

Uma conversa com... James P. Bagian

Perspectiva

AHRQ Patient Safety Network

Nota do editor: *O Dr. Bagian é Diretor do Center for Healthcare Engineering and Patient Safety da Universidade de Michigan. Ex-astronauta, atuou como primeiro Diretor de Segurança do Paciente da Veteran's Administration (VA) e Diretor-Fundador do VA National Center for Patient Safety, de 1999 a 2010. Também copresidiu a equipe que produziu o influente relatório da National Patient Safety Foundation, intitulado "RCA2: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm". Conversamos com ele sobre o relatório RCA2 e o que aprendemos sobre a análise de causa raiz no cuidado de saúde... discutindo, inclusive, se devemos usar o termo "análise de causa raiz".*

Dr. Robert M. Wachter: Dada a sua experiência na aviação e como astronauta, quando você começou a pensar sobre a análise de causa raiz? O que aprendeu com essa experiência que seja aplicável ao cuidado de saúde?

Dr. James Bagian: Em primeiro lugar, não necessariamente usaríamos o termo "análise de causa raiz". Mas o objetivo era o mesmo. O que eu fazia era tentar entender o que aconteceu, por que aconteceu e o que poderíamos fazer para evitar que voltasse a acontecer no futuro. Bom, poderíamos dizer que isso é o que a análise de causa raiz procura fazer, mas a coisa nem sempre funciona dessa maneira. Raramente há apenas um fator contribuinte ou causa para um problema. Geralmente existem muitos. A questão é: que causas acabamos por tentar resolver ou mitigar? Além disso, na aviação e na engenharia em geral, os sintomas são o que vemos. Se tratarmos os sintomas, não chegamos à causa. A resolução dos fatores causais possivelmente trará os melhores benefícios a longo prazo.

RW: Em sua opinião, que lições aprendemos nos últimos 15 anos ao tentarmos aplicar esta técnica no cuidado de saúde?

JB: Certamente havia muito entusiasmo para adotá-la, mas na verdade não havia nenhuma forma codificada de dizer quais são as qualidades e propriedades de uma boa análise de causa raiz. Eu realmente não gosto do termo. O que importa não é só a análise, mas também as ações que surgem a partir dela. Como formulá-las? Como assegurar que temos a capacidade de realizá-las? Como nos certificar de que elas



efetivamente são realizadas? Como garantir a mensuração da sua efetividade? Na realidade, nada disso foi feito. Isto é, alguns locais codificaram essas questões muito bem. No VA, fomos rigorosos sobre a forma de trabalhar e definir essas questões. Quando começamos, lembro-me de ter ido à Joint Commission, e o termo usado no cuidado de saúde já era "análise de causa raiz". E nós nem sequer queríamos usá-lo, pois achávamos que não era um bom termo.

RW: E que termo queriam usar?

JB: São três perguntas ("W cubed"): O que aconteceu? Por que aconteceu? O que vamos fazer para evitar que aconteça no futuro? Examinamos a questão desse ponto de vista porque, como dizemos no "RCA2 white paper" (embora seja algo que eu venha dizendo há anos), em primeiro lugar, o termo "causa raiz" implica que há uma única causa. Obviamente existem muitas causas. E o termo só fala em análise, mas o que fazemos não se limita a analisar. Trata-se de tomar medidas para mitigar os riscos no futuro. Portanto, embora a análise seja certamente importante para compreender a questão, se não tomarmos medidas, que sentido faz nos preocuparmos com o problema?

Em alguns dos estudos publicados, a análise de causa raiz não funcionou ou sua utilidade pareceu baixa. Mas esses artigos apresentam uma grande variação em seus componentes. Assim, embora as pessoas usem o termo "análise de causa raiz" como se fosse um processo específico, na verdade as diversas organizações frequentemente utilizam o mesmo termo para descrever processos bastante diferentes. Estamos usando um termo maldefinido que não é aplicado de maneira uniforme. Além disso, de modo geral, as organizações propõem soluções muito simplistas, se é que propõem alguma.

RW: Apresente-nos algumas das principais recomendações. Você já enfatizou a necessidade de um plano de ação. Que outros elementos você passou a considerar importantes para que esta atividade seja mais produtiva?

JB: Fizemos uma revisão de praticamente todos os artigos escritos desde o final da década de 1990, e até antes. Verificamos que muitos lugares têm dificuldade em priorizar o que devem examinar quando detectam problemas por meio da notificação ou da vigilância. A maior parte das instituições não conta com um processo explícito e concreto de priorização para determinar se um evento deve ser investigado ou que tipos de medidas devem ser tomadas. Em sua maioria, possuem um grupo que se reúne uma vez por mês ou por semana, mas que é muito dependente dos profissionais presentes e de muitas outras coisas. Por isso, não há uniformidade e consistência na forma como as questões são priorizadas.

Para resolver este problema, falamos no uso da priorização baseada no risco. Muito poucas instituições chegam a examinar os *close calls* ou *near misses*. Mesmo nas raras situações em que os examinam, praticamente nunca possuem uma maneira explícita, transparente e baseada no risco para decidir se o problema exige um exame mais aprofundado ou a adoção de medidas corretivas. Apresento este contexto porque



algumas instituições utilizam critérios baseados em danos. Se ninguém sofrer danos, o problema nem chega a ser registrado. Portanto, as instituições baseadas em danos – que são a maioria – não examinam de forma metódica os *close calls* ou *near misses*, o que significa que estão deixando de aproveitar uma oportunidade de aprender antes de chegarem efetivamente a causar danos a um paciente. As organizações de alta confiabilidade, como as da aviação e da energia nuclear, dependem amplamente do exame dos *close calls* e *near misses*, pois percebem que é uma forma de identificar vulnerabilidades e de decidir cuidadosamente se irão mitigá-las. Se esperarmos até causar danos às pessoas – que é como o cuidado de saúde costuma trabalhar –, estaremos essencialmente dizendo que só vamos nos interessar pelo assunto quando alguém se ferir. Portanto, a primeira recomendação é que as análises se baseiem nos riscos, e não nos danos.

A partir daí, podemos pensar na notificação de eventos como o combustível para o motor da melhoria. Temos que educar as pessoas, ensinando-lhes que, quando notificarem eventos ao sistema de segurança, não sofrerão represálias. Isto não significa que podem fazer o que bem entendem. Porém, é preciso articular a questão de uma forma que elas entendam. Na VA, isso foi feito junto aos grupos de interesse, como a imprensa, os comitês de supervisão do Congresso, a Joint Commission, os sindicatos e os diversos grupos profissionais de enfermeiros e médicos. Todos esses grupos concordaram, por unanimidade, com uma definição do que chamamos de ato condenável (*blameworthy act*). Se um caso fosse considerado condenável, seria colocado numa via administrativa na qual os fatos do evento teriam que ser "redescobertos" pelo sistema administrativo, o que poderia culminar numa ação punitiva. Porém, se não fosse condenável, em nenhuma circunstância haveria ações punitivas. Esta estratégia tem sido utilizada em muitos lugares há muitos anos, tendo lidado com mais de um milhão de eventos notificados, e não há alegações de que alguém tenha sofrido efeitos nocivos. Portanto, penso que este deva ser outro pré-requisito.

RW: A ideia é que, se o caso for condenável, passará por um processo diferente. Mas imagino que haja momentos em que não é possível descobrir se um ato é condenável até que tenhamos realizado uma análise mais profunda.

JB: Exato. Os eventos condenáveis são definidos com base nos seguintes critérios: atos considerados criminosos, atos realizados sob a influência de álcool ou drogas ilícitas, ou atos intencionalmente inseguros. A Nova Zelândia adotou a mesma abordagem que utilizamos na VA e utiliza o termo *deliberadamente inseguro*. Provavelmente é uma melhor escolha de palavras. A ideia é que, se uma pessoa sabia que o ato era inseguro, mas o realizou de qualquer forma, trata-se de um caso suspeito que precisa passar pela via administrativa. Veja que não incluímos em nenhum lugar dos critérios o fato de ter sido quebrada uma regra, nem procuramos determinar se o evento resultou de um erro humano. Nenhum desses fatores é relevante para determinar se o evento é considerado condenável. O fato de que alguém não seguiu as regras não significa que tenha feito algo errado da perspectiva do cuidado prestado ao paciente. A determinação de que um ato foi intencionalmente inseguro, e portanto condenável, pode ocorrer a qualquer momento desde que é recebida a notificação inicial do evento



e durante todo o processo de investigação; porém, no momento em que o ato é considerado condenável, entra no processo administrativo e deixa o processo de segurança, para preservar a natureza não punitiva do sistema de segurança.

Certamente existem muitas regras e diretrizes que, embora sejam aplicáveis e devam ser seguidas de modo geral, em certos casos específicos não o são. Queríamos que os profissionais entendessem que o objetivo é prestar um bom cuidado de saúde ao paciente e, se considerarem que uma regra é incorreta, devem tentar lidar com isso imediatamente, conversar com seu superior, com os colegas ou seja quem for, mas então perguntar a si mesmos: é melhor seguir a regra e saber que isso colocou o paciente em maior risco ou violar a regra em benefício do paciente? Se considerarem que a segunda opção é melhor, isso é o que devem fazer. E, então, devem informar o fato imediatamente, para que seja resolvido naquele momento. Embora isto soe um pouco frágil, posso afirmar que, depois de literalmente mais de um milhão de notificações, não é algo tão difícil de ser feito.

RW: Tudo o que você disse faz muitíssimo sentido. É claro que precisamos de tempo para dissecar profundamente o que aconteceu. Não basta encontrar uma causa raiz, é preciso encontrar todas as causas subjacentes. Precisamos criar um processo de acompanhamento e um plano de ação, e precisamos ter as pessoas certas em torno da mesa. Muitas organizações estão motivadas para tentar reduzir a ocorrência de erros e danos. Então, por que tão poucos lugares conseguem fazê-lo da forma certa?

JB: Muito depende do bom senso. Não podemos simplesmente escolher a dedo o fator contribuinte que nos parece mais interessante ou fácil de resolver. Mas, se não for feito nenhum esforço, a probabilidade de termos bons resultados de forma sustentável é realmente mínima. Em muitas instituições que entram nesta área, as pessoas envolvidas não entendem que realmente terão que executar novas tarefas. Trata-se de um trabalho real. É preciso dedicar tempo para fazê-lo. E não pode ser feito assim, *mais ou menos*.

Por exemplo, se um paciente pediátrico morrer, e isso for à primeira página do jornal local, certamente será um evento trágico e com fortes contornos emocionais. As pessoas vão perguntar: "Quem vai se responsabilizar?", "Quem vai ser demitido?". Será que os administradores terão a coragem de olhar um repórter nos olhos e dizer: "Em primeiro lugar, precisamos entender o que aconteceu. O nosso objetivo é assegurar que isto não ocorra no futuro ou que sua ocorrência seja muito improvável, além de determinar se realmente haverá alguma punição individual para as pessoas envolvidas. Temos que examinar o caso para decidir". Raramente ouvimos comentários como estes. Em vez disso, os líderes muitas vezes sentem que é necessário lançar alguém aos lobos para mostrar que estão levando o caso a sério. Às vezes, o público ou a imprensa podem ser pouco sofisticados e, em vez de dar atenção continuada ao caso para ver o que foi feito em última instância, para verificar se o risco realmente foi reduzido ao longo do tempo, simplesmente perdem o interesse e se limitam a perguntar: "Quantas cabeças rolaram?".



RW: Pessoalmente, penso que a cultura é bastante boa em termos do equilíbrio entre culpabilidade e não culpabilidade no sistema, pelo menos na UCSF. E, ainda assim, não conseguimos resolver o problema. Parece mais uma questão de recursos: como encontrar o tempo e a energia para fazer tudo isso da forma certa? Como lidar com um grande volume de casos, trabalhando com uma série de grupos constantemente atarefados que procuram encontrar soluções que tenham uma grande chance de "pegar", e então, um ano mais tarde, voltar para nos certificarmos de que as soluções funcionaram e foram integradas ao sistema? Parece-me que tendemos a tomar atalhos devido à falta de tempo e dinheiro.

JB: Concordo com muito do que você acabou de dizer. Mas nós demonstramos que o *business case* é bastante claro. Se tivermos um sistema de priorização bem concebido, conseguiremos restringir rapidamente o número de casos a um volume manejável. Caso contrário, ficaremos sobrecarregados e não saberemos o que fazer. Por outro lado, é importante criar planos de ação sólidos e medir o sucesso rigorosamente. Na VA – e isto é algo que também recomendamos na publicação –, dissemos que as recomendações devem ser assinadas por diretores de alto escalão, pois esta seria outra maneira indireta de apresentar o *business case*.

No início, houve muita resistência contra isto na VA. Depois de um ano analisando casos e implementando ações corretivas com este método, houve uma enorme mudança de postura entre os nossos altos diretores, que começaram a dizer que aquilo era realmente importante. Isto melhorou a nossa capacidade de liderar. Muitos disseram que, se não fizéssemos aquilo, estaríamos dormindo no ponto. De fato, na VA, nossos piores adversários se tornaram os nossos apoiadores mais entusiasmados. Infelizmente, na indústria da saúde atual, existem muitos lugares onde isso não acontece. O presidente da organização não se envolve, nem os altos diretores, nem os conselhos de administração. Eles não sabem o que se passa na organização, não sabem o que é aprovado, não sabem por que algo é reprovado e não acompanham os processos. Na realidade, parte disso tem a ver com a cultura.

RW: Exato, e com a liderança.

JB: E com a liderança. Posso falar disto, porque é algo que presenciamos. Quando as bases percebem que, ao identificarem um problema, a questão é trabalhada e resolvida definitivamente, ficam mais propensos a mencionar problemas no futuro, pois sabem que serão corrigidos. Não mostram as típicas preocupações de outras pessoas com quem conversamos, que dizem: "Bem, eles não vão nos deixar fazê-lo". E a minha pergunta é: quem são eles? Olhe no espelho. Quando os profissionais se envolvem e pensam que podem fazer a diferença, sentem-se como campeões. Não é uma questão política. Temos que pôr no papel a matriz de riscos que usamos para priorizar. Falar com todo o mundo, a imprensa, os pacientes e a comunidade; e então basta praticar o que pregamos. Parece assustador, mas, quando o fazemos, as coisas se tornam muito fáceis. Infelizmente, muito poucos lugares o fazem. Isso é um problema. Muitas vezes têm medo de fazê-lo, pois não querem ser responsabilizados por fazer o que disseram que fariam.

RW: Há alguma outra coisa da qual queira falar?

JB: As pessoas podem argumentar que o processo RCA2 parece muito com o que a VA fez e faz. Muitos dos artigos vieram do nosso trabalho ali. Mas contamos com a participação de um grande número de pessoas de diferentes instituições, como a Kaiser, a MedStar, outros países, além de grupos de defesa de pacientes, grupos de gestão de riscos e outros. Outras organizações usaram estes sistemas e tiveram êxito. A Suécia tem usado os mesmos sistemas já há algum tempo, assim como a Nova Zelândia, a Austrália, a Dinamarca e o NHS no Reino Unido. Portanto, não se trata apenas de um construto teórico que nunca foi empregado com um sucesso razoável.

É por isso que introduzimos o termo "Análise de Causa Raiz 2" (Root Cause Analysis 2, ou RCA2) nesta publicação. Todos estão acostumados a falar em análise de causa raiz, embora não seja o termo certo. Então, vamos chamá-lo de RCA2, porque a parte da ação é fundamental. Temos que colocar a ideia na cabeça das pessoas e esperar que a examinem e experimentem. A Joint Commission também está firmemente por trás do projeto. A RCA2 não é a *única* maneira, mas é uma maneira que pode ser bem-sucedida, na opinião deles. Portanto, agora que a metodologia RCA2 foi posta no papel, as pessoas podem vê-la como um *pacote* e empregá-la dessa forma. Se a usarem assim, penso que veríamos um êxito ainda maior.

Artigo publicado originalmente pela **AHRQ Patient Safety Network**

In conversation with James P. Bagian, MD [interview]. AHRQ PSNet [serial online].

Dezembro de 2016. Disponível em:

<https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/211>.)

Copyright © 2016 AHRQ Patient Safety Network

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A AHRQ Patient Safety Network permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português. A AHRQ Patient Safety Network não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Uma conversa com James P. Bagian

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2017
Creative Commons Atribuição-NãoComercial 3.0 Não Adaptada