

Artigo de reflexão Maio de 2012

Robert Wachter

**Responsabilização pessoal
no cuidado de saúde:
em busca do equilíbrio certo**

Publicado pela *The Health Foundation* em 2012 com o título

Personal accountability in healthcare: searching for the right balance

©2012 The Health Foundaton

A *The Health Foundation* permitiu a tradução e cedeu os direitos de publicação para uma edição em português para o Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, que é o único responsável pela edição em português.

A *The Health Foundation* não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização da mesma.

— Responsabilização pessoal no cuidado de saúde: em busca do equilíbrio certo

— © Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2013

— Coordenação Geral: Claudia Maria Travassos

Revisão técnica: Victor Grabois e Camila Lajolo

Revisão gramatical: Priscilla Mouta Marques

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro

Responsabilização pessoal no cuidado de saúde: em busca do equilíbrio certo

Robert Wachter

Neste artigo de reflexão, o professor Robert Wachter explora a questão da responsabilização pessoal no cuidado de saúde e explica por que a responsabilização diante do desempenho é um elemento fundamental de um sistema seguro.

A pesquisa mostra que as falhas de segurança do paciente costumam ser causadas por processos clínicos e por sistemas, não por indivíduos. Os programas de melhoria de qualidade da *The Health Foundation* ajudam as organizações prestadoras de cuidados de saúde a redesenhar processos pouco confiáveis e a desenvolver uma cultura que dê apoio à segurança do paciente por meio de liderança forte, responsabilização e entusiasmo.

Os artigos de reflexão da *The Health Foundation* refletem as perspectivas próprias dos autores. Gostaríamos de agradecer ao professor Wachter por este trabalho e esperamos que ele estimule as ideias, a reflexão e a discussão.

Sobre o autor

Professor Robert Wachter

Robert Wachter, médico, é Professor e Chefe da *Division of Hospital Medicine* da Universidade da Califórnia, São Francisco. Ele também é *US-UK Fulbright Scholar* do *Imperial College London* (2011). Líder internacional nas áreas de qualidade, segurança e políticas de saúde, publicou 250 artigos e seis livros, dentre eles a recente segunda edição de *Understanding Patient Safety*. Em 2012-13, atuará como presidente do *American Board of Internal Medicine*. Em 2012, foi classificado como número 14 na lista dos mais influentes médicos-executivos dos EUA pela revista *Modern Healthcare* e esteve presente nas listas dos *top 50* dos últimos cinco anos.

Resumo

Enquanto a área da segurança do paciente enfatiza o "pensamento sistêmico" como seu tema central, há especialistas que apontam para a necessidade de equilibrar essa abordagem da "não culpabilidade" com a necessidade de responsabilização em certas circunstâncias, como nos casos em que não são observadas normas razoáveis de segurança.

Nossa crescente apreciação sobre a importância da responsabilização levanta várias novas questões; dentre elas, os papéis relativos da responsabilização pessoal *versus* institucional e o grau de imposição da responsabilização pessoal por elementos externos (como os colegas, pacientes, sistemas de saúde ou agências regulatórias) ou pelos próprios profissionais ("profissionalismo").

A identificação da forma adequada de responsabilização provavelmente será muito influenciada pela estrutura e pela cultura do sistema de saúde; dessa forma, as soluções encontradas no Reino Unido certamente serão diferentes das encontradas nos EUA.

No fim das contas, uma abordagem robusta para a segurança do paciente não só equilibrará a abordagem da "não culpabilidade" com a responsabilização, como também avaliará os alvos corretos da responsabilização de uma forma que maximize a justiça e a efetividade.

Introdução

Dentre os diversos problemas complexos que afetam a segurança do paciente, nenhum é mais difícil que o equilíbrio entre a abordagem sistêmica da "não culpabilidade" diante dos erros no cuidado de saúde e a necessidade de responsabilização — aos níveis individual, administrativo e organizacional. Baseada no trabalho pioneiro do professor James Reason,^{1,2} a área da segurança do paciente abraçou a primeira dessas abordagens em seus anos iniciais — tanto por estar amplamente correta (a maior parte dos erros é, de fato, cometida por boas pessoas que estão tentando fazer o melhor possível) como por ser politicamente vantajosa. Particularmente nos EUA, onde a mera menção de um "erro no cuidado de saúde" diante de um médico evoca imediatamente pensamentos quase pavlovianos de ser processado por má prática, a abordagem da "não culpabilidade" representava a única esperança de fazer com que os médicos participassem das iniciativas de segurança.

O “pensamento sistêmico” levou a muitas melhorias na segurança (por exemplo, as prescrições computadorizadas, o uso de códigos de barras, a padronização e simplificação dos processos e melhorias no *design* de equipamentos), mas a questão não se encerra por aí. Especificamente, a abordagem da “não culpabilidade” parece apropriada diante de alguns erros, mas não de outros; dentre estes estão os erros cometidos por profissionais incompetentes, embriagados ou habitualmente descuidados, ou por aqueles que não estão dispostos a seguir regras e normas razoáveis de segurança.

Esse reconhecimento tem levado, nos últimos poucos anos, à tentativa de equilibrar a abordagem da “não culpabilidade” com a responsabilização. Esse reequilíbrio ganhou impulso nos EUA e no Reino Unido, cujos sistemas de saúde instituíram políticas para promover a responsabilização institucional, quando não a individual, diante do desempenho. Nos EUA, essas políticas incluem exigências mais estritas para a acreditação de hospitais pela *Joint Commission*, além da notificação pública de riscos de segurança, as iniciativas *No Pay for Errors* e o *Value-Based Purchasing (Não Pagamento por Erros e Compra Baseada em Valor)* no Medicare^{3, 4}. No Reino Unido, a responsabilização tem sido promovida por meio de pagamentos baseados em incentivos para médicos generalistas e por notórias investigações por parte da *Care Quality Commission* sobre relatos de lapsos de segurança em hospitais específicos^{5, 6}.

Este artigo enfatiza a tensão existente entre a abordagem da “não culpabilidade” e a responsabilização. Ele promove uma reflexão sobre o valor e as limitações do paradigma da “Cultura Justa” e explora o papel da responsabilização pessoal em contraposição à responsabilização organizacional.

Um caso representativo

Scott Torrence, um corretor de seguros de 36 anos de idade, recebeu um golpe na cabeça enquanto tentava pegar um rebote durante um jogo de basquete no fim de semana. Nas horas seguintes, sua dor de cabeça leve se tornou intensa, e Torrence ficou letárgico e com sensações de vertigem. Sua namorada chamou uma ambulância para levá-lo ao serviço de emergência de um hospital rural local, que não tinha aparelhos de tomografia computadorizada (TC) nem de ressonância magnética (RM).

A médica do serviço de emergência, Dra. Jane Benamy, temendo uma hemorragia cerebral, entrou em contato com um neurologista, Dr. Roy Jones, no hospital regional de referência (que ficava a algumas centenas de quilômetros dali), solicitando a transferência de Torrence. Jones recusou a transferência, garantindo à

Dra. Benamy que o caso parecia ser uma "vertigem posicional benigna". Benamy ficou preocupada, mas não pôde fazer nada. Enviou Torrence para casa com medicamentos para vertigem e dor de cabeça.

Na manhã seguinte, a Dra. Benamy reavaliou Torrence, que estava acentuadamente pior, com mais dor de cabeça, mais vertigem e, agora, vômitos e fotofobia (a luz intensa lhe causava dor nos olhos). Ela telefonou mais uma vez para o neurologista, Dr. Jones, que mais uma vez recusou a transferência. Completamente frustrada, a médica internou Torrence para que tomasse analgésicos intravenosos e fosse observado de perto.

No dia seguinte, o paciente estava ainda pior. Literalmente implorando, a Dra. Benamy encontrou outro médico (um clínico geral chamado Soloway) no *Regional Medical Center*, que aceitou a transferência, e Torrence foi levado para lá por uma ambulância aérea. A TC feita no hospital regional não revelou nada em particular (em retrospecto, descobriu-se que uma anomalia sutil, porém crucial, havia passado despercebida), e o Dr. Soloway tratou os sintomas de Torrence com mais analgésicos e sedação. Entretanto, durante a noite, a condição do paciente deteriorou-se ainda mais — segundo as anotações de enfermagem, ele estava “acordado, gemendo, gritando” e precisou ser contido fisicamente. O Dr. Soloway telefonou para a casa do neurologista, Dr. Jones, que lhe disse estar “familiarizado com o caso, e que o exame neurológico sem sinais focais e a TC normal tornavam improváveis quaisquer problemas clínicos urgentes”. Disse ainda que iria “avaliar o paciente na manhã seguinte”.

Porém, na manhã seguinte, Torrence estava morto. Uma autópsia revelou que o trauma cerebral havia rompido uma pequena artéria do cerebelo (uma área do cérebro de difícil visualização por TC) provocando um acidente vascular cerebelar. Em última análise, o edema cerebral causado pelo acidente vascular cerebelar provocou uma herniação do tronco cerebral — a extrusão do cérebro através de um dos orifícios na base do crânio, feito pasta de dentes saindo por um tubo.

Esse efeito dominó poderia ter sido interrompido em qualquer etapa, mas para isso teria sido necessário que o neurologista examinasse o paciente, reconhecesse os sinais de dissecação de uma artéria cerebelar, observasse melhor a TC e solicitasse uma RM.⁷

Embora possamos imaginar melhorias sistêmicas que teriam ajudado a prevenir esse resultado trágico, a recusa do Dr. Jones em ir ao hospital para examinar um paciente em rápida deterioração parece ser uma falha pessoal. É claro, os médicos são seres humanos (essa foi uma das razões pelas quais o relatório seminal do *Institute of Medicine* sobre segurança do paciente foi intitulado *Errar é humano*⁸), e assim, um sistema de saúde que dependa da perfeição humana está fadado, portanto, a nos

desapontar. Porém, casos como esse ilustram que é preciso estabelecer limites, linhas de distinção entre as fragilidades humanas esperadas e os níveis de desempenho que não atinjam os padrões profissionais. Nessas últimas circunstâncias, é necessária uma abordagem baseada na responsabilização. Certa vez, o Dr. Lucian Leape, amplamente reconhecido como o pai do movimento de segurança do paciente nos EUA, disse-me:

Não existe responsabilização. Quando identificamos médicos que causam danos aos pacientes, devemos tentar ser compassivos e ajudá-los. Porém, no fim das contas, se eles representam um perigo para os pacientes, não deveriam estar cuidando deles. Um princípio fundamental tem de ser o desenvolvimento, e então a imposição, de procedimentos e normas... quando um médico não os segue, algo tem que acontecer. Hoje em dia, nada acontece, e assim temos um círculo vicioso no qual as pessoas não têm um incentivo real para seguirem as regras, pois sabem que não haverá consequências caso não o façam. Dessa forma, temos médicos e enfermeiros ruins, mas o fato de os tolerarmos é apenas mais um problema sistêmico.⁹

Nos EUA, o sistema hipertrofiado de judicialização da saúde surgiu, em parte, como consequência das circunstâncias políticas (os advogados representam uma força política poderosa). Mas esse sistema também representa a falta de confiança pública na capacidade da profissão médica de aplicar seus próprios sistemas de responsabilização. Essa é uma acusação grave. Um dos atributos fundamentais das profissões é que, em troca de poderes e privilégios únicos, a profissão irá regulamentar a si mesma.

Por várias razões, a medicina não faz um bom trabalho nesse sentido. Ao contrário dos advogados, que são treinados para desafiar os outros, a socialização dos médicos ensina-os a ser cordiais e a evitar o confronto. Além disso, como a medicina é muito especializada, os médicos escolhidos para rever o desempenho de seus colegas provavelmente virão da mesma pequena comunidade de especialistas, o que gera a possibilidade de que sejam colegas ou concorrentes. Existem evidências fortes de que os médicos se sentem desconfortáveis diante da revisão por pares: um estudo feito em 2010 revelou que mais de dois terços dos médicos acreditam ser sua responsabilidade notificar um colega incapaz ou incompetente às autoridades responsáveis. Entretanto, nos casos em que os médicos conseguiram citar ao menos um desses colegas, um terço deles confessou não ter comunicado o problema.¹⁰

O modelo da Cultura Justa

É difícil traçar uma linha que separe as falhas esperadas, cometidas por simples mortais, das transgressões que exigem uma abordagem baseada na responsabilização. É interessante notar que, embora o trabalho de James Reason sobre erros humanos seja muito citado como a força motriz da abordagem da “não culpabilidade” diante dos erros no cuidado de saúde, Reason estava plenamente ciente da necessidade de responsabilização. Em seu livro clássico, *Managing the risks of organizational accidents*, Reason descreve a necessidade de lidar com os profissionais que habitualmente decidem ignorar importantes regras de segurança:

Vê-los escapar impunes diariamente não favorece a moral nem a credibilidade de um sistema disciplinar. Vê-los receber as sanções merecidas não só causa satisfação — também serve para reforçar os limites do comportamento aceitável... A justiça funciona em dois sentidos. Sanções graves para poucos podem proteger a inocência de muitos.

Reason introduziu então o conceito de Cultura Justa:

Uma cultura da “não culpabilidade” não é nem viável nem desejável. Uma pequena proporção dos atos humanos inseguros é chocante... e merece sanções, severas em alguns casos. Uma anistia generalizada sobre todos os atos inseguros não teria credibilidade aos olhos da força de trabalho. O mais importante é o fato de que ela pareceria se opor à justiça natural. O que precisamos é de uma cultura justa, uma atmosfera de confiança na qual as pessoas sejam estimuladas, e até mesmo recompensadas, por apresentar informações essenciais de segurança — mas na qual também esteja claro onde é preciso traçar o limite entre o comportamento aceitável e o inaceitável.²

David Marx, advogado e engenheiro dos EUA, popularizou o conceito de Cultura Justa desenvolvendo um modelo que distingue entre o “erro humano” (um ato

inadvertido, como um “deslize” ou um “engano”), o “comportamento de risco” (o uso de atalhos que, aos olhos do prestador do cuidado de saúde, não representam riscos — o equivalente a não respeitar uma placa de “Pare” num cruzamento pouco movimentado) e o “comportamento imprudente”¹¹. Somente esta última categoria, definida como “atuar com desprezo consciente diante de riscos substanciais e injustificáveis”, merece ser culpabilizada. Já foram produzidas outras versões do algoritmo de Cultura Justa. Dentre elas, uma “árvore de decisões para incidentes” criada pela *National Patient Safety Agency* (NPSA) do Reino Unido.¹² Outro modelo, desenvolvido por Allan Frankel e Michael Leonard,¹³ especialistas em segurança do paciente nos EUA, orienta os usuários a refletir sobre várias questões antes de decidir se uma punição se justifica:

- O indivíduo sabidamente tinha suas faculdades mentais prejudicadas? (Em caso positivo, a punição pode estar justificada);
- O indivíduo decidiu conscientemente realizar um ato inseguro? (Em caso positivo, a punição pode estar justificada);
- O prestador do cuidado de saúde cometeu um erro que indivíduos com o mesmo grau de experiência e treinamento provavelmente cometeriam em circunstâncias semelhantes (“teste da substituição”)? (Em caso negativo, a punição pode estar justificada);
- O indivíduo tem uma história de atos inseguros? (Em caso positivo, a punição pode estar justificada).

Embora todos esses modelos sejam úteis para os líderes que tentam identificar atos merecedores de uma abordagem de responsabilização, muitos hospitais (inclusive os hospitais dos EUA que contratam consultores caros para oferecer treinamento em Cultura Justa) continuam a evitar as abordagens disciplinares, sobretudo quando os culpados são médicos. Nesse ponto, uma importante diferença entre os sistemas de saúde dos EUA e do Reino Unido influencia essa atitude.

A maior parte dos médicos nos EUA consiste em profissionais autônomos, que não trabalham para hospitais ou grandes sistemas de saúde (embora exista uma tendência em direção a um maior nível de emprego, devido à queda nos honorários médicos e a uma maior pressão para que seja prestado um cuidado integrado e coordenado). Isso fez com que, historicamente, a função dos líderes hospitalares tenha



sido atrair médicos para a sua instituição, pois os médicos trazem consigo seus pacientes (e as receitas a eles associadas). Como os médicos podem ameaçar mudar de hospital se estiverem insatisfeitos, poucos hospitais mostraram-se muito entusiasmados em relação à ideia de adotar e aplicar normas de comportamento e prática. O resultado foi uma tradição de não responsabilização dos médicos, mesmo em hospitais que adotaram medidas disciplinares contra enfermeiros (empregados pela própria instituição) por "comportamento imprudente" — um exemplo claro de dois pesos e duas medidas.

À luz desse fato, Pronovost e eu defendemos a necessidade de aplicar normas uniformes de responsabilização para todos os prestadores do cuidado de saúde, inclusive os médicos. Em um artigo de 2009, intitulado *Balancing 'no blame' with accountability in patient safety (Equilibrando a "não culpabilidade" com a responsabilização em segurança do paciente)*, utilizamos o exemplo da higienização das mãos para demonstrar nosso argumento.¹⁴ Recomendamos que fosse considerado o uso de uma abordagem de responsabilização quando fossem cumpridas todas as seguintes condições:

- O problema de segurança do paciente em questão é importante.
- Há fortes evidências de que a adesão à prática reduz a probabilidade de dano.
- Os profissionais receberam instrução com relação à prática e às evidências.
- O sistema foi modificado para facilitar a adesão à prática, e as consequências imprevistas foram abordadas.
- Os médicos compreendem os comportamentos pelos quais serão responsabilizados.
- Foi desenvolvido um sistema justo e transparente de auditoria.

Quando essas condições forem cumpridas, é fundamental que as transgressões sejam encaradas pela abordagem da responsabilização, ao invés da abordagem da "não culpabilidade", e que sejam aplicadas as medidas disciplinares apropriadas (que podem ir de repreensões sérias a multas e suspensões). Em nosso artigo no *New England Journal*, explicamos por que isso é tão importante:

Parte da razão pela qual devemos fazê-lo é que, se não o fizermos, outras partes envolvidas na questão, como as agências regulatórias e o legislativo, provavelmente avaliarão a invocação reflexiva da abordagem da "não culpabilidade" como um exemplo de comportamento corporativista — da profissão médica posta na defensiva para não ter de confrontar a dura



realidade —, e não como uma estratégia bem concebida para atacar as causas-raiz da maioria dos erros. Uma vez que chegarem a essa conclusão, estarão predispostos a interferir ainda mais sobre a prática da medicina, utilizando as sanções duras, e frequentemente politizadas, dos sistemas jurídico, regulatório e de pagamentos.¹⁴

Responsabilização pessoal *versus* institucional

É interessante notar que, no momento presente, a maior parte das pressões por uma maior responsabilização (pelo menos nos EUA) recai sobre os hospitais e as organizações de saúde, e não individualmente sobre os médicos. Por exemplo, o programa *Value-Based Purchasing (Compra Baseada em Valor)*, do *Medicare*, que deverá ser lançado ao final de 2012, pune os hospitais, mas não os profissionais individuais, por mau desempenho em medidas de segurança, qualidade e satisfação do paciente⁴. Graças a isso, a maior parte das pressões atuais por uma maior responsabilização individual não vem de agências regulatórias, dos pagadores ou de órgãos de certificação externos, e sim dos próprios hospitais responsabilizados por seu desempenho, que repassam essa responsabilização para as unidades clínicas e até para os profissionais.

Independentemente dos meios políticos usados para promover a responsabilização, vale a pena refletirmos sobre mais uma tensão: não entre as abordagens da “não culpabilidade” e da responsabilização, e sim entre a responsabilização individual *versus* coletiva. Em um artigo de 2011, Bell e colaboradores enfatizaram a importância da responsabilização coletiva — a responsabilização ao nível do profissional, da equipe prestadora de cuidado de saúde e da instituição¹⁵. Essa é uma distinção importante, pois podemos facilmente empurrar o conceito de responsabilização individual para um ponto baixo demais na cadeia organizacional.

Dr. Charles Denham, especialista em segurança, relembra a história de Jeannette Ives-Erickson, líder de enfermagem no *Massachusetts General Hospital*, que tinha o hábito de chamar os enfermeiros em seu escritório após um erro grave. Ela fazia uma pergunta simples: “Você fez aquilo de propósito?”. Se a resposta fosse negativa, a senhora Ives-Erickson dizia: “Bem, então a culpa foi minha... Os erros surgem de falhas sistêmicas e eu sou responsável por criar sistemas seguros”. Denham ressalta que “é fácil cairmos automaticamente num ciclo de acusação e repreensão, citando as políticas violadas e ignorando as leis do desempenho humano e a nossa responsabilidade enquanto líderes”¹⁶.



Paul Levy, ex-diretor do *Beth Israel-Deaconess Hospital* em Boston, refletiu sobre essa tensão em seu livro mais recente, *Goal play! Leadership lessons from the soccer field*¹⁷ (*Gol! Lições de liderança do campo de futebol*). Apesar de observar que muitos especialistas em administração recomendam a avaliação do desempenho individual e a aplicação de protocolos estritos como a cura para o mau desempenho organizacional, Levy escreve:

Essa recomendação sugere que uma organização bem-sucedida depende da responsabilização pessoal para assegurar que as pessoas executem um trabalho de boa qualidade que favoreça os objetivos corporativos. Eu, por outro lado, afirmo que não só é impossível responsabilizar as pessoas numa organização, como também que a tentativa de fazê-lo é um uso inadequado da atenção de um líder.

Você pode perguntar “O quê? Como vamos assegurar que as pessoas tenham um bom desempenho sem responsabilizá-las?”.

Eu enxergo essa função de uma forma diferente. Para mim, o trabalho de um líder consiste em ajudar a criar um sistema no qual as pessoas disponham dos instrumentos corretos para realizar seu trabalho e se sintam tão confortáveis com sua função na organização que prestem contas consigo mesmas. Afinal... a maior parte das pessoas quer fazer um bom trabalho e quer cumprir os valores da empresa. Por que não confiar em seu desejo inerente de serem bem sucedidas, tanto pessoal como coletivamente? Em vez de nos concentrarmos em medir seu desempenho em comparação com indicadores estáticos, por que não criar um ambiente no qual elas utilizem sua inteligência, criatividade e entusiasmo natos para resolver problemas num ambiente que inevitavelmente está em constante mutação?... Em resumo, dê a elas a oportunidade de aprender maneiras de cumprir um alto padrão de qualidade, tanto individualmente como em equipe. Depois disso, passe o tempo elogiando-as e assegurando que seus méritos sejam reconhecidos.

Conclusão

A área de segurança do paciente está numa encruzilhada, tentando lidar com diversas questões fundamentais, porém complexas. No início, abraçamos a noção da abordagem da “não culpabilidade” e do pensamento sistêmico como a panaceia para a segurança — era uma ideia nova (ao menos no cuidado de saúde), tinha gerado

resultados marcadamente positivos em outras indústrias, como a aviação comercial e a energia nuclear, e fazia sentido em termos políticos, pois estimulava os profissionais (sobretudo os médicos) a participar do projeto de segurança.

Uma década mais tarde, nosso pensamento tem mais nuances. Reconhecemos agora que a abordagem da “não culpabilidade” é uma resposta adequada para muitos erros, mas não para todos. Com esse reconhecimento, surgem esforços cada vez mais poderosos — inclusive mudanças nas políticas — para promover a responsabilização, o que expõe uma nova tensão: saber se é melhor direcionar a responsabilização para os profissionais individualmente ou para os líderes organizacionais que estabelecem os sistemas e impõem as políticas.

Como ocorre com a maior parte das questões complexas na vida, ninguém tem uma única resposta simples. Ao calibrarmos a abordagem da “não culpabilidade” em contraposição à responsabilização, e ao determinarmos o foco da responsabilização, temos de buscar a abordagem que melhor responda a uma série de perguntas cruciais:

- Os pacientes e seus representantes sentem que os profissionais — tanto os profissionais da linha de frente como os líderes — atacaram os erros no cuidado de saúde com a seriedade que merecem?
- Os participantes dos sistemas — tantos os profissionais da linha de frente como os líderes — sentem que estão sendo tratados de forma justa?
- E o mais importante: estamos tornando o cuidado mais seguro?

Arthur Schopenhauer, o filósofo alemão do século XIX, disse uma vez que “A opinião é como um pêndulo e obedece à mesma lei”. Se passar do centro de gravidade para um lado, deverá seguir por uma distância semelhante para o outro; e só depois de algum tempo encontrará o ponto verdadeiro no qual poderá permanecer em repouso¹⁸. Nos primeiros anos do movimento de segurança do paciente, o pêndulo avançou demais em direção aos sistemas. Agora está voltando em direção à responsabilização individual e coletiva. No fim das contas, o êxito dos nossos esforços para prevenir danos dependerá de que o pêndulo atinja um ponto de repouso ideal.

Pontos práticos fundamentais para os profissionais da saúde

- O princípio fundamental na área da segurança do paciente afirma que a maioria dos erros envolve sistemas disfuncionais, em vez de maus indivíduos.
- Embora esse princípio esteja amplamente correto, percebemos agora que a responsabilização pelo desempenho é um atributo fundamental de um sistema seguro.
- Foram desenvolvidos vários instrumentos e algoritmos para tentar diferenciar os momentos em que um erro ou um ato inseguro deve ser tratado por uma abordagem sistêmica, da “não culpabilidade”, das situações nas quais é necessária uma resposta mais centrada na responsabilização. Dentre eles, o mais popular é chamado Cultura Justa.
- Enquanto nos movemos em direção à responsabilização, continua o debate se o foco deve estar nos profissionais ou nos líderes do sistema de saúde. A resposta para essa pergunta inevitavelmente será afetada pelo ambiente político, que terá muito a dizer sobre o nível de pressão por uma maior responsabilização e sobre para onde esta será direcionada.
- Como ocorre na maioria das questões difíceis na vida, as respostas corretas envolverão um equilíbrio entre demandas e paradigmas concorrentes. No fim das contas, as decisões devem se basear no que funciona melhor para promover a segurança e no que parece ser justo para todas as partes envolvidas, incluindo os pacientes, os formuladores de políticas, os líderes dos serviços de saúde e os profissionais individuais.

Para compartilhar suas opiniões sobre este artigo, por favor, acesse www.health.org.uk/WachterTP. Você também pode seguir a The Health Foundation no Twitter em www.twitter.com/HealthFdn

Referências

1. Reason JT. *Human error*. Nova York: Cambridge University Press; 1990.
2. Reason JT. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, Hampshire: Ashgate; 1997.
3. Wachter RM, Foster NE, Dudley RA. Medicare's decision to withhold payment for hospital errors: the devil is in the details. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34:116-23.
4. Ferman JH. Value-based purchasing program here to stay: payments will be based on performance. *Health Exec* 2011;26(3):76,78.
5. Marshall M, Smith P. Rewarding results: using financial incentives to improve quality. *Qual Saf Health Care* 2003;12:397-8.
6. Lavery AA, Smith PC, Pape UJ, Mears A, Wachter RM, Millett C. High-profile investigations into hospital safety problems in England did not prompt patients to switch providers. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31:593-601.
7. Caso reimpresso com a permissão de Wachter RM. *Understanding patient safety*, 2a ed. Nova York: McGraw-Hill; 2012. (Todos os nomes foram alterados)
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
9. Wachter RM, Shojania KG. *Internal bleeding: the truth behind America's terrifying epidemic of medical mistakes*. Nova York: Rugged Land; 2004.
10. DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, Birnbaum RJ, Iezzoni L, Vogeli C, Campbell EG. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *JAMA* 2010;304:187-93.
11. Marx D. Patient safety and the 'just culture': a primer for health care executives, 17 de abril de 2001. Disponível em: www.mers-tm.org/support/Marx_Primer.pdf
12. Meadows S, Baker K, Butler J. The incident decision tree. *Clin Risk* 2005;11:66-8.
13. Leonard MW, Frankel A. The path to safe and reliable healthcare. *Patient Educ Couns* 2010;80:288-92.
14. Wachter RM, Pronovost PJ. Balancing 'no blame' with accountability in patient safety. *N Engl J Med* 2009;361:1401-06.

15. Bell SK, Delbanco T, Anderson-Shaw L, McDonald TB, Gallagher TH. Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. *Chest* 2011;140(2):519-26.

16. Denham CR. May I have the envelope please? *J Patient Saf* 2008;4:119-23.

17. Levy PF. *Goal Play!: Leadership lessons from the soccer field*. CreateSpace; 2012.

18. Schopenhauer A, Hollingdale RJ (tradutor). *Essays and aphorisms*. Nova York: Penguin Books; 1970.



A *The Health Foundation* é uma entidade filantrópica independente, que trabalha continuamente para melhorar a qualidade do cuidado de saúde no Reino Unido.

Desejamos que o Reino Unido tenha um sistema de saúde com a melhor qualidade possível: seguro, efetivo, centrado na pessoa, oportuno, eficiente e equitativo.

Acreditamos que para atingir este objetivo, os serviços de saúde necessitam melhorar continuamente sua forma de trabalho. Estamos aqui para inspirar e criar o espaço para as pessoas fazerem melhorias duradouras nos serviços de saúde.

Trabalhando em cada nível do sistema, nosso objetivo é desenvolver as habilidades técnicas, a liderança, a capacidade e o conhecimento, e construir a vontade de mudança, para assegurar melhorias duradouras no cuidado de saúde.

The Health Foundation
90 Long Acre
London WC2E 9RA
Tel.: 020 7257 8000
Fax: 020 7257 8001
E-mail: info@health.org.uk

Número de registro de filantropia: 286967
Número de registro de empresa: 1714937

Para mais informações, acesse:
www.health.ork.uk

Siga-nos no Twitter:
www.twitter.com/HealthFdn
Assine nossa newsletter por e-mail.
www.health.org.uk/enewsletter

Traduzido por
Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2013
Ministério da Saúde
Avenida Brasil, 4365 | Pavilhão Haity Moussatché – Sala 201
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21040-360
Tel: +55 21 3865-3283
E-mail: proqualis@icict.fiocruz.br

Para mais informações, acesse:
<http://proqualis.net>