

Setembro de 2013 | Entrevista

Uma conversa com... Sidney Dekker, MA, MSc, PhD

Nota do editor: *Sidney Dekker é professor e diretor do Safety Science Innovation Lab na Griffith University em Brisbane, Austrália. Escreveu vários best-sellers sobre falhas sistêmicas e erros humanos, dentre eles Just Culture, atualmente na segunda edição, e Patient Safety: A Human Factors Approach. Seu último livro é Second Victim: Error, Guilt, Trauma and Resilience.*

Dr. Robert Wachter, Editor, AHRQ WebM&M: Como surgiu o seu interesse pela segurança do paciente?

Sidney Dekker: Para mim, o fascinante sempre foi a enorme diferença no desempenho de segurança entre as diferentes indústrias nas quais a segurança é um elemento fundamental. E não estou falando apenas de resultados de desempenho — a chamada “contagem de corpos” —, mas também de como chegamos a esse desempenho; quais são os pressupostos que cada setor adota em relação a questões como competência, treinamento, onde recrutar os profissionais e como mantê-los competentes. Quando examinamos essas diferenças, vemos que o cuidado de saúde é um caso atípico. Este setor parte de pressupostos muito diferentes sobre a competência, como atingi-la, como retê-la, como verificá-la e como confiar nela. Em comparação com outras áreas nas quais trabalhei, dentre elas a aviação, a indústria do petróleo e gás, a mineração, o controle de processos, a navegação e a indústria ferroviária, o cuidado de saúde parece adotar pressupostos fantásticos sobre a autonomia dos participantes, sobre o direito de cada profissional de praticar e inovar como achar melhor devido à suposta complexidade, diversidade e imprevisibilidade dos problemas enfrentados. Assim, foi muito interessante descobrir essas questões e trabalhar com elas.

RW: De certa forma, as profissões começam como uma habilidade artesanal dotada de autonomia e, com o tempo, tornam-se industrializadas. Sempre existe resistência por parte dos líderes que não querem perder a sua autonomia. Isso ocorreu na indústria



da aviação nas décadas de 1970 e 1980, quando os pilotos resistiram à ideia de que era importante trabalhar em equipe e questionar as hierarquias. No fim das contas, perceberam que isso era fundamental para a segurança de seus passageiros, e também para a deles próprios. Na medicina, esse processo tem sido muito lento. O argumento é o seguinte: o cuidado de saúde não tem nada de fundamentalmente diferente a esse respeito, nós apenas avançamos com muita lentidão. Você acredita nisso ou acha que o cuidado de saúde tem algo de muito diferente?

SD: Num certo sentido, sim, a narrativa é essa. No entanto, eu não concordaria com a afirmação de que não existe nada de fundamentalmente diferente em relação ao cuidado de saúde. O problema ao fazermos declarações e comparações é que pensamos no cuidado de saúde como algo monolítico. Não é. Certamente existem ilhas de estabilidade e de relativa previsibilidade nas quais a falta de adesão a protocolos padronizados ou a listas de verificação é antiética. Contudo, fora dessas ilhas, o cuidado de saúde tem áreas de profunda imprevisibilidade, diversidade e fatores desconhecidos, em graus muito maiores do que em outros setores. Na aviação ainda ocorrem alguns acidentes surpreendentes. Porém, essencialmente, as leis de Newton que explicam como esses objetos se movem pelo ar já foram desvendadas há muito tempo. Com relação à aerodinâmica, os desenhos das aeronaves atuais trazem pouquíssimas surpresas. Se começarmos a fazer experimentos com desenhos completamente novos, modelos de fuselagem integrada com novos sistemas de propulsão, talvez nos deparemos com algumas surpresas. Foi o que aconteceu cerca de 20 anos atrás, quando introduzimos novos sistemas de automação que assumiram o controle da aeronave, mas cujas ideias sobre como fazê-lo às vezes eram diferentes das dos pilotos. Isso levou a divergências fascinantes entre os comandos enviados pelos pilotos e o que a aeronave acabava por fazer.

É legítimo afirmar que a diversidade, as surpresas e os fatores desconhecidos são maiores no cuidado de saúde do que em outros setores. Porém, devo repetir que isso não é uma desculpa para não examinarmos as ilhas de estabilidade que podemos melhorar, à semelhança do que fizemos em outros setores nos quais a segurança é um elemento crítico.

RW: O que você pensa sobre o conceito de cultura justa?

SD: Sempre tive muita dificuldade de definir uma cultura justa. Trata-se de uma cultura que encontrou o equilíbrio entre responsabilização e segurança. Mas o que isso significa? Parece mais um título chamativo do que algo que possamos realmente por em prática. O problema de uma cultura justa é que a justiça é uma dessas categorias humanas essencialmente contestadas, isto é, o que parece justo para uma pessoa pode ser profundamente injusto para outra. Porém, no debate atual, e particularmente nos EUA, a cultura justa costuma ser enxergada como um mecanismo para que os funcionários sejam responsabilizados por seu papel na ocorrência de eventos adversos, mas de uma forma que não prejudique o fluxo de informações de segurança.

RW: De certa forma, as suas próprias respostas demonstram uma tensão ligada ao fato de estarmos ou não falando de uma versão idealizada de justiça. Nas vezes em que falei e pensei no conceito de cultura justa, nunca o vi enquadrado desta forma — a existência de diferentes pontos de vista sobre o termo “justiça” —, em contraposição a algo mais empírico e pragmático, isto é, tentar, de alguma forma, encontrar um equilíbrio entre uma abordagem sistêmica e a necessidade de traçar limites entre o comportamento aceitável e o inaceitável. E o seu pensamento a este respeito parece basear-se muito mais em princípios quase rawlsianos sobre o que é ou não é justo.

SD: Sim, isso é verdade. Voltando à sua sugestão: você diz que a energia e a motivação dos administradores hospitalares para abraçar o conceito de cultura justa em sua instituição parecem ser determinadas pela necessidade de traçar um limite entre o que é ou não aceitável dentre os comportamentos que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. Ao fazermos uma afirmação como essa, precisamos examinar algumas questões. A primeira delas é o problema fundamental na criação de uma cultura justa, que é o seguinte: queremos ouvir tudo o que as pessoas têm a dizer sobre a sua contribuição para a segurança, mas não vamos aceitar tudo o que ouvimos. Isso cria uma tensão interessante, pois, se quisermos continuar a receber

essas contribuições, temos que responder de uma forma que não seja tão punitiva a ponto de calar essas pessoas ou quaisquer outras que aprendam com o exemplo.

Você comentou que também é importante examinar o equilíbrio entre as explicações individuais e sistêmicas para as falhas de segurança. Para mim, é fascinante que o entusiasmo em relação aos algoritmos ou mecanismos de cultura justa tenha acompanhado a aceitação gradual do pensamento sistêmico. Por um lado existe o pensamento sistêmico: se quisermos entender por que as falhas acontecem, temos que examinar a organização. Um erro humano não é um problema pessoal; é um problema organizacional. Essa tem sido a ortodoxia da área, pelo menos nos últimos 20 anos. O problema é que isso fez com que a responsabilidade judicial sobre as falhas fosse transferida para a organização. Agora, inevitavelmente, temos uma reação. Precisamos encontrar maneiras de reequilibrar essa atribuição de responsabilidade pelo que dá errado. E é neste ponto que temos de ser cuidadosos. Os algoritmos de cultura justa podem facilmente se transformar num instrumento que os interesses poderosos de uma instituição utilizam para subverter a justiça em seu favor. Alguns dados recentes sugerem que isso está acontecendo, o que é um pouco preocupante. Terry von Thaden fez um estudo muito importante sobre a percepção de justiça em hospitais dos EUA, segundo diferentes pontos de vista na hierarquia de competências médicas. Um resultado consistente é que os profissionais que se encontram no topo da hierarquia, geralmente médicos, costumam considerar que os resultados dos mecanismos de cultura justa são justos. Os enfermeiros geralmente consideram que esses resultados são injustos. Dessa forma, a justiça depende da posição de uma pessoa na hierarquia.

Isto remonta à *República* de Platão: se a justiça é apenas um instrumento dos poderosos para obter o que desejam ou para reter o que já possuem, então não se trata de justiça, e sim de intimidação e governo. O problema, obviamente, é que isso tende a calar as fontes de informações cruciais para a segurança, informações que desejamos obter com aqueles que se encontram nas posições mais baixas da hierarquia. Isso também leva a situações nas quais ocorre uma subversão do poder. Já pude observar, nos sistemas de saúde de muitos países, situações nas quais os



enfermeiros podem ameaçar os médicos, dizendo: “Vou denunciar você se não fizer isto do jeito que eu quero”. Assim, os sistemas de notificação podem ser usados pelos profissionais nos níveis mais baixos da hierarquia para intimidar seus superiores. Essas são algumas indicações de que os mecanismos que parecem contribuir de forma inocente e neutra para a administração da justiça num hospital podem ser facilmente subvertidos para reafirmar o poder onde ele já existe ou, então, tornar-se um instrumento de tomada do poder por aqueles que ainda não o possuem.

RW: Tenho dificuldade em enxergar as implicações práticas dessa situação. O argumento parece ser que, embora um algoritmo pareça inocente ao ser traçado no papel, ele traz dentro de si relações e lutas de poder, podendo ser enxergado de maneiras muito diferentes por profissionais situados em pontos distintos da hierarquia e podendo ser utilizado de formas mais subversivas. Ainda assim, as organizações precisam avançar e encontrar respostas para questões complexas ligadas à culpabilização do sistema ou da pessoa. Então, o que as organizações devem fazer?

SD: Sim, isso resume muito bem a questão. O que as organizações devem fazer é dar um passo atrás e pensar, de forma muito cuidadosa, quem estará envolvido na tarefa de definir os limites. Os algoritmos de que dispomos, de certa forma, são a parte mais fácil. É fácil definir três categorias e dizer que temos isto, isto e isto, assim, assim e assim. Agora, inclua o comportamento nessas categorias. Ainda assim, alguém tem que fazer essa categorização; alguém tem que examinar os fatos ligados a um evento adverso e dizer: “Isto ocorreu desta forma e não daquela”. Esse é um julgamento humano e é a parte mais difícil. Nada do que escrevermos e dermos aos hospitais poderá prepará-los para fazer esse julgamento. Nada. Podemos dizer que uma categoria tem certas características. Porém, no fim das contas, alguém terá que fazer esse julgamento.

Agora, a questão crucial para a justiça e a cultura justa é a seguinte: quem tem o poder de fazer esse julgamento? E em quem essa pessoa deve se basear? Acredito que esse seja o ponto no qual os gregos da Antiguidade se equivocaram, pois a questão não é apenas saber quem tem o poder de fazer esse julgamento, mas também quem está



representado ali. Quem mais pode dar sua opinião? A única maneira de garantir a existência de uma forma de justiça no hospital é fazer com que a base para esse julgamento seja o mais representativa possível. Em outras palavras, esses julgamentos não podem ser feitos apenas pelos administradores hospitalares ou por alguma espécie de conselho de alto nível; é preciso contar também com as contribuições daqueles que fazem o difícil trabalho cotidiano, que conhecem intimamente seus detalhes, seus conflitos e dificuldades, e que podem dizer se algo foi razoável ou não.

RW: Enquanto você falava, fiquei me perguntando: esse seria um júri formado pelos pares? Em caso afirmativo, já que você indicou as diferentes percepções de justiça segundo os médicos e os enfermeiros, será que esses painéis devem ser transdisciplinares? Ou devem ser amplamente representativos para as pessoas que estão sendo acusadas?

SD: Eu diria que não precisam ser necessariamente transdisciplinares, e sim trans-hierárquicos. Isto é, se é preciso tomar uma decisão em relação a um cirurgião, eu certamente incluiria um enfermeiro cirúrgico no processo. A inclusão dessa perspectiva, da opinião de alguém que tem uma visão muito diferente do mundo no interior de um centro cirúrgico, que enxerga outros elementos, que talvez tenha uma visão completamente diferente sobre a ordem social do que aconteceu numa determinada sala de cirurgia, provavelmente é fundamental para contextualizar o comportamento que está sendo examinado.

RW: Quais são, para você, os problemas mais marcantes na forma como as organizações de saúde, incluindo hospitais e outras instituições, lidam com os erros graves que cometeram?

SD: O modo como elas abordam os problemas vai do rigoroso demais ao variável demais. Vou dar um exemplo. Você provavelmente conhece o caso de Kimberly Hiatt, no *Seattle Children's Hospital*. Ela deu uma superdosagem de cloreto de cálcio a um de seus pacientes pediátricos e ele morreu. Na verdade, foi muito difícil, posteriormente, conectar as ações de Kimberly à morte do paciente. Ela foi retirada da unidade, demitida e teve a licença revogada; moveram uma ação judicial contra ela. Kimberly



depois recuperou sua licença, em condições duras, extremamente humilhantes e impraticáveis, e ninguém quis empregá-la. Sete meses depois, ela se matou. Para mim, isso é trágico e profundamente desnecessário. Na verdade, eu gostaria de afirmar (e afirmo, no meu último livro) que existe uma relação muito forte entre a resiliência organizacional e a resiliência psicológica de uma pessoa envolvida num evento adverso. A resiliência das pessoas envolvidas, ao menos daquelas com as quais eu tive contato, parece ser muito mais um produto da comunidade ao seu redor e do apoio organizacional que lhes é oferecido do que da sua força de caráter individual. O que importa é a comunidade. É o apoio e as ações da organização. Assim, as pessoas são resilientes se a organização estiver disposta a admitir que não oferece produtos perfeitos o tempo inteiro. As pessoas cometem erros e precisamos saber lidar com isso. Se uma organização estiver disposta a aceitar esse fato, também estará disposta a aprender com os erros. A organização provavelmente terá implementado mecanismos para rastrear a origem dos erros e para lidar com eles de forma operacional. Assim, considero que as reações duras contra as pessoas envolvidas em eventos adversos são improdutivas e injustas.

RW: Do modo como você coloca a questão, isso parece acontecer mais pelo lado dos enfermeiros que dos médicos. Não quero colocar palavras na sua boca, mas isso é verdade?

SD: Se for verdade estatisticamente, acredito que ocorra, em parte, em função das relações de emprego — os enfermeiros frequentemente são empregados de um hospital, os médicos não. Os médicos fazem visitas e seus serviços são contratados externamente. Não é possível demiti-los. Todos os enfermeiros com os quais conversei sabem apontar as contribuições do sistema e dizem que esses problemas sistêmicos contribuíram para o erro. Ainda assim, eles se sentem culpados; ainda se sentem responsáveis, independentemente de sua capacidade de demonstrar as contribuições do sistema. As pessoas que trabalham no cuidado de saúde — justamente por terem se aproximado da área devido ao desejo de ajudar, curar, cuidar — se sentem pessoalmente responsáveis quando fazem algo errado e alguém sofre danos, independentemente de sua compreensão sobre a contribuição organizacional. Isso



ocorre porque alguém depositou confiança neles. Alguém disse: “Eu confio que você vai fazer a coisa certa”.

RW: Você acha que os pacientes e os cidadãos de forma mais ampla, o aparelho político, estão dispostos a aceitar essa mensagem? Ao tentarmos calibrar as nossas respostas, o público muitas vezes exige punições duras e é difícil dizer-lhes: “Esta pessoa já está punindo a si mesma o suficiente, não precisamos fazer mais nada” ou tentar explicar que esse caso demonstra apenas que ela era humana e que a questão principal é tornar o sistema mais robusto. Qual é a magnitude desse problema?

SD: A sua última sugestão é a mais desejável: explicar que estamos lidando com seres humanos, que essas coisas acontecem nestes sistemas, que são tão complexos, com recursos limitados e objetivos contraditórios, que os erros são um subproduto necessário de um trabalho que procura gerar o máximo de benefício possível para a população. O problema é que é muito difícil dizer algo assim. Você está certo ao indicar esse ponto. Por exemplo, conheci o caso de um casal que, durante um parto por fórceps, perdeu o bebê, que teve o crânio esmagado. É claro que foi uma tragédia imensa para os pais. Porém, fiquei extremamente surpreso quando eles perguntaram: “Que mecanismos existem no hospital para apoiar o obstetra, que deve estar se sentindo muito mal?”. Eles não demonstraram nenhuma intenção punitiva; apenas queriam saber o que o hospital iria fazer por aquele médico, para que ele recebesse apoio humano, significativo e útil. Além disso, por extensão, questionaram o que o hospital iria fazer para aprender com aquele incidente e implementar mudanças estruturais para que tal evento não ocorresse novamente. É muito difícil ganhar o público com uma história como essa. Para quem está na posição de espectador, vendo as histórias que aparecem na mídia, é fácil assumir uma certa posição em relação a essas questões. Mas, se você for o paciente ou se o paciente for uma pessoa querida, a questão assume uma natureza completamente diferente. E, dependendo da pessoa, é mais fácil ou mais difícil perdoar o erro.

No entanto, existem estudos muito robustos que mostram que a reação de uma pessoa nessa posição depende muito da resposta do hospital. Atitudes como



reconhecer a importância do fato, pedir desculpas, tudo isso é muito importante para fazer com que as pessoas compreendam que o erro é um subproduto não intencional e indesejável de um trabalho que pretende ser bem-sucedido. Ainda assim, no fim das contas, podemos pensar que a introdução de uma sanção monetária seria útil, passando, então, a tratar os erros no cuidado de saúde como algo que precisa ser eliminado pela via das punições. Mas existem consequências. Com isso, vamos perder o fluxo de informações relacionadas à segurança; vamos perder bons profissionais. Por outro lado, se tivermos uma justiça mais restauradora, se levarmos a pessoa envolvida para se encontrar com o paciente-vítima e instituímos práticas restauradoras após a ocorrência dessas falhas, isso talvez resulte num fluxo de informações mais livre sobre esses incidentes críticos de segurança. É o que podemos fazer para poupar vidas humanas e dinheiro ao mesmo tempo.

RW: Alguns anos atrás, Peter Pronovost e eu escrevemos um trabalho sobre a necessidade de encontrarmos um equilíbrio entre a abordagem “sem culpabilidade” e a responsabilização. Um dos motivos que me levou a fazê-lo foi a dúvida sobre o que fazer com os profissionais que não seguem normas de segurança razoáveis. O que fazer com o cirurgião que afirma não acreditar na lista de verificação, ou com enfermeiros ou médicos que se “esquecem” o tempo todo de higienizar as mãos?

SD: Eu só adotaria a abordagem sugerida por você e Peter naquele artigo no *New England Journal of Medicine* quando estivesse completa e exaustivamente convencido de que todas as explicações sistêmicas razoáveis já foram descartadas — e essa talvez tenha sido, em parte, a razão do meu ceticismo em relação ao que vocês escreveram. Graças à minha experiência pessoal na aviação, não tenho dúvidas de que algumas pessoas estão mais aptas a realizar certos trabalhos do que outras. Existem diferenças individuais. Isso é inquestionável. Porém, penso que as intervenções punitivas para fazer com que as pessoas adotem uma certa prática só devem ser consideradas em último caso. A razão para isso é que, para aqueles que controlam o sistema (administradores e gestores hospitalares), é muito fácil dizer, abdicando, de certa forma, de sua responsabilidade: “Veja, eu fiz tudo o que podia. Eu os lembrei das regras e instalei as pias. Agora basta que eles sigam as normas”. Contudo, ainda



podem restar muitos problemas sistêmicos não resolvidos, como a divisão da carga de trabalho e questões ergonômicas relacionadas, por exemplo, à cor do sabão em comparação com a do desinfetante. Em suma, muitas coisas ainda poderiam ser melhoradas. Para um gestor, é muito fácil utilizar intervenções punitivas pessoais e dizer: “Bem, neste caso, não é minha responsabilidade fazer com que o sistema ofereça tudo o que deve oferecer para que as pessoas sigam esta prática”. Em primeiro lugar, eu quero estar convencido de que 100% das intervenções sistêmicas já foram exaustivamente implementadas. Só então, se ainda restar um problema, estou disposto a conversar sobre punições.

RW: Mas você não se preocupa com o problema contrário? Para um funcionário, também é muito fácil dizer: "Eu não gostei da cor do sabão". Este exemplo é um pouco exagerado, mas a ideia básica é que nada vai acontecer comigo se eu decidir não seguir uma norma de segurança porque considero que o sistema não foi aperfeiçoado ao máximo. E para que o sistema se torne perfeito, talvez seja necessário gastar um volume descomunal de recursos institucionais, tempo ou dinheiro. Além disso, podemos cair na narrativa dos médicos, que diz que o profissional toma decisões autônomas e pode decidir não participar de uma intervenção porque não gosta de todas as circunstâncias.

SD: Se nós, enquanto comunidade, quisermos atacar um problema como esse removendo e punindo os médicos que apresentam esse tipo de atitude, essa solução certamente parecerá proveitosa para algumas pessoas. O meu pensamento é muito sistêmico, por isso não consigo acreditar que essa seja a única forma de proceder, nem a mais produtiva. Eu diria: “Vamos examinar a educação médica”. Como podemos iniciar um diálogo com essas pessoas? De onde surge esse senso de autonomia, arrogância e merecimento? “Você tem o direito de escolher a cor do seu sabão, caso contrário não precisa lavar as mãos”. Que coisa mais sem sentido, não é mesmo? Mas onde está a nossa responsabilidade como treinadores nas instituições, como educadores, como colegas ao permitir que este tipo de posição floresça e ganhe legitimidade? Sim, podemos matar um mosquito aqui e outro ali, mas eu prefiro voltar minha atenção para o pântano que os cria.

Entrevista publicada pela Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ), com o título *In Conversation with...Sidney Dekker, 2013*. Tradutor: Diego Alfaro.

Copyright © 2013 Agency for Healthcare Research and Quality All rights reserved

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A ARHQ 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 ARHQ não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Uma conversa com... Sidney Dekker

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014

Creative Commons Atribuição Não Comercial 3.0 Não Adaptada