisam, por sua vez, tomar decisões acerca dos encaminhamentos do paciente. Dessa forma, a Figura 4 ilustra as decisões tomadas pelos profissionais de saúde durante o processo de

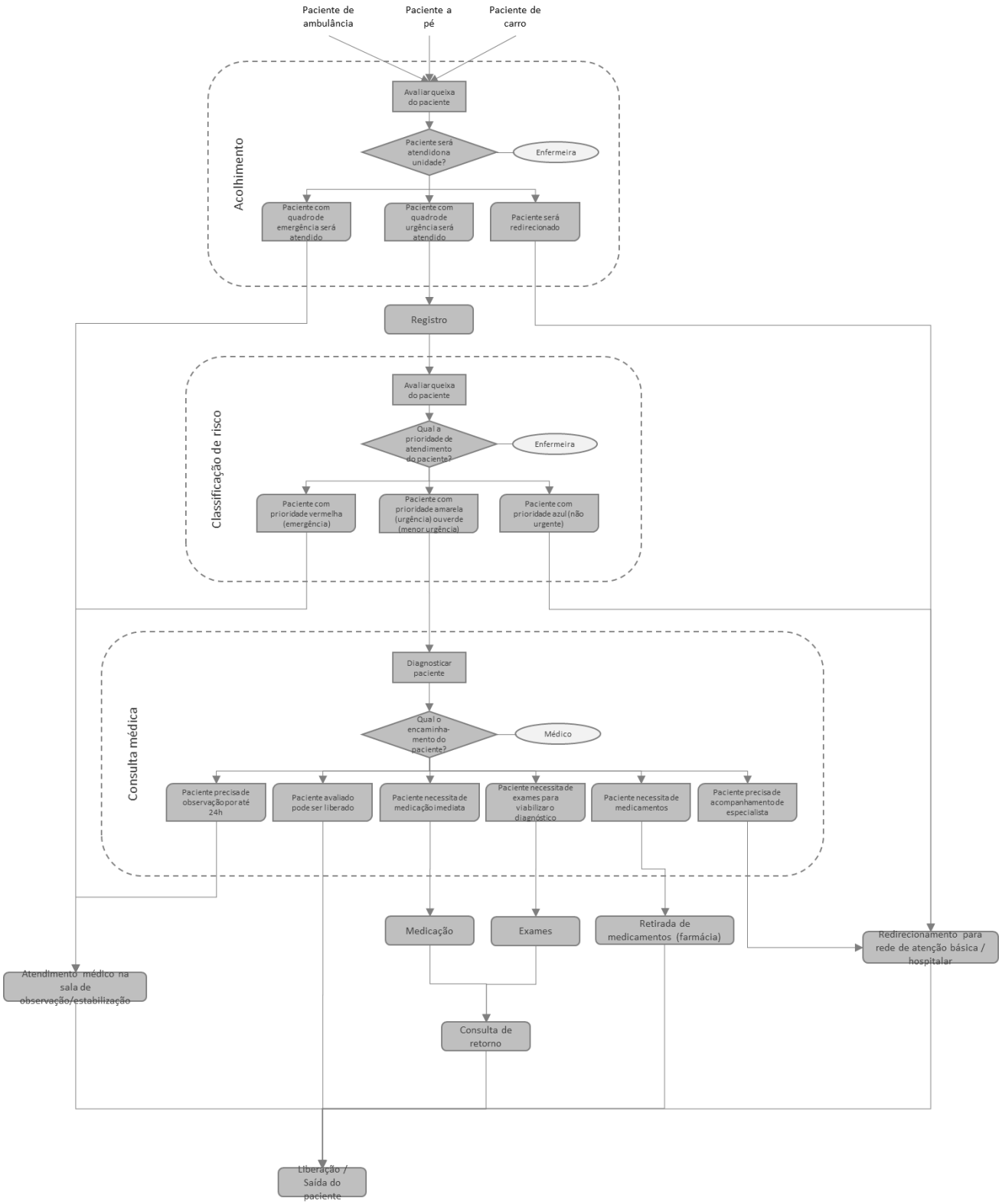
acolhimento, classificação de risco e consulta médica. Cabe ressaltar que o detalhamento de apenas três processos deve-se ao fato de que apenas estes serão objetos de análise do modelo explicitado no Capítulo 4.

A enfermeira do acolhimento precisa, portanto, decidir se o paciente será ou não atendido da unidade, de forma a redirecioná-lo caso seu quadro não seja urgente. Para o caso do paciente ser atendido na unidade, ela precisa decidir rapidamente se ele precisa ou não ser direcionado para a sala de observação/estabilização.

Com relação a enfermeira da classificação de risco, ela precisa decidir qual a prioridade do paciente, atribuindo uma cor associada a prioridade, de forma a direcioná-lo para a sala de observação, para a consulta médica ou para a rede de atenção básica.

O médico, por sua vez, precisa decidir se o paciente necessita de exames para viabilizar o diagnóstico, se ele precisa de medicação imediata ou de medicamentos da farmácia, se o paciente precisa de cuidados da equipe da sala de observação/estabilização, se ele precisa de cuidados continuados de um especialista ou se pode ser liberado.

Figura 4 – Decisões tomadas no acolhimento, classificação de risco e consulta médica




Fonte: a autora, 2015.

# 4 MODELO ANALÍTICO: UMA PRIMEIRA FORMULAÇÃO DOS POTENCIAIS IMPACTOS DAS HEURÍSTICAS NAS DECISÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SEUS REFLEXOS NA OPERAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO TIPO III

Este capítulo consiste no modelo analítico, que tem como objetivo explicitar os impactos das decisões dos profissionais de saúde na operação quando influenciadas por heurísticas. Dessa forma, primeiramente é apresentada, na seção 4.1, a lista de heurísticas de profissionais de saúde extraída da literatura através de revisão sistemática. Na seção 4.2, são expostas as decisões dos profissionais de saúde que serão objeto da análise em questão. A seção 4.3 tem como objetivo expor as categorias de operações selecionadas para viabilizar a análise dos impactos das decisões. Dessa forma, tendo elencado os elementos constituintes do modelo analítico, inicia-se a seção 4.4, que consiste em expor as análises realizadas.

## 4.1 Heurísticas selecionadas

Esta seção tem como objetivo elencar as heurísticas extraídas da literatura, que serão levadas em consideração no modelo analítico. Dessa forma, o Quadro 9 expõe as heurísticas selecionadas e suas respectivas definições.

Quadro 9 – Lista de heurísticas de profissionais de saúde extraídas da literatura

| Heurísticas | Definição |
|---|---|
| H1: Heurística da ancoragem (*Anchoring*) | A ancoragem acontece quando um profissional de saúde permanece ancorado em características marcantes na apresentação inicial do paciente muito cedo no processo de diagnóstico, sem ajustar o resultado com novas informações disponíveis. |
| H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | A maneira pela qual os problemas são expostos pelos pacientes influencia fortemente a maneira pela qual os profissionais de saúde avaliam a situação e fazem seus diagnósticos. |

| | |
|---|---|
| H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | É um erro típico que ocorre com pacientes psiquiátricos ou grupos marginalizados e consiste na tendência de julgar e culpar os pacientes por sua doença em vez de examinar as circunstâncias situacionais que podem ter sido responsáveis. |
| H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | A "falácia do jogador" é definida como um erro cognitivo que leva os profissionais de saúde a acreditarem que eventos independentes estão relacionados. Isso acontece quando consideram que a probabilidade de um paciente ter um diagnóstico específico ou precisar de um determinado tratamento pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente com características semelhantes. |
| H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | É o oposto da falácia do jogador, no sentido de que os profissionais de saúde tendem a persistir no mesmo diagnóstico, se já tiverem feito isso em várias ocasiões anteriores. Coisas comuns para a maioria dos pacientes continuam a ser comuns (ou seja, dor de cabeça) e a probabilidade de o diagnóstico de uma dor de cabeça maligna permanece subestimada. Nesse caso, os profissionais podem entender que queixas (externas e independentes do seu trabalho) semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. |
| H6: Representatividade (*Representativeness*) | Na medicina, é uma distorção cognitiva que faz com que as pessoas julguem a probabilidade ou frequência de uma hipótese diagnóstica, considerando o quanto a hipótese se assemelha a dados clínicos disponíveis. Há julgamento da probabilidade de um determinado evento com base na similaridade desse com outros de conhecimento prévio do decisor. |
| H7: Princípio de desempacotamento (Unpacking principle) | O fracasso em obter todas as informações relevantes (descompactação) para estabelecer um diagnóstico diferenciado pode resultar em possibilidades significativas sendo desperdiçadas. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente, mas pode garantir uma decisão mais rápida. |
| H8: Recusa de um diagnótico raro (Avoiding a rare diagnosis) | Quando influenciados por essa heurística, os profissionais de saúde podem subestimar a probabilidade de ocorrência de casos menos comuns. As razões desse comportamento são várias: medo de parecer irrealista, pouca confiança em seu próprio julgamento clínico, etc. |

Fonte: a autora, 2015.

## 4.2 Processos e decisões tomadas por cada profissional de saúde

Esta seção traz as decisões tomadas pelos profissionais de saúde nos processos de acolhimento, classificação de risco e consulta médica. Cabe ressaltar que as decisões explicitadas não são tomadas de forma isolada, tampouco na ordem em que são colocadas no quadro. São, dessa forma, tomadas simultaneamente como explicitado na Figura 4 da seção 3.2. A disposição conforme

Quadro 10 justifica-se apenas para fim de facilitar a análise dos impactos na operação de forma linear.

Quadro 10 – Decisões dos profissionais de saúde nos processos de acolhimento, classificação de risco e consulta médica

| Processo | Decisão | Profissional de saúde | Descrição da decisão |
|---|---|---|---|
| P1: Acolhimento | D1: Pré-classificação (triagem) | Enfermeira | A enfermeira é responsável por fazer a triagem e avaliar se o paciente será atendido na unidade ou será redirecionado. |
| | D2: Direcionamento para a sala de observação/estabilização | Enfermeira | A enfermeira decide se o paciente segue ou não para a sala de observação/estabilização. |
| P2: Classificação de risco | D1: Atribuição de prioridade (risco associado a cor do protocolo) | Enfermeira | A enfermeira decide quais sinais vitais precisam ser aferidos para avaliação do paciente e classifica o paciente para que ele seja priorizado na fila de consulta conforme seu risco de vida. |
| | D2: Redirecionamento para outras unidades | Enfermeira | A enfermeira decide se o paciente deve ser redirecionado ou não para outras unidades com base no seu estado de gravidade. |
| | D3: Direcionamento para a sala de observação | Enfermeira | A enfermeira decide se o paciente segue ou não para a sala de observação. |
| P3: Registro | - | - | N/A |
| P4: Consulta médica (o diagnóstico fechado está embutido nas decisões do médico) | D1: Solicitação de exames | Médico | O médico decide se há necessidade de solicitar exames complementares para realização do diagnóstico. |
| | D2: Solicitação de medicação / medicamentos | Médico | O médico decide se há necessidade de receitar medicamento ao paciente, seja para administração no local, seja para retirada na farmácia. |
| | D3: Direcionamento para observação | Médico | O médico decide se o paciente segue ou não para a sala de observação. |
| | D4: Encaminhamento para outras unidades | Médico | O médico decide se o paciente deve ser encaminhado ou não para outras unidades para dar continuidade ao tratamento de saúde. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | D5: Liberação do paciente | Médico | O médico decide se o paciente pode ou receber alta e ser liberado da unidade. |

Fonte: a autora, 2015.

## 4.3 Categorias de operações selecionadas

As categorias de operações são um recorte da operação para facilitar, entre outros, sua compreensão. Dessa forma, para a análise em questão, foram utilizadas como base as categorias colocadas por Hayes et al. (2008:67), conforme Quadro 11. Assim, os devidos ajustes foram realizados para o contexto da análise.

Quadro 11 – Categorias de operações colocadas por Hayes et al. (2008:67)

| **Categorias de operações - Hayes et al. (2008:67)** | **Entendimento Hayes** |
|---|---|
| O1: Fornecimento e integração vertical | Direção, extensão, balanço.<br>Quanto do trabalho total necessário para criar e entregar seus produtos será feito internamente e quanto será comprado de organizações externas. |
| O2: Informação e tecnologia de processo | Grau de automação, interconectividade, liderar versus seguir.<br>Variedade de padrões de processo que resultam em uma ampla escala de produtos e serviços ou uma linha de processo conectada em que todos os produtos fluam continuamente. |
| O3: Medição e sistemas de recompensa | Medições, bônus, política de promoções. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Seleção, habilidades, compensação, segurança do empregado. |
| O5: Sistemas de qualidade | Prevenção de defeitos, monitoramento, intervenção e eliminação. |

| | |
|---|---|
| O6: Planejamento do trabalho e sistemas de controle | Compras, plano agregado, planejamento, controle ou estoques e/ou reservas de tempo de espera. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | Líder ou seguidor, organização da equipe de projetos |
| O8: Capacidade | Quantidade, tipo e tempo.<br>A quantidade de capacidade que um determinado conjunto de espaço físico e equipamentos pode fornecer depende destes serem usados um por turno, cinco dias por semana ou intermitentemente e depende também de como o equipamento foi projetado, monitorado e mantido, como os empregados são selecionados e treinados, a qualidade assegurada, o trabalho empenhado e medido. |
| O9: Instalações | Tamanho, localização, especialização. |
| O10: Organização | Centralizada versus descentralizada, quais decisões deve se delegar, papel dos grupos de apoio. |
| O11: Alocação de recursos e sistemas de orçamento de capital | Orçamento financeiro. |

Fonte: a autora, 2015 adaptado de Hayes et al. (2008:67).

A partir das categorias colocadas por Hayes et al. (2008:67), foram realizados ajustes para a realidade do objeto de análise de forma a construir o Quadro 12 com as nomenclaturas das categorias adaptadas, bem como os respectivos entendimentos acerca de cada categoria.

Quadro 12 – Categorias de operações adaptadas ao contexto da análise

| **Categorias de operações utilizadas** | **Adaptação do entendimento para a pesquisa** |
|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, em uma rede organizada de atenção às urgências, com a Atenção Básica e com a Rede Hospitalar. |

| | |
|---|---|
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Variedade de padrões de percursos que resultam no atendimento do paciente. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Avaliação de desempenho da organização a partir do nível de serviço estabelecido pelos contratos / convênios de gestão. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Dimensionamento e habilidades dos profissionais de saúde na unidade para atendimento do paciente nos níveis de serviço estabelecidos. |
| O5: Sistemas de qualidade | Aderência aos protocolos e indicadores associados a estes. |
| O6: Planejamento e controle | Planejamento de aquisição e disponibilização de equipamentos, medicamentos e materiais, fornecimentos de serviços de apoio (farmácia, raio-x, nutrição). |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | Desenvolvimento de equipamentos / exames / medicamentos / protocolos |
| O8: Capacidade | Disponibilidade por recurso para atendimento aos pacientes. |
| O9: Instalações | Área, equipamentos fixos, mobiliários associados a capacidade de atendimento ao paciente. |
| O10: Organização do trabalho | Especificação do conteúdo, métodos e inter-relações entre os cargos, de modo a satisfazer os requisitos organizacionais e tecnológicos, assim como os requisitos sociais e individuais do ocupante do cargo. Grupos semi-autônomos: auto-regulação (FLEURY, 1980).<br><br>Carga de trabalho: relação entre as exigências do trabalho e a capacidade biológica e psicológica do trabalhador (FRUTUOSO, 2005). |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Disponibilidade e alocação de recursos financeiros a unidade para garantia do atendimento no nível de serviço estabelecido. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Necessidade de manutenção predial e de equipamentos associadas ao atendimento do paciente. |

Fonte: a autora, 2015.

## 4.4 Análise do impacto das decisões nas categorias de operações

Para cada decisão colocada no Quadro 10, foi construída uma análise dos impactos positivos e negativos em cada categoria de operações do Quadro 12 para o caso de essa decisão estar influenciada ou conformada por cada heurística elencada no Quadro 9. Assim, a estrutura dessa seção consiste em situar o processo em questão, relacionar a decisão que será analisada, expor para cada heurística de que forma a influência se apresenta para a decisão em questão e, em seguida, elencar quais categorias são impactadas negativa e positivamente.

Vale retomar, conforma exposto na seção 1.2.4, a forma de construção da análise. Para cada decisão elencada, a questão de análise foi a seguinte: se a heurística (x) influenciar a decisão (y), qual categoria de operação (z) será impactada e de que forma.

### 4.4.1 Processo 1: Acolhimento

Neste tópico, serão explicitados os impactos das decisões tomadas no processo de acolhimento se essas decisões forem, então, conformadas pelas heurísticas.

#### 4.4.1.1 Decisão 1: Pré-classificação (triagem)

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de pré-classificação (triagem) e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.1.1.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

A ancoragem acontece quando a enfermeira, ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente, não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para realizar decidir se o paciente deve ou não ser atendido na unidade.

Quadro 13 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, pode distorcer a demanda. Por exemplo, redirecionando um paciente que precisaria ser atendido na unidade, sobrecarrega a rede, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade por parte da rede. Por outro lado, se a enfermeira acolhe um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciada por essa heurística, ela acaba por amortizar a demanda da rede de atenção básica. | N/A - Essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se ancorada por uma característica marcante do discurso do paciente, a enfermeira pode decidir por atender um paciente que não precisaria de atendimento ou não atender um paciente que precisaria. Dessa forma, os encaminhamentos dos pacientes ao longo dos fluxos pode se dar de forma equivocada traduzindo-se em intensificação do fluxo de determinado tipo de paciente desnecessariamente. | Se ela se ancora em uma característica relevante do discurso, ela pode realizar a triagem mais rapidamente. Se ela atende mais rápido, um maior número de pacientes poderá ser atendido. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, permite a entrada de pacientes que não necessitariam de atendimento na unidade, acaba por impactar os tempos de atravessamento, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, satisfação do paciente, que são indicadores de desempenho da organização. | Identificar com rapidez os pacientes que necessitam de atendimento impactam indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada pela heurística da ancoragem, não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode redirecionar para a atenção básica um paciente que precisaria de cuidados de urgência, prejudicando seu tratamento, ou permitir a entrada de um paciente que não precisaria de cuidados urgentes, prejudicando o atendimento dos demais pacientes. Não há aderência ao protocolo e podem ser impactados indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Estar conformada pela heurística da ancoragem pode ser uma boa diretriz para uma triagem mais rápida. Utilizar uma característica marcante do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, permite a entrada de um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, sobrecarrega o sistema, aumentando a demanda, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade. Por outro lado, se ela não admitir um paciente que precisaria de atendimento, ela subdimensiona a demanda, que também impactaria o redimensionamento da capacidade. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de triagem. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, permite a entrada de pacientes que não precisariam de atendimento na unidade ou que não permite a entrada de pacientes que precisariam de atendimento, acaba por impactar a necessidade de ajustes nas instalações para comportar a sobredemanda ou subdemanda. | Uma triagem mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico para o posto em questão. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | A enfermeira que acolhe um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformada por essa heurística, a forma (externa ao trabalho da enfermeira) como o problema é colocado pelo paciente influencia fortemente na avaliação da enfermeira sobre a necessidade de atendimento ou não na unidade.

Quadro 14 – Categorias impactadas negativamente pela heurística do efeito da forma da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira redireciona um paciente que precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciada pela forma como o paciente expôs seu problema, ela acaba por sobrecarregar a rede de atenção básica. Se a enfermeira acolhe um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciada pela forma como o paciente expôs seu problema, ela acaba por amortizar a demanda da rede de atenção básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, permite a entrada de pacientes que não precisariam ser atendidos na unidade, ela acaba por distorcer a real necessidade por atendimento, de forma que poderá contribuir para a intensificação indevida de determinado fluxo. | Do ponto de vista do paciente que precisa de atendimento, a enfermeira estar influenciada por essa heurística pode significar um tempo de atendimento mais rápido, logo um direcionamento mais rápido para o fluxo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Uma avaliação influenciada pela forma como o problema é colocado, pode acarretar desvios do tipo de paciente que deve ser atendido, impactando diretamente indicadores avaliados pela organização, principalmente relacionados a tempo de atravessamento. | Levar em consideração a forma como o paciente coloca seu problema pode contribuir para minimizar redirecionamentos equivocados de pacientes que precisariam de atendimento, impactando positivamente em indicadores como taxa de mortalidade (eficácia) e percentual de retorno em 24h (eficácia), por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tomar decisão mais rapidamente de forma que menos recursos humanos serão necessários para atendimento |

| | | |
|---|---|---|
| | | neste posto de trabalho. |
| O5: Sistemas de qualidade | Estar influenciada pela forma como o problema é exposto diminui a capacidade de diagnóstico baseada em protocolos. Assim, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo podem ser prejudicados. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar o diagnóstico desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos, compra de medicamentos e materiais, contratações de serviços como nutrição, laboratório, raio-x pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se a enfermeira permite a entrada de um paciente que não precisaria de atendimento ou não permite a entrada de um paciente que precisaria, pela forma como ele expôs suas queixas, ela distorce a demanda e em consequência, impacta a necessidade de redimensionamento da capacidade para garantir o nível mínimo de serviço definido pelos contratos de gestão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Se influenciada por essa heurística, a enfermeira pode atingir pontualmente um tempo de atendimento menor durante a triagem (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho pontual de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho pontual que não reflete ganho sistêmico (longo prazo). |
| O9: Instalações | A sobre demanda causada pela permissão de entrada de pacientes que não deveriam ser atendidos na unidade exigiria ajustes nas instalações para atendimento dos pacientes no nível mínimo de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | A enfermeira que acolhe um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Quando conformada por esta heurística, a enfermeira avaliará os casos sociais e psiquiátricos, por exemplo, mais por suas doenças/atribuições do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano.

Quadro 15 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | A enfermeira que, conformada por essa heurística, redireciona um paciente apenas por sua atribuição, acaba por impactar a rede, sobredimensionando sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira decide por acolher o paciente, pode haver por conta dessa influência, um impacto em fluxo, onde os pacientes triados podem ser encaminhados diretamente para a sala de medicação ou de observação e não receber os devidos tratamentos ou redirecionamentos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira, conformada por essa heurística, pode impactar negativamente indicadores como taxa de mortalidade, percentual de retorno. Essa influência poderia, de certa forma, contribuir para o aumento de mortes evitáveis. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | A enfermeira, conformada por essa heurística, pode não permitir a entrada de casos sociais, impossibilitando o tratamento desse paciente, ou permitir sua entrada sem dar a devida atenção à investigação/diagnóstico do paciente. Essa tendência em julgar casos sociais ou psiquiátricos por suas condições e não pelo diagnóstico prejudica não apenas o tratamento do paciente em questão, como dos demais que precisariam desse atendimento. Dessa forma, a enfermeira deliberadamente negligencia os protocolos assistenciais. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais podem ser prejudicados por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando a enfermeira acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de determinado tratamento pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente.

Quadro 16 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | A enfermeira pode, influenciada por essa heurística, redirecionar para a rede de atenção básica um paciente que precisaria de atendimento ou retém um paciente que não precisaria de atendimento. Assim, ela distorce demanda da rede. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira, conformada por essa heurística, pode contribuir para uma intensificação de determinado fluxo de paciente, distorcendo assim a demanda real da unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Os dois erros associados a essa influência poderiam distorcer indicadores da organização. O atendimento de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento, enquanto o redirecionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço acordado pelos contratos de gestão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir a enfermeira a atender pacientes que não precisariam de atendimento ou não atender pacientes que precisariam de atendimento. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais seria negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais podem ser prejudicados por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | A enfermeira que acolhe um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | níveis de serviço estabelecidos. | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar necessidade de aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode entender que queixas (externas e independentes do seu trabalho) semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ela pode, por exemplo, considerar que um paciente não precisa de atendimento médico por sua queixa ser semelhante a algum outro que não precisou.

Quadro 17 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso a enfermeira decida por, conformada pela heurística em questão, redirecionar um paciente pelo fato de suas queixas/sintomas serem semelhantes as de um paciente que não precisou de atendimento na unidade, ela pode sobrecarregar a rede, aumentando sua demanda. Por outro lado, se conformada por essa heurística, ela acolhe um paciente que não precisaria de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode gerar um impacto positivo visto que amortiza parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na | Se a enfermeira absorve um paciente que não precisaria de atendimento, esse paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um |

| | | |
|---|---|---|
| unidade | precisariam de atendimento na unidade. | atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de triagem associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. O atendimento de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento, enquanto o redirecionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes impactam indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam estar na unidade impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço, por exemplo. | Uma decisão mais rápida pode impactar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |
| O5: Sistemas de qualidade | A enfermeira que, influenciada por essa heurística, não acolher um paciente que precisaria de atendimento ou acolher um paciente que não precisaria, negligencia o uso de protocolos assistenciais para embasar seu atendimento, impactando, por exemplo, pioras em indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar o diagnóstico mais rapidamente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais podem ser prejudicados por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Se influenciada por essa heurística, a enfermeira pode atingir sistemicamente um tempo de atendimento menor durante a triagem (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho de longo prazo. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela absorve paciente que não deveriam ser atendidos na unidade, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes, para manutenção do atendimento no nível de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação |

| | | |
|---|---|---|
| | | de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, a enfermeira julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio.

Quadro 18 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso a enfermeira decida por, conformada pela heurística em questão, redirecionar um paciente que precisaria de atendimento na unidade, ela pode sobrecarregar a rede, aumentando, assim, sua demanda. Por outro lado, se conformada por essa heurística, ela acolhe um paciente que não precisaria de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode gerar um impacto positivo visto que amortiza parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira absorve um paciente que não precisaria de atendimento, esse paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que precisariam de atendimento na unidade. | Considerar seu conhecimento prévio para realizar a triagem pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de triagem associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. O atendimento de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento, enquanto o | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes podem impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de |

| | | |
|---|---|---|
| | redirecionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformada por essa heurística, a utilização de seu conhecimento prévio recorrentemente pode significar negligenciar o uso dos protocolos assistenciais. Dessa forma, indicadores associados a esses protocolos podem ser impactados, como por exemplo, percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Fazer uso de seus conhecimentos prévios pode garantir uma triagem mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais podem ser prejudicados por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Os possíveis erros decorrentes dessa heurística podem distorcer a demanda, de forma que dimensionamento de capacidade para atender ao nível de serviço definido fica comprometido. | Tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | Se houver distorção de demanda por conta dessa influência, o redimensionamento das instalações para comportar a nova demanda se faz necessário. | Uma triagem mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico, Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela absorve paciente que não deveriam ser atendidos na unidade, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes, para manutenção do atendimento no nível de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações (interno e externo ao trabalho) para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. A triagem pode ser equivocada, portanto, pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 19 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira, conformada por essa heurística, redireciona o paciente para a rede de atenção básica, ela sobredimensiona a demanda da rede. Por outro lado, se conformada por essa heurística ela decide acolher o paciente, ela amortiza a demanda da rede básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Ambos os erros associados a essa heurística, seja de sobredimensionamento da demanda ou subdimensionamento, impactam a intensidade do fluxo do paciente na unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Em ambos os casos, pode haver distorções de fluxo. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ela negligencia deliberadamente a obtenção de informações e absorve o paciente, ela pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxa de mortalidade e satisfação do paciente. Se ela redireciona equivocadamente, ela pode impactar indicadores como taxa de mortalidade e percentual de retorno, por exemplo. | Essa influência pode permitir identificar com rapidez as necessidades dos pacientes, impactando indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções da demanda decorrentes dessa influência poderiam impactar a necessidade de ajustes no dimensionamento de recursos humanos nos demais postos de trabalho. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode redirecionar para a atenção básica um paciente que | Estar conformada pela heurística da ancoragem pode ser uma boa diretriz para uma |

| | | |
|---|---|---|
| | precisaria de cuidados de urgência, prejudicando seu tratamento, ou permitir a entrada de um paciente que não precisaria de cuidados urgentes, prejudicando o atendimento dos demais pacientes. São impactados, a decisão não adere ao protocolo e pode impactar, por exemplo, o percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | triagem mais rápida. Utilizar apenas parte do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo em determinados casos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda decorrente dessa influência pode impactar o dimensionamento da capacidade para atendimento dos pacientes no nível mínimo de serviço definido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda impacta o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes nos níveis de serviço estipulados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela absorve paciente que não deveriam ser atendidos na unidade, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes, para manutenção do atendimento no nível de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.1.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, a enfermeira pode subestimar casos graves. Aqui, ela pode tender a redirecionar mais pacientes que o devido e sobrecarregar a rede.

Quadro 20 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de pré-classificação (triagem)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tender a redirecionar mais pacientes para a rede de atenção básica, uma vez que ela subestima casos graves. Dessa forma, ela sobredimensiona a demanda da rede. Além disso, a recusa por um diagnóstico raro pode impedir o acionamento de unidades especializadas (alta complexidade) e impactar em um dimensionamento inadequado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Do ponto de vista da unidade, pode haver um subdimensionamento da demanda. Essa distorção pode impactar em diminuição do fluxo esperado de pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, conformada por essa heurística, não acolhe um paciente que precisaria de atendimento na unidade, pode impactar indicadores como taxa de mortalidade, percentual de retorno em 24h, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ela recusa diagnósticos raros, pode distorcer a demanda real da unidade, de forma que os recursos humanos que seriam destinados a tratar do paciente podem ficar ociosos e serem equivocadamente realocados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode negligenciar o uso dos protocolos assistenciais quando redireciona um paciente que precisaria de atendimento. Dessa forma, indicadores associados a esses protocolos podem ser impactados, como por exemplo, percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais é prejudicado diante de uma distorção da demanda, quando a enfermeira recusa o acolhimento do paciente por estar conformada por essa heurística. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda decorrente dessa influência pode impactar o dimensionamento da capacidade para atendimento dos pacientes no nível | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | mínimo de serviço definido. | |
| O9: Instalações | A distorção da demanda impacta o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes nos níveis de serviço estipulados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.1.2 Decisão 2: Redirecionamento para outras unidades

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de redirecionamento para outras unidades e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.1.2.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

Para esta decisão, a ancoragem acontece quando a enfermeira, ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente, acompanhante ou enfermeiro da ambulância e não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para definir se o paciente precisa ou não seguir para a sala de observação.

Quadro 21 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, direciona um paciente equivocadamente para a sala de observação, impacta não somente o fluxo desse paciente, como também dos demais pacientes que necessitariam desse cuidado e não terão disponibilidade de leito. Por outro lado, se ela não direciona o paciente que precisaria do atendimento, ela intensifica indevidamente o fluxo de pacientes menos graves. | Se ela se ancora em uma característica relevante do discurso, ela pode tomar a decisão mais rapidamente. Na perspectiva do paciente que precisaria do direcionamento, trata-se de uma influência positiva. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, encaminha um paciente para a sala de observação erradamente, pode impactar significantemente indicadores de desempenho, tais como taxa de mortalidade, taxa de infecção, giro de leito, por exemplo. Se, no entanto, ela decide por não encaminhar o paciente o paciente que precisaria, ela impacta indicadores como tempo de atravessamento e taxa de mortalidade. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, tempo de permanência, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem impactar a necessidade de redimensionamento de recursos humanos. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada pela heurística da ancoragem, não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode não direcionar erroneamente um paciente que precisaria de tratamento na sala de observação, prejudicando seu tratamento, ou direciona-lo indevidamente, prejudicando o atendimento dos demais pacientes que precisariam desse cuidado. Em ambos os casos, não haveria aderência ao protocolo e poderiam ser impactados indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Estar conformada pela heurística da ancoragem pode garantir uma decisão mais rápida. Utilizar uma característica marcante do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo que, para determinados casos, pode ser decisivo. |

| | | |
|---|---|---|
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais é prejudicado diante de uma distorção da demanda, quando a enfermeira recusa o acolhimento do paciente por estar conformada por essa heurística. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, direciona para a sala de observação um paciente que não precisaria desse atendimento, sobredimensiona a demanda dessa área, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade. Por outro lado, se ela não direciona o paciente equivocadamente, ela subdimensiona a demanda da sala de observação e sobredimensiona a demanda para consulta médica, também impactando a necessidade de redimensionamento da capacidade. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de triagem. |
| O9: Instalações | A distorção recorrente da demanda decorrente dessa influência, pode impactar reajustes nas instalações desses ambientes. Se a enfermeira direciona um paciente que não precisaria desse tratamento, a sobredemanda pode significar necessidade de leitos extras, compartilhamento de respiradores, por exemplo. Se ela não direciona, a sobredemanda no salão de espera pode impactar reajuste das instalações destes, ou reajustes decorrentes do aumento de capacidade dos atendimentos médicos, para atender a sobredemanda. | Uma triagem mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico para o posto em questão. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda de pacientes para a sala de observação, decorrentes dessa influência, pode impactar a intensificação desnecessária da necessidade de manutenção dos equipamentos desta sala. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### *4.4.1.2.2* Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect)*

Quando conformada por essa heurística, a forma como o problema é colocado pelo paciente, enfermeiro da ambulância ou acompanhante influencia fortemente na avaliação da enfermeira sobre a necessidade de observação do paciente.

Quadro 22 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística o efeito da forma da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira que, influenciada pela forma como o problema foi exposto, direciona um paciente equivocadamente para a sala de observação, impacta não somente o fluxo desse paciente, como também dos demais pacientes que necessitariam desse cuidado e não terão disponibilidade de leito. Por outro lado, se ela não direciona o paciente que precisaria do atendimento, ela intensifica indevidamente o fluxo de pacientes menos graves. | Do ponto de vista do paciente que precisa de atendimento, a enfermeira estar influenciada por essa heurística pode significar um tempo de atendimento mais rápido, logo um direcionamento mais rápido para o fluxo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Uma avaliação influenciada pela forma como o problema é colocado pode acarretar desvios que impactam indicadores avaliados pela organização, como taxas de infecção, taxas de mortalidades e giro de leito. | Levar em consideração a forma como o paciente coloca seu problema pode contribuir para minimizar não direcionamentos para a sala de observação equivocados (pacientes que precisariam de atendimento), impactando positivamente em indicadores como taxa de mortalidade (eficácia) e percentual de retorno em 24h (eficácia), por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tomar decisão mais rapidamente de forma que menos recursos humanos serão necessários para atendimento neste posto de trabalho. |
| O5: Sistemas de qualidade | Estar influenciada pela forma como o problema é exposto diminui a capacidade de diagnóstico baseada em protocolos. Direcionar um paciente que não precisaria de atendimento pode sobredemandar a sala de observação, de forma tal que haja ajustes que não serão aderentes aos instrumentos normativos, de forma a comportar o número de paciente. Assim, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo poderiam ser impactados. | N/A.<br>Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar a decisão de direcionar ou não, o que do ponto de vista do paciente é positivo. No entanto, ela não executaria determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |

| | | |
|---|---|---|
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos, compra de medicamentos e materiais, contratações de serviços como nutrição, laboratório, raio x pode ser prejudicado por uma distorção da demandam, seja para a sala de observação, seja para o atendimento nos consultórios. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, poderia impactar necessidade de reajuste da capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, poderia impactar redimensionamento a capacidade dos postos pelos quais ele passaria, visto que haveria intensificação desse fluxo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Se influenciada por essa heurística, a enfermeira pode atingir pontualmente um tempo de atendimento menor durante a triagem (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho pontual de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho pontual que não reflete ganho sistêmico (longo prazo). |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por exemplo, por conta dessa sobredemanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar maior necessidade de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar o aumento de demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.1.2.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformada por esta heurística, a enfermeira avaliará os casos sociais e psiquiátricos mais por suas doenças/atribuições do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano e a necessidade de observação pode ser entendida como uma forma de manter o paciente assistido sem que haja uma investigação do seu caso.

Quadro 23 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode tender a subestimar o diagnóstico e não direcionar para a sala de observação um paciente que precisaria desse atendimento. Dessa forma, ela pode distorcer o fluxo que deveria ser percorrido pelo paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | O não direcionamento para as salas de observação não influenciado pelo diagnóstico, mas pelas condições sociais ou psiquiátricas do paciente, pode acabar distorcendo indicadores como taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, satisfação do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | O não direcionamento equivocado de pacientes para as salas de observação podem impactar necessidade de redimensionamento de recursos humanos para estas salas, visto que distorcerá a demanda esperada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode negligenciar o uso de protocolos assistenciais para triagem e não direcionar devidamente o paciente apenas por sua atribuição. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo poderiam ser impactados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | A distorção da demanda de paciente para a sala vermelha pode impactar o planejamento inicial para o número de pacientes esperado (nutrição, raio x, medicamentos, materiais). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |

| | | |
|---|---|---|
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, não direciona erradamente um paciente para a sala de observação, poderia impactar gerar ociosidade da capacidade desta sala, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar o redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar ajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.1.2.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando a enfermeira acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de observação continuada pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente.

Quadro 24 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, influenciada por essa heurística, ela pode direcionar mais pacientes para a sala de observação, dependendo da quantidade que tiver necessitado desse atendimento anteriormente, ou não direcionar, caso tenha havido pouco atendimento dessa natureza. Em ambos os casos, ela impacta os fluxos dos pacientes na unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Os dois erros associados a essa influência poderiam distorcer indicadores da organização. O direcionamento de pacientes que não precisariam desse atendimento poderia impactar indicadores como tempos de permanência, giro de leito, taxa de infecção, enquanto o não direcionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir a enfermeira a direcionar pacientes que não precisariam desse atendimento ou não atender pacientes que precisariam de atendimento. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais seria negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta na capacidade desta sala, que por | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, poderia impactar o redimensionamento da capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar o redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar ajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.1.2.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode entender que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ela pode, por exemplo, considerar que um paciente não precisa de observação por sua queixa ser semelhante a algum outro caso mais simples e cometer um erro.

Quadro 25 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, por estar influenciada por essa heurística, ela entende que um paciente não precisa ser direcionado para as salas de observação por ter um sintoma semelhante ao de um paciente não grave, ele percorre o mesmo caminho de um paciente não grave. Por outro lado, se ela entende que ele é grave pelo fato de o sintoma ser semelhante, ele tende a percorrer o fluxo equivocado, intensificando indevidamente o fluxo de um paciente que precisaria do tratamento nas salas de observação. | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes podem garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente poderia ser atendido (fluxos mais ágeis). Do ponto de vista do paciente que necessita do atendimento da sala de observação, a rapidez na decisão pode ser decisiva para seu estado de saúde. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem impactar os indicadores de desempenho da organização. O direcionamento de pacientes que não precisariam desse atendimento poderia distorcer os tempos médios de permanência dos pacientes na observação, aumentar a taxa de infecção e mortalidade, enquanto o não direcionamento indevido poderia impactar aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes podem impactar indicadores como tempos de atravessamento, tempo de permanência, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam ser direcionados para a sala de observação impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço e menos pacientes direcionados indevidamente poderia impactar redimensionar o número de médicos nos consultórios médicos. | Uma decisão mais rápida pode impactar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ela direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ela impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar o diagnóstico mais rapidamente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |

| | | |
|---|---|---|
| | poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta na capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, impacta redimensionar capacidade para os postos pelos quais ele passaria. | Quando conformada por essa heurística e tomando decisões mais prontamente, ela pode impactar aumento pontual de capacidade do posto de triagem. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar o redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.1.2.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, a enfermeira julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio. Então, um paciente pode não necessitar de observação continuada, mas pode ser encaminhado, pois a enfermeira entendeu que seu caso era semelhante a um de seu conhecimento prévio que foi encaminhado ou ela pode não direcionar um paciente por não ter um conhecimento prévio do seu caso.

Quadro 26 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, conformada por essa heurística, a enfermeira tiver mais conhecimento sobre casos de pacientes que precisaram de observação continuada, ela tende a encaminhar mais pacientes para essa sala, intensificando o fluxo de pacientes desse tipo. Por outro lado, se seu conhecimento prévio for de pacientes não graves, ela tende a julgar mais provável a chegada de casos assim e não direcionará pacientes que necessitam de cuidados das salas de observação, intensificando o fluxo de pacientes para atendimento nos consultórios médicos. | Considerar seu conhecimento prévio para realizar a triagem pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser direcionado no tempo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Tanto para os casos de direcionamentos indevidos, quanto para os não direcionamentos que precisariam do atendimento, há impacto nos indicadores da organização. O não direcionamento de um paciente que precisaria de atendimento na sala de observação pode impactar indicadores como taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, qualidade percebida. Por outro lado, direcionar um paciente que não precisaria de atendimento pode impactar indicadores como tempo de permanência, giro de leito, taxas de infecção, taxa de mortalidade. | Identificar com rapidez a necessidade de direcionamento para a sala de observação de pacientes que precisariam desse atendimento pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, tempo de permanência, taxas de mortalidade, satisfação do paciente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes para as salas de observação, ela impacta uma necessidade de redimensionamento de | Identificar se o paciente precisa ou não de direcionamento com mais rapidez pode |

| | | |
|---|---|---|
| | recursos humanos para garantir o devido atendimento dos pacientes. Se, por outro lado, ela direciona menos pacientes, ela impacta também em redimensionamento dos postos de classificação de risco e consulta médica, por exemplo. | significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade de acolhimento. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ela direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ela impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Fazer uso seus conhecimentos prévios pode garantir uma triagem mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, pode impactar a necessidade de reajuste de capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisaria de atendimento, pode impactar redimensionamento de capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | Por outro lado, tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta a necessidade de reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar a necessidade de redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação |

| | | |
|---|---|---|
| | | de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.1.2.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. O direcionamento ou o não direcionamento podem ser equivocados pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 27 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode não direcionar um paciente que necessitaria desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes não graves, ou direciona-lo sem que haja a necessidade desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes graves. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Em ambos os casos, pode haver distorções de fluxo. |

| | | |
|---|---|---|
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Tanto para os casos de direcionamentos indevidos, quanto para os não direcionamentos que precisariam do atendimento, há impacto nos indicadores da organização. Se ela não obtém as informações necessárias e direciona o paciente para a sala de observação, ela pode impactar indicadores como tempo de permanência, giro de leito, taxas de infecção, taxa de mortalidade. Se ela não direciona o paciente que precisaria, pode haver impactos em indicadores como tempo de atravessamento, taxa de mortalidade, percentual de retorno em 24h, por exemplo. | Por outro lado, essa influência pode permitir identificar com rapidez as necessidades dos pacientes, podendo impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. Do ponto de vista do paciente que precisa de direcionamento para a sala de observação, essa influência pode garantir uma decisão mais rápida e decisiva por parte da enfermeira. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes para as salas de observação, ela impacta uma necessidade de redimensionamento de recursos humanos para garantir o devido atendimento dos pacientes. Se, por outro lado, ela direciona menos pacientes, ela impacta também em redimensionamento dos postos de classificação de risco e consulta médica, por exemplo. | Identificar se o paciente precisa ou não de direcionamento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade de acolhimento. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ela direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ela impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas as condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Fazer uso seus conhecimentos prévios pode garantir uma triagem mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, pode impactar a necessidade de reajuste de capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisaria de atendimento, pode impactar redimensionamento de capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | Tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar a necessidade de redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.1.2.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, a enfermeira pode subestimar casos graves. Aqui, ela pode tender a redirecionar mais pacientes que o devido e sobrecarregar a rede.

Quadro 28 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Essa tendência por subestimar casos graves pode fazer com que a enfermeira não direcione os pacientes que precisariam desse atendimento para a sala de observação, intensificando, portanto, o fluxo de pacientes não graves. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ela subestima um caso grave e não direciona o paciente para a sala de observação, ela pode permitir o agravamento do caso de um paciente, de forma que para o sistema, indicadores como satisfação do cliente, taxa de mortalidade, tempo de permanência, por exemplo, podem ser afetados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Neste caso, a distorção da demanda pode subutilizar os recursos humanos alocados da sala de observação, além de inviabilizar o planejamento da necessidade de recursos especializados para tratar dos casos raros e exigir um redimensionamento de recursos humanos para os postos de classificação de risco e consulta médica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Nesse caso, trata-se de uma conduta que não é aderente aos protocolos assistenciais e poderiam impactar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O não direcionamento de pacientes que precisariam de atendimento na sala de observação distorce a demanda e pode prejudicar o planejamento e disponibilidade de prestação de serviços de outras áreas como nutrição, limpeza, raio x, entrega de medicamentos, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Um não direcionamento de um paciente, influenciado pela recusa de um diagnóstico grave, pode impactar uma subutilização da capacidade da sala de observação e necessidade de reajuste de capacidade dos postos de classificação de risco e consulta médica, para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, não direciona um paciente que precisaria de atendimento na sala de observação, impacta em reajustes nas instalações das demais áreas, para suportar a intensificação dos fluxos, garantindo um atendimento nos níveis de serviços estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar necessidade de realocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

### 4.4.2 Processo 2: Classificação de risco

Neste tópico, serão explicitados os impactos das decisões tomadas no processo de classificação de risco se essas decisões forem, então, conformadas pelas heurísticas.

#### 4.4.2.1 Decisão 1: Atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.2.1.1 Heurística 1: Ancoragem (Anchoring)

Para esta decisão, a ancoragem acontece quando a enfermeira, ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente, acompanhante ou enfermeiro da ambulância não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para definir qual a prioridade do paciente. Aqui, ela pode decidir não aferir ou sinais vitais necessários, por exemplo, por já ter definido um diagnóstico ao paciente com bases nas informações mais relevantes do seu discurso. Isso pode, ao mesmo tempo, garantir uma decisão mais rápida, mas ela pode errar mais por conta disso.

Quadro 29 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira se ancora em trechos marcantes do discurso do paciente, ela pode equivocadamente classificá-lo como azul, de forma que pode sobredimensionar a demanda da rede. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, atribui uma cor equivocada ao paciente, pode acabar por intensificar determinado fluxo. Dessa | Se a enfermeira consegue classificar o paciente mais rapidamente, por influência |

| | | |
|---|---|---|
| unidade | forma, o impacto se dá não apenas no fluxo intensificado, mas nos demais, vistas as relações de prioridade entre eles. | dessa heurística, ela pode garantir tempos de atendimento mais rápidos que podem significar fluxos mais rápidos e a possibilidade de atendimento de mais pacientes na unidade. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, ancorada em algum ponto marcante do discurso do paciente, decide por classificá-lo com uma prioridade (cor associada) inferior a prioridade devida, pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxa de mortalidade. Por outro lado, se ela classifica um determinado paciente com um risco maior que o devido, ela reduz o tempo de atravessamento deste, mas impacta em piores tempos de atravessamento de pacientes que necessitariam do atendimento. | Estar ancorada em parte significativa do discurso do paciente pode significar reduções do tempo de classificação e, em consequência, no tempo de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções causadas por classificações erradas podem impactar negativamente o dimensionamento dos recursos humanos. Se, por exemplo, há uma determinada previsão de demanda, com base em dados históricos, e a enfermeira passa a classificar os pacientes conformada pela ancoragem, ela acaba por inviabilizar todo o esforço de dimensionamento de recursos humanos não somente do posto de classificação de risco, mas dos demais, que estão diretamente relacionados. | Se ela garante, a partir dessa influência, tempos menores de atendimento, isso pode significar a possibilidade de redução da quantidade de profissionais trabalhando no posto de classificação de risco. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada por essa heurística, classifica os pacientes de forma inadequada, ela impacta negativamente a qualidade do atendimento não somente do paciente classificado erradamente, mas dos demais, que terão suas prioridades distorcidas. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo são diretamente impactados. | Para alguns quadros clínicos, uma decisão mais rápida é mais importante que uma decisão ótima. Dessa forma, se ela decide mais rapidamente a prioridade do paciente a partir de características marcantes de seu discurso, ela pode, mesmo negligenciando o uso de determinados protocolos, garantir a sobrevivência do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | Uma classificação de risco ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente pode dificultar um planejamento adequado de recursos (equipamentos, materiais, leitos, medicamentos), visto que as previsões com bases históricas e perfis de demanda acabam sendo distorcidos por essa influência. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, classifica mais pacientes com maior prioridade, ela pode acabar por impactar a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes, visto que pacientes com prioridade maior precisariam atravessar o sistema em menos tempo. O oposto | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode garantir tempos de atendimento menores, aumentando a capacidade do posto de classificação de risco. |

| | | |
|---|---|---|
| | também pode ocorrer. Se ela classifica mais pacientes com menor prioridade, pode induzir uma ociosidade equivocada os demais postos. | |
| O9: Instalações | As distorções causadas por classificações erradas podem impactar negativamente o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes no nível de serviço definido. Se as instalações foram dimensionadas para garantir que uma determinada capacidade fosse oferecida a partir de uma determinada previsão de demanda, com base em dados históricos, e a enfermeira distorcer essa demanda a partir de uma priorização incorreta, pode impactar a necessidade de redimensionamento das instalações. | Se ela consegue tempos menores de atendimento a partir dessa conformação, ela pode aumentar a capacidade do posto. Assim, as instalações associadas a parte ociosa da capacidade podem ser realocadas para outros fins da unidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela classifica pacientes com prioridades maiores que as que deveriam ter sido classificados, isso pode significar uma sobrecarga nos postos subsequentes para garantia do atendimento nos níveis de serviço definidos, visto que quanto mais prioritário o paciente, menor o tempo definido de atravessamento pela unidade. Se ela, influenciada por essa heurística, não prioriza devidamente o paciente, ela pode, no curto prazo, diminuir a carga de trabalho dos postos seguintes, mas no médio prazo, por conta da possibilidade de agravamento do quadro do paciente, ela pode gerar uma sobrecarga nos postos pelos quais o paciente precisará passar. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os possíveis redimensionamentos de instalações, capacidade, recursos humanos podem impactar reajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | Se ela atende mais rapidamente quando conformada por essa heurística, a possibilidade de redução do quadro técnico para esse posto pode significar menor alocação de capital com recursos humanos. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformada por essa heurística, a forma como o problema é colocado pelo paciente influencia fortemente na avaliação da enfermeira sobre a necessidade de atendimento da unidade.

Quadro 30 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito de forma da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira classifica como azul um paciente que deveria receber a priorização verde, por estar influenciada pela forma como o paciente expôs seu problema, ela acaba por sobrecarregar a rede de atenção básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, atribui uma cor equivocada ao paciente, pode acabar por intensificar determinado fluxo. Dessa forma, o impacto se dá não apenas no fluxo intensificado, mas nos demais, vistas as relações de prioridade entre eles. | Se influenciada pela forma como o paciente expõe seu caso, ela pode atribuir uma cor mais rapidamente ao paciente. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando a taxa de atendimento. Isso pode possibilitar um maior número de atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se a enfermeira, influenciada pela forma como o paciente expõe sua queixa, acaba por atribuir uma priorização equivocada, ela pode impactar indicadores de desempenho da organização. Se ela classifica mais pacientes como se fossem mais graves que o devido, ela diminui o tempo de atravessamento desse paciente, mas aumenta os tempos médios dos demais. Se ela atribui uma prioridade inferior ao que devia, ela aumenta o tempo de atravessamento do paciente em questão, aumenta o tempo de atravessamento dos pacientes com mesma prioridade que venham depois. Essas distorções podem impactar aumento da taxa de mortalidade, da taxa de infecção, dos tempos médios de permanência. | Estar conformada por essa heurística pode garantir uma decisão mais rápida acerca da gravidade do paciente. Isso pode garantir tempos de atravessamento menores e pode diminuir casos de morte decorrentes de agravamento do quadro do paciente, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções causadas por classificações erradas podem impactar negativamente o dimensionamento dos recursos humanos. Se ela distorce a demanda através de uma atribuição equivocada de prioridade, isso impacta necessidade de redimensionamento de recursos humanos não somente do posto de classificação de risco, mas dos demais pelos quais o paciente precisaria passar para garantir o adequado atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada por essa heurística, classifica os pacientes de forma inadequada, ela impacta negativamente a qualidade do atendimento não somente do paciente classificado erradamente, mas dos demais, que terão suas prioridades desconsideradas. Dessa forma, indicadores | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tomar uma decisão mais rapidamente, não recomendada à luz dos protocolos, mas que dependendo da criticidade |

| | | |
|---|---|---|
| | como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo são diretamente impactados. | do caso, pode ser decisiva e resolutiva. |
| O6: Planejamento e controle | Uma classificação de risco influenciada pela forma como o paciente coloca sua queixa pode prejudicar o planejamento adequado de recursos (equipamentos, materiais, leitos, medicamentos), visto que as previsões com bases históricas e perfis de demanda acabam sendo distorcidos por essa influência. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, classifica mais pacientes com maior prioridade, ela pode acabar por impactar a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes, visto que pacientes com prioridade maior precisariam atravessar o sistema em menos tempo. O oposto também pode ocorrer. Se ela classifica mais pacientes com menor prioridade, pode induzir uma ociosidade equivocada aos demais postos. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode decidir mais rapidamente sobre o risco associado ao paciente e isso pode diminuir os tempos de atendimento, podendo aumentar em alguns momentos (pontualmente) a capacidade do posto de classificação de risco. |
| O9: Instalações | As distorções causadas por classificações erradas podem impactar negativamente o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes no nível de serviço definido. Se as instalações foram dimensionadas para garantir que uma determinada capacidade fosse oferecida a partir de uma determinada previsão de demanda, com base em dados históricos, e a enfermeira distorcer essa demanda a partir de uma priorização incorreta, pode impactar a necessidade de redimensionamento das instalações. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela classifica pacientes com prioridades maiores que a que deveriam ter sido classificados, isso pode significar uma sobrecarga nos postos subsequentes para garantia do atendimento nos níveis de serviço definidos, visto que quanto mais prioritário o paciente, menor o tempo definido de atravessamento pela unidade. Se ela, influenciada por essa heurística, não prioriza devidamente o paciente, ela pode, no curto prazo, diminuir a carga de trabalho dos postos seguintes, mas no médio prazo, por conta da possibilidade de agravamento do quadro do paciente, ela pode gerar uma sobrecarga nos postos pelos quais o paciente precisará passar. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode garantir tempos de atendimentos menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios de classificação de risco) poderia ajustar o fluxo para situações em que a demanda fosse menor que a capacidade. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os possíveis redimensionamentos de instalações, capacidade, recursos humanos podem impactar reajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformada por esta heurística, a enfermeira avaliará os casos sociais e psiquiátricos mais por suas doenças do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano.

Quadro 31 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira atribuir a cor azul ao paciente apenas por sua atribuição, sem investigar o caso, ela pode sobrecarregar indevidamente a rede básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Há, por conta dessa influência, um impacto importante em fluxo. Os pacientes classificados dessa forma tendem a não percorrer o fluxo padrão. Eles são, em geral, encaminhados diretamente para a sala de medicação e não recebem os devidos tratamentos ou redirecionamentos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se a enfermeira não prioriza o paciente adequadamente, por conta de sua atribuição, impacta negativamente indicadores medidos pela organização como taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, tempo de permanência, percentual de retorno, satisfação do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | O subdimensionamento da demanda poderia implicar "ociosidade" dos recursos humanos que poderia levar a uma realocação ou demissão errôneas. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Essa tendência em julgar casos sociais ou psiquiátricos por suas condições e não pelo diagnóstico prejudica não apenas o tratamento do paciente em questão, como dos demais, tendo em vista que ele tende a imobilizar uma cadeira de medicação ou leito quando não é simplesmente redirecionado. Dessa forma, a enfermeira negligencia o uso dos protocolos da classificação de risco e pode | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | impactar indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | |
| O6: Planejamento e controle | Se a enfermeira distorce a demanda por conta dessa influência, pode prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se ela atribui cor azul ao paciente, ela pode, no curto prazo, liberar capacidade do sistema através de uma distorção da demanda real. No médio prazo, o sistema pode ter que lidar com um paciente com quadro agravado, que poderá imobilizar recursos de diversas áreas. Se ela atribui cor verde ao paciente para que ele seja atendido na unidade, ele poderá demorar mais tempo que o devido para receber atendimento médico, ou, se encaminhado para as salas de medicação ou observação, ele imobilizará indevidamente capacidade dessas salas. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se ela não atribuir a devida classificação ao paciente, por conta dessa influência, a instalação atrelada a capacidade aparentemente ociosa pode ser realocada indevidamente. Se ela simplesmente direciona o paciente para a sala de medicação ou observação e imobiliza desnecessariamente recursos nessas salas, isso significaria impactar a necessidade de reajustes nestes postos para manutenção da prestação de atendimento aos demais pacientes nos níveis de serviços estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira não classifica o paciente com a devida prioridade ou se ela direciona o paciente para a sala de medicação ou observação diretamente, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes ou porque o paciente não recebeu as devidas avaliações e prescrições ou porque ele já chegou com o quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os possíveis redimensionamentos de instalações, capacidade, recursos humanos podem impactar reajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando a enfermeira acredita que a probabilidade de chegada de um paciente com determinada gravidade pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegaram anteriormente. Ela pode considerar casos azuis como verdes, se tiver havido mais casos verdes durante seu plantão, por exemplo.

Quadro 32 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira considerar que a probabilidade de chegada de um caso azul é influenciada pelos casos azuis que chegaram anteriormente, ela pode tender a classificar pacientes potencialmente verdes como azuis e sobrecarregar a rede de atenção básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira, conformada por essa heurística, classifica os pacientes erradamente, ela impacta os fluxos que eles percorrerão na unidade. Dessa forma, se ela atribui prioridade maior que a devida, o paciente tende a percorrer um fluxo mais lento, por exemplo, ou não percorrer algumas etapas que seriam fundamentais para seu adequado atendimento, como direcionamento para sala de observação. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Os erros resultantes dessa influência poderiam impactar os indicadores da organização. Se ela classifica um paciente com prioridade menor que a devida, ela aumenta os tempos médios de atravessamento dos pacientes com mesma prioridade. Se ela classifica com prioridade mais alta que a devida, ela diminui o tempo de atravessamento daquele paciente, mas aumenta os tempos médios dos que possuem prioridade mais baixa. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As possíveis distorções de demanda decorrentes dessa heurística exigiriam redimensionamento de recursos humanos para manutenção do atendimento nos níveis definidos de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O5: Sistemas de qualidade | Se influenciada pela quantidade de casos anteriores para classificar o paciente, a enfermeira pode estar negligenciando a aderência aos protocolos, de forma tal que indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo serão negativamente impactados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | As atribuições de risco (com cor associada) maiores que a devida podem impactar a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes para atendimento no nível de serviço definido. Já a atribuição de risco menor que o devido pode gerar uma interpretação errada acerca da aparente ociosidade dos postos subsequentes, visto que é decorrente de uma distorção da demanda. Se, por conta dessa ociosidade, algum recurso for realocado, pode impactar prejuízos ao atendimento no nível de serviço definido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se ela não atribuir a devida classificação ao paciente, por conta dessa influência, a instalação atrelada a capacidade aparentemente ociosa pode ser realocada indevidamente. Se ela simplesmente direciona o paciente para a sala de medicação ou observação e imobiliza desnecessariamente recursos nessas salas, isso significaria impactar a necessidade de reajustes nestes postos para manutenção da prestação de atendimento aos demais pacientes nos níveis de serviços estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira não classifica o paciente com a devida prioridade ou se ela direciona o paciente para a sala de medicação ou observação diretamente, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes ou porque o paciente não recebeu as devidas avaliações e prescrições ou porque ele já chegou com o quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os possíveis redimensionamentos de instalações, capacidade, recursos humanos podem impactar reajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode entender que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes, sem refletir sobre a possibilidade de diagnóstico diferente. Aqui, ela pode, por exemplo, considerar que um paciente é azul por sua queixa ser semelhante a algum outro azul e cometer um erro.

Quadro 33 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso a enfermeira decida por, conformada pela heurística em questão, redirecionar um paciente pelo fato de suas queixas/sintomas serem semelhantes aos demais casos de paciente azuis, ela acaba por impactar aumentar a demanda de pacientes da rede de atenção básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, por estar influenciada por essa heurística, ela entende que um paciente não precisa ser priorizado (atribuição de cor relacionada a prioridade) por ter um sintoma semelhante ao de um paciente não grave, ele percorre o mesmo caminho de um paciente não grave. Por outro lado, se ela entende que ele é grave pelo fato de o sintoma ser semelhante ao de uma paciente grave, ele tende a percorrer o percurso equivocado, passando possivelmente por procedimentos desnecessários. Ela impacta, portanto, percurso e tempos associados aos processos de atendimento dos pacientes. | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um atendimento mais rápido. Dependendo do quadro do paciente, pode significar manutenção de sua vida. Nesse caso, ela garante mais rapidamente que ele percorra os processos necessários para seu atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os erros de classificação (priorizar paciente não grave ou não priorizar paciente grave), conformados pela heurística em questão, pode haver impacto em aumento da taxa de mortalidade, aumento dos tempos médios de atravessamento, aumento do tempo médio de permanência. | Levar em consideração casos semelhantes pode significar uma decisão mais rápida, que, dependendo do quadro clínico do paciente, pode ser mais importante que uma decisão ótima. Nesse sentido, pode reduzir a taxa de mortalidade e os tempos de atravessamento. |

| | | |
|---|---|---|
| O4: Sistemas de recursos humanos | Mais pacientes com atribuição de prioridade elevadas implicam em mais profissionais para atendê-los nos níveis de serviço definidos. Menos pacientes com prioridade elevada podem significar possibilidade de redução ou realocação equivocada dos quadros técnicos. As distorções podem impactar o dimensionamento de recursos humanos. | Se a enfermeira decide mais rapidamente sobre a prioridade do paciente a partir de quadros semelhantes pode, no limite, reduzir o tempo de atendimento, que para manutenção do atendimento no nível de serviço definido, pode significar a possibilidade de redução do quantitativo de médicos. |
| O5: Sistemas de qualidade | Para o paciente grave que precisa percorrer o caminho mais longo, pois é classificado como menor prioritário, a qualidade de seu tratamento fica comprometida. Para o paciente não grave que percorre o caminho mais curto, há uma sensação pontual de melhor atendimento, que reflete em piora global, para os demais pacientes que deveriam ser priorizados. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo são diretamente impactados. | Uma decisão mais rápida, a partir dessa influência, pode permitir uma intervenção mais rápida para garantir manutenção da vida do paciente. Dependendo do quadro, mesmo que não aderindo ao protocolo, a decisão mais rápida pode ser preferível à decisão ótima. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. Dessa forma, se o planejamento foi feito com base em um perfil de demanda, no curto prazo, a distorção de demanda pode comprometer a disponibilidade de determinados itens. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se ela sobrecarrega o fluxo de pacientes graves com pacientes não graves, isso significa que, para manutenção do nível de serviço, a capacidade dos postos pelos quais esses pacientes precisariam passar precisa ser aumentada. Então, se ela encaminha pacientes não graves para a sala vermelha, por exemplo, ela imobiliza capacidade desta sala que deveria ser direcionada a outro tipo de paciente. | Quando conformada por essa heurística e tomando decisões mais prontamente, a redução dos tempos médios de atendimento pode significar aumento de capacidade do posto de classificação de risco. |
| O9: Instalações | Se a capacidade precisar ser aumentada em decorrência das distorções de demanda, as instalações associadas a oferta desse atendimento precisarão ser redimensionadas. Se há aparente ociosidade de capacidade em decorrência dessa influência, as instalações associadas podem ser equivocadamente remanejadas. | Se ela garante tempos menores de atendimento, para manutenção do nível de serviço, parte das instalações do posto podem ser realocadas para outro fim. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira intensifica erroneamente o fluxo de pacientes graves, ela pode sobrecarregar os postos seguintes que precisarão aumentar a carga de trabalho para garantir um atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ela | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | intensifica o fluxo de pacientes não graves (ou menos graves) erradamente, isso pode, no curto prazo, reduzir aparentemente a carga de trabalho dos postos seguintes, mas no médio prazo, isso pode significar ter que lidar com um paciente com um quadro agravado. | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, a enfermeira julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio.

Quadro 34 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se, conformada por essa heurística, a enfermeira tiver mais conhecimento sobre casos de pacientes azuis, ela tende a classificar os seguintes levando em consideração esse conhecimento prévio. Dessa forma, mais pacientes podem ser entendidos como azul, aumentando a demanda da rede de atenção básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo | Se a enfermeira julga a probabilidade de chegada de um paciente com | Recorrer ao conhecimento prévio pode |

| | | |
|---|---|---|
| do paciente na unidade | determinada prioridade com base em seu conhecimento prévio, ela pode intensificar erradamente determinados fluxos (verdes, amarelos ou vermelhos), impactando assim o percurso do paciente nas próximas etapas do atendimento. | significar tempos menores para atribuição de cor associada ao risco do paciente, de forma que, para determinados casos, isso pode significar a manutenção da vida do paciente. Dessa forma, ele percorrerá as etapas necessárias mais rapidamente. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A possível distorção da demanda (classificações com maiores ou menores prioridades que a necessária) podem distorcer indicadores como tempo de atravessamento, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, satisfação do paciente. | Se, através de seu conhecimento prévio, a enfermeira consegue garantir tempos menores de atendimento, isso pode significar menores taxas de mortalidade associadas aos tempos de espera, pode reduzir os tempos de atravessamento, os tempos médios de permanência da unidade e aumentar a satisfação do paciente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ela intensifica o fluxo de pacientes com mais prioridade, ela pode exigir um aumento do quantitativo de profissionais para garantia do atendimento nos níveis de serviço (principalmente tempos de atravessamento associados a cor). Se ela intensifica o fluxo de pacientes menos prioritários, ela pode permitir uma ociosidade equivocada que pode resultar em realocações ou reduções de quadro técnico indevidas. | Se, a partir dessa influência, ela garante tempos menores de atendimento no posto de classificação de risco, ela pode aumentar a capacidade do posto de forma tal que seja necessário um menor número de pessoas para o posto em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se ela se embasa em seu conhecimento prévio para julgar um determinado caso, ela pode estar negligenciando o uso de algum protocolo. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo podem ser negativamente impactados. | Se ela recorre ao seu conhecimento prévio, pode garantir intervenções mais rápidas em determinados casos, de forma que, dependendo do quadro do paciente, pode ser crucial para manutenção de sua vida. Para casos como este, o não uso dos protocolos pode ser melhor do ponto de vista assistencial. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. Dessa forma, se o planejamento foi feito com base em um perfil de demanda, no curto prazo, a distorção de demanda pode comprometer a disponibilidade de determinados itens. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se influenciada por essa heurística, a intensificação ou diminuição de determinados fluxos impactaria a necessidade de redimensionamento de | Se, ao recorrer a seu conhecimento prévio, ela realizar uma priorização assertiva e em menor |

| | | |
|---|---|---|
| | capacidade dos postos subsequentes. Se ela aumenta o fluxo de paciente mais graves equivocadamente, para atendimento no nível de serviço estabelecido, seriam necessários, por exemplo, mais médicos no posto de consulta. Se ela intensifica o fluxo de pacientes menos graves, ela pode gerar uma ociosidade que pode ser mal interpretada, uma vez que se esses recursos forem realocados por conta dessa distorção da demanda, o nível de serviço que se pretende oferecer pode ser comprometido. | tempo, ela impacta em aumento de capacidade do seu posto de trabalho e permite realocação dessa capacidade para outros fins. |
| O9: Instalações | Se ela distorce a demanda, o reajuste em capacidade impacta diretamente o reajuste nas instalações associadas a essa capacidade. Se ela aumenta o fluxo de pacientes graves equivocadamente, a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes, para manutenção do nível de serviço, implica redimensionamento das instalações associadas, por exemplo. | Se ela garante tempos menores de atendimento, para manutenção do nível de serviço, parte das instalações do posto de classificação de risco podem ser realocadas para outro fim. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira intensifica erroneamente o fluxo de pacientes graves, ela pode sobrecarregar os postos seguintes que precisarão aumentar a carga de trabalho para garantir um atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ela intensifica o fluxo de pacientes não graves (ou menos graves) erradamente, isso pode, no curto prazo, reduzir aparentemente a carga de trabalho dos postos seguintes, mas no médio prazo, isso pode significar ter que lidar com um paciente com um quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. A triagem é equivocada pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 35 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | O fracasso em obter as informações para avaliar o paciente pode acarretar um redirecionamento indevido (atribuir ao paciente uma priorização azul), sobredemandando a rede de atenção básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Ao atribuir uma priorização equivocada ao paciente por conta da não obtenção adequada de informações (não aferição dos sinais vitais necessários, por exemplo), a enfermeira pode impactar os percursos pelos quais o paciente precisaria percorrer para garantia de seu atendimento. | Por outro lado, não levar em consideração todas as informações possíveis acerca do paciente pode significar ganho de tempo no atendimento, de forma que mais pacientes poderiam ser atendidos, agilizando assim os fluxos. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Não ter todas as informações necessárias para classificar o paciente pode significar atribuir prioridades maiores ou menores que as devidas. Uma atribuição de prioridade maior que a devida pode impactar aumentos dos tempos médios de atravessamento, dos tempos de permanência, do percentual de retorno e satisfação do paciente. | Não levar em conta todas as informações possíveis acerca do caso do paciente pode significar reduções do tempo de classificação e, em consequência, no tempo de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ela intensifica o fluxo de pacientes com mais prioridade, ela pode exigir um aumento do quantitativo de profissionais para garantia do atendimento nos níveis de serviço (principalmente tempos de atravessamento associados a cor). Se ela intensifica o fluxo de pacientes menos prioritários, ela pode permitir uma ociosidade equivocada que pode resultar em realocações ou reduções de quadro técnico indevidas. | Se, a partir dessa influência, ela garante tempos menores de atendimento no posto de classificação de risco, ela pode aumentar a capacidade do posto de forma tal que seja necessário um menor número de pessoas para o posto em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada por essa heurística, classifica os pacientes de forma inadequada, ela impacta negativamente a qualidade do atendimento não somente do paciente classificado erradamente, mas dos demais, que terão suas prioridades distorcidas. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao | Para alguns quadros clínicos, uma decisão mais rápida pode ser mais importante que uma decisão ótima. Dessa forma, se ela decide mais rapidamente a prioridade do paciente a partir de características marcantes de seu discurso, ela pode, mesmo negligenciando o uso de |

| | | |
|---|---|---|
| | protocolo são diretamente impactados. | determinados protocolos, garantir a sobrevivência do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | Uma classificação de risco que não leva em consideração informações que podem ser necessárias para um diagnóstico adequado pode dificultar um planejamento e disponibilidade de recursos (equipamentos, materiais, leitos, medicamentos), visto que as previsões a partir bases histórias e perfis de demanda esperados acabam sendo distorcidos por essa influência. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada por essa heurística, classifica mais pacientes com maior prioridade, ela pode acabar por impactar a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes, visto que pacientes com prioridade maior precisariam atravessar o sistema em menos tempo. O oposto também pode ocorrer. Se ela classifica mais pacientes com menor prioridade, pode induzir uma ociosidade equivocada os demais postos. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode garantir tempos de atendimento menores, aumentando a capacidade do posto de classificação de risco. |
| O9: Instalações | Se ela distorce a demanda, o reajuste em capacidade impacta diretamente o reajuste nas instalações associadas a essa capacidade. Se ela aumenta o fluxo de pacientes graves equivocadamente, a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes, para manutenção do nível de serviço, implica redimensionamento das instalações associadas, por exemplo. | Se ela garante tempos menores de atendimento, para manutenção do nível de serviço, parte das instalações do posto de classificação de risco podem ser realocadas para outro fim. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira intensifica erroneamente o fluxo de pacientes graves, ela pode sobrecarregar os postos seguintes que precisarão aumentar a carga de trabalho para garantir um atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ela intensifica o fluxo de pacientes não graves (ou menos graves) erradamente, isso pode, no curto prazo, reduzir aparentemente a carga de trabalho dos postos seguintes, mas no médio prazo, isso pode significar ter que lidar com um paciente com um quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.1.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, a enfermeira pode subestimar casos graves e classificar erradamente um paciente como menor prioridade que a devida.

Quadro 36 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo)

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Quando, conformada por essa heurística, ela pode decidir por redirecionar um paciente para a rede de atenção básica, sem investigar o caso real, por recursar a possibilidade de diagnóstico raro. Dessa forma, há uma sobrecarga da rede como consequência. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Os pacientes que tem seu diagnóstico negligenciado por conta dessa influência terão seu percurso impactado. Ele percorrerá etapas distintas das necessárias seu adequado atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ela subestima um caso grave, ela pode classificar o paciente com menor prioridade que a devida e permitir o agravamento do caso do paciente, de forma que para o sistema, indicadores como satisfação do cliente, taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, tempo de permanência, taxa de infecção, podem ser impactados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ela atribui menor prioridade por estar influenciada por essa heurística, ela pode causar uma ociosidade indevida no sistema, de forma que para garantia do atendimento nos níveis de serviço definidos, seriam necessários menos profissionais que os alocados das unidades. Desta forma, essa distorção da demanda real poderia causar uma realocação ou redução dos quadros técnicos equivocados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando subestimados diagnósticos raros, ela pode classificar o paciente com menor prioridade que a devida e pode impactar indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição e acionamento dos demais recursos (humanos, equipamentos, aquisição de medicamentos) necessários para tratar o caso pode se dar de forma tardia ou negligenciada, quando a enfermeira, conformada por essa heurística, recusa o diagnóstico desde a entrada do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se ela classifica mais pacientes com menor prioridade, pode induzir uma ociosidade da capacidade dos demais postos para atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Dessa forma, pode gerar uma realocação equivocada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se ela distorce a demanda, o reajuste em capacidade impacta diretamente o reajuste nas instalações associadas a essa capacidade. Se ela aumenta o fluxo de pacientes graves equivocadamente, a necessidade de aumento de capacidade dos postos subsequentes, para manutenção do nível de serviço, implica redimensionamento das instalações associadas, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela intensifica o fluxo de pacientes não graves (ou menos graves) erradamente, isso pode, no curto prazo, reduzir aparentemente a carga de trabalho dos postos seguintes, mas no médio prazo, isso pode significar ter que lidar com um paciente com um quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os possíveis redimensionamentos de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar reajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2 Decisão 2: Redirecionamento para outras unidades

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de redirecionamento para outras unidades e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

#### 4.4.2.2.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

A ancoragem acontece quando a enfermeira, ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente, não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para realizar decidir se o paciente deve ou não ser redirecionado para a atenção primária.

Quadro 37 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | A enfermeira, influenciada pela heurística da ancoragem, pode distorcer a demanda. Por exemplo, redirecionando um paciente que precisaria ser atendido na unidade, sobrecarrega a rede, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade por parte da rede. Por outro lado, se a enfermeira não redireciona um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciada por essa heurística, ela acaba por amortizar a demanda da rede de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | atenção básica. | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se ancorada por uma característica marcante do discurso do paciente, a enfermeira pode decidir por atender um paciente que não precisaria de atendimento ou não atender um paciente que precisaria. Dessa forma, os encaminhamentos dos pacientes ao longo dos fluxos pode se dar de forma equivocada traduzindo-se em intensificação do fluxo de determinado tipo de paciente desnecessariamente. | Se ela se ancora em uma característica relevante do discurso, ela pode decidir mais rapidamente se o paciente precisa ou não de atendimento na unidade e, dessa forma, realizar a classificação em menos tempo. Se ela atende mais rápido, um maior número de pacientes poderá ser atendido. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, permite o atendimento médico de pacientes que não necessitariam de atendimento na unidade, acaba por impactar os tempos de atravessamento, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, satisfação do paciente, que são indicadores de desempenho da organização. | Identificar com rapidez se o paciente necessita de atendimento impactam indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada pela heurística da ancoragem, não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode redirecionar para a atenção primária um paciente que precisaria de cuidados de urgência, prejudicando seu tratamento, ou permitir a entrada de um paciente que não precisaria de cuidados urgentes, prejudicando o atendimento dos demais pacientes. Não há aderência ao protocolo e podem ser impactados indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Estar conformada pela heurística da ancoragem pode ser uma boa diretriz para uma classificação mais rápida. Utilizar uma característica marcante do discurso do paciente pode garantir um diagnóstico a tempo, que, dependendo do quadro do paciente, pode ser crucial, mesmo que não aderindo ao protocolo. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, permite o atendimento de um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, sobrecarrega o sistema, aumentando a demanda, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade para manutenção do nível de serviço definido. Por outro lado, se ela não admitir um paciente que precisaria de atendimento, ela subdimensiona a demanda, que também impactaria o redimensionamento da capacidade. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de triagem. |

| | | |
|---|---|---|
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, permite a entrada de pacientes que não precisariam de atendimento na unidade ou que não permite a entrada de pacientes que precisariam de atendimento, acaba por impactar a necessidade de ajustes nas instalações para comportar a sobredemanda ou subdemanda. | Uma classificação mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico para o posto em questão. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | A enfermeira que não redireciona um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.2 Heurística 2: Efeito da forma *(Framing effect*)

Quando conformada por essa heurística, a forma (externa ao trabalho da enfermeira) como o problema é colocado pelo paciente influencia fortemente na avaliação da enfermeira sobre a necessidade de redirecionamento ou não do paciente.

Quadro 38 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de redirecionamento para outras unidades

| **Categoria Impactada** | **Impactos negativos** | **Impactos positivos** |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira redireciona um paciente que precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciada pela forma como o paciente expôs seu | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | problema, ela acaba por sobrecarregar a rede de atenção primária. Se a enfermeira não redireciona um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciada pela forma como o paciente expôs seu problema, ela acaba por amortizar a demanda da rede de atenção primária. | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, permite o atendimento de pacientes que não precisariam ser atendidos na unidade, ela acaba por distorcer a real necessidade por atendimento, de forma que poderá contribuir para a intensificação indevida de determinado fluxo. | Do ponto de vista do paciente que precisa de atendimento, a enfermeira estar influenciada por essa heurística pode significar um tempo de atendimento mais rápido, logo um direcionamento mais rápido para o fluxo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Uma avaliação influenciada pela forma como o problema é colocado, pode acarretar desvios do tipo de paciente que deve ser atendido, impactando diretamente indicadores avaliados pela organização, principalmente relacionados a tempo de atravessamento. | Levar em consideração a forma como o paciente coloca seu problema pode contribuir para minimizar redirecionamentos equivocados de pacientes que precisariam de atendimento, impactando positivamente em indicadores como taxa de mortalidade (eficácia) e percentual de retorno em 24h (eficácia), por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tomar decisão mais rapidamente de forma que menos recursos humanos serão necessários para atendimento neste posto de trabalho. |
| O5: Sistemas de qualidade | Estar influenciada pela forma como o problema é exposto diminui a capacidade de diagnóstico baseada em protocolos. Assim, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo podem ser prejudicados. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar o diagnóstico desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos, compra de medicamentos e materiais, contratações de serviços como nutrição, laboratório, raio x pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se a enfermeira permite o atendimento médico de um paciente que não precisaria de atendimento ou não permite o de um paciente que precisaria, pela forma como ele expôs suas queixas, ela distorce a demanda e em consequência, impacta a necessidade de redimensionamento da capacidade | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Se influenciada por essa heurística, a enfermeira pode atingir pontualmente um tempo de atendimento menor durante a |

| | | |
|---|---|---|
| | para garantir o nível mínimo de serviço definido pelos contratos de gestão. | classificação (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho pontual de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho pontual que não reflete ganho sistêmico (longo prazo). |
| O9: Instalações | A sobredemanda causada pela permissão de atendimento de pacientes que não deveriam ser atendidos na unidade exigiria ajustes nas instalações para atendimento dos pacientes no nível mínimo de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | A enfermeira que acolhe um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Quando conformada por esta heurística, a enfermeira avaliará os casos sociais e psiquiátricos, por exemplo, mais por suas doenças/atribuições do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano. Ela pode tender a redirecionar mais casos indevidamente.

Quadro 39 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | A enfermeira que, conformada por essa heurística, redireciona um paciente apenas por sua atribuição, acaba por impactar a rede, sobredimensionando sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira decide redirecionar o paciente apenas por sua atribuição, ela impede que ele percorra as etapas necessárias ao seu atendimento. Se ela direciona diretamente para a sala de medicação ou de observação e não permite que ele passe pela consulta médica, ela também impacta o fluxo do paciente pela unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira, conformada por essa heurística, pode impactar negativamente indicadores como taxa de mortalidade, percentual de retorno. Essa influência poderia, de certa forma, contribuir para o aumento de mortes evitáveis. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | A enfermeira, conformada por essa heurística, pode não permitir o atendimento pelo médico de casos sociais, impossibilitando o tratamento desse paciente, ou permitir sua entrada sem dar a devida atenção à investigação/diagnóstico do paciente. Essa tendência em julgar casos sociais ou psiquiátricos por suas condições e não pelo diagnóstico prejudica não apenas o tratamento do paciente em questão, como dos demais que precisariam desse atendimento. Dessa forma, a enfermeira deliberadamente negligencia os protocolos assistenciais. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| unidade | | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando a enfermeira acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de determinado tratamento pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente. Aqui ela pode redirecionar apenas por não já ter redirecionado outros pacientes antes, por exemplo.

Quadro 40 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | A enfermeira pode, influenciada por essa heurística, redirecionar para a rede de atenção básica um paciente que precisaria de atendimento ou retém um paciente que não precisaria de atendimento. Assim, ela distorce demanda da rede. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira, conformada por essa heurística, pode contribuir para uma intensificação de determinado fluxo de paciente, distorcendo assim a demanda real da unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de | Os dois erros associados a essa influência poderiam distorcer indicadores da | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| desempenho da organização | organização. O atendimento de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento, enquanto o redirecionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço acordado pelos contratos de gestão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir a enfermeira a atender pacientes que não precisariam de atendimento ou não atender pacientes que precisariam de atendimento. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais seria negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | A enfermeira que não redireciona um paciente que não precisaria de atendimento na unidade, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar necessidade de aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode entender que queixas (externas e independentes do seu trabalho) semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ela pode, por exemplo, considerar que um paciente não precisa de atendimento médico na unidade por sua queixa ser semelhante a algum outro que não precisou.

Quadro 41 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso a enfermeira decida por, conformada pela heurística em questão, redirecionar um paciente pelo fato de suas queixas/sintomas serem semelhantes às de um paciente que não precisou de atendimento na unidade, ela pode sobrecarregar a rede, aumentando sua demanda. Por outro lado, se conformada por essa heurística, ela não redireciona um paciente que não precisaria de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode amortizar parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira absorve um paciente que não precisaria de atendimento, esse paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que precisariam de atendimento na unidade. | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de classificação de risco associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. O atendimento de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento, enquanto o redirecionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes impactam indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam estar na unidade impactam a necessidade de mais | Uma decisão mais rápida pode impactar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |

| | | |
|---|---|---|
| | recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço, por exemplo. | |
| O5: Sistemas de qualidade | A enfermeira que, influenciada por essa heurística, redirecionar um paciente que precisaria de atendimento ou não redirecionar um paciente que não precisaria, negligência o uso de protocolos assistenciais para embasar seu atendimento, impactando, por exemplo, pioras em indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar o diagnóstico mais rapidamente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Se influenciada por essa heurística, a enfermeira pode atingir sistemicamente um tempo de atendimento menor durante a triagem (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho de longo prazo. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela absorve paciente que não deveriam ser atendidos na unidade, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes, para manutenção do atendimento no nível de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, a enfermeira julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio.

Quadro 42 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso a enfermeira decida por, conformada pela heurística em questão, redirecionar um paciente que precisaria de atendimento na unidade, ela pode sobrecarregar a rede, aumentando, assim, sua demanda. Por outro lado, se conformada por essa heurística, ela acolhe um paciente que não precisaria de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode gerar um impacto positivo visto que amortiza parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se a enfermeira absorve um paciente que não precisaria de atendimento, esse paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que precisariam de atendimento na unidade. | Considerar seu conhecimento prévio para realizar a classificação pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de classificação associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. O atendimento de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento, enquanto o redirecionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes podem impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a |

| | | |
|---|---|---|
| | | execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformada por essa heurística, a utilização de seu conhecimento prévio recorrentemente pode significar negligenciar o uso dos protocolos assistenciais. Dessa forma, indicadores associados a esses protocolos podem ser impactados, como por exemplo, percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Fazer uso de seus conhecimentos prévios pode garantir uma decisão mais rápida e, consequentemente, uma classificação mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Os possíveis erros decorrentes dessa heurística podem distorcer a demanda, de forma que dimensionamento de capacidade para atender ao nível de serviço definido fica comprometido. | Tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | Se houver distorção de demanda por conta dessa influência, o redimensionamento das instalações para comportar a nova demanda se faz necessário. | Uma classificação mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se ela absorve pacientes que não deveriam ser atendidos na unidade, ela pode sobrecarregar os postos subsequentes, para manutenção do atendimento no nível de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações (interno e externo ao trabalho) para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. A classificação pode ser equivocada, portanto, pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 43 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se a enfermeira, conformada por essa heurística, redireciona o paciente para a rede de atenção primária, ela sobredimensiona a demanda da rede. Por outro lado, se conformada por essa heurística ela decide absorver o paciente, ela amortiza a demanda da rede básica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Ambos os erros associados a essa heurística, seja de sobredimensionamento da demanda ou subdimensionamento, impactam a intensidade do fluxo do paciente na unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ela negligencia deliberadamente a obtenção de informações e absorve o paciente, ela pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxa de mortalidade e satisfação do paciente. Se ela redireciona equivocadamente, ela pode impactar indicadores como taxa de mortalidade e percentual de retorno, por exemplo. | Essa influência pode permitir identificar com rapidez as necessidades dos pacientes, impactando indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções da demanda decorrentes dessa influência poderiam impactar a necessidade de ajustes no dimensionamento de recursos humanos nos demais postos de trabalho. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode redirecionar para a atenção primária um paciente que | Estar conformada pela heurística da ancoragem pode ser uma boa diretriz para |

| | | |
|---|---|---|
| | precisaria de cuidados de urgência, prejudicando seu tratamento, ou permitir a entrada de um paciente que não precisaria de cuidados urgentes, prejudicando o atendimento dos demais pacientes. São impactados, a decisão não adere ao protocolo e pode impactar, por exemplo, o percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | uma classificação mais rápida. Utilizar apenas parte do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo em determinados casos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda decorrente dessa influência pode impactar o dimensionamento da capacidade para atendimento dos pacientes no nível mínimo de serviço definido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda impacta o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes nos níveis de serviço estipulados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.2.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, a enfermeira pode subestimar casos graves. Aqui, ela pode tender a redirecionar mais pacientes que o devido e sobrecarregar a rede.

Quadro 44 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de redirecionamento para outras unidades

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tender a redirecionar mais pacientes para a rede de atenção primária, uma vez que ela subestima casos graves. Dessa forma, ela sobredimensiona a demanda da rede. Além disso, a recusa por um diagnóstico raro pode impedir o acionamento de unidades especializadas (alta complexidade) e impactar um dimensionamento inadequado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Do ponto de vista da unidade, pode haver um subdimensionamento da demanda. Essa distorção pode impactar em diminuição do fluxo esperado de pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, conformada por essa heurística, redireciona um paciente que precisaria de atendimento na unidade, pode impactar indicadores como taxa de mortalidade, percentual de retorno em 24h, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ela recusa diagnósticos raros, pode distorcer a demanda real da unidade, de forma que os recursos humanos que seriam destinados a tratar do paciente podem ficar ociosos e serem equivocadamente realocados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode negligenciar o uso dos protocolos assistenciais quando redireciona um paciente que precisaria de atendimento. Dessa forma, indicadores associados a esses protocolos podem ser impactados, como por exemplo, percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais é prejudicado diante de uma distorção da demanda, quando a enfermeira recusa o atendimento (classificação associada) do paciente por estar conformada por essa heurística. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda decorrente dessa influência pode impactar o | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | dimensionamento da capacidade para atendimento dos pacientes no nível mínimo de serviço definido. | |
| O9: Instalações | A distorção da demanda impacta o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes nos níveis de serviço estipulados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3 Decisão 3: Direcionamento para a sala de observação / Estabilização

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.2.3.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

Para esta decisão, a ancoragem acontece quando a enfermeira, ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente, acompanhante ou enfermeiro da ambulância e não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para definir se o paciente precisa ou não seguir para a sala de observação.

Quadro 45 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, direciona um paciente equivocadamente para a sala de observação, impacta não somente o fluxo desse paciente, como também dos demais pacientes que necessitariam desse cuidado e não terão disponibilidade de leito. Por outro lado, se ela não direciona o paciente que precisaria do atendimento, ela intensifica indevidamente o fluxo de pacientes menos graves. | Se ela se ancora em uma característica relevante do discurso, ela pode tomar a decisão mais rapidamente. Na perspectiva do paciente que precisaria do direcionamento, trata-se de uma influência positiva. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A enfermeira que, conformada pela heurística da ancoragem, encaminha um paciente para a sala de observação erradamente, pode impactar significantemente indicadores de desempenho, tais como taxa de mortalidade, taxa de infecção, giro de leito, por exemplo. Se, no entanto, ela decide por não encaminhar o paciente o paciente que precisaria, ela impacta indicadores como tempo de atravessamento e taxa de mortalidade. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, tempo de permanência, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem impactar a necessidade de redimensionamento de recursos humanos. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que a enfermeira, conformada pela heurística da ancoragem, não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode não direcionar erroneamente um paciente que precisaria de tratamento na sala de observação, prejudicando seu tratamento, ou direciona-lo indevidamente, prejudicando o atendimento dos demais pacientes que precisariam desse cuidado. Em ambos os casos, não haveria aderência ao protocolo e poderiam ser impactados indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Estar conformada pela heurística da ancoragem pode garantir uma decisão mais rápida. Utilizar uma característica marcante do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo que, para determinados casos, pode ser decisivo. |

| | | |
|---|---|---|
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais é prejudicado diante de uma distorção da demanda, quando a enfermeira recusa o acolhimento do paciente por estar conformada por essa heurística. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, influenciada pela heurística da ancoragem, direciona para a sala de observação um paciente que não precisaria desse atendimento, sobredimensiona a demanda dessa área, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade. Por outro lado, se ela não direciona o paciente equivocadamente, ela subdimensiona a demanda da sala de observação e sobredimensiona a demanda para consulta médica, também impactando a necessidade de redimensionamento da capacidade. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de classificação de risco. |
| O9: Instalações | A distorção recorrente da demanda decorrente dessa influência, pode impactar reajustes nas instalações desses ambientes. Se a enfermeira direciona um paciente que não precisaria desse tratamento, a sobredemanda pode significar necessidade de leitos extras, compartilhamento de respiradores, por exemplo. Se ela não direciona, a sobredemanda no salão de espera pode impactar reajuste das instalações destes, ou reajustes decorrentes do aumento de capacidade dos atendimentos médicos, para atender a sobredemanda. | Uma classificação de risco mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico para o posto em questão. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda de pacientes para a sala de observação, decorrentes dessa influência, pode impactar a intensificação desnecessária da necessidade de manutenção dos equipamentos desta sala. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformada por essa heurística, a forma como o problema é colocado pelo paciente, enfermeiro da ambulância ou acompanhante influencia fortemente na avaliação da enfermeira sobre a necessidade de observação do paciente.

Quadro 46 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | A enfermeira que, influenciada pela forma como o problema foi exposto, direciona um paciente equivocadamente para a sala de observação, impacta não somente o fluxo desse paciente, como também dos demais pacientes que necessitariam desse cuidado e não terão disponibilidade de leito. Por outro lado, se ela não direciona o paciente que precisaria do atendimento, ela intensifica indevidamente o fluxo de pacientes menos graves. | Do ponto de vista do paciente que precisa de atendimento, a enfermeira estar influenciada por essa heurística pode significar um tempo de atendimento mais rápido, logo um direcionamento mais rápido para o fluxo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Uma avaliação influenciada pela forma como o problema é colocado pode acarretar desvios que impactam indicadores avaliados pela organização, como taxas de infecção, taxas de mortalidades e giro de leito. | Levar em consideração a forma como o paciente coloca seu problema pode contribuir para minimizar não direcionamentos para a sala de observação equivocados (pacientes que precisariam de atendimento), impactando positivamente em indicadores como taxa de mortalidade (eficácia) e percentual de retorno em 24h (eficácia), por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode tomar decisão mais rapidamente de forma que menos recursos humanos serão necessários para atendimento neste posto de trabalho. |
| O5: Sistemas de qualidade | Estar influenciada pela forma como o problema é exposto diminui a capacidade de diagnóstico baseada em protocolos. Direcionar um paciente que não | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar a |

| | | |
|---|---|---|
| | precisaria de atendimento pode sobredemandar a sala de observação, de forma tal que haja ajustes que não serão aderentes aos instrumentos normativos, de forma a comportar o número de paciente. Assim, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo poderiam ser impactados. | decisão de direcionar ou não, o que do ponto de vista do paciente é positivo. No entanto, ela não executaria determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos, compra de medicamentos e materiais, contratações de serviços como nutrição, laboratório, raio x pode ser prejudicado por uma distorção da demandam, seja para a sala de observação, seja para o atendimento nos consultórios. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, poderia impactar necessidade de reajuste da capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, poderia impactar redimensionamento a capacidade dos postos pelos quais ele passaria, visto que haveria intensificação desse fluxo. | Se influenciada por essa heurística, a enfermeira pode atingir pontualmente um tempo de atendimento menor durante a classificação de risco (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho pontual de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho pontual que não reflete ganho sistêmico (longo prazo). |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por exemplo, por conta dessa sobredemanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar maior necessidade de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar o aumento de demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformada por esta heurística, a enfermeira avaliará os casos sociais e psiquiátricos mais por suas doenças/atribuições do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano e a necessidade de observação pode ser entendida como uma forma de manter o paciente assistido sem que haja uma investigação do seu caso.

Quadro 47 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode tender a subestimar o diagnóstico e não direcionar para a sala de observação um paciente que precisaria desse atendimento. Dessa forma, ela pode distorcer o fluxo que deveria ser percorrido pelo paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | O não direcionamento para as salas de observação não influenciado pelo diagnóstico, mas pelas condições sociais ou psiquiátricas do paciente, pode acabar distorcendo indicadores como taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, satisfação do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | O não direcionamento equivocado de pacientes para as salas de observação podem impactar necessidade de redimensionamento de recursos humanos para estas salas, visto que distorcerá a demanda esperada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformada por essa heurística, a enfermeira pode negligenciar o uso de protocolos assistenciais para classificação de risco e não direcionar devidamente o paciente apenas por sua atribuição. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo poderiam ser impactados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O6: Planejamento e controle | A distorção da demanda de paciente para a sala vermelha pode impactar o planejamento inicial para o número de pacientes esperado (nutrição, raio x, medicamentos, materiais). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, não direciona erradamente um paciente para a sala de observação, poderia impactar gerar ociosidade da capacidade desta sala, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar o redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar ajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando a enfermeira acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de observação continuada pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente.

Quadro 48 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, influenciada por essa heurística, ela pode direcionar mais pacientes para a sala de observação, dependendo da quantidade que tiver necessitado desse atendimento anteriormente, ou não direcionar, caso tenha havido pouco atendimento dessa natureza. Em ambos os casos, ela impacta os fluxos dos pacientes na unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada.<br>Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Os dois erros associados a essa influência poderiam distorcer indicadores da organização. O direcionamento de pacientes que não precisariam desse atendimento poderia impactar indicadores como tempos de permanência, giro de leito, taxa de infecção, enquanto o não direcionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada.<br>Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir a enfermeira a direcionar pacientes que não precisariam desse atendimento ou não atender pacientes que precisariam de atendimento. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais seria negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada.<br>Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta na capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, poderia impactar o redimensionamento da capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar o redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar ajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode entender que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ela pode, por exemplo, considerar que um paciente não precisa de observação por sua queixa ser semelhante a algum outro caso mais simples e cometer um erro.

Quadro 49 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do de probabilidade posterior da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, por estar influenciada por essa heurística, ela entende que um paciente não precisa ser direcionado para as salas de observação por ter um sintoma semelhante ao de um paciente não grave, ele percorre o mesmo caminho de um paciente não grave. Por outro lado, se ela entende que ele é grave pelo fato de o sintoma ser semelhante, ele tende a percorrer o fluxo equivocado, intensificando indevidamente o fluxo de um paciente que precisaria do tratamento nas salas de observação. | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente poderia ser atendido (fluxos mais ágeis). Do ponto de vista do paciente que necessita do atendimento da sala de observação, a rapidez na decisão pode ser decisiva para seu estado de saúde. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem impactar os indicadores de desempenho da organização. O direcionamento de pacientes que não precisariam desse atendimento poderia distorcer os tempos médios de permanência dos pacientes na observação, aumentar a taxa de infecção e mortalidade, enquanto o não direcionamento indevido poderia impactar aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes podem impactar indicadores como tempos de atravessamento, tempo de permanência, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam ser direcionados para a sala de observação impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço e menos pacientes direcionados indevidamente poderia impactar redimensionar o número de médicos nos consultórios médicos. | Uma decisão mais rápida pode impactar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ela direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ela impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas as condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode pontualmente acertar o diagnóstico mais rapidamente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta na capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, impacta redimensionar capacidade para os postos pelos quais ele passaria. | Quando conformada por essa heurística e tomando decisões mais prontamente, ela pode impactar aumento pontual de capacidade do posto de classificação de risco. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar o redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, a enfermeira julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio. Então, um paciente pode não necessitar de observação continuada, mas pode ser encaminhado, pois a enfermeira entendeu que seu caso era semelhante a um de seu conhecimento prévio que foi encaminhado ou ela pode não direcionar um paciente por não ter um conhecimento prévio do seu caso.

Quadro 50 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, conformada por essa heurística, a enfermeira tiver mais conhecimento sobre casos de pacientes que precisaram de observação continuada, ela tende a encaminhar mais pacientes para essa sala, intensificando o fluxo de pacientes desse tipo. Por outro lado, se seu conhecimento prévio for de pacientes não graves, ela tende a julgar mais provável a chegada de casos assim e não direcionará pacientes que necessitam de cuidados das salas de observação, intensificando o fluxo de pacientes para atendimento nos consultórios médicos. | Considerar seu conhecimento prévio para realizar a classificação pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser direcionado no tempo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Tanto para os casos de direcionamentos indevidos, quanto para os não direcionamentos que precisariam do atendimento, há impacto nos indicadores da organização. O não direcionamento de um paciente que precisaria de atendimento na sala de observação pode impactar indicadores como taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, qualidade percebida. Por outro lado, direcionar um paciente que não precisaria de atendimento pode impactar indicadores como tempo de permanência, giro de leito, taxas de infecção, taxa de mortalidade. | Identificar com rapidez a necessidade de direcionamento para a sala de observação de pacientes que precisariam desse atendimento pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, tempo de permanência, taxas de mortalidade, satisfação do paciente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes para as salas de observação, ela impacta uma necessidade de | Identificar se o paciente precisa ou não de direcionamento com mais rapidez pode |

| | | |
|---|---|---|
| | redimensionamento de recursos humanos para garantir o devido atendimento dos pacientes. Se, por outro lado, ela direciona menos pacientes, ela impacta também em redimensionamento dos postos de classificação de risco e consulta médica, por exemplo. | significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade de acolhimento. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ela direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ela impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas as condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Fazer uso seus conhecimentos prévios pode garantir uma classificação de risco mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, pode impactar a necessidade de reajuste de capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisaria de atendimento, pode impactar redimensionamento de capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | Por outro lado, tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar a necessidade de redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos | O aumento de desempenho associado a |

| | | |
|---|---|---|
| recursos financeiros a unidade | pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. O direcionamento ou o não direcionamento podem ser equivocados pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 51 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio do desempacotamento da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode não direcionar um paciente que necessitaria desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes não graves, ou direciona-lo sem que haja a necessidade desse | - |

| | | |
|---|---|---|
| | atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes graves. | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Tanto para os casos de direcionamentos indevidos, quanto para os não direcionamentos que precisariam do atendimento, há impacto nos indicadores da organização. Se ela não obtém as informações necessárias e direciona o paciente para a sala de observação, ela pode impactar indicadores como tempo de permanência, giro de leito, taxas de infecção, taxa de mortalidade. Se ela não direciona o paciente que precisaria, pode haver impactos em indicadores como tempo de atravessamento, taxa de mortalidade, percentual de retorno em 24h, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Em ambos os casos, pode haver distorções de fluxo. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes para as salas de observação, ela impacta uma necessidade de redimensionamento de recursos humanos para garantir o devido atendimento dos pacientes. Se, por outro lado, ela direciona menos pacientes, ela impacta também em redimensionamento dos postos de classificação de risco e consulta médica, por exemplo. | Por outro lado, essa influência pode permitir identificar com rapidez as necessidades dos pacientes, podendo impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. Do ponto de vista do paciente que precisa de direcionamento para a sala de observação, essa influência pode garantir uma decisão mais rápida e decisiva por parte da enfermeira. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ela direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ela impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas as condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Identificar se o paciente precisa ou não de direcionamento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade de acolhimento. |
| O5: Sistemas de qualidade | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio x. | Fazer uso seus conhecimentos prévios pode garantir uma classificação de risco mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | - | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, pode impactar a necessidade de reajuste de capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ela deixa de direcionar um paciente que precisaria de | - |

| | | |
|---|---|---|
| | atendimento, pode impactar redimensionamento de capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | |
| O8: Capacidade | A enfermeira que, conformada por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. Se ela não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar a necessidade de redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | Tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | Se a enfermeira, influenciada por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ela sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode não direcionar um paciente que necessitaria desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes não graves, ou direciona-lo sem que haja a necessidade desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes graves. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015

#### 4.4.2.3.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, a enfermeira pode subestimar casos graves. Aqui, ela pode tender a redirecionar mais pacientes que o devido e sobrecarregar a rede.

Quadro 52 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Essa tendência por subestimar casos graves pode fazer com que a enfermeira não direcione os pacientes que precisariam desse atendimento para a sala de observação, intensificando, portanto, o fluxo de pacientes não graves. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ela subestima um caso grave e não direciona o paciente para a sala de observação, ela pode permitir o agravamento do caso de um paciente, de forma que para o sistema, indicadores como satisfação do cliente, taxa de mortalidade, tempo de permanência, por exemplo, podem ser afetados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Neste caso, a distorção da demanda pode subutilizar os recursos humanos alocados da sala de observação, além de inviabilizar o planejamento da necessidade de recursos especializados para tratar dos casos raros e exigir um redimensionamento de recursos humanos para os postos de classificação de risco e consulta médica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformada por essa heurística, ela pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Nesse caso, trata-se de uma conduta que não é aderente aos protocolos assistenciais e poderiam impactar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O não direcionamento de pacientes que precisariam de atendimento na sala de observação distorce a demanda e pode prejudicar o planejamento e disponibilidade de prestação de serviços de outras áreas como nutrição, limpeza, raio x, entrega de medicamentos, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Um não direcionamento de um paciente, influenciado pela recusa de um | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | diagnóstico grave, pode impactar uma subutilização da capacidade da sala de observação e necessidade de reajuste de capacidade dos postos de classificação de risco e consulta médica, para comportar a nova demanda. | |
| O9: Instalações | A enfermeira que, conformada por essa heurística, não direciona um paciente que precisaria de atendimento na sala de observação, impacta em reajustes nas instalações das demais áreas, para suportar a intensificação dos fluxos, garantindo um atendimento nos níveis de serviços estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar necessidade de realocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015

### 4.4.3 Processo 3: Consulta médica

Neste tópico, serão explicitados os impactos das decisões tomadas no processo de consulta médica se essas decisões forem, então, conformadas pelas heurísticas.

#### 4.4.3.1 Decisão 1: Solicitação de exames

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de solicitação de exames e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

#### 4.4.3.1.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

O médico, ancorado em uma característica marcante do discurso (do paciente, acompanhante, enfermeiro da ambulância ou enfermeira da classificação de risco) não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para definir quais exames solicitar.

Quadro 53 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico influenciado por essa heurística pode: 1) solicitar exames insuficientes/equivocados para embasar o diagnóstico 2) solicitar mais exames que o necessário para a concepção do diagnóstico 3) solicitar menos exames que o necessário para concepção do diagnóstico Dessa forma, o fluxo do paciente a partir da consulta pode ser impactado. Ora ele pode ser intensificado, quando o médico solicita mais exames que o necessário, ora defasado, quando o médico solicita mais exames que o necessário, ora distorcido, quando o médico solicita exames insuficientes para embasar o diagnóstico. | Se o médico se ancora em uma informação relevante do atual quadro do paciente (discurso do paciente + diagnóstico da classificação de risco), ele pode decidir mais rapidamente sobre quais exames solicitar. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando a taxa de atendimento. Isso pode possibilitar um maior número de atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico, influenciado por essa heurística, solicita exames insuficientes para o diagnóstico ele pode aumentar o tempo de atravessamento, aumentar a taxa de mortalidade, aumentar o percentual de retorno, diminuir a satisfação do paciente. Se ele solicita mais exames que o necessário, pode impactar um aumento do | Estar conformado pela heurística da ancoragem pode garantir uma decisão mais rápida acerca de quais exames solicitar. Isso pode garantir tempos de atravessamento |

| | | |
|---|---|---|
| | tempo de atravessamento, diminuir a satisfação do paciente, por exemplo. Se ele solicita menos exames que o necessário, pode impactar aumento da taxa de mortalidade, aumento do percentual de retorno, diminuição da satisfação do paciente. | menores e pode diminuir casos de morte decorrentes de agravamento do quadro do paciente, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por exames clínicos e laboratoriais, de forma que podem ser necessários ajustes no dimensionamento de recursos humanos nestes postos para garantir um atendimento adequado ao nível de serviço estipulado. | Se ele decide mais rapidamente acerca de quais exames solicitar, ele pode reduzir o tempo médio de atendimento, de forma que o aumento de capacidade do seu posto pode permitir que menos médicos sejam necessários para atendimento nos níveis de serviço definidos. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, conformado por essa heurística, solicita exames de forma equivocada, pode impactar indicadores relevantes associados a protocolos, como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Se conformado por essa heurística, o médico pode tomar uma decisão mais rapidamente, não recomendada à luz dos protocolos, mas que dependendo da criticidade do caso, pode ser resolutiva. |
| O6: Planejamento e controle | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por exames clínicos e laboratoriais, de forma que pode impactar o planejamento de aquisição de equipamentos (para exames), da contratação de serviços como laboratório, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por exames clínicos e laboratoriais, pode impactar a necessidade de reajuste da capacidade dos laboratórios, para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | Quando conformada por essa heurística, o médico pode decidir mais rapidamente acerca de quais exames e isso pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de consulta médica. |
| O9: Instalações | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por exames clínicos e laboratoriais, pode impactar a necessidade de reajuste das instalações (seja das salas de espera para os pacientes, seja para as instalações das salas de exame/laboratório) para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por solicitar mais exames que o necessário, pode acabar por intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta médica, que precisará reavaliar o caso do paciente (aumento da demanda de consulta de retorno) e intensifica a do posto de exames (distorção da demanda real). Se o médico solicita menos exames ou se solicita exames | Quando conformado por essa heurística, o médico pode garantir tempos de atendimentos menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios) poderia ajustar o fluxo para situações em que a |

| | | |
|---|---|---|
| | insuficientes para garantir o diagnóstico, isso pode refletir em intensificação da carga de trabalho* do posto de consulta médica, por conta da necessidade de reavaliação, além de poder intensificar a carga de trabalho do posto de exames, em um segundo momento, até que se garantam os exames suficientes para diagnóstico. | demanda fosse menor que a capacidade. Em casos em que a demanda é maior que a capacidade, essa auto-regulação pode se dar através da divisão dos pacientes por níveis de complexidade (atribuição de cor associada), de forma que se torna possível a diminuição de determinada fila. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por exames clínicos e laboratoriais, de forma que pode impactar a alocação de recursos associados a essa disponibilidade de exames para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à realização de exames. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.2 Heurística 2: Efeito da forma (Framing effect)

Quando conformado por essa heurística, a forma como o problema é colocado (pelo paciente, enfermeiro da ambulância, acompanhante ou enfermeira da classificação) influencia fortemente na avaliação do médico sobre a necessidade de solicitação de exames.

Quadro 54 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |

| | | |
|---|---|---|
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico influenciado pela forma como o problema é colocado pode: 1) solicitar exames insuficientes/equivocados para embasar o diagnóstico 2) solicitar mais exames que o necessário para a concepção do diagnóstico 3) solicitar menos exames que o necessário para concepção do diagnóstico Dessa forma, o fluxo do paciente a partir da consulta pode ser impactado. Ora ele pode ser intensificado, quando o médico solicita mais exames que o necessário, ora defasado, quando o médico solicita mais exames que o necessário, ora distorcido, quando o médico solicita exames insuficientes para embasar o diagnóstico. | Se o médico é influenciado pela forma como quadro do paciente é colocado (discurso do paciente + diagnóstico da classificação de risco), ele pode decidir mais rapidamente sobre quais exames solicitar. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando a taxa de atendimento. Isso pode possibilitar um maior número de atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico, influenciado por essa heurística, solicita exames insuficientes para o diagnóstico ele pode aumentar o tempo de atravessamento, aumentar a taxa de mortalidade, aumentar o percentual de retorno, diminuir a satisfação do paciente. Se ele solicita mais exames que o necessário, pode impactar um aumento do tempo de atravessamento, diminuir a satisfação do paciente, por exemplo. Se ele solicita menos exames que o necessário, pode impactar aumento da taxa de mortalidade, aumento do percentual de retorno, diminuição da satisfação do paciente. | Estar conformado por essa heurística pode garantir uma decisão mais rápida acerca de quais exames solicitar. Isso pode garantir tempos de atravessamento menores e pode diminuir casos de morte decorrentes de agravamento do quadro do paciente, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por exames clínicos e laboratoriais, de forma que podem ser necessários ajustes no dimensionamento de recursos humanos nestes postos para garantir um atendimento adequado ao nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, conformado por essa heurística, solicita exames de forma equivocada, pode impactar indicadores relevantes associados a protocolos, como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Se conformado por essa heurística, o médico pode tomar uma decisão mais rapidamente, não recomendada à luz dos protocolos, mas que dependendo da criticidade do caso, pode ser resolutiva. |
| O6: Planejamento e controle | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por exames clínicos e laboratoriais, de forma que pode impactar o planejamento de aquisição de equipamentos (para exames), da contratação de serviços como laboratório, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por exames clínicos e laboratoriais, pode impactar a necessidade de reajuste da capacidade dos laboratórios, para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode decidir mais rapidamente acerca de quais exames e isso pode diminuir o tempo de atendimento, aumentando pontualmente a capacidade do posto de consulta médica. |

| | | |
|---|---|---|
| O9: Instalações | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por exames clínicos e laboratoriais, pode impactar a necessidade de reajuste das instalações (seja das salas de espera para os pacientes, seja para as instalações das salas de exame/laboratório) para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por solicitar mais exames que o necessário, pode acabar por intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica, que precisará reavaliar o caso do paciente (aumento da demanda de consulta de retorno) e intensifica a do posto de exames (distorção da demanda real). Se o médico solicita menos exames ou se solicita exames insuficientes para garantir o diagnóstico, isso pode refletir em intensificação da carga de trabalho* do posto de consulta médica, por conta da necessidade de reavaliação, além de poder intensificar a carga de trabalho do posto de exames, em um segundo momento, até que se garantam os exames suficientes para diagnóstico. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode garantir tempos de atendimentos menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios) poderia ajustar o fluxo para situações em que a demanda fosse menor que a capacidade. Em casos em que a demanda é maior que a capacidade, essa auto-regulação pode ser dar através da divisão dos pacientes por níveis de complexidade (atribuição de cor associada), de forma que se torna possível a diminuição de determinada fila. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por exames clínicos e laboratoriais, de forma que pode impactar a alocação de recursos associados a essa disponibilidade de exames para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à realização de exames. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformado por esta heurística, o médico avaliará os casos sociais e psiquiátricos, por exemplo, por suas atribuições e não pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano e a necessidade de solicitação de exames pode ser subestimada.

Quadro 55 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se conformado por essa heurística, o médico pode subdimensionar a demanda por exames de alta complexidade, que não estão disponíveis na unidade. Isso pode prejudicar o adequado dimensionamento de disponibilidade desses exames por parte da rede para atendimento no nível de serviço definido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Há, por conta dessa influência, uma tendência a não solicitar os exames necessários para diagnóstico. Esse comportamento pode fazer com que o paciente não percorra todas etapas que seriam necessárias para garantia do adequado diagnóstico. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A decisão de não solicitar os exames necessários pode impactar indicadores de desempenho da organização como aumentar taxa de mortalidade, aumentar taxa de infecção, aumentar percentual de retorno em 24h e diminuir tempo de atravessamento (melhora de indicador local, mas não global). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se conformado por essa heurística, o subdimensionamento da demanda poderia implicar "ociosidade" dos recursos humanos que poderia levar a uma realocação ou demissão errôneas. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que o médico, conformado por essa heurística, não solicita exames para conceber um diagnóstico adequado, pode ao se equivocar em um diagnóstico, utilizar-se de um protocolo equivocado, que não aquele que o paciente necessitaria. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se conformado por essa heurística, o médico pode subdimensionar a demanda e prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, compra de medicamentos e materiais para garantir o atendimento desta demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Um médico, influenciado por essa heurística, que decide por não solicitar os exames necessários para diagnóstico do paciente, pode, no curto prazo, diminuir o tempo de atendimento no consultório e subdimensionar a demanda por exames. No médio prazo, o sistema poderá absorverá o mesmo paciente com estado clínico mais grave, que ocupará os recursos por mais tempo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se conformado por essa heurística, o médico pode distorcer a demanda, visto que não solicita os exames necessários. Dessa forma, pode, no curto prazo, | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | diminuir os tempos de atendimento, aumentando a capacidade dos postos pelos quais ele passaria, que para manutenção do mesmo nível de serviço, pode justificar uma menor necessidade equivocada de instalações (consultórios, laboratórios, raio x). As realocações e desativações equivocadas podem implicar o não atendimento do nível de serviço determinado no médio / longo prazo. | |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide não solicitar exames adequados, ele acabará impactando os demais postos de trabalho, que precisarão tratar o caso do paciente sem que as devidas orientações. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | O uso recorrente de determinados equipamentos pode impactar uma maior necessidade de manutenção destes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando o médico acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de determinados exames pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente que necessitou dos mesmos. Nesse caso, ele pode tender a solicitar exames semelhantes aos casos recorrentes, não sendo necessariamente dependente do estado de saúde do paciente ou não solicitar exames necessários ao diagnóstico, pois os casos anteriores não necessitaram. Aqui, eventos independentes são entendidos como relacionados.

Quadro 56 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, influenciado por essa heurística, ele pode acabar por solicitar exames semelhantes ou não solicitar exames complementares. Essa decisão pode gerar a intensificação ou redução de um determinado fluxo de pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por solicitar exames recorrentes que não seriam necessários ou não solicitar determinados exames que seriam necessários para garantir um adequado diagnóstico. Assim, ele pode impactar indicadores tais como tempo de permanência, percentual de retorno em 24h, taxa de mortalidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir o médico a solicitar os mesmos tipos de exames dos casos mais recorrentes ou a não solicitar determinados exames que seriam necessários para o diagnóstico adequado. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais poderia ser negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se influenciado por casos já atendidos, o médico pode ser induzido solicitar exames desnecessários, por serem semelhantes aos dos pacientes já atendidos. Dessa forma, ele sobredimensiona a demanda de pacientes para os postos de exames. Se ele decide pedir menos exames que o necessário, ele pode, no curto prazo, diminuir a demanda, mas no médio prazo, pode permitir que o caso se agrave e o paciente precise de mais exames, que necessite de outras consultas | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | e, eventualmente, de leitos de observação, impactando, portanto, a capacidade dessas áreas. | |
| O9: Instalações | Se conformado por essa heurística, o médico pode distorcer a demanda, visto que não solicita os exames necessários para diagnóstico ou solicita exames a mais. Dessa forma, pode diminuir os tempos de atendimento, que para manutenção do mesmo nível de serviço, pode justificar uma menor necessidade de instalações (consultórios, laboratórios, raio x) ou impactar a necessidade de reajustes nas instalações para comportar a sobredemanda com atendimento nos mesmos níveis de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide não solicitar exames adequados, ele acabará impactando os demais postos de trabalho, que precisarão tratar o caso do paciente sem que as devidas orientações. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | O uso recorrente de determinados equipamentos pode impactar uma maior necessidade de manutenção destes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformado por essa heurística, o médico pode entender que queixas/quadros semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ele pode considerar que um paciente não precisa de determinados exames por sua queixa ser semelhante a algum outro caso mais simples, ou pedir vários exames desnecessariamente se a queixa se assemelhar a de um paciente grave.

Quadro 57 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, por estar influenciado por essa heurística, o médico decide indevidamente que o paciente não necessita de determinados exames, ele influencia o percurso do paciente pela unidade, visto que o encaminhamento pode se dar com base em um diagnóstico equivocado. Se ele solicita exames desnecessários, ele pode intensificar desnecessariamente o fluxo de pacientes para determinados exames. | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um atendimento mais rápido. Dessa forma, solicitar determinados exames ou não solicitar por conta dessa influência, pode garantir que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por solicitar exames recorrentes que não seriam necessários, podendo aumentar o tempo de atravessamento, por exemplo. Se ele decide por não solicitar determinados exames que seriam necessários para garantir um adequado diagnóstico, ele pode aumentar o percentual de retorno em 24h, aumentar a taxa de mortalidade. | Levar em consideração casos semelhantes pode significar uma decisão mais rápida, que, dependendo do quadro clínico do paciente, pode ser mais importante que uma decisão ótima. Nesse sentido, pode reduzir a taxa de mortalidade e os tempos de atravessamento. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | Se o médico decide mais rapidamente pode no limite, reduzir o tempo de atendimento, que para manutenção do atendimento no nível de serviço definido, pode significar a possibilidade de redução do quantitativo de médicos. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir o médico a solicitar exames similares para queixas/quadros similares. Dessa forma, pode pedir mais exames que o necessário, menos exames que os necessários ou exames equivocados para o paciente. Em todos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais poderia ser negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seria impactado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se influenciado por casos com queixas/quadro semelhantes, o médico pode ser induzido a solicitar exames desnecessários. Dessa forma, ele sobredimensiona a demanda de pacientes para os postos de exames. Se ele decide pedir menos | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser |

| | | |
|---|---|---|
| | exames que o necessário, ele pode, no curto prazo, diminuir a demanda, mas no médio prazo, pode permitir que o caso se agrave e o paciente precise de mais exames, que necessite de outras consultas e, eventualmente, de leitos de observação, impactando, portanto, a capacidade disponível dessas áreas. Se ele pede exames inadequados, ele imobiliza desnecessariamente por algum período os recursos associados a esses exames. | minimizada. |
| O9: Instalações | Se conformado por essa heurística, o médico pode distorcer a demanda, visto que pode pedir mais exames que o necessário, ou pedir exames equivocados ou menos exames que o necessário. Dessa forma, pode impactar a necessidade de reajustes nas instalações para comportar a variação de demanda garantindo um atendimento nos mesmos níveis de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide não solicitar exames adequados, ele acabará impactando sobrecarga aos demais postos de trabalho, que precisarão tratar o caso do paciente sem as devidas orientações. Se ele pede menos exames que o necessário, pode aumentar a chance de retorno do paciente, que sobrecarregará desnecessariamente os postos de consulta e, eventualmente, os postos de exames. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | O uso recorrente de determinados equipamentos para realização de exames pode impactar uma maior necessidade de manutenção destes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, o médico julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base em dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio. O médico pode solicitar mais exames por desconhecer aquele tipo de caso ou solicitar menos exames por já ter um conhecimento prévio acerca dos quadros.

Quadro 58 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, conformado por essa heurística, o médico tiver mais conhecimento sobre casos de pacientes com quadros clínicos semelhantes, ele pode tender a não solicitar determinados exames, podendo influenciar o percurso do paciente pelo processo de atendimento. Se ele pede mais exames por não ter um conhecimento prévio acerca dos casos, ele pode aumentar a quantidade de etapas que o paciente precisará percorrer na unidade. | Se ele recorre ao seu conhecimento prévio para diagnosticar o paciente sem a necessidade de exames, ele pode garantir tempos de atendimento menores, o que pode garantir um fluxo mais rápido de paciente, podendo permitir um maior número de atendimentos. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico solicita mais exames que o necessário para diagnóstico por não ter conhecimento prévio acerca dos dados clínicos do paciente, ele pode impactar negativamente aumento dos tempos médios de atravessamento. Se ele não solicita exames por acreditar que já possui conhecimento prévio para diagnosticar o paciente ele pode diminuir os tempos médios de atravessamento, mas pode também aumentar o percentual de retorno e aumentar a taxa de mortalidade. | Se, influenciado por essa heurística, ele consegue diagnosticar mais rapidamente o paciente, sem a necessidade de muitos exames, ele pode diminuir o tempo médio de atendimento, pode reduzir os tempos de atravessamento, diminuir a taxa de mortalidade, diminuir o percentual de retorno. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se o médico decide que o paciente precisa de exames apenas por não ter um conhecimento prévio de casos semelhantes, ele distorce a demanda real, sobredimensionando-a, de forma que a quantidade de recursos humanos precise ser redimensionada para atender os pacientes no nível de serviço definido. Se ele não solicita exames, por conta dessa influência, e não por conta do quadro do paciente, ele também distorce a demanda e pode induzir uma realocação indevida de recursos humanos. | Se ele recorre ao seu conhecimento prévio para diagnosticar o paciente sem a necessidade de exames, ele pode garantir tempos de atendimento menores, o que pode garantir um fluxo mais rápido de paciente, podendo permitir um maior número de atendimentos. Dessa forma, os profissionais dos postos de exames podem ser realocados para outras atividades. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, influenciado por essa heurística, deixa de solicitar exames que seriam necessários ao diagnóstico do paciente, pode negligenciar a aderência a | Se ele julga o caso diante de seu conhecimento prévio e consegue diagnosticar corretamente |

| | | |
|---|---|---|
| | protocolos, podendo impactar negativamente indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. Da mesma forma, se ele pede exames desnecessários, pode prejudicar os tempos de atravessamento e, consequentemente, percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor. | sem a solicitação de exames, ele pode garantir tempos de atendimento menores, podendo impactar um maior percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor. |
| O6: Planejamento e controle | A distorção da demanda que essa influência pode causar pode impactar negativamente o planejamento de aquisição de medicamentos e materiais e, para o caso de exames prestados por terceiros, pode impactar os contratos com fornecedores. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Dependendo do conhecimento prévio do médico, ele pode decidir por mais ou menos exames. Em se tratando de um médico inexperiente, por exemplo, isso pode implicar em uma redução significativa da capacidade do posto de consulta, visto que ela tende a solicitar mais exames que o necessário, o que impacta não apenas no tempo de atendimento, mas na quantidade de consultas de retorno. Se ele não solicita exames suficientes, isso pode liberar capacidade no curto prazo, mas no médio prazo, pode significar tratar de um paciente com um quadro agravado, que imobilizará recursos por mais tempo. | Se ele consegue atender mais rapidamente e solicitando menos exames, isso pode diminuir os tempos médios de atendimento e permitir que um maior número de pacientes seja atendido na unidade. |
| O9: Instalações | Para distorções no perfil da demanda, decorrentes da influência dessa heurística na decisão do médico, as instalações são impactadas, visto que precisarão ser ajustadas para comportar a nova demanda. | Se ele garante tempos reduzidos de atendimento, pode significar que, para atendimento da demanda ao mesmo nível de serviço, possa-se desativar parte do posto de consulta, permitindo que as instalações associadas àquele fim possam ser remanejadas para outras utilidades. |
| O10: Organização do trabalho | Se, conformado por essa heurística, o médico solicita mais exames que o necessário para diagnosticar o paciente, ele pode aumentar a carga de trabalho não apenas dos postos de exames como do posto de consulta, que precisará atender mais consultas de retorno. | Quando conformado por essa heurística, o médico não solicita exames e mesmo assim acerta o diagnóstico, ele pode garantir tempos de atendimentos e de atravessamento menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios) poderia ajustar o fluxo para situações em que a demanda fosse menor que a capacidade. Em casos em que a demanda é maior que a capacidade, essa auto-regulação pode ser dar |

| | | |
|---|---|---|
| | | através da divisão dos pacientes por níveis de complexidade (atribuição de cor associada), de forma que se torna possível a diminuição de determinada fila. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | O uso recorrente de determinados equipamentos para realização de exames pode impactar uma maior necessidade de manutenção destes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

Algumas informações não coletadas (através de exames clínicos e laboratoriais) poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. Dessa forma, o fracasso em obter essas informações pode significar em um pior diagnóstico.

Quadro 59 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico, influenciado por essa heurística, deixa de solicitar os exames necessários para o adequado diagnóstico, pode impactar o fluxo do paciente pela unidade, visto que ele não percorrerá as etapas necessárias para o atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da | Se o médico não solicita os exames adequados por estar influenciado por essa heurística, ele pode impactar aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no | Não investigar as possiblidades de quadros através da solicitação de exames pode garantir |

| | | |
|---|---|---|
| organização | tempo de permanência, por exemplo. | tempos menores de atendimento e atravessamento. Dessa forma, pode também impactar menores taxas de mortalidade decorrentes de agravamento dos quadros clínicos, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele não solicita determinados exames por estar influenciado por essa heurística, ele pode distorcer a demanda real desse posto, o que pode impactar realocação ou reduções indevidas de recursos humanos associados a esse posto. Além disso, ele pode aumentar o percentual de retorno, que para manutenção do atendimento no nível de serviço exigido, por impactar a necessidade de mais profissionais nos postos de consulta. | Se ele decide não solicitar exames e acerta (consegue garantir o diagnóstico), os tempos de atendimento podem ser reduzidos, de forma que para atendimento dos pacientes no nível de serviço definido, pode-se diminuir ou realocar parte dos médicos do posto de consulta. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico decide não solicitar exames, por conta dessa influência, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos, podendo impactar o tratamento efetivo do paciente, diminuindo assim o percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Uma decisão tomada mais rapidamente pode ser mais importante que uma decisão ótima, dependendo do caso do paciente. Dessa forma, uma decisão rápida, mesmo não aderente ao protocolo pode ser, para determinados quadros de pacientes, decisiva. |
| O6: Planejamento e controle | Se essa influência causar distorção na demanda, o planejamento adequado da compra de equipamentos para realização de exames ou contratação de fornecedores terceiros por ser prejudicada, de forma que no curto prazo, o nível de serviço possa ser comprometido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | Se o médico não solicita os exames, por estar influenciado por essa heurística, ele pode não permitir a identificação da necessidade de novos tipos de tecnologias e exames. Dessa forma, pode contribuir para aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no tempo de permanência, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O8: Capacidade | O fracasso em obter determinadas informações acerca do paciente pode impactar negativamente a capacidade. Assim, no curto prazo, pode haver liberação de capacidade nos consultórios e nos postos de exames, mas que no médio prazo, pode significar ter que tratar um paciente com o estado clínico agravado. | Quando ele não solicita exame e mesmo assim acerta o diagnóstico, isso pode garantir tempos menores de atendimento e atravessamento, liberando capacidade dos postos de consulta e de exames. |
| O9: Instalações | Se, conformado por essa heurística, o médico não solicita exames, pode induzir ociosidade nas áreas de exames, por exemplo, de forma que uma realocação de instalações possa ser realizada de forma equivocada. | Quando ele não solicita exame e mesmo assim acerta o diagnóstico, isso pode garantir tempos menores de atendimento e atravessamento, liberando capacidade dos postos de consulta e de exames, de forma que as instalações associadas possam ser realocadas para outro fim na unidade. |
| O10: Organização do | Se o médico, conformado por essa heurística, deixa de solicitar exames que | Quando conformado por essa heurística, o |

| | | |
|---|---|---|
| trabalho | seriam necessários para o diagnóstico, ele pode sobrecarregar os demais postos de trabalho, pelo direcionamento de um paciente sem a devida anamnese e/ou prescrição, além do próprio posto de consulta, pois ele pode induzir aumento do número de pacientes de retorno desnecessariamente. | médico não solicita exames e mesmo assim acerta o diagnóstico, ele pode garantir tempos de atendimentos e de atravessamento menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios) poderia ajustar o fluxo para situações em que a demanda fosse menor que a capacidade. Em casos em que a demanda é maior que a capacidade, essa auto-regulação pode ser dar através da divisão dos pacientes por níveis de complexidade (atribuição de cor associada), de forma que se torna possível a diminuição de determinada fila. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | O uso recorrente de determinados equipamentos para realização de exames pode impactar uma maior necessidade de manutenção destes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.1.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, o médico pode subestimar casos graves e, dessa forma, pode decidir por não verificar determinados sinais vitais.

Quadro 60 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de solicitação de exames

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |

| | | |
|---|---|---|
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Essa tendência por subestimar casos graves pode fazer com que determinados exames não sejam solicitados. O paciente percorrerá um fluxo diferente do fluxo que ele deveria percorrer para garantia do atendimento adequado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Ao subestimar um caso grave e não solicitar exames que seriam necessários ao diagnostico, o médico pode, no curto prazo, impactar diminuição do tempo de atravessamento (melhora um indicador local em detrimento de outros globais), no médio prazo, impactar aumento do percentual de retorno, e no longo prazo, pode impactar aumento do tempo de permanência, taxa de mortalidade, giro de leito, devido ao possível agravamento do caso do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele não solicita determinados exames por estar influenciado por essa heurística, ele pode distorcer a demanda real desse posto, o que pode impactar realocação ou reduções indevidas de recursos humanos associados a esse posto. Além disso, ele pode aumentar o percentual de retorno, que para manutenção do atendimento no nível de serviço exigido, pode impactar a necessidade de mais profissionais nos postos de consulta. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico decide não solicitar exames, por conta dessa influência, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos, podendo impactar o tratamento efetivo do paciente, diminuindo assim o percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se essa influência causar distorção na demanda, o planejamento adequado da compra de equipamentos para realização de exames ou contratação de fornecedores terceiros por ser prejudicada, de forma que no curto prazo, o nível de serviço possa ser comprometido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | Se o médico não solicita os exames, por estar influenciado por essa heurística, ele pode não permitir a identificação da necessidade de novos tipos de tecnologias e exames que seriam necessários para atendimento dessa demanda de pacientes. Dessa forma, pode contribuir para aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no tempo de permanência, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda por exames pode, no curto prazo, liberar capacidade dos postos de exames e de consulta, mas no médio prazo, pode significar ter que lidar com um paciente em estado agravado que poderá necessitar de mais exames e que poderá imobilizar leitos de observação. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se, conformado por essa heurística, o médico não solicita exames, pode induzir ociosidade nas áreas de exames, por exemplo, de forma que uma realocação de instalações possa ser realizada de forma equivocada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, deixa de solicitar exames que seriam necessários para o diagnóstico, ele pode sobrecarregar os demais postos de trabalho, pelo direcionamento de um paciente sem a devida anamnese e/ou | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | prescrição, além do próprio posto de consulta, pois ele pode induzir aumento do número de pacientes de retorno desnecessariamente. | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2 Decisão 2: Solicitação de medicação / medicamento

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de solicitação de medicação / medicamentos e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.3.2.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

O médico, ancorado em uma característica marcante do discurso (do paciente, acompanhante, enfermeiro da ambulância ou enfermeira da classificação de risco) não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para definir se o paciente precisa ou não de medicação ou medicamento da farmácia.

Quadro 61 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico influenciado por essa heurística pode:<br>1) solicitar medicação equivocados para o quadro do paciente<br>2) solicitar mais medicação que o necessário para a estabilização do quadro do paciente<br>3) solicitar menos medicação que o necessário para a estabilização do quadro do paciente<br>Dessa forma, o fluxo do paciente a partir da consulta pode ser impactado (para a sala de medicação ou para a farmácia). Ora pode ser intensificado, quando o médico solicita mais medicação / medicamentos que o necessário, ora defasado, quando o médico solicita menos que o necessário, ora distorcido, quando o médico solicita medicação equivocados para o quadro do paciente. | Se o médico se ancora em uma informação relevante do atual quadro do paciente (discurso do paciente + diagnóstico da classificação de risco), ele pode decidir mais rapidamente sobre qual medicação solicitar. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando a taxa de atendimento. Isso pode possibilitar um maior número de atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico, influenciado por essa heurística, solicita medicação insuficiente para a estabilização do estado de saúde do paciente, ele pode aumentar o tempo de atravessamento, aumentar a taxa de mortalidade, aumentar o percentual de retorno, diminuir a satisfação do paciente. Se ele solicita mais medicação / medicamentos que o necessário, pode impactar um aumento do tempo de atravessamento, diminuir a satisfação do paciente, por exemplo. Se ele solicita menos medicação / medicamentos o necessário, pode impactar aumento da taxa de mortalidade, aumento do percentual de retorno, diminuição da satisfação do paciente. | Estar conformado pela heurística da ancoragem pode garantir uma decisão mais rápida acerca de quais medicamentos prescrever. Isso pode garantir tempos de atravessamento menores e pode diminuir casos de morte decorrentes de agravamento do quadro do paciente, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por medicação / medicamentos, de forma que podem ser necessários ajustes no dimensionamento de recursos humanos nestes postos para garantir um atendimento adequado ao nível de serviço estipulado. | Se ele decide mais rapidamente acerca de qual medicação / medicamentos solicitar, ele pode reduzir o tempo médio de atendimento, de forma que o aumento de capacidade do seu posto pode permitir que menos médicos sejam necessários para atendimento nos níveis de serviço definidos. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, conformado por essa heurística, solicita medicação / medicamento de forma equivocada, pode impactar indicadores relevantes associados a protocolos, como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos | Se conformado por essa heurística, o médico pode tomar uma decisão mais rapidamente, não recomendada à luz dos protocolos, mas que dependendo da criticidade do caso, pode |

| | | |
|---|---|---|
| | com aderência ao protocolo. | ser resolutiva. |
| O6: Planejamento e controle | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por medicamentos (seja para administração imediata, seja para retirada na farmácia), de forma que pode impactar o planejamento de compras desses medicamentos e materiais associados a sua administração (seringa, luvas, etc.). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por medicação / medicamento, pode impactar a necessidade de reajuste da capacidade da sala de medicação e farmácia, para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | Quando conformada por essa heurística, o médico pode decidir mais rapidamente acerca de qual medicação / medicamento, e isso pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de consulta médica. |
| O9: Instalações | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por medicamentos, pode impactar a necessidade de reajuste das instalações (seja das salas de espera para os pacientes, seja para as instalações da sala de medicação ou farmácia) para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por solicitar mais medicação (administração imediata) que o necessário, pode acabar por intensificar a carga de trabalho do posto de consulta médica, que precisará reavaliar o caso do paciente (aumento da demanda de consulta de retorno) e intensifica a do posto de medicação (distorção da demanda real). Se o médico solicita menos ou equivocada medicação ou medicamento para garantir o diagnóstico, isso pode refletir em intensificação da carga de trabalho no médio prazo, do posto de consulta médica e da sala de medicação, por conta do possível aumento dos pacientes que retornarão por não ter tido seu caso solucionado. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode garantir tempos de atendimentos menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios) poderia ajustar o fluxo para situações em que a demanda fosse menor que a capacidade. Em casos em que a demanda é maior que a capacidade, essa auto-regulação pode ser dar através da divisão dos pacientes por níveis de complexidade (atribuição de cor associada), de forma que se torna possível a diminuição de determinada fila. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por medicamentos na unidade, de forma que pode impactar a alocação de recursos associados a essa disponibilidade de exames para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformado por essa heurística, a forma como o problema é colocado (pelo paciente, enfermeiro da ambulância, acompanhante ou enfermeira da classificação) influencia fortemente na avaliação do médico sobre a necessidade de medicação / medicamento.

Quadro 62 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico influenciado por essa heurística pode:<br>1) solicitar medicação equivocados para o quadro do paciente<br>2) solicitar mais medicação que o necessário para a estabilização do quadro do paciente<br>3) solicitar menos medicação que o necessário para a estabilização do quadro do paciente<br>Dessa forma, o fluxo do paciente a partir da consulta pode ser impactado (para a | Se o médico é influenciado pela forma em que o quadro do paciente (discurso do paciente + diagnóstico da classificação de risco) é exposto, ele pode decidir mais rapidamente sobre qual medicação solicitar. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando a taxa de atendimento. Isso pode |

| | | |
|---|---|---|
| | sala de medicação ou para a farmácia). Ora pode ser intensificado, quando o médico solicita mais medicação / medicamentos que o necessário, ora defasado, quando o médico solicita menos que o necessário, ora distorcido, quando o médico solicita medicação equivocados para o quadro do paciente. | possibilitar um maior número de atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico, influenciado por essa heurística, solicita medicação insuficiente para a estabilização do estado de saúde do paciente, ele pode aumentar o tempo de atravessamento, aumentar a taxa de mortalidade, aumentar o percentual de retorno, diminuir a satisfação do paciente. Se ele solicita mais medicação / medicamentos que o necessário, pode impactar um aumento do tempo de atravessamento, diminuir a satisfação do paciente, por exemplo. Se ele solicita menos medicação / medicamentos o necessário, pode impactar aumento da taxa de mortalidade, aumento do percentual de retorno, diminuição da satisfação do paciente. | Estar conformado por essa heurística pode garantir uma decisão mais rápida acerca de quais medicamentos prescrever. Isso pode garantir tempos de atravessamento menores e pode diminuir casos de morte decorrentes de agravamento do quadro do paciente, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por medicação / medicamentos, de forma que podem ser necessários ajustes no dimensionamento de recursos humanos nestes postos para garantir um atendimento adequado ao nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, conformado por essa heurística, solicita medicação / medicamento de forma equivocada, pode impactar indicadores relevantes associados a protocolos, como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Se conformado por essa heurística, o médico pode tomar uma decisão mais rapidamente, não recomendada à luz dos protocolos, mas que dependendo da criticidade do caso, pode ser resolutiva. |
| O6: Planejamento e controle | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por medicamentos (seja para administração imediata, seja para retirada na farmácia), de forma que pode impactar o planejamento de compras desses medicamentos e materiais associados a sua administração (seringa, luvas, etc). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por medicação / medicamento, pode impactar a necessidade de reajuste da capacidade da sala de medicação e farmácia, para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | Quando conformada por essa heurística, o médico pode decidir mais rapidamente acerca de qual medicação / medicamento, e isso pode diminuir os tempos de atendimento daquele paciente, aumentando pontualmente capacidade do posto de consulta médica. |
| O9: Instalações | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda por medicamentos, pode impactar a necessidade de reajuste das instalações (seja das salas de espera para os pacientes, seja para as instalações da sala de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | medicação ou farmácia) para garantir um atendimento no nível de serviço estipulado. | |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por solicitar mais medicação (administração imediata) que o necessário, pode acabar por intensificar a carga de trabalho do posto de consulta médica, que precisará reavaliar o caso do paciente (aumento da demanda de consulta de retorno) e intensifica a do posto de medicação (distorção da demanda real). Se o médico solicita menos ou equivocada medicação ou medicamento para garantir o diagnóstico, isso pode refletir em intensificação da carga de trabalho no médio prazo, do posto de consulta médica e da sala de medicação, por conta do possível aumento dos pacientes que retornarão por não ter tido seu caso solucionado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Por conta dessa influência, o médico pode distorcer a demanda por medicamentos na unidade, de forma que pode impactar a alocação de recursos associados a essa disponibilidade de exames para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformado por esta heurística, o médico avaliará os casos sociais e psiquiátricos, por exemplo, por suas atribuições e não pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano e ele pode tender a prescrever medicação / medicamento apenas para concluir rapidamente a consulta e parecer resolutivo.

Quadro 63 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Há, por conta dessa influência, uma tendência a não solicitar os medicamentos necessários para o tratamento do paciente. Esse comportamento pode fazer com que o paciente não percorra todas as etapas na unidade que seriam necessárias para garantia do adequado tratamento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A decisão de não solicitar os medicamentos necessários pode impactar indicadores de desempenho da organização como aumentar taxa de mortalidade, aumentar taxa de infecção, aumentar percentual de retorno em 24h e diminuir tempo de atravessamento (melhora de indicador local, mas não global). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se conformado por essa heurística, o subdimensionamento da demanda poderia implicar "ociosidade" dos recursos humanos que poderia levar a uma realocação ou demissão errôneas. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que o médico, conformado por essa heurística, não adere ao protocolo correto, pode solicita medicamentos que além de não solucionar, piore o quadro do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se conformado por essa heurística, o médico pode subdimensionar a demanda e prejudicar o adequado planejamento de compra de medicamentos e materiais para garantir o atendimento desta demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Um médico, influenciado por essa heurística, que decide por não solicitar medicamentos necessários ao tratamento do paciente, pode, no curto prazo, diminuir o tempo de atendimento no consultório e subdimensionar a demanda por medicamentos. No médio prazo, o sistema poderá absorverá o mesmo paciente com estado clínico mais grave, que poderá usar mais medicamentos e poderá ocupar os recursos por mais tempo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se conformado por essa heurística, o médico pode distorcer a demanda, visto que não solicita os medicamentos necessários. Dessa forma, pode, no curto prazo, diminuir os tempos de atendimento, aumentando a capacidade dos postos pelos quais ele passaria, que para manutenção do mesmo nível de serviço, pode | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | justificar uma menor necessidade equivocada de instalações (consultórios, sala de medicação, farmácia). As realocações e desativações equivocadas podem implicar o não atendimento do nível de serviço determinado no médio / longo prazo. | |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide não solicitar medicamentos adequados, ele acabará impactando os demais postos de trabalho, que precisarão tratar o caso do paciente sem que as devidas orientações ou eventualmente, se depararão com um paciente de retorno com quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados a administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando o médico acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de determinados exames pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente que necessitou dos mesmos. Nesse caso, ele pode tender a solicitar medicação / medicamento de forma recorrente, não sendo necessariamente dependente do estado de saúde do paciente ou não prescreve-los, pois casos anteriores não necessitaram. Aqui, eventos independentes são entendidos como relacionados.

Quadro 64 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, influenciado por essa heurística, ele pode acabar por solicitar medicamentos semelhantes ou não solicitar medicamentos necessários. Essa decisão pode gerar a intensificação ou redução de um determinado fluxo de pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por solicitar medicamentos recorrentes que não seriam necessários ou não solicitar determinados medicamentos que seriam necessários para garantir a resolução do caso. Assim, ele pode impactar indicadores tais como taxa de mortalidade, tempo de permanência, percentual de retorno em 24h. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir o médico a solicitar os mesmos tipos medicamentos dos casos mais recorrentes ou a não solicitar determinados medicamentos que seriam necessários. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais poderia ser negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de compra de medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se influenciado por casos já atendidos, o médico pode ser induzido solicitar medicamentos desnecessários, por serem semelhantes aos dos pacientes já atendidos. Dessa forma, ele sobredimensiona a demanda de pacientes para a sala de medicação e/ou farmácia. Se ele decide pedir menos medicamentos que o necessário, ele pode, no curto prazo, diminuir a demanda, mas no médio prazo, pode permitir que o caso se agrave e o paciente precise de mais medicamentos, que necessite de outras consultas e, eventualmente, de leitos de observação, impactando, portanto, a imobilização desnecessária de capacidade dessas áreas. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O9: Instalações | Se conformado por essa heurística, o médico pode distorcer a demanda, visto que não solicita os medicamentos necessários para diagnóstico ou solicita medicamentos a mais. Dessa forma, pode diminuir os tempos de atendimento, que para manutenção do mesmo nível de serviço, pode justificar uma menor necessidade de instalações (consultórios, laboratórios, raio x) ou impactar a necessidade de reajustes nas instalações para comportar a sobredemanda com atendimento nos mesmos níveis de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide não solicitar os medicamentos adequados, ele reduzir, no curto prazo, a carga de trabalho dos postos subsequentes. No médio prazo, isso pode acarretar o retorno de um paciente com o quadro clínico agravado, que pode intensificar a carga dos postos de consulta, sala de medicação e farmácia. Se ele solicita mais medicamentos que o necessário, impacta, então, em trabalho desnecessário dos postos referentes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. O consumo equivocado de medicamentos pode implicar também em maior alocação de recursos financeiros. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformado por essa heurística, o médico pode entender que queixas/quadros semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ele pode considerar que um paciente não precisa de determinada medicação / medicamento por sua queixa

ser semelhante a algum outro caso mais simples, ou prescrever vários medicamentos desnecessariamente se a queixa se assemelhar a de um paciente grave.

Quadro 65 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, por estar influenciado por essa heurística, o médico decide indevidamente que o paciente não necessita de determinados medicamentos, ele influencia o percurso do paciente pela unidade, visto que o encaminhamento pode se dar com base em um diagnóstico equivocado. Se ele solicita medicamentos desnecessários, ele pode intensificar desnecessariamente o fluxo de pacientes para estes postos (sala de medicação / farmácia) | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um atendimento mais rápido. Dessa forma, decidir mais rapidamente sobre solicitar determinados medicamentos ou não solicitar, pode garantir que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por solicitar medicamentos recorrentes que não seriam necessários, podendo aumentar o tempo de atravessamento, por exemplo. Se ele decide por não solicitar determinados medicamentos que seriam necessários para garantir um adequado tratamento, ele pode aumentar o percentual de retorno em 24h, aumentar a taxa de mortalidade. | Levar em consideração casos semelhantes pode significar uma decisão mais rápida, que, dependendo do quadro clínico do paciente, pode ser mais importante que uma decisão ótima. Nesse sentido, pode reduzir a taxa de mortalidade e os tempos de atravessamento. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | Se o médico decide mais rapidamente pode no limite, reduzir o tempo de atendimento, que para manutenção do atendimento no nível de serviço definido, pode significar a possibilidade de redução do quantitativo de médicos. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir o médico a solicitar medicamentos similares para queixas/quadros similares. Dessa forma, pode pedir mais medicamentos que o necessário, menos medicamentos que o necessário ou medicamentos equivocados para o paciente. Em todos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais poderia ser negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seria impactado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de compra de medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se influenciado por casos com queixas/quadro semelhantes, o médico pode ser induzido a solicitar medicamentos desnecessários. Dessa forma, ele sobredimensiona a demanda de pacientes para sala de medicação e/ou farmácia. Se ele decide pedir menos medicamentos que o necessário, ele pode, no curto prazo, diminuir a demanda, mas no médio prazo, pode permitir que o caso se agrave e o paciente precise de mais medicamentos, que necessite de outras consultas e, eventualmente, de leitos de observação, impactando, portanto, a capacidade disponível dessas áreas. Se ele pede medicamentos inadequados, ele imobiliza desnecessariamente por algum período os recursos associados a essa oferta de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se conformado por essa heurística, o médico pode distorcer a demanda, visto que pode pedir mais medicamentos que o necessário, ou pedir medicamentos equivocados ou menos medicamentos que o necessário. Dessa forma, pode impactar a necessidade de reajustes nas instalações para comportar a variação de demanda garantindo um atendimento nos mesmos níveis de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide não solicitar os medicamentos adequados, ele reduzir, no curto prazo, a carga de trabalho dos postos subsequentes. No médio prazo, isso pode acarretar o retorno de um paciente com o quadro clínico agravado, que pode intensificar a carga dos postos de consulta, sala de medicação e farmácia. Se ele solicita mais medicamentos que o necessário, impacta, então, em trabalho desnecessário dos postos referentes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. O consumo equivocado de medicamentos pode implicar também em maior alocação de recursos financeiros. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados a administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, o médico julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base em dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio. O médico pode solicitar uma determinada medicação por conhecer aquele tipo de caso ou não solicitar por já ter um conhecimento prévio acerca dos quadros.

Quadro 66 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, conformado por essa heurística, o médico tiver mais conhecimento sobre casos de pacientes com quadros clínicos semelhantes, ele pode tender a não solicitar determinados medicamentos, podendo influenciar o percurso do paciente pelo processo de atendimento. Se ele pede mais medicamentos por não ter um conhecimento prévio acerca dos casos, ele pode aumentar a quantidade de etapas que o paciente precisará percorrer na unidade. | Se ele recorre ao seu conhecimento prévio para decidir mais rapidamente sobre a necessidade de medicamentos, ele pode garantir tempos de atendimento menores, o que pode garantir um fluxo mais rápido de paciente, podendo permitir um maior número de atendimentos. |
| O3: Indicadores de desempenho da | Se o médico solicita mais medicamentos que o necessário para tratamento por não ter conhecimento prévio acerca dos dados clínicos em questão, ele pode | Se, influenciado por essa heurística, ele consegue diagnosticar mais rapidamente o |

| | | |
|---|---|---|
| organização | impactar negativamente aumento dos tempos médios de atravessamento. Se ele não solicita medicamentos por julgar já possuir conhecimento prévio acerca do quadro, ele pode diminuir os tempos médios de atravessamento, mas pode também aumentar o percentual de retorno e aumentar a taxa de mortalidade. | paciente, ele pode diminuir o tempo médio de atendimento, pode reduzir os tempos de atravessamento, diminuir a taxa de mortalidade, diminuir o percentual de retorno. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se o médico decide que o paciente precisa de medicamentos apenas por não ter um conhecimento prévio de casos semelhantes, ele distorce a demanda real, sobredimensionando-a, de forma que a quantidade de recursos humanos precise ser redimensionada para atender os pacientes no nível de serviço definido. Se ele não solicita medicamentos, por conta dessa influência, e não por conta do quadro do paciente, ele também distorce a demanda e pode induzir uma realocação indevida de recursos humanos. | Se ele recorre ao seu conhecimento prévio para diagnosticar o paciente e prescrever medicamentos mais rapidamente, ele pode garantir tempos de atendimento menores, o que pode garantir um fluxo mais rápido de paciente, podendo permitir um maior número de atendimentos. Dessa forma, para esse aumento de capacidade, a manutenção dos níveis de serviços é garantida com menos recursos humanos. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, influenciado por essa heurística, deixa de solicitar medicamentos que seriam necessários ao tratamento do paciente, pode negligenciar a aderência a protocolos, podendo impactar negativamente indicadores como percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. Da mesma forma, se ele pede medicamentos desnecessários, pode prejudicar os tempos de atravessamento e, consequentemente, percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor. | Se ele julga o caso diante de seu conhecimento prévio e consegue diagnosticar corretamente e decidir mais rapidamente sobre solicitar ou não medicamentos, ele pode garantir tempos de atendimento menores, podendo impactar um maior percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor. |
| O6: Planejamento e controle | A distorção da demanda que essa influência pode causar pode impactar negativamente o planejamento de aquisição de medicamentos e materiais. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Dependendo do conhecimento prévio do médico, ele pode decidir por mais ou menos medicamentos. O médico menos experiente pode solicitar mais ou menos medicamentos que o necessário, de forma tal que impacta não apenas o tempo de atravessamento, mas na quantidade de consultas de retorno. | Se ele consegue atender mais rapidamente (decidir mais rapidamente sobre solicitar ou não medicamentos), pode diminuir os tempos médios de atendimento e permitir que um maior número de pacientes seja atendido na unidade (aumento de capacidade do posto de consulta). |
| O9: Instalações | Para distorções no perfil da demanda, decorrentes da influência dessa heurística na decisão do médico, as instalações são impactadas, visto que precisarão ser ajustadas para comportar a nova demanda. | Se ele garante tempos reduzidos de atendimento, pode significar que, para atendimento da demanda ao mesmo nível de serviço, possa-se desativar parte do posto de |

| | | |
|---|---|---|
| | | consulta, permitindo que as instalações associadas àquele fim possam ser remanejadas para outras utilidades. |
| O10: Organização do trabalho | Se, conformado por essa heurística, o médico solicita mais medicamentos que o necessário, ele pode aumentar a carga de trabalho não apenas das salas de medicação e farmácia, como do posto de consulta, que precisará atender mais consultas de retorno. Se ele pede menos que o necessário, pode permitir o agravamento do quadro e intensificação de carga de trabalho desses postos no médio prazo, em decorrência do retorno do paciente agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. O consumo equivocado de medicamentos pode implicar também em maior alocação de recursos financeiros. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

Algumas informações não coletadas (através de exames clínicos e laboratoriais) poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. Dessa forma, o fracasso em obter essas informações pode significar uma prescrição equivocada ou, por outro lado, garantir uma decisão mais rápida.

Quadro 67 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico, influenciado por essa heurística, deixa de solicitar os medicamentos necessários para o adequado tratamento, pode impactar o fluxo do paciente pela unidade, visto que ele não percorrerá as etapas necessárias para o atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico não solicita os medicamentos adequados por estar influenciado por essa heurística, ele pode impactar aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no tempo de permanência, por exemplo. | Não investigar todas as possiblidades e informações acerca do quadro do paciente pode garantir tempos menores de atendimento e atravessamento. Dessa forma, pode também impactar menores taxas de mortalidade decorrentes de agravamento dos quadros clínicos, por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele não solicita determinados medicamentos por estar influenciado por essa heurística, ele pode distorcer a demanda real por estes serviços, o que pode impactar realocação ou reduções indevidas de recursos humanos associados a esse posto. Além disso, ele pode aumentar o percentual de retorno, que para manutenção do atendimento no nível de serviço exigido, por impactar a necessidade de mais profissionais nos postos de consulta. | Se ele decide mais rapidamente sobre solicitar ou não medicamentos e acerta (consegue garantir o tratamento), os tempos de atendimento podem ser reduzidos, de forma que para atendimento dos pacientes no nível de serviço definido, pode-se diminuir ou realocar parte dos médicos do posto de consulta. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico decide não solicitar medicamentos, por conta dessa influência, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos, podendo impactar o tratamento efetivo do paciente, diminuindo assim o percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Uma decisão tomada mais rapidamente pode ser mais importante que uma decisão ótima, dependendo do caso do paciente. Dessa forma, uma decisão rápida, mesmo não aderente ao protocolo pode ser, para determinados quadros de pacientes, decisiva. |
| O6: Planejamento e controle | Se essa influência causar distorção na demanda, o planejamento adequado da compra de medicamentos pode ser prejudicado, de forma que no curto prazo, o nível de serviço pode ser comprometido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | Se o médico não solicita os devidos medicamentos, por estar influenciado por essa heurística, ele pode não permitir a identificação da necessidade de novos tipos de tratamento e medicamentos. Dessa forma, pode, no curto prazo, contribuir para aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no tempo de permanência, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O8: Capacidade | O fracasso em obter determinadas informações acerca do paciente pode impactar negativamente a capacidade. Assim, no curto prazo, pode haver liberação de capacidade nos consultórios e na sala de medicação e farmácia, mas que no | Se ele decide mais rapidamente sobre solicitar ou não medicamentos e acerta (consegue garantir o tratamento), os tempos de |

| | | |
|---|---|---|
| | médio prazo, pode significar ter que tratar um paciente com o estado clínico agravado. | atendimento podem ser reduzidos, de forma que para atendimento dos pacientes no nível de serviço definido, a capacidade do posto de consulta é aumentada. |
| O9: Instalações | Se, conformado por essa heurística, o médico não solicita medicamentos, pode induzir ociosidade nas áreas de medicamentos, por exemplo, de forma que uma realocação de instalações possa ser realizada de forma equivocada. | Quando ele decide mais rapidamente sobre solicitar ou não medicamentos e acerta o tratamento, isso pode garantir tempos menores de atendimento e atravessamento, liberando capacidade dos postos de consulta e de medicamentos, de forma que as instalações associadas possam ser realocadas para outro fim na unidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, deixa de solicitar medicamentos que seriam necessários para o diagnóstico, ele pode sobrecarregar os demais postos de trabalho, pelo direcionamento de um paciente sem a devida anamnese e/ou prescrição, além do próprio posto de consulta, pois ele pode induzir aumento do número de pacientes de retorno desnecessariamente. | Quando conformado por essa heurística, o médico decide mais rapidamente sobre solicitar ou não medicamentos e mesmo assim acerta o tratamento, ele pode garantir tempos de atendimentos e de atravessamento menores, de forma tal que, a partir da auto-regulação do posto (conjunto de consultórios) poderia ajustar o fluxo para situações em que a demanda fosse menor que a capacidade. Em casos em que a demanda é maior que a capacidade, essa auto-regulação pode ser dar através da divisão dos pacientes por níveis de complexidade (atribuição de cor associada), de forma que se torna possível a diminuição de determinada fila. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. O consumo equivocado de medicamentos pode implicar também em maior alocação de recursos financeiros. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A possível distorção da demanda pode prejudicar o adequado planejamento e execução da manutenção dos equipamentos associados à administração de medicação e da farmácia. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.2.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciado por essa heurística, o médico pode subestimar casos graves e, dessa forma, pode decidir por não solicitar medicação.

Quadro 68 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de solicitação de medicação / medicamentos

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Essa tendência por subestimar casos graves pode fazer com que determinados medicamentos não sejam solicitados. O paciente percorrerá um fluxo diferente do fluxo que ele deveria percorrer para garantia do atendimento adequado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Ao subestimar um caso grave e não solicitar medicamentos que seriam necessários ao tratamento, o médico pode, no curto prazo, impactar diminuição do tempo de atravessamento (melhora um indicador local em detrimento de outros globais), no médio prazo, impactar aumento do percentual de retorno, e no longo prazo, pode impactar aumento do tempo de permanência, taxa de mortalidade, giro de leito, devido ao possível agravamento do caso do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele não solicita determinados medicamentos por estar influenciado por essa heurística, ele pode distorcer a demanda real por este serviço, o que pode impactar realocação ou reduções indevidas de recursos humanos associados a esses postos. Além disso, ele pode aumentar o percentual de retorno, que para manutenção do atendimento no nível de serviço exigido, pode impactar a necessidade de mais profissionais nos postos de consulta. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico decide não solicitar medicamentos, por conta dessa influência, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos, podendo impactar o tratamento efetivo do paciente, diminuindo assim o percentual de pacientes atendidos dentro | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | |
| O6: Planejamento e controle | Se essa influência causar distorção na demanda, o planejamento adequado da compra de medicamentos pode ser prejudicado, de forma que no curto prazo, o nível de serviço possa ser comprometido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | Se o médico não solicita os medicamentos, por estar influenciado por essa heurística, ele pode não permitir a identificação da necessidade de novos tipos de tecnologias e medicamentos que seriam necessários para atendimento dessa demanda de pacientes. Dessa forma, pode contribuir para aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no tempo de permanência, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda por medicamentos pode, no curto prazo, liberar capacidade dos postos de medicamentos e de consulta, mas no médio prazo, pode significar ter que lidar com um paciente em estado agravado que poderá necessitar de mais medicamentos e que poderá imobilizar leitos de observação. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se, conformado por essa heurística, o médico não solicita medicamentos, pode induzir ociosidade nas áreas de medicamentos, por exemplo, de forma que uma realocação de instalações possa ser realizada de forma equivocada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, deixa de solicitar medicamentos que seriam necessários para o tratamento do paciente, ele pode sobrecarregar os demais postos de trabalho, pelo direcionamento de um paciente sem a devida prescrição, além do próprio posto de consulta, pois ele pode induzir aumento do número de pacientes de retorno desnecessariamente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3 Decisão 3: Direcionamento para observação / estabilização

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de direcionamento para observação / estabilização e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.3.3.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

Para esta decisão, a ancoragem acontece quando a enfermeira, ancorada em uma característica marcante do discurso do paciente, acompanhante ou enfermeiro da ambulância, não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para definir se o paciente precisa ou não seguir para a sala de observação.

Quadro 69 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico que, influenciado pela heurística da ancoragem, direciona um paciente equivocadamente para a sala de observação, impacta não somente o fluxo desse paciente, como também dos demais pacientes que necessitariam desse cuidado e não terão disponibilidade de leito. Por outro lado, se ela não direciona o paciente que precisaria do atendimento, ela intensifica indevidamente o fluxo de pacientes menos graves. | Se ele se ancora em uma característica relevante do discurso, ele pode tomar a decisão mais rapidamente. Na perspectiva do paciente que precisaria do direcionamento, trata-se de uma influência positiva. |
| O3: Indicadores de | O médico que, conformado pela heurística da ancoragem, encaminha um | Identificar com rapidez as necessidades dos |

| | | |
|---|---|---|
| desempenho da organização | paciente para a sala de observação erradamente, pode impactar significantemente indicadores de desempenho, tais como taxa de mortalidade, taxa de infecção, giro de leito, por exemplo. Se, no entanto, ele decide por não encaminhar o paciente o paciente que precisaria, ela impacta indicadores como tempo de atravessamento e taxa de mortalidade. | pacientes pode impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, tempo de permanência, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem impactar a necessidade de redimensionamento de recursos humanos. | Identificar se o paciente precisa ou não de atendimento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que o médico, conformado pela heurística da ancoragem, não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode direciona-lo indevidamente, prejudicando o atendimento dos demais pacientes que precisariam desse cuidado seja dentro na rede básica ou em hospitais de maior complexidade. Em ambos os casos, não haveria aderência ao protocolo e poderiam ser impactados indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Estar conformado pela heurística da ancoragem pode garantir uma decisão mais rápida. Utilizar uma característica marcante do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo que, para determinados casos, pode ser decisivo. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais é prejudicado diante de uma distorção da demanda, quando diagnostica e/ou encaminha equivocadamente o paciente por estar conformado por essa heurística. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado pela heurística da ancoragem, direciona para a sala de observação um paciente que não precisaria desse atendimento, sobredimensiona a demanda dessa área, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade. Por outro lado, se ele não direciona o paciente equivocadamente, ela subdimensiona a demanda da sala de observação ou da rede de hospitais de maior complexidade impactando a necessidade de redimensionamento da capacidade. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto consultórios. |
| O9: Instalações | A distorção recorrente da demanda decorrente dessa influência, pode impactar reajustes nas instalações desses ambientes. Se o médico direciona um paciente que não precisaria desse tratamento, a sobredemanda pode significar necessidade de leitos extras, compartilhamento de respiradores, por exemplo. | Uma consulta mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico para o posto em questão. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação/estabilização, ele sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | A diminuição dos tempos médios de consulta pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda de pacientes para a sala de observação, decorrentes dessa influência, pode impactar a intensificação desnecessária da necessidade de manutenção dos equipamentos desta sala. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformada por essa heurística, a forma como o problema é colocado pelo paciente, enfermeiro da ambulância ou acompanhante influencia fortemente na avaliação da enfermeira sobre a necessidade de observação do paciente.

Quadro 70 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico que, influenciado pela forma como o problema foi exposto, direciona um paciente equivocadamente para a sala de observação ou estabilização, impacta não somente o fluxo desse paciente, como também dos demais pacientes que necessitariam desse cuidado e não terão disponibilidade de leito. | Do ponto de vista do paciente que precisa de atendimento, o médico estar influenciado por essa heurística pode significar um tempo de atendimento mais rápido, logo um |

| | | |
|---|---|---|
| | | direcionamento mais rápido para o fluxo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Uma avaliação influenciada pela forma como o problema é colocado pode acarretar desvios que impactam indicadores avaliados pela organização, como taxas de infecção, taxas de mortalidades e giro de leito. | Levar em consideração a forma como o paciente coloca seu problema pode contribuir para minimizar não direcionamentos para a salas de observação ou estabilização equivocados (pacientes que precisariam de atendimento), impactando positivamente em indicadores como taxa de mortalidade (eficácia) e percentual de retorno em 24h (eficácia), por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | Se conformado por essa heurística, o médico pode tomar decisão mais rapidamente de forma que menos recursos humanos serão necessários para atendimento neste posto de trabalho. |
| O5: Sistemas de qualidade | Estar influenciado pela forma como o problema é exposto diminui a capacidade de diagnóstico baseada em protocolos. Direcionar um paciente que não precisaria de atendimento pode sobredemandar a sala de observação ou estabilização, de forma tal que haja ajustes que não serão aderentes aos instrumentos normativos, de forma a comportar o número de paciente. Assim, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo poderiam ser impactados. | N/A.<br>Quando conformado por essa heurística, o médico pode pontualmente acertar a decisão de direcionar ou não, o que do ponto de vista do paciente é positivo. No entanto, ela não executaria determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos, compra de medicamentos e materiais, contratações de serviços como nutrição, laboratório, raio-x pode ser prejudicado por uma distorção da demandam, seja para a sala de observação, seja para o atendimento nos consultórios. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação / estabilização, poderia impactar necessidade de reajuste da capacidade destas salas, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ele deixa de direcionar um paciente que precisa de atendimento, poderia impactar redimensionamento a capacidade dos postos pelos quais ele passaria, visto que haveria intensificação desse fluxo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Se influenciada por essa heurística, o médico pode atingir pontualmente um tempo de atendimento menor durante a consulta (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho pontual de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho pontual que não reflete ganho sistêmico (longo prazo). |

| | | |
|---|---|---|
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação ou estabilização, impacta reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por exemplo, por conta dessa sobredemanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação ou estabilização, ele sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar maior necessidade de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar o aumento de demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformada por esta heurística, a enfermeira avaliará os casos sociais e psiquiátricos mais por suas doenças/atribuições do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano e a necessidade de observação pode ser entendida como uma forma de manter o paciente assistido sem que haja uma investigação do seu caso.

Quadro 71 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental de atribuição da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Quando conformado por essa heurística, o médico pode tender a subestimar o diagnóstico e não direcionar para a sala de observação ou estabilização um paciente que precisaria desse atendimento. Dessa forma, ela pode distorcer o fluxo que deveria ser percorrido pelo paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | O não direcionamento para as salas de observação ou estabilização não influenciado pelo diagnóstico, mas pelas condições sociais ou psiquiátricas do paciente, pode acabar distorcendo indicadores como taxa de mortalidade, tempo de atravessamento, satisfação do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | O não direcionamento equivocado de pacientes para as salas de observação podem impactar necessidade de redimensionamento de recursos humanos para estas salas, visto que distorcerá a demanda esperada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se conformado por essa heurística, o médico pode negligenciar o uso de protocolos assistenciais para a consulta e não direcionar devidamente o paciente apenas por sua atribuição. Dessa forma, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo poderiam ser impactados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | A distorção da demanda de paciente para a sala vermelha pode impactar o planejamento inicial para o número de pacientes esperado (nutrição, raio-x, medicamentos, materiais). | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, conformado por essa heurística, não direciona erradamente um paciente para a sala de observação ou estabilização, poderia impactar gerar ociosidade da capacidade desta sala, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão do médico. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| recursos financeiros a unidade | pode impactar ajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando a enfermeira acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de observação continuada pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente.

Quadro 72 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, influenciada por essa heurística, o médico pode direcionar mais pacientes para a sala de observação ou estabilização, dependendo da quantidade que tiver necessitado desse atendimento anteriormente, ou não direcionar, caso tenha havido pouco atendimento dessa natureza. Em ambos os casos, ela impacta os fluxos dos pacientes na unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Os dois erros associados a essa influência poderiam distorcer indicadores da organização. O direcionamento de pacientes que não precisariam desse atendimento poderia impactar indicadores como tempos de permanência, giro de leito, taxa de infecção, enquanto o não direcionamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir o médico a direcionar pacientes que não precisariam desse tratamento ou não direcionar pacientes que precisariam de tratamento. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais seria negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação ou estabilização impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio-x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação ou estabilização, impacta na capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ele deixa de direcionar um paciente que precisa de tratamento, poderia impactar o redimensionamento da capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação ou estabilização, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ele sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar ajustes na alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformada por essa heurística, a enfermeira pode entender que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Aqui, ela pode, por exemplo, considerar que um paciente não precisa de observação por sua queixa ser semelhante a algum outro caso mais simples e cometer um erro.

Quadro 73 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, por estar influenciado por essa heurística, o médico entende que um paciente não precisa ser direcionado para as salas de observação ou estabilização por ter um sintoma semelhante ao de um paciente não grave, ele receberia o tratamento referente a um paciente não grave. Por outro lado, se ela entende que ele é grave pelo fato de o sintoma ser semelhante, ele tende a percorrer o fluxo equivocado, intensificando indevidamente o fluxo de um paciente que precisaria do tratamento nas salas de observação ou estabilização. | Considerar que queixas semelhantes refletem diagnósticos semelhante pode garantir uma consulta mais rápida de forma que um maior número de paciente poderia ser atendido (fluxos mais ágeis). Do ponto de vista do paciente que necessita do atendimento da sala de observação, a rapidez na decisão pode ser decisiva para seu estado de saúde. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | As distorções de demanda decorrentes dessa influência podem impactar os indicadores de desempenho da organização. O direcionamento de pacientes que não precisariam desse atendimento poderia distorcer os tempos médios de permanência dos pacientes na observação, aumentar a taxa de infecção e | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes podem impactar indicadores como tempos de atravessamento, tempo de permanência, taxas de mortalidade, satisfação |

| | | |
|---|---|---|
| | mortalidade, enquanto o não direcionamento indevido poderia impactar aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam ser direcionados para a sala de observação impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço e menos pacientes direcionados indevidamente poderia impactar redimensionar o número de médicos nos consultórios médicos. | Uma decisão mais rápida pode impactar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformado por essa heurística, o médico pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ele direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ele impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode pontualmente acertar o diagnóstico mais rapidamente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio-x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação ou estabilização, impacta na capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ele deixa de direcionar um paciente que precisa de tratamento, impacta redimensionar capacidade para os postos pelos quais ele passaria. | Quando conformado por essa heurística e tomando decisões mais prontamente, o médico pode impactar aumento pontual de capacidade do posto consultório. |
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão da enfermeira. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ele sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação |

| | | |
|---|---|---|
| | | de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, a enfermeira julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio. Então, um paciente pode não necessitar de observação continuada, mas pode ser encaminhado, pois a enfermeira entendeu que seu caso era semelhante a um de seu conhecimento prévio que foi encaminhado ou ela pode não direcionar um paciente por não ter um conhecimento prévio do seu caso.

Quadro 74 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se, conformado por essa heurística, o médico tiver mais conhecimento sobre casos de pacientes que precisaram de observação continuada, ele tende a encaminhar mais pacientes para essa sala, intensificando o fluxo de pacientes desse tipo. Por outro lado, se seu conhecimento prévio for de paciente não graves, ele tende a julgar mais provável a chegada de casos assim e não direcionará pacientes que necessitam de cuidados das salas de observação, intensificando o fluxo de pacientes para atendimento nos consultórios médicos. | Considerar seu conhecimento prévio para decidir se o paciente deve ou não ser encaminhado para a sala de observação/estabilização pode garantir um atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido e direcionado no tempo adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Tanto para os casos de direcionamentos indevidos, quanto para os não direcionamentos que precisariam do atendimento, há impacto nos indicadores da organização. O não direcionamento de um paciente que precisaria de atendimento na sala de observação pode impactar indicadores como taxa de | Identificar com rapidez a necessidade de direcionamento para a sala de observação de pacientes que precisariam desse atendimento pode impactar indicadores como tempos de |

| | | |
|---|---|---|
| | mortalidade, tempo de atravessamento, qualidade percebida. Por outro lado, direcionar um paciente que não precisaria de atendimento pode impactar indicadores como tempo de permanência, giro de leito, taxas de infecção, taxa de mortalidade. | atravessamento, tempo de permanência, taxas de mortalidade, satisfação do paciente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes para as salas de observação, ele impacta uma necessidade de redimensionamento de recursos humanos para garantir o devido atendimento dos pacientes. Se, por outro lado, ele direciona menos pacientes, ele impacta também em redimensionamento dos postos de classificação de risco e consulta médica, por exemplo. | Identificar se o paciente precisa ou não de direcionamento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade de consulta médica. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformado por essa heurística, ele pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ele direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ele impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Fazer uso seus conhecimentos prévios pode garantir uma consulta médica mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio-x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, pode impactar a necessidade de reajuste de capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ele deixa de direcionar um paciente que precisaria de atendimento, pode impactar necessidade de redimensionamento de capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | Por outro lado, tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta a necessidade de reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão do médico. Se ele não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar a necessidade de redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | consultórios médicos para atender a nova demanda. | |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ele sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. O direcionamento ou o não direcionamento podem ser equivocados pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 75 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na | Quando conformado por essa heurística, o médico pode não direcionar um paciente que necessitaria desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| unidade | pacientes não graves, ou direciona-lo sem que haja a necessidade desse atendimento, fazendo-o percorrer o fluxo de pacientes graves. | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Tanto para os casos de direcionamentos indevidos, quanto para os não direcionamentos que precisariam do atendimento, há impacto nos indicadores da organização. Se ele não obtém as informações necessárias e direciona o paciente para a sala de observação, ele pode impactar indicadores como tempo de permanência, giro de leito, taxas de infecção, taxa de mortalidade. Se ele não direciona o paciente que precisaria, pode haver impactos em indicadores como tempo de atravessamento, taxa de mortalidade, percentual de retorno em 24h, por exemplo. | Essa influência pode permitir identificar com rapidez as necessidades dos pacientes, podendo impactar indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. Do ponto de vista do paciente que precisa de direcionamento para a sala de observação, essa influência pode garantir uma decisão mais rápida e decisiva por parte do médico. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes para as salas de observação, ele impacta uma necessidade de redimensionamento de recursos humanos para garantir o devido atendimento dos pacientes. Se, por outro lado, ele direciona menos pacientes, ele impacta também em redimensionamento dos postos de classificação de risco e consulta médica, por exemplo. | Identificar se o paciente precisa ou não de direcionamento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade de consulta médica. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformado por essa heurística, ele pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Se, ao invés disso, ele direciona um paciente que não precisaria desse atendimento, ele impacta a qualidade do atendimento dos demais pacientes que necessitariam do mesmo. Ambas condutas não são aderentes aos protocolos assistenciais e poderiam prejudicar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Fazer uso seus conhecimentos prévios pode garantir uma consulta médica mais rápida, que em determinados casos, pode der decisivo para o caso do paciente. |
| O6: Planejamento e controle | O direcionamento indevido de pacientes para as salas de observação impacta o planejamento e sincronismo de diversas outras áreas que oferecem serviços e materiais para garantir tratamento do paciente como, por exemplo, as atividades da farmácia, alimentação, limpeza e raio-x. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, pode impactar a necessidade de reajuste de capacidade desta sala, que por imobilizar recursos para este paciente, restringe o acesso de pacientes que precisariam desse tipo de acompanhamento. Se ele deixa de direcionar um paciente que precisaria de atendimento, pode impactar redimensionamento de capacidade dos postos pelos quais ele passaria. | Tempos menores de atendimento aumentam a capacidade de atendimento do posto em questão. |

| | | |
|---|---|---|
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, direciona erradamente um paciente para a sala de observação, impacta em reajustes nas instalações desses ambientes. Podem ser necessários leitos extras, compartilhamento de respiradores, por conta dessa decisão do médico. Se ele não direcionar, o paciente intensificará o fluxo de pacientes que aguardam no salão por atendimento médico, podendo impactar a necessidade de redimensionamento do salão (espaço físico e cadeiras) e da quantidade de consultórios médicos para atender a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, influenciado por essa heurística, direciona mais pacientes indevidamente para as salas de observação, ele sobrecarrega esse posto para manutenção do nível de serviço estabelecido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A distorção da demanda que pode ser provocada por essa influência pode impactar reajuste de manutenção de leitos extras, bem como de equipamentos extras, usados para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.3.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, a enfermeira pode subestimar casos graves. Aqui, ela pode tender a redirecionar mais pacientes que o devido e sobrecarregar a rede.

Quadro 76 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Essa tendência por subestimar casos graves pode fazer com que o médico não direcione os pacientes que precisariam desse atendimento para a sala de observação, intensificando, portanto, o fluxo de pacientes não graves. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ele subestima um caso grave e não direciona o paciente para a sala de observação, ele pode permitir o agravamento do caso de um paciente, de forma que para o sistema, indicadores como satisfação do cliente, taxa de mortalidade, tempo de permanência, por exemplo, podem ser afetados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Neste caso, a distorção da demanda pode subutilizar os recursos humanos alocados da sala de observação, além de inviabilizar o planejamento da necessidade de recursos especializados para tratar dos casos raros e exigir um redimensionamento de recurso humanos para os postos de classificação de risco e consulta médica. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Quando conformado por essa heurística, ele pode não direcionar um paciente que precisaria de cuidados imediatos e prejudicar o tratamento do mesmo. Nesse caso, trata-se de uma conduta que não é aderente aos protocolos assistenciais e poderiam impactar indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O não direcionamento de pacientes que precisariam de atendimento na sala de observação distorce a demanda e pode prejudicar o planejamento e disponibilidade de prestação de serviços de outras áreas como nutrição, limpeza, raio-x, entrega de medicamentos, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Um não direcionamento de um paciente, influenciado pele recusa de um diagnóstico grave, pode impactar uma subutilização da capacidade da sala de observação e necessidade de reajuste de capacidade dos postos de classificação de risco e consulta médica, para comportar a nova demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | O médico que, conformado por essa heurística, não direciona um paciente que precisaria de atendimento na sala de observação, impacta em reajustes nas instalações das demais áreas, para suportar a intensificação dos fluxos, | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | garantindo um atendimento nos níveis de serviços estabelecidos. | |
| O10: Organização do trabalho | - | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar necessidade de realocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4 Decisão 4: Encaminhamento para outras unidades

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de encaminhamento para outras unidades e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.3.4.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

A ancoragem acontece quando o médico, ancorado em uma característica marcante do discurso do paciente ou do diagnóstico da enfermeira, não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para decidir se o paciente precisa ou não ser encaminhado para dar continuidade do tratamento em outras unidades (atenção primária ou hospitalar).

Quadro 77 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da ancoragem da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | O médico, influenciado pela heurística da ancoragem, pode distorcer a demanda, se por exemplo, redireciona um paciente para a rede de atenção primária para dar continuidade do tratamento ou para a rede de atenção hospitalar sem a devida necessidades. Nesses dois casos, sobrecarrega a rede, impactando uma necessidade de reajuste de capacidade por parte da rede. Por outro lado, se o médico não encaminha um paciente que precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciado por essa heurística, ela acaba por amortizar a demanda da rede de atenção básica ou hospitalar. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se ancorado por uma característica marcante do discurso do paciente / diagnóstica da classificação de risco, o médico pode decidir por encaminhar para outra unidade um paciente que não precisaria de continuidade do tratamento ou não encaminhar um paciente que precisaria. Dessa forma, os encaminhamentos dos pacientes ao longo dos fluxos pode se dar de forma equivocada traduzindo-se em intensificação ou redução do fluxo de determinado tipo de paciente desnecessariamente. | Se ele se ancora em uma característica relevante do discurso do paciente / diagnóstico da classificação de risco, ele pode decidir mais rapidamente sobre a necessidade de continuidade do tratamento do paciente em outras unidades e, dessa forma, realizar a consulta médica mais rapidamente. Se ele atende mais rápido, um maior número de pacientes poderá ser atendido. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se ele não encaminha um paciente que precisaria ter o tratamento continuado, pode impactar indicadores como aumento do percentual de retorno e aumento da taxa de mortalidade. | Identificar com rapidez se o paciente precisa ser encaminhado ou não para atenção primária ou hospitalar pode diminuir os tempos de atravessamento, taxas de mortalidade e aumentar satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele não encaminha um paciente que precisaria de cuidados de especialista, essa distorção de demanda pode implicar necessidade de redimensionamento de recursos humanos e/ou readequação do perfil dos profissionais para garantir o atendimento da sobredemanda, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de | Identificar se o paciente precisa ou não de encaminhamento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão, visto o aumento de capacidade do |

| | | |
|---|---|---|
| | serviço estipulado. | posto. |
| O5: Sistemas de qualidade | Ao passo que o médico, conformado pela heurística da ancoragem, não investiga outros sintomas para ajustar sua decisão inicial, ela pode encaminhar para a atenção primária um paciente que precisaria de cuidados de urgência ou emergência, prejudicando seu tratamento, ou permitir a permanência de um paciente que não precisaria de cuidados urgentes, prejudicando o atendimento dos demais pacientes. Não há aderência ao protocolo e podem ser impactados indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo, por exemplo. | Estar conformado pela heurística da ancoragem pode ser uma boa diretriz para decisões mais rápidas e consequentemente uma consulta médica mais rápida. Utilizar uma característica marcante do discurso do paciente pode garantir um diagnóstico a tempo, que dependendo do caso do paciente, pode ser fundamental para manutenção da sua vida. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado pela heurística da ancoragem, mantem na unidade um paciente que precisaria ser encaminhado para outras unidades, pode sobredemandar a unidade, de forma que parte da capacidade fique imobilizada com esse tipo de paciente. Por outro lado, se ele encaminha um paciente que ainda precisaria de cuidados de urgência ou emergência, ele pode, no curto prazo, liberar capacidade da unidade, mas no médio prazo, pode ter que lidar com um paciente com o quadro clínico agravado. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode diminuir os tempos médios de atendimento, aumentando a capacidade do posto de consulta médica. |
| O9: Instalações | O médico que, conformado pela heurística da ancoragem, permite a permanência de pacientes que não precisariam mais de atendimento na unidade ou que não permite a permanência de pacientes que precisariam de atendimento, acaba por impactar a necessidade de ajustes nas instalações para comportar a sobredemanda (e mudança dos quadros clínicos dessa demanda) ou subdemanda (realocação das instalações ociosas). | Uma consulta médica mais rápida pode permitir atingimento do nível de serviço utilizando menos espaço físico para o posto em questão. Dessa forma, habilita a organização a realocar este espaço, destinando a outra finalidade. |
| O10: Organização do trabalho | O médico que mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de atendimento, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção do atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta mudanças na alocação de recursos financeiros para a unidade (seja para aquisição de equipamentos e medicamentos mais complexos, seja no que diz respeito a realocação de recursos entre as áreas por conta da subdemanda). | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |

| | | |
|---|---|---|
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se o médico mantem um paciente que precisaria de atendimento da rede hospitalar, ele acaba induzindo a necessidade de equipamentos mais complexo e consequentemente manutenções associadas a essa nova estrutura. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformada por essa heurística, a forma (externa ao trabalho do médico) como o problema é colocado pelo paciente ou enfermeira da classificação de risco influencia fortemente na avaliação sobre a necessidade de encaminhamento ou não para outras unidades.

Quadro 78 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se o médico encaminha um paciente que ainda precisaria de atendimento na unidade, por estar influenciado pela forma como o paciente (ou enfermeira da classificação) expôs seu problema, ela acaba por sobrecarregar a rede de atenção básica ou hospitalar. Se o médico mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de atendimento, por estar influenciado pela forma como o paciente expôs seu problema, ela acaba por amortizar a demanda da rede de atenção básica ou hospitalar. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico, influenciado por essa heurística, permite a permanência de pacientes que não precisariam mais de atendimento na unidade, ele acaba por distorcer a real necessidade por atendimento, de forma que poderá contribuir para a intensificação indevida de determinado fluxo (por exemplo, de paciente para as salas de observação). Da mesma forma, se ele encaminha um paciente | Do ponto de vista do paciente que precisa de atendimento, o médico estar influenciado por essa heurística pode significar um tempo menor de decisão acerca do seu caso, logo um direcionamento mais rápido para o fluxo |

| | | |
|---|---|---|
| | que ainda precisaria de atendimento, ele reduz indevidamente determinado fluxo. | adequado. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Uma avaliação influenciada pela forma como o problema é colocado, pode acarretar desvios do tipo de paciente que deve ser encaminhado, impactando diretamente indicadores avaliados pela organização, principalmente relacionados a tempo de atravessamento, tempo de permanência, taxa de mortalidade. | Levar em consideração a forma como o paciente (ou enfermeira da classificação de risco) coloca seu problema pode contribuir para minimizar encaminhamentos equivocados de pacientes que precisariam de atendimento de urgência ou emergência, impactando positivamente indicadores como taxa de mortalidade (eficácia) e percentual de retorno em 24h (eficácia), por exemplo. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar necessidade de redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. Se o médico aumenta a complexidade dos quadros clínicos na unidade, pode impactar necessidade de reajuste de competências para atendimento nos níveis de serviços definidos. | Se conformado por essa heurística, o médico pode tomar decisão mais rapidamente de forma que menos recursos humanos sejam necessários para atendimento neste posto de trabalho. |
| O5: Sistemas de qualidade | Estar influenciado pela forma como o problema é exposto pode diminuir a capacidade de diagnóstico baseada em protocolos. Assim, indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo podem ser prejudicados. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode acertar o diagnóstico desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos, de forma que, não levar em consideração algumas informações, pode garantir uma decisão mais rápida. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos, compra de medicamentos e materiais, contratações de serviços como nutrição, laboratório, raio-x pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se o médico permite a permanência de um paciente que não precisaria de atendimento ou não permite a de um paciente que precisaria, pela forma como ele expôs suas queixas, ela distorce a demanda e em consequência, impacta a necessidade de redimensionamento da capacidade para garantir o nível mínimo de serviço definido pelos contratos de gestão. | Se influenciado por essa heurística, o médico pode atingir pontualmente um tempo de atendimento menor durante a consulta médica (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho pontual de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho pontual que não reflete ganho sistêmico (longo prazo). |
| O9: Instalações | A sobredemanda causada pela decisão de permanência de pacientes que não | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | deveriam ser atendidos na unidade exigiria ajustes nas instalações para atendimento no nível mínimo de serviço. | |
| O10: Organização do trabalho | O médico que mantem um paciente que não precisaria de atendimento na unidade acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção do atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se ele mantem um paciente que não precisaria mais de atendimento, essa sobredemanda pode aumentar a necessidade de manutenção das instalações associadas ao atendimento destes pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Quando conformado por esta heurística, o médico avaliará os casos sociais e psiquiátricos, por exemplo, mais por suas doenças/atribuições do que pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si acaba ficando em segundo plano.

Quadro 79 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental da atribuição da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | O médico que, conformado por essa heurística, não encaminha um paciente que precisaria ter seu tratamento continuado, pode diminuir a demanda real da rede (primária ou hospitalar). Se ele encaminha apenas pela atribuição e não pelo diagnóstico, sobredemanda a rede desnecessariamente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo | Se ele mantem o paciente na unidade apenas por sua atribuição, intensifica | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| do paciente na unidade | determinados fluxos indevidamente. Se ele encaminha, pelo mesmo motivo, diminui o fluxo na unidade. | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | O médico, conformado por essa heurística, que distorce a demanda encaminhando ou não indevidamente pode impactar negativamente indicadores como taxa de mortalidade e percentual de retorno. Essa influência poderia, de certa forma, contribuir para o aumento de mortes evitáveis. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os desvios de demanda poderiam implicar necessidade de redimensionamento de recursos humanos, uma vez que estes podem ter sido dimensionados a partir de uma demanda esperada, para garantir um nível de serviço estipulado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico, conformado por essa heurística, pode não permitir a permanência de casos sociais, por exemplo, impossibilitando o tratamento desse paciente, ou permitir sua permanência sem dar a devida atenção a investigação/diagnóstico. Essa tendência em julgar casos sociais ou psiquiátricos por suas condições e não pelo diagnóstico prejudica não apenas o tratamento do paciente em questão, como dos demais que precisariam desse atendimento. Dessa forma, o médico deliberadamente negligencia os protocolos assistenciais. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão, bem como para os demais pelos quais o paciente precisaria passar. Se ele mantem um paciente indevidamente, isso significaria imobilizar capacidade da unidade, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações dos postos pelos quais o paciente precisaria atravessar. Se ele é encaminhado indevidamente, parte das instalações ficará ociosa e pode ser realocada equivocadamente. Se ele é mantido na unidade indevidamente, ele pode imobilizar parte das instalações que deveriam estar servindo a outro paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O10: Organização do trabalho | Se o médico mantem o paciente indevidamente, sobrecarrega os demais postos no curto prazo, visto que precisarão tratar um paciente que não precisaria estar na unidade. Se ele encaminha indevidamente o paciente, ele pode sobrecarregar no médio prazo a equipe que precisará lidar com o paciente com um quadro agravado. | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | A decisão de manter o paciente indevidamente pode implicar maior necessidade de manutenção das instalações e equipamentos associados ao tratamento desses pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

Acontece quando o médico acredita que a probabilidade de chegada de um paciente que precisa de determinado tratamento pode ser influenciada pela quantidade de pacientes que chegou anteriormente.

Quadro 80 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção | O médico pode, influenciado por essa heurística, encaminhar para a atenção | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| (básica e hospitalar) | primária ou hospitalar um paciente que não precisaria de atendimento, por já ter atendido casos semelhantes anteriormente. Assim, ela distorce a demanda da rede. | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | O médico, conformado por essa heurística, pode não encaminhar determinado paciente por não ter encaminhado muitos outros casos e isso pode contribuir para uma intensificação de determinado fluxo de paciente, distorcendo assim a demanda real da unidade. Se ele encaminha indevidamente, influenciado por essa heurística, pode também distorcer a o fluxo de atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Os dois erros associados a essa influência poderiam distorcer indicadores da organização. A manutenção de um paciente que não precisaria mais de atendimento poderia aumentar os tempos médios de permanência, enquanto o encaminhamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar a necessidade de redimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço acordado pelos contratos de gestão. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Esse erro cognitivo pode induzir o médico a manter na unidade pacientes que não precisariam de atendimento ou não manter pacientes que precisariam de atendimento. Em ambos os casos, a aderência aos protocolos assistenciais seria negligenciada e indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo seriam prejudicados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão, bem como para os demais postos pelos quais o paciente precisaria passar para garantia do adequado atendimento. Se ele é encaminhado equivocadamente, isso pode significar ociosidade indevida nos postos pelos quais ele passaria. Se ele é mantido indevidamente, ele imobilizará capacidade de determinados postos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão, para que se ajuste com as capacidades necessárias para atendimento dos pacientes nos níveis estipulados de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do | O médico que mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| trabalho | atendimento, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ele encaminha o paciente indevidamente, ele pode no curto prazo, diminuir a carga de trabalho dos postos subsequentes, mas no médio prazo, isso pode significar lidar com um paciente com quadro agravado. | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar necessidade de aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se ele mantem um paciente que não precisaria mais de atendimento, essa sobredemanda pode aumentar a necessidade de manutenção das instalações associadas ao atendimento destes pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformado por essa heurística, o médico pode entender que queixas (externas e independentes do seu trabalho) semelhantes refletem diagnósticos semelhantes. Ele pode encaminhar um paciente para continuidade de seu tratamento na rede primária ou hospitalar por sua queixa / quadro ser semelhante a de um outro paciente.

Quadro 81 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso o médico decida por, conformado pela heurística em questão, encaminhar um paciente pelo fato de suas queixas/sintomas serem semelhantes as de um paciente que não precisou permanecer na unidade, ele pode sobrecarregar a rede, aumentando sua demanda. Por outro lado, se conformado por essa heurística, ele mantem um paciente que não precisaria mais de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode amortizar parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo | Se o médico mantem um paciente que não precisaria de atendimento, esse | Considerar que queixas semelhantes refletem |

| | | |
|---|---|---|
| do paciente na unidade | paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que precisariam de atendimento na unidade. | diagnósticos semelhante pode garantir uma decisão mais rápida e, consequentemente, atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). Além disso, dependendo do estado clinico do paciente, uma decisão mais rápida sobre qual o melhor encaminhamento pode ser crucial. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de consulta médica associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. A manutenção de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento e de permanência, enquanto o encaminhamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes impactam indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam estar na unidade impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço, por exemplo. | Uma decisão mais rápida pode significar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, influenciado por essa heurística, não mantiver um paciente que precisaria de atendimento ou mantiver um paciente que não precisaria, negligencia o uso de protocolos assistenciais para embasar seu atendimento, impactando, por exemplo, pioras em indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode acertar o diagnóstico mais rapidamente e decidir sobre encaminhar ou não o paciente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. Dependendo do quadro do paciente, uma decisão mais rápida pode ser mais importante que uma decisão ótima. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão, bem como para os demais postos pelos quais o paciente precisaria passar para garantia do adequado atendimento. Se ele é encaminhado equivocadamente, isso pode significar ociosidade indevida nos postos pelos quais ele passaria. Se ele é mantido indevidamente, ele | Se influenciado por essa heurística, o médico pode atingir sistemicamente um tempo de atendimento menor durante a consulta médica (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho de capacidade neste posto. Trata-se, |

| | | |
|---|---|---|
| | imobilizará capacidade de determinados postos. | portanto, de um ganho de longo prazo. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão, para que se ajuste com as capacidades necessárias para atendimento dos pacientes nos níveis estipulados de serviço. | Se, a partir dessa influência, ele toma decisões mais rápidas e diminui os tempos médios de atendimento, isso pode significar realocação das instalações associadas a ociosidade de capacidade para manutenção dos níveis de serviços. |
| O10: Organização do trabalho | O médico que mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de atendimento, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ele encaminha o paciente indevidamente, ele pode no curto prazo, diminuir a carga de trabalho dos postos subsequentes, mas no médio prazo, isso pode significar lidar com um paciente com quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se ele mantem um paciente que não precisaria mais de atendimento, essa sobredemanda pode aumentar a necessidade de manutenção das instalações associadas ao atendimento destes pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, o médico julga a probabilidade de ocorrência de um determinado caso de paciente com base nos dados clínicos semelhantes, de seu conhecimento prévio. Um médico que já tenha encaminhado muitos pacientes, pode por exemplo, decidir por encaminhar mais pacientes que um médico com menos experiência em casos semelhantes.

Quadro 82 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso o médico decida por, conformado pela heurística em questão, encaminhar um paciente que precisaria de atendimento na unidade, ele pode sobrecarregar a rede, aumentando, assim, sua demanda. Por outro lado, se conformado por essa heurística, ele mantem um paciente que não precisaria de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode amortizar parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico mantem um paciente que não precisaria de atendimento, esse paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que precisariam de atendimento na unidade. | Considerar que queixas semelhantes a queixas de seu conhecimento prévio refletem diagnósticos semelhante pode garantir uma decisão mais rápida e, consequentemente, atendimento mais rápido de forma que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). Além disso, dependendo do estado clinico do paciente, uma decisão mais rápida sobre qual o melhor encaminhamento pode ser crucial. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de consulta médica associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. A manutenção de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento e de permanência, enquanto o encaminhamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Identificar com rapidez as necessidades dos pacientes impactam indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam estar na unidade impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço, por exemplo. | Uma decisão mais rápida pode significar ter menos recursos humanos alocados no posto de trabalho para execução da tarefa. |
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, influenciado por essa heurística, não mantiver um paciente que precisaria de atendimento ou mantiver um paciente que não precisaria, negligencia o uso de protocolos assistenciais para embasar seu atendimento, impactando, por exemplo, pioras em indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Quando conformado por essa heurística, o médico pode acertar o diagnóstico mais rapidamente e decidir sobre encaminhar ou não o paciente desconsiderando a execução de determinados procedimentos padrão previstos por protocolos. Dependendo do quadro do paciente, uma decisão mais rápida pode ser mais importante que uma decisão ótima. |

| | | |
|---|---|---|
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão, bem como para os demais postos pelos quais o paciente precisaria passar para garantia do adequado atendimento. Se ele é encaminhado equivocadamente, isso pode significar ociosidade indevida nos postos pelos quais ele passaria. Se ele é mantido indevidamente, ele imobilizará capacidade de determinados postos. | Se influenciado por essa heurística, o médico pode atingir sistemicamente um tempo de atendimento menor durante a consulta médica (indicador de eficiência) de forma tal que haja ganho de capacidade neste posto. Trata-se, portanto, de um ganho de longo prazo. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão, para que se ajuste com as capacidades necessárias para atendimento dos pacientes nos níveis estipulados de serviço. | Se, a partir dessa influência, ele toma decisões mais rápidas e diminui os tempos médios de atendimento, isso pode significar realocação das instalações associadas a ociosidade de capacidade para manutenção dos níveis de serviços. |
| O10: Organização do trabalho | O médico que mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de atendimento, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ele encaminha o paciente indevidamente, ele pode no curto prazo, diminuir a carga de trabalho dos postos subsequentes, mas no médio prazo, isso pode significar lidar com um paciente com quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se ele mantem um paciente que não precisaria mais de atendimento, essa sobredemanda pode aumentar a necessidade de manutenção das instalações associadas ao atendimento destes pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

O fracasso em obter mais informações (interno e externo ao trabalho) para avaliar o paciente pode significar um diagnóstico equivocado. Algumas informações não coletadas poderiam ser importantes para uma decisão mais aderente ao caso do paciente. A decisão de encaminhamento pode ser equivocada, portanto, pelo fracasso em obter as informações necessárias.

Quadro 83 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do princípio de desempacotamento da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Caso o médico decida por, conformado pela heurística em questão, encaminhar um paciente que precisaria de atendimento na unidade, ele pode sobrecarregar a rede, aumentando, assim, sua demanda. Por outro lado, se conformado por essa heurística, ele mantem um paciente que não precisaria de atendimento, sob o ponto de vista da rede, ela pode amortizar parte da sua demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico mantem um paciente que não precisaria de atendimento, esse paciente percorrerá e intensificará equivocadamente o fluxo de pacientes que precisariam de atendimento na unidade. | Se ele não utiliza todas as informações possíveis, pode decidir mais rapidamente sobre o encaminhamento do paciente, de forma que os fluxos de atendimento sejam mais ágeis. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Para ambos os possíveis erros de consulta médica associados a essa heurística, pode haver impacto em indicadores. A manutenção de pacientes que não precisariam de atendimento poderia aumentar os tempos de atravessamento e de permanência, enquanto o encaminhamento indevido poderia impactar em aumento da taxa de mortalidade ou do percentual do retorno em 24h, por exemplo. | Essa influência pode permitir identificar com rapidez as necessidades dos pacientes, impactando indicadores como tempos de atravessamento, taxas de mortalidade, satisfação do cliente. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Tanto para a sobredemanda, quando para a subdemanda, o dimensionamento de recursos humanos é diretamente impactado. Dessa forma, mais pacientes que não precisariam estar na unidade impactam a necessidade de mais recursos para atendê-los a um determinado nível de serviço, por exemplo. | Identificar se o paciente precisa ou não de encaminhamento com mais rapidez pode significar ter menos recursos humanos alocados para a execução da atividade em questão. |

| | | |
|---|---|---|
| O5: Sistemas de qualidade | O médico que, influenciado por essa heurística, não mantiver um paciente que precisaria de atendimento ou mantiver um paciente que não precisaria, negligencia o uso de protocolos assistenciais para embasar seu atendimento, impactando, por exemplo, pioras em indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Estar conformado por essa heurística pode ser uma boa diretriz para uma consulta médica mais rápida. Utilizar apenas parte do discurso do paciente pode garantir um pré-diagnóstico a tempo em determinados casos. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais pode ser prejudicado por uma distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento da capacidade para o posto em questão, bem como para os demais postos pelos quais o paciente precisaria passar para garantia do adequado atendimento. Se ele é encaminhado equivocadamente, isso pode significar ociosidade indevida nos postos pelos quais ele passaria. Se ele é mantido indevidamente, ele imobilizará capacidade de determinados postos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações do posto em questão, para que se ajuste com as capacidades necessárias para atendimento dos pacientes nos níveis estipulados de serviço. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | O médico que mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de atendimento, acaba por aumentar desnecessariamente a carga de trabalho dos postos subsequentes para que se garanta a manutenção no atendimento nos níveis de serviço estabelecidos. Se ele encaminha o paciente indevidamente, ele pode no curto prazo, diminuir a carga de trabalho dos postos subsequentes, mas no médio prazo, isso pode significar lidar com um paciente com quadro agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos impacta aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se ele mantem um paciente que não precisaria mais de atendimento, essa sobredemanda pode aumentar a necessidade de manutenção das instalações associadas ao atendimento destes pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.4.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciada por essa heurística, o médico pode subestimar casos graves. Aqui, ele pode tender a encaminhar mais pacientes para a rede primária e não encaminhar um paciente para a rede hospitalar por recusar a possibilidade de um diagnóstico menos comum.

Quadro 84 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de direcionamento para observação / estabilização

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Se conformado por essa heurística, o médico pode tender a redirecionar mais pacientes para a rede de atenção básica, uma vez que ela subestima casos graves. Dessa forma, ela sobredimensiona a demanda da rede. Além disso, a recusa por um diagnóstico raro pode impedir o acionamento de unidades especializadas (alta complexidade) e impactar um dimensionamento inadequado por parte dessas unidades. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Do ponto de vista da unidade, pode haver um subdimensionamento da demanda. Essa distorção pode impactar em diminuição do fluxo esperado de pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | O médico que, conformado por essa heurística, não mantem um paciente que precisaria de atendimento na unidade, pode impactar indicadores como taxa de mortalidade, percentual de retorno em 24h, por exemplo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ela recusa diagnósticos raros, pode distorcer a demanda real da unidade, de forma que os recursos humanos que seriam destinados a tratar do paciente podem ficar ociosos e serem equivocadamente realocados. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de | Se conformado por essa heurística, o médico pode negligenciar o uso | N/A - essa heurística precisa ser |

| | | |
|---|---|---|
| qualidade | dos protocolos assistenciais quando encaminha um paciente que ainda precisaria de atendimento. Dessa forma, indicadores associados a esses protocolos podem ser impactados, como por exemplo, percentual de pacientes com SEPSE, AVC ou IAM atendidos com aderência ao protocolo. | minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | O planejamento de aquisição dos equipamentos e compra de medicamentos e materiais é prejudicado diante de uma distorção da demanda, quando o médico recusa a manutenção do paciente por estar conformado por essa heurística. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda decorrente dessa influência pode impactar o dimensionamento da capacidade para atendimento dos pacientes no nível mínimo de serviço definido. Se ele encaminha mais paciente que o devido, a capacidade livre na unidade pode acabar sendo realocada indevidamente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | A distorção da demanda impacta o dimensionamento das instalações para atendimento dos pacientes nos níveis de serviço estipulados. Pode haver realocação indevida das instalações ociosas por conta dessa influência. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se ele encaminha para a rede de atenção primária um paciente que ainda precisaria de atendimento na unidade, ele pode sobrecarregar, no médio prazos, os postos que provavelmente precisarão atender um paciente de retorno com o quadro clínico agravado. | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | O possível redimensionamento de instalações, capacidade, recursos humanos pode impactar aumento da alocação de recursos financeiros para a unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5 Decisão 5: Liberação do paciente

Aqui, serão expostas as influências de cada heurística na decisão de liberação do paciente e os impactos negativos e positivos em cada categoria de operações.

##### 4.4.3.5.1 Heurística 1: Ancoragem (*Anchoring*)

O médico, ancorado em uma característica marcante do discurso do paciente / parecer do profissional anterior / resultados dos exames, não faz os devidos ajustes com as informações subsequentes para diagnosticar o paciente e decidir pela liberação ou não do mesmo.

Quadro 85 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se ele libera um paciente que ainda precisaria de cuidados, ou não libera um paciente que não precisaria, ele impacta o percurso do paciente na unidade. O paciente liberado indevidamente, não percorre as etapas necessários ao seu tratamento. Se ele decide por manter o paciente na unidade indevidamente, ele impacta o percurso deste e dos que precisariam utilizar determinados recursos, que estarão imobilizados. | Se o médico se ancora em discurso do paciente / parecer do profissional anterior / resultados dos exames, ele pode decidir mais rapidamente sobre a liberação ou não do paciente. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando a taxa de |

| | | |
|---|---|---|
| | | atendimento. Isso pode possibilitar um maior número de atendimentos a um nível de serviço pré-estabelecido. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico libera um paciente que deveria permanecer, ele pode impactar negativamente indicadores de desempenho da organização. Dessa forma pode aumentar percentual de retorno, aumentar taxa de mortalidade e diminuir o tempo de atravessamento (melhoria pontual que impacta negativamente os demais indicadores). Se ele não libera indevidamente, pode impactar aumento do tempo de permanência, aumento da taxa de infecção e aumento da taxa de mortalidade. | Se ele decide por liberar o paciente mais rapidamente, ele pode diminuir os tempos de atendimento e liberar capacidade não apenas de seu posto, mas dos demais, possibilitando um maior número de atendimentos (possibilidade de aumento do fluxo). Para o paciente que permaneceu devidamente, pode evitar o aumento do percentual de retorno, pode evitar aumento da taxa de mortalidade. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele libera um paciente que ainda precisaria de cuidados na unidade, isso pode distorcer a demanda, podendo levar, em caso de subdimensionamento, a realocação ou redução inadequada do quantitativo de profissionais. Se ele não libera o paciente, pode sobredimensionar a demanda, de forma que se faça necessário o redimensionamento dos profissionais para atender os pacientes no nível de serviço fixado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico conformado por essa heurística não consegue realizar um diagnóstico adequado para definir qual protocolo se aplica, isso pode impactar uma decisão errônea de liberação ou não do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se o médico libera um paciente que deveria permanecer, ou não libera um que não deveria, ele prejudica o planejamento de aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda ao liberar pacientes que precisariam de tratamento pode, no curto prazo, liberar recursos, mas no médio prazo, pode receber um paciente com estado clínico agravado, que imobilizará capacidade. Se não libera pacientes que não precisariam mais de atendimento, pode impactar imobilização de recursos que poderiam ser usados por outros pacientes. | Se influenciado por essa heurística, ele pode garantir decisões mais rápidas e dessa forma, diminuir os tempos de atendimento, que ao reduzir o tempo de atravessamento para um mesmo nível de serviço, pode liberar capacidade. |
| O9: Instalações | Se o médico, conformado por essa heurística, sobredimensiona a demanda, ao não liberar um paciente que não precisaria mais de atendimento, pode impactar a necessidade de ajustes nas instalações para comportar a nova demanda nos níveis de serviço estabelecidos. Ao mesmo tempo, um médico que libera o paciente indevidamente, pode contribuir para o subdimensionamento da | Se influenciado por essa heurística, ele pode garantir decisões mais rápidas e dessa forma, diminuir os tempos de atendimento, que ao reduzir o tempo de atravessamento para um mesmo nível de serviço, pode liberar |

| | | |
|---|---|---|
| | demanda, que pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações para atendimento da demanda. | capacidade. Dessa forma, as instalações podem ser realocadas para atendimento de uma outra demanda sistêmica. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno. Por outro lado, se ele não libera o paciente que não precisaria de atendimento, ele sobrecarrega os postos que estão atendendo o paciente. | Se ele libera o paciente corretamente e decide isso mais rapidamente, ele pode reduzir a carga de trabalho desnecessária nos demais postos. Se ele decide que o paciente precisa permanecer na unidade, ele pode evitar uma carga de trabalho dos demais postos no médio prazo por conta do possível agravamento do quadro do paciente. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele impactar maiores gastos financeiros na unidade. | Se, influenciado por essa heurística, o médico decide por liberar o paciente mais rapidamente (e corretamente), ele pode permitir que a necessidade de alocação de recursos seja diminuída. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele pode impactar mais necessidade de manutenção das instalações e equipamentos. Se ele libera equivocadamente, pode gerar ociosidades indevida dessas equipes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.2 Heurística 2: Efeito da forma (*Framing effect*)

Quando conformado por essa heurística, a forma como o problema é colocado (quadro do paciente, parecer do enfermeiro da ambulância/enfermeiro da classificação) influencia fortemente na avaliação do médico sobre a liberação ou não do paciente.

Quadro 86 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do efeito da forma da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se ele libera um paciente que ainda precisaria de cuidados, ou não libera um paciente que não precisaria, ele impacta o percurso do paciente na unidade. O paciente liberado indevidamente, não percorre as etapas necessários ao seu tratamento. Se ele decide por manter o paciente na unidade indevidamente, ele impacta o percurso deste e dos que precisariam utilizar determinados recursos, que estarão imobilizados. | Se o médico é influenciado pelo quadro do paciente, parecer do enfermeiro da ambulância/enfermeiro da classificação, ele pode decidir mais rapidamente sobre a liberação ou não do paciente. Dessa forma, pode garantir um fluxo mais rápido, aumentando pontualmente a taxa de atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico libera um paciente que deveria permanecer, ele pode impactar negativamente indicadores de desempenho da organização. Dessa forma pode aumentar percentual de retorno, aumentar taxa de mortalidade e diminuir o tempo de atravessamento (melhoria pontual que impacta negativamente os demais indicadores). Se ele não libera indevidamente, pode impactar aumento do tempo de permanência, aumento da taxa de infecção e aumento da taxa de mortalidade. | Se ele decide por liberar o paciente mais rapidamente, ele pode diminuir o pontualmente o tempo de atendimento. Para o paciente que permaneceu devidamente, pode evitar o aumento do percentual de retorno e pode evitar aumento da taxa de mortalidade. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele libera um paciente que ainda precisaria de cuidados na unidade, isso pode distorcer a demanda, podendo levar, em caso de subdimensionamento, a realocação ou redução inadequada do quantitativo de profissionais. Se ele não libera o paciente, pode sobredimensionar a demanda, de forma que se faça necessário o redimensionamento dos profissionais para atender os pacientes no nível de serviço fixado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico conformado por essa heurística não consegue realizar um diagnóstico adequado para definir qual protocolo se aplica, isso pode impactar uma decisão errônea de liberação ou não do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se o médico libera um paciente que deveria permanecer, ou não libera um que não deveria, ele prejudica o planejamento de aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda ao liberar pacientes que precisariam de tratamento pode, no curto prazo, libera recursos, mas no médio prazo, pode receber um paciente com estado clínico agravado, | Se influenciado por essa heurística, ele pode garantir decisões mais rápidas e dessa forma, diminuir pontualmente o tempo de |

| | | |
|---|---|---|
| | que imobilizará capacidade. Se não libera pacientes que não precisariam mais de atendimento, pode impactar imobilização de recursos que poderiam ser usados por outros pacientes. | atendimento. |
| O9: Instalações | Se o médico, conformado por essa heurística, sobredimensiona a demanda, ao não liberar um paciente que não precisaria mais de atendimento, pode impactar a necessidade de ajustes nas instalações para comportar a nova demanda nos níveis de serviço estabelecidos. Ao mesmo tempo, um médico que libera o paciente indevidamente, pode contribuir para o subdimensionamento da demanda, que pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações para atendimento da demanda. | - |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico libera o paciente pela forma como o quadro é colocado, ele pode sobrecarregar o próprio posto se aquela demanda se configurar em uma demanda de retorno. Se o quadro se agravar por conta da liberação indevida, poderá sobrecarregar indevidamente outros postos como a sala de observação do paciente. | - |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele impactar maiores gastos financeiros na unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele pode impactar necessidade de mais manutenção das instalações e equipamentos. Se ele libera equivocadamente, pode gerar ociosidades indevida dessas equipes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.3 Heurística 3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*)

Se conformado por esta heurística, o médico avaliará os casos sociais e psiquiátricos, por exemplo, por suas atribuições e não pela queixa ou sintoma relatado. Aqui, o diagnóstico em si pode acabar ficando em segundo plano e ele pode tender a liberar o paciente sem o devido tratamento.

Quadro 87 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental da atribuição da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Pode haver, por conta dessa influência, uma tendência a liberação precoce do paciente ou retenção do paciente em função de sua atribuição e não de seu estado clínico. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | A não liberação do paciente por conta de sua atribuição pode impactar aumento da taxa de infecção, aumento da taxa de mortalidade, aumento dos tempos médios de permanência. A liberação indevida pode impactar aumento do percentual de retorno, aumento da taxa de mortalidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele libera um paciente que ainda precisaria de cuidados na unidade, isso pode distorcer a demanda, podendo levar, em caso de subdimensionamento, a realocação ou redução inadequada do quantitativo de profissionais. Se ele não libera o paciente, pode sobredimensionar a demanda, de forma que se faça necessário o redimensionamento dos profissionais para atender os pacientes no nível de serviço fixado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico conformado por essa heurística não consegue realizar um diagnóstico adequado para definir qual protocolo se aplica, isso pode impactar uma decisão errônea de liberação ou não do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se o médico libera um paciente que deveria permanecer, ou não libera um que não deveria, ele prejudica o planejamento de aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos, por conta da distorção da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O médico que, influenciado por essa heurística, distorce a demanda ao liberar pacientes que precisariam de tratamento pode, no curto prazo, liberar recursos, mas no médio prazo, pode receber um paciente com estado clínico agravado, que imobilizará capacidade. Se não libera pacientes que não precisariam mais de atendimento, pode impactar imobilização de recursos que poderiam ser usados por outros pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se o médico, conformado por essa heurística, sobredimensiona a demanda, ao não liberar um paciente que não precisaria mais de atendimento, pode impactar a necessidade de ajustes nas instalações para comportar a nova demanda nos | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | níveis de serviço estabelecidos. Ao mesmo tempo, um médico que libera o paciente indevidamente, pode contribuir para o subdimensionamento da demanda, que pode prejudicar o adequado dimensionamento das instalações para atendimento da demanda. | |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno. Por outro lado, se ele não libera o paciente que não precisaria de atendimento, ele sobrecarrega os postos que estão atendendo o paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele pode impactar necessidade de mais manutenção das instalações e equipamentos. Se ele libera equivocadamente, pode gerar ociosidades indevida dessas equipes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.4 Heurística 4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*)

O médico, quando influenciado por essa heurística, pode estabelecer relações de precedência para casos recorrentes que teoricamente deveriam ser independentes. Ele pode, por exemplo, julgar que a probabilidade de necessidade de liberação ou não do paciente é influenciada pela quantidade de pacientes já liberados.

Quadro 88 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da falácia do jogador da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se ele libera o paciente por já ter liberado outros ou por não ter liberado ainda, pode impactar o percurso do mesmo pela unidade, visto que não percorrerá as etapas necessárias para seu tratamento. Se ele não libera o paciente por não ter liberado outros ainda ou por já ter liberado muitos outros, ele também impacta o fluxo na unidade, podendo intensificar determinada demanda desnecessariamente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por liberar ou não o paciente baseado em casos anterior, que *a priori* são independentes. Dessa forma, se ele libera um paciente que precisaria permanecer na unidade, ele pode, por exemplo, aumentar indicadores como taxa de mortalidade e percentual de retorno. Se ele mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de tratamentos, ele pode aumentar tempo médio de permanência, aumentar taxa de infecção, diminuir o giro de leito e aumentar taxa de mortalidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se ele é influenciado pela quantidade de pacientes já liberados para liberar ou não os próximos, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos assistenciais, de forma que indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se ele libera um paciente que precisaria de atendimento, ele libera capacidade a partir de uma distorção da demanda. Se ele não libera um paciente que já não precisaria mais de atendimento, ele pode imobilizar recursos que poderiam ser usados para o atendimento de outros pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | decorrentes dessa influência podem induzir reajustes equivocados nas instalações da unidade. | |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno. Por outro lado, se ele não libera o paciente que não precisaria de atendimento, ele sobrecarrega os postos que estão atendendo o paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele pode impactar necessidade de mais manutenção das instalações e equipamentos. Se ele libera equivocadamente, pode gerar ociosidades indevida dessas equipes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.5 Heurística 5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*)

Quando conformado por essa heurística, o médico pode entender que diagnósticos similares a de paciente que foram liberados podem implicar na liberação dos pacientes seguintes. Da forma, ele pode decidir não liberar um paciente por ele ter diagnósticos semelhantes a de pacientes graves.

Quadro 89 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro de probabilidade posterior da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico libera indevidamente o paciente por seu quadro ser semelhante ao de um paciente liberado, pode impactar seu percurso pela unidade, de forma que ele não percorrerá pelas etapas necessárias ao seu tratamento. Se ele não libera o paciente, pode fazer com que ele percorra etapas desnecessárias pela | Considerar que quadros semelhantes ao de seu conhecimento prévio refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um tempo de atendimento mais rápido. Dessa forma, se ele |

| | | |
|---|---|---|
| | unidade. | decide pela liberação do paciente mais rapidamente pode garantir que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). Se ele não libera o paciente que precisaria permanecer na unidade, ele garante que o paciente percorrerá as etapas necessárias para seu atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por liberar ou não o paciente baseado em casos similares, que *a priori* são independentes. Dessa forma, se ele libera um paciente que precisaria permanecer na unidade, ele pode, por exemplo, aumentar indicadores como taxa de mortalidade e percentual de retorno. Se ele mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de tratamentos, ele pode aumentar tempo médio de permanência, aumentar taxa de infecção, diminuir o giro de leito e aumentar taxa de mortalidade. | Considerar que quadros semelhantes ao algum de seu conhecimento prévio refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um tempo de atendimento mais rápido. Dessa forma, se ele decide corretamente pela liberação do paciente e faz isso mais rapidamente pode garantir que tempos de atravessamento menores, taxas de infecção hospitalar menores. Se ele decide corretamente que o paciente não deve ser liberado, pode reduzir a taxa de mortalidade e o percentual de retorno. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | Se ele, influenciado por essa heurística, decide corretamente acerca da liberação ou não do paciente, pode evitar realocações indevidas dos recursos humanos na unidade decorrentes de possíveis ociosidades por conta das eventuais distorções da demanda. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se ele é influenciado por casos semelhantes de pacientes já liberados para liberar ou não os próximos, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos assistenciais, de forma que indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Dependendo do caso do paciente, uma decisão mais rápida pode ser mais importante que uma decisão ótima. Nesse caso, se ele decide manter o paciente na unidade por seu caso ser semelhante a de outro paciente de seu conhecimento prévio, ele pode tomar a decisão mais rapidamente e isso ser fundamental para a manutenção da vida do paciente, mesmo que não aderindo a protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se ele libera um paciente que precisaria de atendimento, ele libera capacidade a partir de uma distorção da demanda. Se ele não libera um paciente que já não precisaria mais de atendimento, ele pode imobilizar recursos que poderiam ser usados para o atendimento de outros pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem induzir reajustes equivocados nas instalações da unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno. Por outro lado, se ele não libera o paciente que não precisaria de atendimento, ele sobrecarrega os postos que estão atendendo o paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele pode impactar necessidade de mais manutenção das instalações e equipamentos. Se ele libera equivocadamente, pode gerar ociosidades indevida dessas equipes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.6 Heurística 6: Representatividade (*Representativeness*)

Aqui, o médico julga a necessidade de liberação ou não de um paciente a partir de sua experiência prévia, tendo por base diagnósticos anteriores que o fizeram tomar a mesma decisão.

Quadro 90 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da representatividade da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico libera indevidamente o paciente por seu quadro ser semelhante ao de um paciente de seu conhecimento prévio, pode impactar seu percurso pela unidade, de forma que ele não percorrerá pelas etapas necessárias ao seu tratamento. Se ele não libera o paciente, pode fazer com que ele percorra etapas desnecessárias pela unidade. | Considerar que quadros semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um tempo de atendimento mais rápido. Dessa forma, se ele decide pela liberação do paciente mais rapidamente pode garantir que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). Se ele não libera o paciente que precisaria permanecer na unidade, ele garante que o paciente percorrerá as etapas necessárias para seu atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se conformado por essa heurística, o médico pode decidir por liberar ou não o paciente baseado em casos de seu conhecimento prévio. Assim, se ele libera um paciente que precisaria permanecer na unidade, ele pode, por exemplo, aumentar indicadores como taxa de mortalidade e percentual de retorno. Se ele mantem na unidade um paciente que não precisaria mais de tratamentos, ele pode aumentar tempo médio de permanência, aumentar taxa de infecção, diminuir o giro de leito e aumentar taxa de mortalidade. | Considerar que quadros semelhantes refletem diagnósticos semelhantes pode garantir um tempo de atendimento mais rápido. Dessa forma, se ele decide corretamente pela liberação do paciente e faz isso mais rapidamente pode garantir que tempos de atravessamento menores, taxas de infecção hospitalar menores. Se ele decide corretamente que o paciente não deve ser liberdo, pode reduzir a taxa de mortalidade e o percentual de retorno. |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Os dois erros decorrentes dessa influência poderiam distorcer a demanda real da unidade, de forma a impactar o dimensionamento de recursos humanos para atendimento dos pacientes de acordo com o nível de serviço desejado. | Se ele, influenciado por essa heurística, decide corretamente acerca da liberação ou não do paciente, pode evitar realocações indevidas dos recursos humanos na unidade. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se ele é influenciado por casos semelhantes aos de pacientes de seu conhecimento prévio, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos assistenciais, de forma que indicadores como percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Dependendo do caso do paciente, uma decisão mais rápida pode ser mais importante que uma decisão ótima. Nesse caso, se ele decide manter o paciente na unidade por seu caso ser semelhante a de outro paciente, ele pode tomar a decisão mais rapidamente e isso |

| | | |
|---|---|---|
| | | ser fundamental para a manutenção da vida do paciente, mesmo que não aderindo a protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem prejudicar o adequado planejamento de aquisição de equipamentos, medicamentos e materiais para atendimento do paciente nos níveis de serviços definidos. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | Se ele libera um paciente que precisaria de atendimento, ele libera capacidade a partir de uma distorção da demanda. Se ele não libera um paciente que já não precisaria mais de atendimento, ele pode imobilizar recursos que poderiam ser usados para o atendimento de outros pacientes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. Exceto em casos de epidemias ou acidentes de múltiplas vítimas, essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | As distorções de demanda (subdimensionamento ou sobredimensionamento) decorrentes dessa influência podem induzir reajustes equivocados nas instalações da unidade. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno. Por outro lado, se ele não libera o paciente que não precisaria de atendimento, ele sobrecarrega os postos que estão atendendo o paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | O aumento de desempenho associado a menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Se, influenciado por essa heurística, ele decide manter o paciente na unidade erradamente, ele pode impactar necessidade de mais manutenção das instalações e equipamentos. Se ele libera equivocadamente, pode gerar ociosidades indevida dessas equipes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.7 Heurística 7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*)

Algumas informações não obtidas podem comprometer o diagnóstico. Não conseguindo estabelecer um diagnóstico, a decisão de liberação pode se dar de forma equivocada.

Quadro 91 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística do erro fundamental da atribuição da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Se o médico, influenciado por essa heurística, deixa de investigar o caso do paciente para tomar a decisão de liberação ou não, pode impactar o fluxo do paciente pela unidade, visto que ele não percorrerá as etapas necessárias para o atendimento. | Se ele não considera todas as informações possíveis acerca do paciente, pode, dessa forma, garantir um tempo de atendimento mais rápido. Dessa forma, se ele decide pela liberação do paciente mais rapidamente pode garantir que um maior número de paciente possa ser atendido (fluxos mais ágeis). Se ele não libera o paciente que precisaria permanecer na unidade, ele garante que o paciente percorrerá as etapas necessárias para seu atendimento. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Se o médico não consegue o diagnóstico correto, influenciado por essa heurística, e decide não liberar erradamente o paciente, ele pode impactar aumentos na taxa de mortalidade e aumentos no tempo de permanência, por exemplo. Se ele libera erradamente, pode aumentar a taxa de mortalidade e percentual de retorno. | Não considerar todas as informações possíveis acerca do paciente pode garantir um tempo de atendimento mais rápido. Dessa forma, se ele decide corretamente pela liberação do paciente e faz isso mais rapidamente pode garantir que tempos de atravessamento menores, taxas de infecção hospitalar menores. Se ele decide corretamente que o paciente não deve ser liberado, pode reduzir a taxa de mortalidade e o percentual de retorno. |

| | | |
|---|---|---|
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele não diagnostica corretamente por estar influenciado por essa heurística, e não libera os pacientes que já não precisariam de atendimento, ele pode distorcer a demanda desses postos e exigir um redimensionamento desnecessário. Se ele libera o paciente erradamente, ele pode gerar uma "falsa" ociosidade nos postos da unidade, de forma que esses profissionais possam ser realocados indevidamente. | Se ele, influenciado por essa heurística, decide rapidamente e corretamente acerca da liberação ou não do paciente, pode evitar realocações indevidas dos recursos humanos na unidade. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico não consegue diagnosticar corretamente e decide erradamente pela liberação ou não do paciente, por conta dessa influência, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos, podendo impactar o tratamento efetivo do paciente, diminuindo assim o percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | Dependendo do caso do paciente, uma decisão mais rápida pode ser mais importante que uma decisão ótima. Nesse caso, se ele decide manter o paciente na unidade por seu caso ser semelhante a de outro paciente, ele pode tomar a decisão mais rapidamente e isso ser fundamental para a manutenção da vida do paciente, mesmo que não aderindo a protocolos. |
| O6: Planejamento e controle | Se essa influência causar distorção na demanda, o planejamento adequado da compra de equipamentos para realização de exames ou contratação de fornecedores terceiros por ser prejudicada, de forma que no curto prazo, o nível de serviço possa ser comprometido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | O fracasso em obter determinadas informações acerca do paciente e decidir sem embasamento sobre a liberação ou não pode impactar negativamente a capacidade. Assim, no curto prazo, pode haver liberação de capacidade nos consultórios e nos postos de exames, mas que no médio prazo, pode significar ter que tratar um paciente com o estado clínico agravado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se, conformado por essa heurística, o médico libera o paciente equivocadamente, pode gerar uma ociosidade das instalações no curto, que podem gerar realocações indevidas. Se ele não libera o paciente equivocadamente, pode manter determinadas instalações ocupadas impedindo que outros pacientes recebam atendimento. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se um médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno. Por outro lado, se ele não libera o paciente que não precisaria de atendimento, ele sobrecarrega os postos que estão atendendo o paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O11: Alocação de | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode | O aumento de desempenho associado a |

| | | |
|---|---|---|
| recursos financeiros a unidade | acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | menores tempos médios de atendimento pode significar uma necessidade menor de alocação de recursos a esse posto. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | O uso recorrente de determinados equipamentos para realização de exames pode impactar uma maior necessidade de manutenção destes. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

Fonte: a autora, 2015.

#### 4.4.3.5.8 Heurística 8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*)

Quando influenciado por essa heurística, o médico pode subestimar casos graves e, dessa forma, pode decidir por liberar o paciente sem o devido tratamento.

Quadro 92 – Categorias impactadas negativa e positivamente pela heurística da recusa de um diagnóstico raro da decisão de liberação do paciente

| Categoria Impactada | Impactos negativos | Impactos positivos |
|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | - | - |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Essa tendência por subestimar casos graves pode fazer com que determinados pacientes sejam liberados equivocadamente. O paciente percorrerá um fluxo diferente do fluxo que ele deveria percorrer para garantia do atendimento adequado. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Ao subestimar um caso grave e não conseguir um diagnóstico adequado, liberar o paciente que ainda precisaria de atendimento na unidade, de forma que, no curto prazo, pode impactar tempos de atendimentos menores e tempos de | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| | atravessamentos menores, mas que poderiam causar a morte do paciente. No médio prazo, essa decisão pode impactar aumento dos percentuais de retorno, das taxas de infecção e do tempo médio de permanência. | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Se ele libera o paciente por estar influenciado por essa heurística, ele pode distorcer a demanda real da unidade, o que pode impactar realocação ou reduções indevidas de recursos humanos associados aos postos pelos quais o paciente passaria. Além disso, ele pode aumentar o percentual de retorno, que para manutenção do atendimento no nível de serviço exigido, pode impactar a necessidade de mais profissionais nos postos de consulta e dos demais necessários ao atendimento do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O5: Sistemas de qualidade | Se o médico libera o paciente equivocadamente, por conta dessa influência, ele pode estar negligenciando o uso de protocolos, podendo impactar o tratamento efetivo do paciente, diminuindo assim o percentual de pacientes atendidos dentro dos tempos de protocolo por cor e percentual de pacientes com SEPSE, AVC e IAM atendidos com aderência ao protocolo. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O6: Planejamento e controle | Se essa influência causar distorção na demanda, o planejamento adequado da compra de equipamentos para realização de exames ou contratação de fornecedores terceiros por ser prejudicada, de forma que no curto prazo, o nível de serviço possa ser comprometido. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | - | - |
| O8: Capacidade | A distorção da demanda por liberações equivocadas pode, no curto prazo, liberar capacidade do posto de consulta e dos demais pelos quais o paciente precisaria percorrer, mas no médio prazo, pode significar ter que lidar com um paciente em estado agravado que poderá necessitar de mais cuidados e que poderá imobilizar leitos de observação. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O9: Instalações | Se, conformado por essa heurística, o médico libera o paciente equivocadamente, pode induzir ociosidade nas áreas pelas quais o paciente precisaria passar para garantir seu atendimento no nível de serviço definido, de forma que uma realocação de instalações possa ser realizada de forma equivocada. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O10: Organização do trabalho | Se o médico, conformado por essa heurística, decide por liberar um paciente erradamente, ele pode reduzir, no curto prazo, a carga de trabalho dos postos pelos quais o paciente precisaria percorrer, mas no médio prazo, pode intensificar a carga de trabalho* do posto de consulta de médica no médio prazo, por conta do possível aumento do percentual de retorno e dos demais postos, por conta do possível aumento da gravidade do quadro do paciente. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |

| | | |
|---|---|---|
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Os eventuais reajustes de capacidade, instalações, recursos humanos pode acabar impactando reajustes na alocação de recursos para a unidade, de forma a garantir o atendimento da demanda. | N/A - essa heurística precisa ser minimizada. |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | - | - |

Fonte: a autora, 2015.

## 4.5 Sínteses e ensaios de desdobramentos do modelo analítico

Esta seção tem como objetivo sintetizar as análises da forma como as heurísticas conformam as decisões e dos potenciais impactos nas categorias de operação, para que possam ser tiradas conclusões acerca da construção do modelo e para que sejam viabilizadas as proposições de desdobramentos.

Dessa forma, foram escolhidas três abordagens de sínteses. A primeira consiste em consolidar por processos analisados quantos impactos de cada tipo (negativo, positivo, minimizar ou não se aplica) são gerados em cada um, quando influenciados por cada uma das heurísticas. A segunda abordagem consiste consolidar as análises por categorias de operação, de forma a explicitar como a categoria é impactada em cada decisão quando conformada pelas heurísticas. A terceira abordagem se deu por decisão a decisão. Para cada decisão, é evidenciada se a categoria é impactada negativa ou positivamente, se o efeito da heurística precisa ser minimizado ou se não se aplica.

Assim sendo, as seções 4.5.1, 4.5.2 e 4.5.3 detalham cada uma dessas abordagens e seus respectivos ensaios de desdobramentos.

### 4.5.1 Síntese e desdobramentos por processos

A primeira síntese consiste em consolidar os resultados das análises por processos, com o intuito de verificar o quadro geral dos impactos nas decisões. Optou-se pela síntese por processos e não por decisões, já que o recorte por decisões foi uma opção para facilitar a organização e a exposição do modelo analítico. Conforme exposto, as decisões em cada processo são tomadas de forma simultânea. Dessa forma, é realizado um somatório dos tipos de impactos que as decisões associadas ao processo podem gerar quando conformadas por cada heurística.

Tabela 3 – Síntese por processo

| | H1: Heurística da ancoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Processo Acolhimento | 20 | 14 | 20 | 10 | 18 | 0 | 20 | 6 | 20 | 12 | 20 | 13 | 20 | 11 | 17 | 0 | |
| | 0 | 6 | 0 | 10 | 0 | 18 | 0 | 14 | 0 | 8 | 0 | 7 | 0 | 9 | 0 | 17 | |
| | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 6 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 7 | 7 | |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 54% | 83% | 46% | 71% | 0% | Impacta |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 29% | 0% | 38% | 0% | 71% | Minimizar |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 29% | 29% | N/A |
| Processo Classificação de risco | 30 | 21 | 30 | 15 | 28 | 0 | 30 | 10 | 30 | 19 | 30 | 20 | 29 | 17 | 27 | 0 | |
| | 0 | 9 | 0 | 15 | 0 | 28 | 0 | 20 | 0 | 11 | 0 | 10 | 0 | 12 | 0 | 27 | |
| | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 | 8 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 9 | 9 | |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 78% | 0% | 83% | 28% | 83% | 53% | 83% | 56% | 81% | 47% | 75% | 0% | Impacta |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 78% | 0% | 56% | 0% | 31% | 0% | 28% | 0% | 33% | 0% | 75% | Minimizar |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 22% | 22% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 19% | 19% | 25% | 25% | N/A |
| Processo Consulta Médica | 51 | 34 | 51 | 22 | 49 | 0 | 51 | 18 | 51 | 30 | 51 | 32 | 52 | 28 | 45 | 0 | |
| | 0 | 17 | 0 | 27 | 0 | 48 | 0 | 33 | 0 | 21 | 0 | 19 | 0 | 24 | 0 | 44 | |
| | 9 | 9 | 9 | 11 | 11 | 12 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 15 | 16 | |
| | 85% | 57% | 85% | 37% | 82% | 0% | 85% | 30% | 85% | 50% | 85% | 53% | 87% | 47% | 75% | 0% | Impacta |
| | 0% | 28% | 0% | 45% | 0% | 80% | 0% | 55% | 0% | 35% | 0% | 32% | 0% | 40% | 0% | 73% | Minimizar |
| | 15% | 15% | 15% | 18% | 18% | 20% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 15% | 13% | 13% | 25% | 27% | N/A |
| | Maior potencial de impacto positivo | | | | Precisa ser minimizada | | | | | | Maior potencial de impacto positivo | | | | Precisa ser minimizada | | |

Fonte: a autora, 2015.

A Figura 5 ilustra genericamente a forma como a síntese em questão foi construída.

Figura 5 – Estrutura genérica da síntese por processos

| | Heurística | | | |
|---|---|---|---|---|
| Processo | A | D | Impacta | Quantidades |
| | B | E | Minimizar | |
| | C | F | N/A | |
| | X% | R% | Impacta | Percentuais |
| | Y% | S% | Minimizar | |
| | Z% | T% | N/A | |
| | Impactos negativos | Impactos positivos | | |

Fonte: a autora, 2015.

Dessa forma, para, por exemplo, o primeiro conjunto de valores relacionados ao processo de acolhimento e à heurística da ancoragem, significa que, na análise de impactos negativos, 20 categorias desse processo são impactadas negativamente e 4 não são impactadas, o que significa em valores percentuais 83% e 17%, respectivamente. Já para as análises de impactos positivos, 14 categorias são impactadas positivamente, para 6 delas a influência da heurística em questão precisa ser minimizada e 4 não são impactadas, representando, portanto, 58%, 25% e 17%, respectivamente.

Pode-se observar que a ordem de grandeza dos percentuais de categorias impactadas por processo é bem semelhante, não varia muito de processo para processo. Assim, as principais heurísticas que precisam ter seu efeito minimizado e as que tem maior potencial de impacto positivo são as mesmas para todos os processos.

Desse modo, diante do paradoxo intrínseco à natureza das heurísticas no caso analisado, confiabilidade do diagnóstico e tratamento vs. rapidez na decisão e no atendimento, cabe expor ao quadro técnico os fatores que podem influenciar suas

decisões e evidenciar os tipos de impacto na operação que esses fatores podem causar. Wegwart, Gaissmaier & Gigerenzer (2009) reforçam que uma utilização mais uniforme e explícita de heurísticas bem aceitas tem o potencial de reduzir variações nos diagnósticos e melhorar o quadro geral da assistência médica.

Com relação às heurísticas H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) e H8: Recusa de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*), argumenta-se que precisam ter seus potenciais impactos negativos minimizados, visto que não foram identificados no modelo analítico potenciais impactos positivos. Ambas são heurísticas associadas a negligência do uso de protocolos / regras de atendimento, impactando diretamente o devido atendimento do paciente. Assim, são pertinentes propostas associadas a sistemas que "forçassem" o uso de protocolos mínimos, eventualmente atrelados à Tecnologia da Informação (TI) de forma que o profissional precise percorrer passos pré-estabelecidos que minimizem a possibilidade de subestimar um diagnóstico.

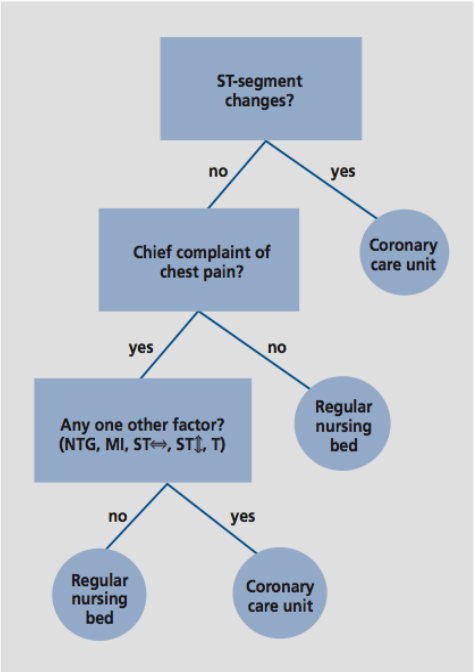
Já as heurísticas H1: Heurística da ancoragem (*Anchoring*) e H6: Representatividade (*Representativeness*) precisam ter seus potenciais impactos positivos reforçados (associados a menores tempos de atendimento) e precisam ter seus impactos negativos mitigados (associados a maior probabilidade de erro no diagnóstico), são propostos sistemas que trilhassem possibilidades de diagnóstico a partir de palavras chaves extraídas da queixa do paciente, por sistemas, por exemplo ("forçar" a heurística da ancoragem para redução de tempo de atendimento) e a partir disso, o profissional poderia recorrer a sua experiência para julgar qual diagnóstico é mais provável. Uma segunda opção seria expor as trilhas possíveis através de folhetos explicativos. Nessa linha, Gaissmaier, Wegwart & Gigerenzer (2009) propõem como alternativa às ferramentas complexas ou decisões totalmente baseadas na intuição, uma ferramenta que chamam de árvore de decisão rápida e frugal (*fast and frugal decision tree*), que consideram ser uma heurística inteligente, que leva em consideração as variáveis importantes para a tomada de decisão. Para os autores, a ferramenta[10] testada mostrou ter acurácia[11], permitiu

[10] No caso analisado, os médicos precisam decidir se enviavam um paciente com suspeita de doença cardíaca isquêmica aguda para unidade coronariana ou para uma cama de enfermagem regular para monitoramento.

[11] Consideraram como tendo acurácia a estratégia de tomada de decisão que tem alta sensibilidade, ou seja, que permite enviar a maioria dos pacientes que realmente têm uma doença

decisões rápidas[12] e foi frugal[13]. A Figura 6 representa um exemplo dessa ferramenta proposta por Gaissmaier, Wegwart & Gigerenzer (2009).

Figura 6 – Exemplo de árvore de decisão rápida e frugal para apoio a decisão em uma unidade de tratamento coronariano




Fonte: GAISSMAIER, WEGWARTH & GIGERENZER, G, 2009.

Uma proposta aplicada ao processo de consulta médica poderia ser a implantação de *fast-track.* Yoon (2003) ressalta que essa é uma abordagem organizacional em que, a partir de um sistema de triagem que dá prioridade àqueles considerados mais gravemente doentes ou feridos, o tempo médio de espera em um sistema de filas de atendimento único pode ser minimizado servindo-se primeiramente o cliente cujo tempo esperado de serviço é o mais curto. Essa abordagem permitiria simultaneamente reforçar H1: Heurística da ancoragem (*Anchoring*) e H6: Representatividade (*Representativeness*) e minimizar H8: Recusa

cardíaca grave para a unidade coronariana, e, por outro, que tem alta especificidade, que o faça enviar poucos pacientes na unidade de terapia desnecessariamente.

[12] Característica colocada como relevante levando em consideração o custo de uma vida que a decisão equivocada pode acarretar.

[13] Habilidade de tomar boas decisões com informações limitadas.

de um diagnóstico raro (*Avoiding a rare diagnosis*), visto que o processo de estratificação proposto pelo *fast-track* prevê o “agrupamento” da demanda de forma que, ao reduzir as possibilidades de diagnósticos possíveis, pode condicionar o médico a concebê-los mais rapidamente. Vale ressaltar que se este agrupamento permitir tempos de atendimento menos dispersos em torno de uma média, aumenta a possibilidade de definição de “tempos de ciclo” para estimar mais precisamente a capacidade de atendimento dos consultórios habilitando, assim, um melhor dimensionamento de recursos para a manutenção do nível de serviço estabelecido nos contratos de gestão. Tal proposição, entretanto, tem como elemento chave a eficácia do serviço de triagem principalmente no que diz respeito a minimizar H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*), visto que essa atividade potencializa os impactos na consulta médica dentro da abordagem organizacional de *fast-track.*

Com relação as heurísticas H2: Efeito da forma (*Framing effect*), H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*), H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) e H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*), os impactos tendem a ser negativos em sua maioria. Para um caso concreto, seria interessante avaliar detalhadamente os impactos positivos e buscar soluções alternativas para não perder as consequências positivas.

### 4.5.2 Síntese e desdobramentos por categoria de operações

A síntese por categoria tem como objetivo ter um panorama de como as decisões quando influenciadas pelas heurísticas impactam cada categoria. Dessa forma, em um primeiro momento, pode-se ter uma ideia geral se a categoria é mais positiva ou negativamente impactada e se poucas ou muitas decisões a impactam, por exemplo. Assim, a leitura dos QuadrosQuadro 93 aoQuadro 104, que representam as sínteses de cada uma das doze categorias impactadas, deve ser de que forma cada decisão colocada na primeira coluna, quando influenciada por cada umas das heurísticas da primeira linha, impacta a categoria em questão. Por exemplo, a decisão D(X) do processo P(Y), quando influenciada pela heurística (W), impacta (negativa e positivamente) a categoria de operação (Z).

A partir da síntese por categoria de operação, pode-se observar relações de interdependência entre as categorias e, consequentemente, entre as naturezas dos impactos nestas. Dessa forma, considerando-se uma consolidação dos tipos de impactos positivos e negativos que as decisões podem gerar em cada categoria, foi construído como desdobramento dessa análise um mapa de relacionamento entre os blocos de categorias (Figura 7). Cabe ressaltar que esse desdobramento é importante para o entendimento da relação de causa-efeito entre as categorias e seus impactos.

Dessa forma, o mapa exposto na Figura 7 explica, por exemplo, o porquê que mesmo os impactos da categoria 2 (Quadro 94) estando equilibrados[14], os das categorias 7 e 9 estarão necessariamente ruins[15]. Traduzindo essa relação, distorções na demanda, sejam boas ou ruins do ponto de vista do nível de serviço, vão impactar negativamente o planejamento de compra de equipamentos e o planejamento das instalações, por exemplo.

O que precisa ser levado em consideração diante de proposições de minimizar ou maximizar determinados efeitos é que as heurísticas se mostram mais presentes quando há aumento da carga cognitiva e restrições de tempo. Dessa forma, para atendimento da demanda no nível de serviço definido é importante manter um quadro mínimo que atenda a demanda já esperada, que varia naturalmente ao longo do dia, de forma a evitar o aparecimento e, consequentemente, os efeitos negativos de, principalmente, heurísticas que induzam piores diagnósticos e tratamentos.

[14] De modo geral, possui tanto impactos positivos quanto negativos.

[15] Impactos negativos na maior parte.

Quadro 93 – Síntese por categoria de operação - categoria 1: rede de atenção

| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(1) | N/A | N/A | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(2) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(3) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(4) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 94 – Síntese por categoria de operação - categoria 2: processo / fluxo do paciente na unidade

| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta |
| P(4)D(5) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 95 – Síntese por categoria de operação - categoria 3: indicadores de desempenho da organização

| O3: Indicadores de desempenho da organização | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 96 – Síntese por categoria de operação - categoria 4: sistemas de recursos humanos

| O4: Sistemas de recursos humanos | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 97 – Síntese por categoria de operação - categoria 5: sistemas de qualidade

| O5: Sistemas de qualidade | H1: Heurística da arcoragem (Anchoring) | | H2: Efeito da forma (Framing effect) | | H3: Erro fundamental de atribuição (Fundamental attribuition error) | | H4: Falácia do jogador (Gambler's fallacy) | | H5: Erro de probabilidade posterior (Posterior probability error) | | H6: Representatividade (Representativeness) | | H7: Princípio de desempacotamento (Unpacking principle) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (Avoiding a rare diagnosis) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 98 – Síntese por categoria de operação - categoria 6: planejamento e controle

| O6: Planejamento e controle | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 99 – Síntese por categoria de operação - categoria 7: sistemas de desenvolvimento de produtos e processos

| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(1)D(2) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(1) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(2) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(3) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(1) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(4) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(4)D(5) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 100 – Síntese por categoria de operação - categoria 8: capacidade

| O8: Capacidade | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 101 – Síntese por categoria de operação - categoria 9: instalações

| O9: Instalações | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Impacta | Impacta | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 102 – Síntese por categoria de operação - categoria 10: organização do trabalho

| O10: Organização do trabalho | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(1)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(2)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(3) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(4) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | N/A |
| P(4)D(5) | Impacta | Impacta | Impacta | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar |

Fonte: a autora, 2015.

Quadro 103 – Síntese por categoria de operação - categoria 11: alocação de recursos financeiros na unidade

| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(1)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(2)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(1) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(2) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(3) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(4) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |
| P(4)D(5) | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar |

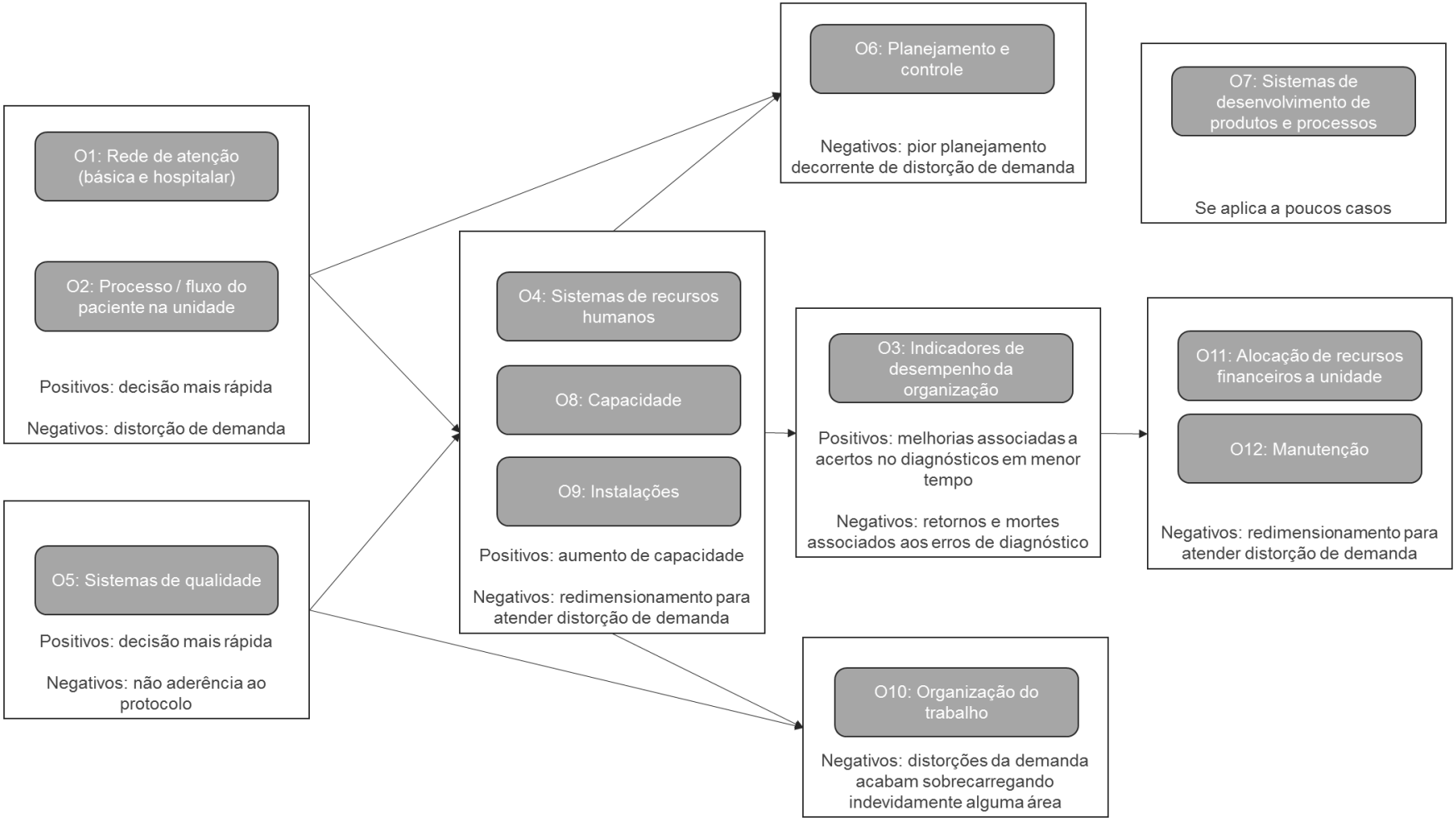
Fonte: a autora, 2015.

Quadro 104 – Síntese por categoria de operação - categoria 12: manutenção

| O12: Manutenção (engenharia clínica) | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P(1)D(1) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(1)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(2)D(1) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(2) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| P(2)D(3) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(1) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(2) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(3) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(4) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |
| P(4)D(5) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A |

Fonte: a autora, 2015.

Figura 7 – Mapa de interdependência entre os blocos de categorias de operações




Fonte: a autora, 2015.

### 4.5.3 Síntese e desdobramentos por decisão

Esta terceira síntese foi feita decisão a decisão, o que inclusive, viabilizou a construção da síntese por processo exposta na Seção 4.5.1. Poderia-se dizer que esta é a que responde mais diretamente a questão de pesquisa, uma vez que evidencia de que forma, mesmo que em formato agregado, cada decisão, quando influenciada por cada heurística, impacta as categorias de operações. No entanto, trata-se de uma abordagem genérica, onde cada quadro evidencia o pior[16] caso, como se todas as heurísticas tivessem simultaneamente influenciando a decisão do profissional.

Vale lembrar, mais uma vez, que não se trata de várias decisões, afinal elas são "simultâneas" dentro de cada processo, tendo sido feito, então, um recorte artificial para organizar a descrição do modelo analítico. Assim sendo, não caberia uma intervenção pontual em um dos potenciais impactos negativos, pois, dessa forma, pode-se gerar outros impactos tanto positivos como negativos em outras categorias. Portanto, seria necessário entender a consequência sistêmica de uma determinada intervenção, sua dinâmica de convergência ou divergência.

Logo, cada sugestão deveria passar por um processo de verificação dos eventuais impactos em outras categorias e ajuste (*fit*) entre estes impactos, e os impactos indiretos na manifestação ou não de outras heurísticas. Dessa forma, sugere-se um método inicial para, a partir do modelo analítico, chegar a uma proposição mais adequada de intervenção:

1) Testar quais são as heurísticas que influenciam o profissional que será estudado, para identificar os potenciais impactos para o caso específico. Aqui, faz-se necessária uma discussão com profissionais com conhecimento em neurociência, psicologia, etc. para definir a técnica (ou conjunto de técnicas) de identificação das heurísticas. Esta definição não foi escopo do trabalho. Reconhece-se, no entanto, sua relevância para a continuidade da pesquisa, com aplicações em campo.

2) Explicitar os potenciais impactos dessas heurísticas identificadas atuando em conjunto. Vale lembrar que além destas avaliadas pelo modelo, os decisores

[16] Poderia ser o melhor se tivesse um conjunto grande de impactos positivos.

podem ter influências derivadas das crenças, cultura, idade, nível de escolaridade etc. Para o projeto da operação, as que foram consideradas no modelo já permitem aumentar o grau de "adesão" ao comportamento esperado.

3) Avaliar o quadro geral a partir das propostas de minimização de cada potencial impacto negativo. Dessa forma, serão criados vários cenários, com várias combinações entre as propostas, evidenciando o ajuste ou não das soluções.

4) Selecionar propostas que, juntas, permitam um quadro geral com mais impactos positivos que negativos na operação frente aos critérios de desempenho estabelecidos no projeto da operação.

5) Expor essas influências ao profissional que foi analisado. Aqui também caberiam contribuições de profissionais com corpo teórico das neurociências e da psicologia, para definição dos meios mais efetivos de exposição do conteúdo em questão.

6) Implantar a forma definida para condicioná-lo a usar as ferramentas de apoio a decisão, seja através de cursos, simulação da situação, comunicação ou projeto diferenciado do ambiente/posto de trabalho, por exemplo.

As Tabelas 4 a 13 trazem, então, as sínteses para cada uma das decisões.

Tabela 4 – Síntese por decisão – Decisão de pré-classificação do processo de acolhimento

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | 10 | 3 | 10 | 6 | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 5 – Síntese por decisão – Decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização do processo de acolhimento

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | 10 | 3 | 10 | 6 | 10 | 6 | 10 | 6 | 8 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 50% | 83% | 50% | 67% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 67% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 33% | 33% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 6 – Síntese por decisão – Decisão de atribuição de prioridade (risco associado à cor do protocolo) do processo de classificação de risco

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 10 | 0 | 10 | 4 | 10 | 7 | 10 | 7 | 10 | 7 | 10 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 10 | 0 | 6 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 10 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 83% | 0% | 83% | 33% | 83% | 58% | 83% | 58% | 83% | 58% | 83% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 83% | 0% | 50% | 0% | 25% | 0% | 25% | 0% | 25% | 0% | 83% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 7 – Síntese por decisão – Decisão de redirecionamento para outras unidades do processo de classificação de risco

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | 10 | 3 | 10 | 6 | 10 | 7 | 9 | 4 | 9 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 58% | 75% | 33% | 75% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 25% | 25% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 8 – Síntese por decisão – Decisão de direcionamento para a sala de observação / estabilização do processo de classificação de risco

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | 10 | 3 | 10 | 6 | 10 | 6 | 10 | 6 | 8 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 50% | 83% | 50% | 67% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 67% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 33% | 33% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 9 – Síntese por decisão – Decisão de solicitação de exames do processo de consulta médica

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | 10 | 3 | 10 | 6 | 10 | 6 | 10 | 6 | 8 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 8 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 50% | 83% | 50% | 67% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 67% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 33% | 33% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 10 – Síntese por decisão – Decisão de solicitação de medicação / medicamentos do processo de consulta médica

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 4 | 10 | 0 | 10 | 5 | 10 | 6 | 10 | 7 | 11 | 7 | 10 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 6 | 0 | 10 | 0 | 5 | 0 | 4 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 | 10 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 33% | 83% | 0% | 83% | 42% | 83% | 50% | 83% | 58% | 92% | 58% | 83% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 50% | 0% | 83% | 0% | 42% | 0% | 33% | 0% | 25% | 0% | 33% | 0% | 83% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 8% | 8% | 17% | 17% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 11 – Síntese por decisão – Decisão de direcionamento para observação / estabilização do processo de consulta médica

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 10 | 7 | 10 | 5 | 9 | 0 | 10 | 3 | 10 | 6 | 10 | 6 | 10 | 5 | 8 | 0 | Impacta |
| | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 9 | 0 | 7 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 5 | 0 | 8 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | N/A |
| | 83% | 58% | 83% | 42% | 75% | 0% | 83% | 25% | 83% | 50% | 83% | 50% | 83% | 42% | 67% | 0% | |
| | 0% | 25% | 0% | 42% | 0% | 75% | 0% | 58% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 42% | 0% | 67% | |
| | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 33% | 33% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 12 – Síntese por decisão – Decisão de encaminhamento para outras unidades do processo de consulta médica

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | N/A | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 11 | 7 | 11 | 5 | 11 | 0 | 11 | 3 | 11 | 7 | 11 | 7 | 11 | 5 | 10 | 0 | Impacta |
| | 0 | 4 | 0 | 6 | 0 | 10 | 0 | 8 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 6 | 0 | 9 | Minimizar |
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | N/A |
| | 92% | 58% | 92% | 42% | 92% | 0% | 92% | 25% | 92% | 58% | 92% | 58% | 92% | 42% | 83% | 0% | |
| | 0% | 33% | 0% | 50% | 0% | 83% | 0% | 67% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 50% | 0% | 75% | |
| | 8% | 8% | 8% | 8% | 8% | 17% | 8% | 8% | 8% | 8% | 8% | 8% | 8% | 8% | 17% | 25% | |

Fonte: a autora, 2015

Tabela 13 – Síntese por decisão – Decisão de liberação do paciente do processo de consulta médica

| | H1: Heurística da arcoragem (*Anchoring*) | | H2: Efeito da forma (*Framing effect*) | | H3: Erro fundamental de atribuição (*Fundamental attribuition error*) | | H4: Falácia do jogador (*Gambler's fallacy*) | | H5: Erro de probabilidade posterior (*Posterior probability error*) | | H6: Representatividade (*Representativeness*) | | H7: Princípio de desempacotamento (*Unpacking principle*) | | H8: Recusa de um diagnótico raro (*Avoiding a rare diagnosis*) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O1: Rede de atenção (básica e hospitalar) | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O2: Processo / fluxo do paciente na unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O3: Indicadores de desempenho da organização | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O4: Sistemas de recursos humanos | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O5: Sistemas de qualidade | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O6: Planejamento e controle | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O7: Sistemas de desenvolvimento de produtos e processos | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| O8: Capacidade | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O9: Instalações | Impacta | Impacta | Impacta | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O10: Organização do trabalho | Impacta | Impacta | Impacta | N/A | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | |
| O11: Alocação de recursos financeiros a unidade | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Impacta | Minimizar | |
| O12: Manutenção (engenharia clínica) | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | Impacta | Minimizar | N/A | N/A | |
| | 10 | 6 | 10 | 3 | 10 | 0 | 10 | 4 | 10 | 5 | 10 | 6 | 10 | 5 | 9 | 0 | Impacta |
| | 0 | 4 | 0 | 5 | 0 | 10 | 0 | 6 | 0 | 5 | 0 | 4 | 0 | 5 | 0 | 9 | Minimizar |
| | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | N/A |
| | 83% | 50% | 83% | 25% | 83% | 0% | 83% | 33% | 83% | 42% | 83% | 50% | 83% | 42% | 75% | 0% | |
| | 0% | 33% | 0% | 42% | 0% | 83% | 0% | 50% | 0% | 42% | 0% | 33% | 0% | 42% | 0% | 75% | |
| | 17% | 17% | 17% | 33% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 17% | 25% | 25% | |

Fonte: a autora, 2015

# CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu compreender de que forma as heurísticas, extraídas da literatura, influenciam as decisões dos profissionais de saúde em uma unidade de emergência e quais os potenciais impactos decorrentes dessa influência nas categorias de operações. A extração das heurísticas dos profissionais de saúde da literatura e a compilação das categorias de operações, bem como a descrição do tipo de operação em saúde e a identificação das principais decisões tomadas por profissionais de saúde neste tipo de operação viabilizaram a construção da análise. Foi possível, então, a partir do modelo de análise construído, compreender os impactos das decisões nas categorias de operações quando influenciadas pelas heurísticas. As sínteses viabilizaram o desenvolvimento do ensaio acerca dos potenciais desdobramentos decorrentes do modelo analítico.

## Contribuições e limitações

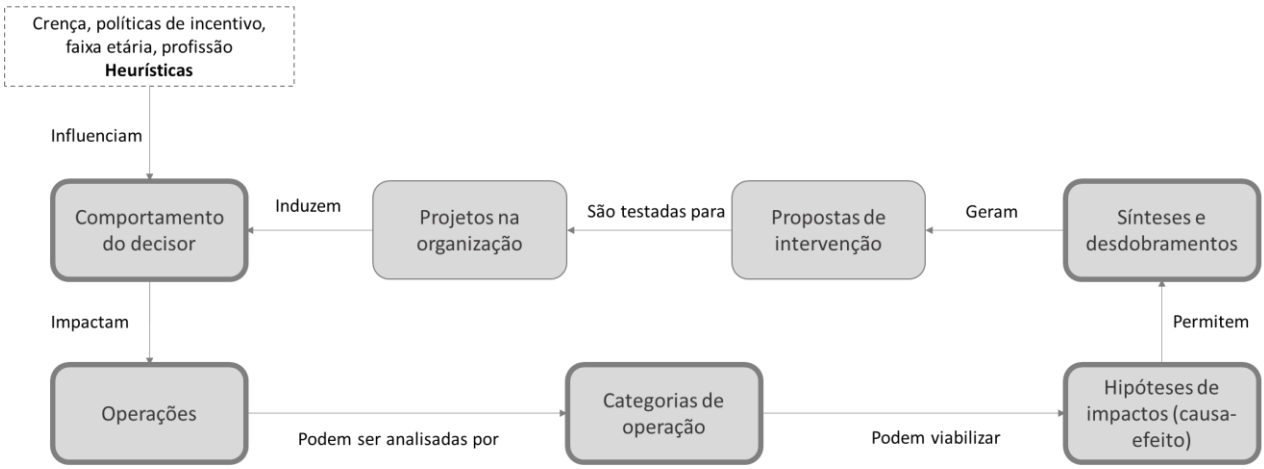
A pesquisa elucida uma potencial aplicação do conhecimento da influência das heurísticas no julgamento humano em situações específicas. A pesquisa contribui para o corpo de conhecimento sobre o tema ao elaborar um modelo analítico que estabelece um mapa de partida sobre os potenciais efeitos nas operações de saúde, caso as heurísticas estejam presentes nos decisores. Dessa forma, consiste em um primeiro passo, criando uma plataforma de partida que pode orientar pesquisas empíricas, em uma eventual observação direta para confirmar determinadas influências nas decisões de profissionais de saúde aplicadas a uma situação real, e pode, nesse sentido de aplicação empírica, auxiliar a compreender os potenciais impactos dessas influências no objeto estudado. Pode ser entendida também como um esforço na direção de aumentar o grau de compreensão sobre unidades de saúde, a partir de uma melhor compreensão acerca de um método para abordá-las.

A abordagem escolhida não é a única possível, sendo, portanto, apenas um possível caminho para melhor compreensão do objeto estudado. Além disso, o método de análise foi linear, não englobando então toda a complexidade do

julgamento do decisor. Adicionalmente, o objeto de estudo trata-se um tipo particular de unidade de saúde (Unidades de Pronto Atendimento Tipo III), não podendo, portanto, ser generalizado de forma direta para qualquer unidade de saúde. Como não houve aderência empírica do modelo através de aplicação e validação em campo, trata-se, inclusive, para o objeto estudado nesse primeiro momento, um conjunto de hipóteses, que podem ser testadas em trabalhos futuros.

Adicionalmente, as heurísticas não são os únicos fatores que influenciam julgamento e decisões humanas e as heurísticas levantadas através de revisão da literatura não são as únicas e foram levantadas do ponto de vista técnico (isto é, atrelado ao exercício profissional dos decisores analisados). Não foram levantadas, por exemplo, as heurísticas derivadas do sistema (incentivos financeiros, crenças religiosas, condutas das corporações, etc.) que também são “carregadas” com estes decisores em sua atuação profissional, tampouco foram contempladas as heurísticas dos pacientes que podem ao longo da interação paciente-profissional de saúde influenciar a manifestação das heurísticas dos profissionais de saúde. Com relação a escolha de análise dos impactos na operação, trata-se de um viés da autora, derivado da sua formação em Engenheira de Produção. A Figura 8 explicita o ciclo de desenvolvimento da pesquisa e as possibilidades de continuidades a partir dela. Assim, as partes destacadas representam seu alcance, enquanto as partes não destacadas podem ser entendidas como propostas de trabalhos futuros, estando, portanto, fora do seu escopo.

Figura 8 – Ciclo de desenvolvimento da pesquisa e suas limitações




Fonte: a autora, 2015.

**Propostas de trabalhos futuros**

A pesquisa aborda o assunto de maneira genérica, de forma que, para viabilizar uma aplicação em campo seria necessário a construção de um método de identificação das heurísticas que influenciam determinado decisor, sendo, portanto, necessária uma discussão com profissionais com conhecimentos em psicologia e neurociência, por exemplo. Além disso, uma proposta decorrente desta é de que forma estas outras heurísticas (derivadas das características biológicas, sociais, culturais, religiosas etc.) que podem ser identificadas coexistem com as que foram discutidas na pesquisa para um caso específico. Sendo necessário avaliar, por exemplo, se elas convergem ou divergem para um determinado padrão de comportamento. Além disso, vale também identificar as heurísticas dos pacientes, visto que o objeto consiste em uma prestação de serviço, e de que forma elas impactam a organização e as decisões dos profissionais de saúde. Uma discussão que emerge desta é se os profissionais deveriam então ter capacitação para depreender e "contornar" estas.

Além das questões acerca do levantamento das heurísticas, trabalhos futuros poderiam também avançar na direção de propor e testar formas de minimizar ou reforçar os efeitos de determinadas heurísticas. O ensaio de desdobramentos traz discussões nessa direção, mas não tem como objetivo ser exaustivo, tampouco, por ser genérico, foi capaz de avaliar o quadro geral na organização que cada proposição poderia gerar, que viabilizassem projetos organizacionais.

**REFERÊNCIAS**

ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. *Observatório ANAHP*, 2013. Disponível em: <http://anahp.com.br/produtos/revista-observatório/observatório-anahp-2013ANAPH> apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico> apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

ARAUJO, C. A. S. *Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros. Tese* de Doutorado em Administração. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPEAD, 2005 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

BATALHA, M. O. (org) et al*. Introdução à Engenharia de Produção*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

BRANNON, L.; CARSON, K. *The Representativeness Heuristic: Influence on Nurses' Decision Making.* 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. 140 p. Disponível em: < http://www.planalto.gov. br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Casa Civil, DF, 19 set. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: *Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização,* 2004. 48 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Gabinete do Ministro*, Brasília, DF, n. - , 8 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA

24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. *Gabinete do Ministro*, Brasília, DF, n. - , 4 mar. 2013.

CAMERER, C. Bounded Rationality in Individual Decision Making. *Working Papers 1029, California Institute of Technology, Division of the Humanities and Social Sciences*, 1998 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CARDOSO, T.; ALARCÃO, I.; CELORICO, J. *Revisão da literatura e sistematização do conhecimento.* Porto Editora. 2010.

CURSEU, P.; VERMEULEN, P. A. M. *Entrepreneurial Strategic Decision- Making:* Cognitive Perspective. Edward Elgar Publishing, 2008 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

DALHOUSE UNIVERSITY. *What do Industrial Engineers do?.*2013. Disponível em: <http://industrialengineering.dal.ca/Learn%20more%20about%20IE/index.php>. Acessado em fevereiro de 2013 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

DAVIS, M. M.; AQUILANO, N. J.; CHASE, R. B. *Fundamentals of Operations Management.* 4.ed. Mcgraw-Hill, 2002 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

DONAGAN, A. *Choice:* the essential element in human action. London & New York: Routledge & Kegan Paul, 1987, DONAGAN, 1987 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

DYM, C. L. et al. *Engineering design:* A project-based introduction. N.J.: Hoboken, Wile. 2009.

FLEURY, A. Produtividade e Organização do Trabalho na Indústria. *Rev. Adm. Emp*. Rio de Janeiro, 20(3): 19-28, jul./ set. 1980.

FRUTUOSO, J.; CRUZ, R. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Med. Trab*, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 29-36, jan./ jul. 2005.

GIGERENZER, G. On narrow norms and vague heuristics: A rebuttal to Kahneman and Tversky. *Psychological Review*, v.103, n.3, p.592-596, 1996 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GIGERENZER, G.; SELTEN, R*. Bounded Rationality*: The Adaptive Toolbox. MIT Press, 2001 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GIL, A. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2007 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GINO, F.; PISANO, G. Toward a Theory of Behavioral Operations. *Manufacturing & Service Operations Management,* v. 10, n. 4, p. 676–691, 2008 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

GINO, F., PISANO, G. Toward a Theory of Behavioral Operations. *Manufacturing & Service Operations Management*, v.10, n.4, p. 676-691, 2008 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

GORINI, A.; PRAVETONNI, G. An overview on cognitive aspects implicated in medical decisions. *European Journal of Internal Medicine.* Elsevier. 2011.

HART, C. *Doing a Literature Review:* Releasing the Social Science Research Imagination. Sage Publications Ltd., 1998 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

HAYES, R. et al. *Produção, estratégia e Tecnologia:* em busca da vantagem competitiva. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HEIZER, J.; RENDER, B. *Operations Management*. 10.ed. Prentice Hall, 2010 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

HODGKINSON, G. P., STARBUCK, W. H. *The Oxford Handbook of Organizational Decision Making*. USA: Oxford University Press, 2008 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

HOPP, W. J.; LOVEJOY, W. S. *Hospital operations*: Principles of High Efficiency Health Care. New Jersey: Pearson Education Inc., 2013.

JACQUES, E. *Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento nas Organizações Hospitalares:* um estudo baseado na construção de protocolos médico-assistenciais. Dissertação de Mestrado em Administração. São Leopoldo: UNISINOS, 2007 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

KAHNEMAN, D. *Rápido e Devagar*: Duas Formas de Pensar. Objetiva. p.127. 2012.

KAHNEMAN, D.; FREDERICK, S. *Representativeness revisited:* Attribute substitution in intuitive judgment. In: Gilovich, T. Griffin, D. Kahneman, D., (eds), Heuristics and biases: The psycology of intuitive judgment, New York, Cambridge University Press, p. 49-81, 2002 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

KAHNEMAN, D.; SLOVIC, P.; TVERSKY, A. *Judgment under Uncertainty*: Heuristics and Biases. Cambridge University Press, 1982 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

KATTAN, M.W. *Encyclopedia of medical decision making.* California: SAGE Publications, 2009.

KEREN, G.; TEIGEN, K*. Yet another look at the heuristics and biases approach*. In: Koehler, D. J., Harvey, N. (eds), *Blackwell Handbook of Judgment and Decision Making.* 1.ed. Wiley-Blackwell, p. 89-109, 2007 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
LI. X. *Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units.* 2014.

MARAKAS, G. *Decision Support Systems in the 21 st Century:* DSS and data mining technologies for tomorrow''s manager. Nova Jersey: Prentice Hall,1998 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MAREWSKY, J.; GIGERENZER, G. Clinical research: Heuristic decision making in medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 14, n. 1, p. 77-89. 2012. Disponível em: <http://www.dialogues-cns.org>

MARQUES, A et al. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. *Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.* 324 p. Belo Horizonte: Autêntica. 2009.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M. *Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde*. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf >. Acesso em: 22 dez. 2014.

MCDERMOTT, R. *Medical decision making: Lessons from psychology*. 2008.

MEDEIROS, A. (aluno); ALMEIDA, M. (orientador); SABINO, M. (tutora). *O processo de acolhimento com classificação de risco na unidade de pronto atendimento sul.* Coleção Gestão da Saúde Pública. V.1. 2013. Disponível em: <http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/02/Anais-GSP-Vol-1-COMPLETO-Novo2.pdf>

MENDES, E. *As Redes de Atenção à Saúde:* Uma Mudança na Organização e na Gestão. p. 32- 49 in: VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MILLER, G. *The magical number seven plus or minus two*: Some limits of our capacity for the processing of information. Psycological Review, v.63, p. 81-89, 1956 apud SPIEGEL, T. O processo cognitivo e a tomada de decisão: articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Pesquisa para Saúde Por que pesquisa em Saúde? Textos para tomada de decisão. Council on Health Research for Development and Global Forum for Health Research. *Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia*, Brasília. 2007.
MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Programa de Aceleração do Crescimento 2. Apresenta o conceito de Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento>.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995 apud OSMO, A*. Processos gerenciais.* In VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

MOHAN, D. et al. *Assessing the Validity of Using Serious Game Technology to Analyze Physician Decision Making.* 2014.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MOTTA, P. *Formulação de políticas e definição de objetivos*: imposições do contexto administrativo in VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

NASCIMENTO, R. C. S. *Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: uma síntese de pesquisas.* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Salvador, BA, 2008 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Apresenta trabalhos e campanhas realizadas pela Organização Mundial da Saúde. Disponível em:<http://www.paho. org/bra/>.

OSMO, A*. Processos gerenciais*. In VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OTSUKA, Y. et al. A consideration for using worker's heuristics to improve safety rules based on relationships between creative mental sets and rule-violating actions. *Safety Science.* Elsevier. 2010.

PAIM, J. et al. Health in Brazil 1: The Brazilian Health System - History, Advances, and Challenges, *The Lancet*, v. 377, n. 9779, pp. 1778-1797, 2011 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

PEDROSO, M.; MALIK, A. As quatro dimensões competitivas da saúde. 2011 Disponível em: http://gvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/u5/HBR_Marcelo %20e%20AMM.pdf>.

PFISTER, H.; BÖHM, G. The multiplicity of emotions: A framework of emotional functions in decision making. *Judgment and decision making*, v.3, n.1, p. 5-17, 2008 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

PINSONNEALT, A.; KRAEMER, K. L. *Survey Research Methodology in a Management Information Systems*: An Assessment, *Journal of Management Information System*, v. 10, n. 2, p. 75-105, 1993 apud SPIEGEL, T. *Contribuições*

*das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PITTA, A*. Hospital*: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1994 apud OSMO, A. Processos gerenciais. In VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde:* Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. 1. ed. São Paulo: Artmed, 2007 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

PREFEITURA SÃO LUIZ. Protocolo de acolhimento com classificação de risco do SUS. *Política Municipal de Humanização (PMH).* Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf>.

QUIVY, R.; VAN CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. 3.ed. Lisboa: Gradiva, 1998 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

RIVA, P. et al. The Influence of Anchoring on Pain Judgment. *Journal of Pain and Symptom Management.* v.42 n. 2 Ago/ 2011.

SALES, C.; SCHLAFF, A. *Reforming medical education:* A review and synthesis of five critiques of medical practice. 2010.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde*. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, pp. 1431-1440, 2008 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

SCHWAB, A. P. *Putting cognitive psychology to work: Improving decision-making in the medical encounter*. 2008.

SHIM, J. K.; SIEGEL, J. G. *Operations Management.* 1. ed. Barron's Educational Series, 1999 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, E.; MENEZES, E. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 3. Ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SIMON, H. A. *Models of Man*. Nova York: John Wiley, 1957 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SIMON, H. A. *Models of Man*. Nova York: John Wiley, 1957 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SIMON, H. Information processing theory foi human problem solving. In: Estes, WK. Coordenador. *Handbook of learning and cognitive processes*, vol 6, 271 – 295, Hillsdale*1978* apud MOTTA, P*. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposição do contexto administrativo*. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. *Administração da Produção.* 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SPIEGEL, T.; CAULLIRAUX, H. A tomada de decisão diante da racionalidade limitada: revisão da literatura. *Ciências e Cognição*, v. 18, p. 186-207. 2013.

SVENSON, O., MAULE, J. *Time pressure and stress in human judgment and decision making*. New York: Plenum. 1993 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SVENSON, O., MAULE. *Time pressure and stress in human judgment and decision making*. New York: Plenum, 1993 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a*

*tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

TVERSKY, A.; KAHNEMAN, D. Judgment under uncertainty*:* Heuristics and biases. *Science*, v. 185, pp. 1124-1130, 1974 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

VAN AKEN, J. E., BERENDS, H., BIJ, H. V. D. *Problem Solving in Organizations:* A Methodological Handbook for Business Students. Cambridge University Press, 2007 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

VIACAVA, F. et al. A methodology for assessing the performance of the Brazilian health system. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.9, n.3, pp. 711-724, 2004 apud SPIEGEL, T; CAULLIRAUX, H. Projeto e Gestão de Operações em Saúde*. Sessão dirigida 01, ENEGEP*, 2014**.**

VON NEUMANN, J., MORGENSTEIN, O. *Theory of games and economic behavior.* Nova Jersey: Princeton University Press, 1947 apud SPIEGEL, T. *Contribuições das ciências cognitivas à gestão de operações:* análise do impacto da experiência nas decisões do gestor de operações. 493f. Tese (doutorado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

WEGWARTH, O.; GAISSMAIER, W.; GIGERENZER, G. *Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine.* 2009.

YANG, B. Political Factors in Decision Making and Implications for HRD*. Advances in Developing Human Resources*, v.5, n.4, pp. 458-479, 2003 apud SPIEGEL, T. *O processo cognitivo e a tomada de decisão:* articulações necessárias. 401f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), COPPE / Programa de Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

YOON, P. Emergency Department Fast-track System. *Alberta Heritage Foundation for Medical Research* - HTA, Canadá, Alberta, 2003.

**APÊNDICE A -** Síntese dos artigos extraídos da literatura acerca de heurísticas de profissionais de saúde

| Base / Palavras-chave / Título / Autores / Ano | Tradução do resumo | Heurísticas mencionadas |
|---|---|---|
| *Science Direct*<br>Health care professional Heuristic<br><br>Reforming medical education: A review and synthesis of five critiques of medical practice<br><br>Christopher S. Sales, Anthony L. Schlaff<br><br>2010 | Para os médicos prestarem cuidados de saúde adequados, a um custo razoável, a reforma da saúde pode não ser suficiente. Este ensaio discute o alcance da reforma educacional necessária nos EUA para treinar os médicos de amanhã para atuarem de maneira efetiva em um ambiente médico cada vez mais complicado. Nós realizamos uma revisão e síntese de cinco críticas da prática médica nos EUA: de qualidade, medicina baseada em evidências, medicina populacional, política de saúde e heurísticas. Nossos resultados sugerem que os médicos não são adequadamente treinados para atuar nos sistemas organizacionais e sociais complexos que caracterizam a prática moderna. Uma bem sucedida reforma do sistema de saúde dos EUA exigirá que os médicos sejam bem treinados não só em bio-medicina, mas também em ciências sociais. Outros países desenvolvidos, que têm melhor política de saúde e uma cultura menos voltada para o individualismo, podem ter menor necessidade de esforços específicos para a formação de seus médicos nas ciências sociais, mas ainda podem se beneficiar de considerar uma ampliação no conhecimento. Uma reforma educacional eficaz deve abordar o processo de admissão médica, formação acadêmica e intelectual e da capacitação profissional e clínica. | Heurística da ancoragem e disponibilidade<br>Erros de atribuição e "afetividade" |
| *Science Direct*<br>Health care professional Heuristic<br><br>The Influence of Anchoring on Pain Judgment<br><br>Paolo Riva, Patrice Rusconi, Lorenzo Montali, and Paolo Cherubini<br><br>2011 | Contexto: Pesquisas sobre tomada de decisão sugerem que uma ampla gama de eventos aleatórios podem influenciar o julgamento médico.<br>Objetivos: Consideramos uma estratégia de fácil aplicação, a ancoragem e o insuficiente ajustamento, que podem contribuir para que os profissionais de saúde falhem na percepção do nível de dor dos pacientes.<br>Métodos: Uma amostra (n = 423) de médicos, enfermeiros, estudantes de medicina, e estudantes de enfermagem participaram de uma tarefa computadorizada que mostrava 16 vinhetas com pacientes fictícios que relatavam dor de cabeça. Na condição experimental, participantes foram convidados a avaliar a gravidade da dor do paciente antes e depois de conhecer a classificação do paciente. Na condição de controle, os participantes tinham acesso a todas informações sobre o paciente, ao mesmo tempo e foram obrigados a fazer julgamentos em uma única etapa.<br>Resultados: Quando os participantes puderam expressar uma impressão inicial antes de saber a classificação do paciente, eles claramente ficaram ancorados em suas opiniões | Heurística da ancoragem |

| | | |
|---|---|---|
| | anteriores em quase metade das respostas. Além disso, mesmo entre aqueles que revisaram suas impressões iniciais, a extensão da revisão foi muitas vezes insuficiente. Boa parte dessa ancoragem foi percebida quando a classificação do paciente era maior que a inicial do participante. Finalmente, apresentamos provas de que a ancoragem leva ao aumento da imprecisão no julgamento da dor. Discutimos nossas conclusões em termos de sua contribuição para a compreensão dos processos cognitivos envolvidos na avaliação da dor.<br>Conclusão: Ao estimar a intensidade da dor dos pacientes, os observadores são movidos por ancoragem, uma regra de ouro que pode ter consequências perigosas em termos de excesso de confiança indevida nas impressões iniciais e revisão insuficiente à luz das evidências. Levando essa heurística em conta pode-se levar a uma melhor avaliação da dor e, consequentemente, do tratamento. | |
| *Science Direct*<br>Doctor<br>Heuristic<br><br>Medical decision making: Lessons from psychology<br><br>Rose McDermott<br>2008 | Uma grande variedade de mecanismos psicológicos podem interferir o raciocínio sensato de como pacientes se põem a fazer escolhas diante de tratamentos arriscados. A heurística da disponibilidade pode fazer alguns resultados parecem mais propensos do que realmente são, a forma como as opções de tratamento são apresentadas pode afetar radicalmente a escolha do paciente, o entendimento de um paciente quanto a ganhos e perdas pode criar um viés para decisões conservadoras ou arriscadas, os resultados que parecem mais certos podem dar uma maior impressão de prováveis ou improváveis, benefícios altamente desejados podem ofuscar riscos muito reais (e vice-versa), e mecanismos de negação podem tornar esforços médicos em comunicação virtualmente sem valor. | Heurística da disponibilidade |
| *Science Direct*<br>Physician<br>Heuristic<br><br>An overview on cognitive aspects implicated in medical decisions<br><br>Alessandra Gorini, Gabriella Pravettoni<br>2011 | As teorias cognitivas sobre a tomada de decisão mostram que as pessoas muitas vezes não decidem de forma completa e lógica, mas sim usando estratégias cognitivas que lhes permitam superar as barreiras impostas pela sua limitada racionalidade e as dificuldades derivadas da incerteza. A primeira parte do artigo irá discutir o papel das heurísticas e vieses na tomada de decisão médica. Este é um interessante campo de pesquisa já que decisões médicas devem ser rápidas e são muitas vezes complixificadas devido a mudanças rápidas nas condições clínicas do paciente, prognóstico incerto e consequências inesperadas ou incontroláveis no tratamento. Em tais contextos indivíduos são forçados a confiar em heurísticas para auxiliá-los na tomada de decisões que por vezes pode produzir vieses cognitivos. A segunda parte será dedicada a discutir formas em que as decisões dos pacientes podem ser melhoradas. O papel da tomada de decisão compartilhada será discutido, bem como o papel dos apoios a decisão. Com base em informações pessoais que vem das características e necessidades físicas e psicológicas do paciente, apoios a decisão dão informações sobre as opções e resultados específicos relacionados à doença do paciente. | Heurística da disponibilidade;<br>Heurística da ancoragem;<br>Efeito da forma;<br>Efeito fundamental de atribuição;<br>Falácia do jogador;<br>Erro de probabilidade posterior;<br>Heurística de representatividade;<br>Princípio de desempacotamento;<br>Recusa de um diagnóstico raro. |

| | | |
|---|---|---|
| | Fornecidos com um conjunto de alternativas bem definidas, os pacientes são assistidos em tomar a decisão de sua preferência, especialmente quando há mais de uma opinião médica razoável disponível. Além disso, o apoio a decisão facilita a tomada de decisão compartilhada, um processo pelo qual pacientes e médicos discutem e avaliam as alternativas para uma decisão conjunta. | |
| *Science Direct*<br>Physician<br>Heuristic<br><br>Putting cognitive psychology to work: Improving decision-making in the medical encounter<br><br>Abraham P. Schwab<br>2008 | A pesquisa empírica em psicologia social tem prestado um apoio sólido ao conhecimento da precisa influência das heurísticas e vieses no julgamento humano. Esta pesquisa, contudo, não tem sido sistematicamente investigada em relação às suas potenciais aplicações em situações específicas de tomada de decisão na área da saúde. Este artigo objetiva investigar a relação médico-paciente diante da abordagem de heurística e vieses e recomenda pesquisa empírica estratégica. Nota-se que a investigação será valiosa para decisões clínicas particulares e para examinar e alterar o plano de fundo das condições de tomada de decisão entre médico e paciente. | - |
| *Science Direct*<br>Nurse<br>Heuristic<br><br>A consideration for using workers' heuristics to improve safety rules based on relationships between creative mental sets and rule-violating actions<br><br>Yuichi Otsuka , Ryo Misawa , Hiroshi Noguchi , Hiroyuki Yamaguchi<br>2010 | Este trabalho trata da relação entre mentes criativas e violações às regras usando questionários respondidos por 218 trabalhadores de enfermagem. Uma análise fatorial exploratória foi conduzida. Os resultados revelaram cinco características de mentes criativas: curiosidade, minuciosidade, busca por informações, sensibilidade e coragem.<br>Além disso, as ações de violação de regras foram relacionadas a três fatores: violação de normas, violação de regras locais e estilo próprio. Os resultados da regressão múltipla apresentaram uma relação negativa entre a curiosidade e a frequência na violação de regras. Correlações negativas foram observadas entre as minúciosidade, busca por informações, e a violação de regras locais. Além disso, a pontuação média de violação de regras locais de uma pessoa que pensa que é importante para o ambiente de trabalho oferecer cuidados de excelência é significativamente maior do que o daqueles que pensam que as outras considerações quanto ao ambiente são mais importantes. O resultado elucida a necessidade de se levar em consideração as heurísticas dos trabalhadores no processo de melhoria das regras de segurança, bem como melhorar a sua aceitabilidade aos trabalhadores. Este ponto é importante e aplicável não só no campo dos sistemas de gestão da segurança do paciente, mas também em outros campos. | - |
| *Science Direct*<br>Nurse<br>Heuristic<br><br>Clinical decision | A imobilização física é uma intervenção de enfermagem comum em unidades de terapia intensiva e enfermeiros muitas vezes a utilizam para garantir a segurança dos pacientes e evitar acidentes. No entanto, a literatura indica que o uso de imobilização física é complexo devido a lógicas | Representatividade, disponibilidade, ancoragem e ajustamento. |

| | | |
|---|---|---|
| making on the use of physical restraint in intensive care units<br><br>Xinqian Li<br>2014 | inadequadas, a danos físicos e emocionais nos pacientes, e ainda pela falta de alternativas conhecidas pelos profissionais. Este trabalho tem como objetivo interpretar as teorias de tomada de decisões clínicas relacionadas ao uso de imobilização física nas unidades de terapia intensiva, a fim de facilitar o nosso entendimento e permitir avaliar a qualidade das decisões tomadas pelos enfermeiros. Ao revisar a literatura, intuição e heurísticas são as principais estratégias de tomada de decisões relacionadas com o uso de contenção física nas unidades de tratamento intensivo, pois a natureza rápida e reflexiva da intuição e heurística permitem que os enfermeiros tenham uma resposta rápida a casos urgentes e emergentes. No entanto, é problemático quando enfermeiros simplesmente baseiam suas decisões sobre a experiência ao invés de utilizar também resultados de estudos sobre a prática clínica por que não há evidências suficientes que apoiam o uso da restrição física. Além disso, uma resposta tão rápida pode levar enfermeiros a tomar decisões sem uma avaliação adequada, podendo gerar vieses e erros. Portanto, apesar da importância da intuição e heurísticas na tomada de decisões em casos graves sobre o uso de contenção física, recomenda-se que os enfermeiros devem incorporar evidências de pesquisa à sua experiência para tomar decisões e fazer uma avaliação adequada antes de usar a contenção física. | |
| *Science Direct*<br>Nurse<br>Heuristic<br><br>The Representativeness Heuristic: Influence on Nurses' Decision Making<br><br>Laura A. Brannon and Kimi L. Carson<br>2003 | Enfermeiros e estudantes de enfermagem analisaram e deram diagnósticos para casos envolvendo pacientes com diferentes características sociais e comportamentais. Consistente com a heurística da representatividade, os participantes estavam menos propensos a atribuir os sintomas a uma doença física quando os casos incluíam características do paciente além dos sintomas. Os resultados sugerem que o corpo médico implemente modelos de procedimentos de diagnóstico baseados em heurística. | Heurística da representatividade |
| *PubMed*<br>Physician<br>Heuristic<br><br>Assessing the Validity of Using Serious Game Technology to Analyze Physician Decision Making<br><br>Deepika Mohan, Derek C. Angus, Daniel Ricketts, Coreen Farris, | Contexto: A não conformidade por parte de médicos com diretrizes da prática clínica permanece sendo uma grande barreira para o alcance de uma saúde de alta qualidade. Jogos sérios (usando jogos para propósitos sérios) surgiram como um método de estudo do processo de tomada de decisão de médicos. No entanto, pouco se sabe sobre a sua validade. Métodos: Desenvolvemos um jogo e avaliamos sua validade como ferramenta de análise. Utilizou-se o contexto de triagem num centro de emergência de unidades não especializadas em trauma, dadas orientações amplamente aceitas que recomendam a transferência de pacientes gravemente feridos para centros de trauma. Nós projetamos casos com a premissa de que a heurística da representatividade influencia a triagem (ou seja, os médicos tendem a tomar decisões de transferência com base em arquétipos de pacientes | Heurística da representatividade |

| | | |
|---|---|---|
| Baruch Fischhoff,Matthew R. Rosengart, Donald M. Yealy, Amber E. Barnato<br><br>2014 | gravemente feridos, em vez de orientações). Randomizamos uma amostra conveniente de médicos e variamos a carga cognitiva, e comparamos desempenho (decisões de disposição, o número de pedidos inseridos, o tempo gasto por caso). Nossa hipótese é que carga cognitiva aumentaria o uso de heurísticas, aumentando a transferência em casos representativos e diminuindo a transferência nos casos não-representativos.<br>Resultados: Foram recrutados 209 médicos, dos quais 168 (79%) começaram e 142 (68%) completaram a tarefa. Médicos transferiram 31% dos pacientes gravemente feridos durante o jogo, em consonância com as taxas de transferência de pacientes gravemente feridos na prática. Eles fizeram o mesmo número médio de pedidos em ambos os grupos (controle (C): 10,9 [SD 4.8] vs. carga cognitiva (CL): 10,7 [SD 5.6], p = 0,74), apesar de gastar menos tempo por caso no grupo de controle (C: 9,7 [SD 7.1] vs. CL: 11,7 [SD 6.7] minutos, p, 0,01).<br>Os médicos tinham a mesma probabilidade de transferir casos representativos nos dois grupos (C: 45% vs. CL: 34%, p = 0,20), mas foram mais propensos a transferir casos não-representativos no grupo de controle (C: 38% vs. CL: 26%, p = 0,03).<br>Conclusões: Observou-se que os médicos tomaram decisões compatíveis com a prática real, que pudemos manipular a carga cognitiva, e que a carga aumentou o uso de heurísticas, como previsto pela teoria cognitiva. | |
| *ISI Web of Science*<br>Doctor<br>Heuristic<br><br>Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine<br><br>Odette Wegwarth, Wolfgang Gaissmaier & Gerd Gigerenzer<br>2009 | Contexto: Como os médicos tomam decisões sensatas quando confrontados com dados probabilísticos, prazos curtos e uma alta carga de trabalho? Uma teoria que tem sido aceita por muitos dos investigadores se baseia na otimização, que enfatiza a necessidade de integrar todas as informações a fim de chegar a decisões sensatas. Este raciocínio faz com que heurísticas, que usam menos informações completas, apareçam como uma segunda melhor estratégia. Neste artigo, vamos desafiar esta visão pessimista das heurísticas.<br>Método: Introduzimos dois problemas médicos que envolvem tomada de decisão: um se trata de questões de cuidados coronários e o outro sobre prescrições de macrolídeos. Em ambos os cenários, ferramentas de tomada de decisão fundamentadas nos princípios de otimização e heurística, respectivamente, foram desenvolvidos para ajudar médicos na tomada de decisões. Nós explicamos a estrutura de cada uma destas ferramentas e comparamos o seu desempenho em termos de simplificação de suas corretas prescrições.<br>Resultados: Para decisões relativas tanto à unidade coronariana quanto à prescrição de macrolídeos, demonstramos que sacrifício de informação não implica, necessariamente, em uma perda de precisão da prescrição, mas pode às vezes até mesmo levar a melhores decisões. Subsequentemente, discutimos equívocos comuns sobre heurísticas e explicamos | - |

| | | |
|---|---|---|
| | quando e porque a ignorância de partes da informação disponível pode levar à realização de previsões mais robustas. Conclusões: Heurística não são nem boas nem más em si, mas, se aplicada em situações para as quais foram adaptadas, podem ser boas ferramentas para médicos e médicos em treinamento. Isto, no entanto, requer que heurísticas sejam discutidas em medicina abertamente, criticadas, refinadas e, em seguida, ensinadas aos médicos em treinamento em vez de ser simplesmente descartadas como prejudiciais ou irrelevantes. Uma utilização mais uniforme e explícita de heurísticas bem aceitas tem o potencial de reduzir variações nos diagnósticos e melhorar o quadro geral da assistência médica. | |