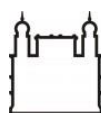


# Liderança em situação de crise: o poder da transparência

Blair L Sadler e Kevin Stewart



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



## Sobre os autores

Blair L. Sadler é *Senior Fellow* do *Institute for Health Improvement* (IHI) e Professor na *UCSD Rady School of Management*, onde leciona o curso de Gestão e Comunicação de Crises. Atuou de 1980 a 2006 como Presidente e Diretor Executivo do *Rady Children's Hospital*, em San Diego, EUA. É graduado pela *University of Pennsylvania Law School*.

Kevin Stewart foi, no período de 2009-2010, *Fellow* da *Health Foundation Quality Improvement* do *Institute for Healthcare Improvement*, em Boston, EUA. É agora Diretor Clínico da *Clinical Effectiveness & Evaluation Unit* do *Royal College of Physicians*, em Londres, onde lidera o trabalho da Faculdade sobre segurança do paciente e melhoria de qualidade.

## Agradecimentos

Jim Conway é *Senior Fellow* do *Institute for Healthcare Improvement*. Desenvolveu e conduziu o trabalho do IHI na área de melhoria do cuidado de saúde durante muitos anos e continua a promover a causa da transparência no cuidado de saúde. Ele nos inspirou a continuar este trabalho. Agradecemos também aos amigos e colegas pelo apoio e incentivo, incluindo Jana Deen e Frank Federico do IHI e Linda Kenny do MITSS.

O documento *Leading in a crisis: the power of transparency* é publicado por *The Health Foundation*, 90 Long Acre, London WC2E 9RA

© 2015 The Health Foundation

## Contexto

Cada líder de cuidados de saúde teme a chamada. Duas mães faleceram no prazo de 24 horas uma da outra na maternidade; um membro sênior da equipe na unidade pediátrica é flagrado com fotos indecentes de crianças; relatórios de mamografia emitidos com erros colocaram centenas de mulheres em risco de receber o diagnóstico errado. As organizações de saúde geralmente se preparam para responder a cortes de energia, inundações e epidemias, mas frequentemente não planejam a resposta para crises clínicas graves como essas.

No entanto, todas as organizações, até mesmo as melhores, poderão vivenciar essas crises. A forma como elas respondem a estes problemas é que fornecerá informações claras e convincentes sobre sua cultura. A falta de uma resposta tempestiva com empatia e transparência pode ter um impacto duradouro na organização e nos seus funcionários. Pode tornar uma situação ruim ainda pior. Por outro lado, as organizações que consideram uma crise como uma oportunidade para agir de forma transparente, aprender e se aprimorar podem melhorar sua reputação e contribuir para sua evolução rumo ao alto desempenho.<sup>1,2,3,4</sup>

Em nossas respectivas funções de diretor executivo de um hospital para crianças por 26 anos em San Diego, Califórnia, e de médico-chefe de um hospital geral de porte médio no sul da Inglaterra por cinco anos, vivenciamos diretamente as pressões de ser um líder em casos em que os pacientes sofreram dano – como brevemente descrito nos quadros das páginas a seguir.

Sentimos ansiedade e medo, suportamos noites insones tentando realizar uma leitura de nossos atos – nos perguntando se tínhamos feito a coisa certa –, compartilhamos a dor dos que sofreram dano, bem como o desespero e a preocupação que fazem parte de tudo isso quando as coisas dão errado. Estas são experiências intensamente pessoais, que mudam nossas vidas e permanecem em nós para sempre.

## Blair L Sadler

Lembro-me claramente, na qualidade de diretor executivo com 39 anos de idade, que havia chegado ao cargo apenas duas semanas antes, de ter que lidar com o choque causado pela morte de três recém-nascidos na nossa unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) por razões que não conseguíamos entender. Lembro-me de David Chadwick, o nosso experiente diretor médico, solicitar a vinda urgente de especialistas dos *Centers for Disease Control and Protection* (CDC) dos EUA e do Departamento de Saúde da Califórnia para nos ajudar a entender essa questão. Lembro-me de ter falado com cada família que tinha uma criança em nosso hospital, explicando o que sabíamos e o que não sabíamos e oferecendo a transferência de seu filho para outro hospital em San Diego se assim o preferissem (apenas uma disse que sim). Lembro-me de ir a público em uma conferência de imprensa no dia seguinte (e nos cinco dias subsequentes) explicar o que sabíamos e o que não sabíamos. Lembro-me da descoberta de que estávamos lidando com um adenovírus transmitido nos sistemas de tratamento de ar da nossa UTIN (foi a primeira vez que isso havia acontecido nos EUA). Lembro-me de sentir alívio por saber que não havia outros pacientes afetados e, posteriormente, para nossa surpresa, recebermos elogios da mídia pela nossa honestidade e transparência.

Lembro-me de, 20 anos mais tarde, lidar com um erro cirúrgico que causou dano, seguindo a mesma abordagem de pedido de desculpas e abertura de informação e convidando os pais para uma reunião do conselho de diretores, em que asseguramos a eles que as falhas dos sistemas ocorridas seriam corrigidas e que eles receberiam relatórios periódicos sobre as mudanças que fizemos. Prometemos a eles que seriam convidados para futuras reuniões do conselho anualmente até se convencerem de que tínhamos cumprido a nossa promessa.

Fizemos também um vídeo de 11 minutos sobre a nossa experiência, que foi mostrado a todos os 3.000 funcionários, 700 médicos e todos os nossos voluntários. Continuamos a exibi-lo a todos os novos funcionários e médicos. Lembro-me de pedir a todos para assinarem voluntariamente um compromisso de que eles nos informariam a respeito de algo que eles achassem que poderia ajudar a tornar nosso cuidado mais seguro

e melhor. Lembro-me de como nossa cultura se fortaleceu depois disso, do notável envolvimento dos funcionários e dos vários elogios recebidos da mídia.

Lembro-me quando, seis anos mais tarde, a polícia nos informou que tínhamos um funcionário que estava traficando grandes quantidades de pornografia infantil e que podia ter tirado fotos inapropriadas de alguns dos nossos pacientes sem seu conhecimento. Lembro-me da conferência de imprensa que tivemos com o chefe de polícia, explicando o que aconteceu, expressando a dor que sentíamos e vendo mais da metade dos meios de comunicação social reunidos em lágrimas ao compartilharem a nossa dor. Lembro-me do alívio quando o ex-funcionário foi condenado a muito tempo de reclusão e do reconhecimento que se seguiu da comunidade e dos meios de comunicação.

## Kevin Stewart

Fui médico-chefe de um hospital geral de médio porte no sul da Inglaterra por cinco anos. Durante o Natal de 2007, duas mães morreram em nossa unidade de maternidade por infecção por estreptococos do Grupo em um intervalo de 24 horas uma da outra. O último óbito materno na unidade havia ocorrido 11 anos antes. A organização estava em transição, com um novo Diretor-Geral, novo presidente do conselho e várias vagas de diretor executivo em aberto. Deparei-me começando com uma folha de papel em branco e uma equipe mínima, reduzida em decorrência de vagas e férias. Lembro-me nitidamente da devastação que assolou toda a organização, da difamação pelos meios de comunicação e do trauma da investigação e dos inquéritos subsequentes. A duração de todo esse processo foi de 18 meses. Mas a decisão de, desde o início, pedirmos desculpas, reconhecermos as falhas e sermos completamente transparentes com as famílias e com o público foi uma boa iniciativa. Apesar da terrível tragédia, a organização ressurgiu com uma melhor reputação e determinação para aprender com os eventos.

Desde a ocorrência destes eventos, tivemos a oportunidade de trabalhar com lideranças de diversas organizações de cuidados de saúde nos EUA, Reino Unido e outros lugares. Apesar de suas diferenças, é impressionante observar e perceber a semelhança

das questões centrais – medos, choque, tristeza, pressões extremas de tempo e necessidade de agir com o coração e a cabeça.

Neste trabalho, analisamos a gestão de crises clínicas graves nos Estados Unidos, as lições aprendidas com outros setores, a experiência da crise no *Mid-Staffordshire* do *National Health Service* (NHS) e os relatórios subsequentes de Robert Francis e Don Berwick. Debatedos as barreiras legais e midiáticas para a ação eficaz, analisamos as lições aprendidas a partir da literatura sobre o tema da “segunda vítima” e fornecemos as nossas recomendações para ação.<sup>1,5,6</sup> Essas recomendações são fortemente influenciadas por nossos papéis anteriores e as experiências descritas brevemente acima.

O poder da transparência surge como tema recorrente a partir de todo este trabalho. As lideranças que promovem e modelam comportamentos transparentes e inculcam uma cultura transparente em suas organizações podem usar as crises como oportunidades de aprendizagem e de aprimoramento. Aquelas que não o fizerem podem estar fadadas ao fracasso recorrente.

## Introdução

Existem três tipos de vítimas em qualquer crise clínica grave:

- As primeiras vítimas são os pacientes e suas famílias, incluindo aqueles diretamente prejudicados e aqueles em risco.
- As segundas vítimas são as equipes clínicas da linha de frente do cuidado e aqueles que as apoiam, em que há efeitos psicológicos bem reconhecidos de envolvimento em um evento adverso relacionado à segurança do paciente. Esses efeitos podem estender-se a gestores, líderes e todos aqueles que possuem uma relação direta com a organização.
- A terceira vítima é a própria organização, cuja reputação pode ser significativamente prejudicada aos olhos de seus pacientes, dos grupos de interesse e do público geral.

As organizações precisam deixar bem claras suas prioridades entre essas três vítimas e todo o seu comportamento precisa fluir a partir dessas prioridades. Existe um imperativo moral e ético para priorizar as necessidades dos pacientes e famílias acima de todas as outras, seguidas pelas necessidades das pessoas que trabalham na linha de frente do cuidado e outros que podem ser segundas vítimas. O bem-estar da organização pode ser mais bem assegurado ao se utilizar esta abordagem, o que ajudará a minimizar os danos a sua reputação, podendo até mesmo melhorá-la.

Apesar de vários exemplos individuais de comportamento corajoso e transparente, é muito frequente observar que as organizações não estão preparadas para agir de forma transparente e ágil em caso de crise. Muitas vezes, as respostas são negação de que existe um problema, discórdia sobre a atribuição da culpa, falta de clareza sobre as prioridades entre as três vítimas e como proceder. Isso pode levar à confusão, a mensagens contraditórias e ao desgaste da confiança.

## Lições dos Estados Unidos

Ao longo dos anos, líderes seniores do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) têm recebido telefonemas de executivos de hospitais de todos os Estados Unidos buscando ajuda urgente para crises clínicas graves. Embora sejam descritas situações clínicas muito diferentes, as semelhanças entre as chamadas são impressionantes. Os líderes estavam devastados pelo que havia acontecido, estavam desesperados para fazer a coisa certa, mas começavam geralmente com uma folha de papel em branco. Preocupavam-se com a quantidade de informações que deviam divulgar publicamente, em como se relacionar com a mídia, em como interagir com seus assessores jurídicos e em como lidar com a equipe. Muitas vezes eles já haviam agravado a situação com uma resposta inicial desastrosa.<sup>2</sup>

Aproveitando a experiência de ajuda a tais organizações e as lições da literatura de negócios,<sup>7,8,9,10</sup> o IHI desenvolveu um conjunto de materiais para ajudar outras organizações, resumido no relatório “*Respectful management of serious clinical adverse events*”.<sup>1</sup>

O relatório do IHI propõe uma abordagem de liderança para enfrentar crises com base na transparência e em um modelo que prioriza inicialmente as necessidades dos pacientes e suas famílias, seguidas por aquelas da equipe de profissionais e, por fim, da organização como um todo. Descreve uma cultura que as lideranças organizacionais podem moldar e promover para facilitar o máximo envolvimento.

Nos últimos anos, vários sistemas de saúde dos EUA têm mostrado coragem e compaixão durante uma crise. No entanto, muitas organizações ainda não se comprometeram de forma clara e explícita a responsabilizar-se num mundo de crescente transparência. Parece haver, muitas vezes, uma lacuna significativa – na verdade, um abismo – entre o que as organizações reconhecem que devem fazer e o que elas realmente fazem. O resultado final é que, embora possam sobreviver à crise inicial, elas não conseguem aprender com ela, são incapazes de desenvolver sistemas para detectar, prevenir ou mitigar a próxima crise. Assim sendo, quando esta ocorrer, elas podem estar começando novamente com uma folha de papel em branco.



A abordagem do IHI é alicerçada numa cultura organizacional aberta e de aprendizagem baseada na transparência em todos os níveis. Promove um ambiente que apoia a abertura de informações aos pacientes após a ocorrência de eventos adversos, bem como a transparência em nível organizacional para lidar com os pacientes, o público em geral e outros grupos de interesse em tempos de crise. Essa abordagem também foi proposta por Berwick<sup>6</sup> e está implícita na descrição de Bohmer<sup>3</sup> sobre os componentes de organizações de saúde de alto desempenho. No entanto, este tipo de cultura nos cuidados de saúde é frequentemente a exceção e não a regra.

## O que podemos aprender com outros setores?

Há temas comuns que emergem da literatura de negócios e têm uma repercussão notável para nós nos cuidados de saúde.<sup>7,8,9,10,11</sup> Muitas vezes a resposta de uma organização a uma crise tem tanto potencial para causar danos quanto a própria crise. Nos primeiros dias e semanas, as organizações muitas vezes não conseguem reconhecer um problema. Se e quando o fazem, não conseguem entender a sua gravidade e seus potenciais efeitos adversos para a empresa e para seus clientes. A liderança decisiva, respeitosa e transparente diante de uma crise grave pode começar a reparar os danos, restaurar a confiança pública e, finalmente, melhorar a reputação da organização. Uma resposta demorada, defensiva e inadequada terá o efeito oposto e definirá a imagem da organização para o público. Os acontecimentos que levam à crise podem estar além do controle da liderança, mas não a forma como esta reage a eles.

As crises graves raramente são únicas e, em retrospecto, poucas vezes surgem completamente do nada. Quando a plataforma de petróleo *Deepwater Horizon* derramou 4,9 milhões de barris de petróleo no Golfo do México, em 2010, presumiu-se que foi um evento isolado. A investigação posterior revelou que a maioria dos trabalhadores do petróleo não queria trabalhar na plataforma, porque eles sabiam da ocorrência regular de incidentes de segurança que não eram resolvidos. Eles a chamavam de “poço do inferno”.<sup>11</sup>

Quando as empresas reconhecem as crises, podem tratá-las como um evento catastrófico isolado a ser resolvido e esquecido antes de seguir em frente. Essa atitude não permite reconhecer o que são de fato as crises e torna a organização mais suscetível a falhas catastróficas. As crises são muitas vezes uma manifestação extrema, precipitada pela força das circunstâncias ou adversidades à época, de problemas subjacentes em uma organização que criam as condições latentes em que uma crise pode surgir. Como no caso do “poço do inferno”, os sistemas de monitoramento de segurança podem ser insuficientes para detectar “sinais fracos” de problemas ou são repetidamente ignorados ou racionalizados como sendo insignificantes.<sup>9,11,12</sup> Vistas a esta luz, as crises também oferecem oportunidades reais para as organizações refletirem, aprenderem, se desenvolverem e crescerem.<sup>6</sup>

Como seres humanos, nós trabalhamos contra vieses cognitivos e culturais bem reconhecidos, que nos impedem de identificar os sinais de alerta, reconhecer as crises quando elas surgem e aceitar e aprender com as falhas.<sup>8</sup> A ciência dos fatores humanos ensina-nos que os profissionais de saúde frequentemente racionalizam a queda da pressão arterial ou da saturação de oxigênio do seu paciente como sendo atribuível ao equipamento defeituoso em vez de um sinal óbvio de um problema clínico.<sup>13</sup> Na prática clínica, desenvolvemos funções obrigatórias e outros processos para mitigar tais vieses (por exemplo, listas de verificação, alarmes e funções de substituição). Os mesmos vieses afetam as lideranças organizacionais confrontadas com o que, em retrospecto, parecem ter sido sinais óbvios de problemas.<sup>8</sup> A *Harvard Business Review* dedicou uma edição inteira (abril de 2011) à exploração e compreensão dos fatores culturais e de outros fatores que impedem as organizações de aprenderem com as falhas.<sup>14</sup> Os líderes que superaram uma grave crise podem ser naturalmente menos dispostos a explorar e reexaminarem o episódio doloroso. A maioria das pressões internas da organização será no sentido de resolver o problema e seguir em frente. Além do mais, uma cultura de liderança que celebra e promove o sucesso pode ser menos propensa a incentivar os líderes a examinarem os erros de sua organização. Nenhum diretor executivo quer ser lembrado por suas falhas.

As falhas dos fabricantes de automóveis em responder a defeitos de segurança que mataram e provocaram danos em muitas pessoas são exemplos marcantes da falta de

transparência.<sup>15</sup> Na medida em que as audiências do governo dos EUA estavam acontecendo, os depoimentos revelaram muitos exemplos de acobertamentos, falta de responsabilização e recusa em tratar as vítimas que sofreram danos com empatia, transparência e apoio. Ao observar os danos causados por qualquer organização, Ben Heineman diz muito bem: “O problema se torna nosso no momento em que tomamos conhecimento dele”.<sup>16</sup>

## Lições do Reino Unido

A maioria dos leitores do Reino Unido deve se lembrar dos detalhes das várias falhas repetidas ocorridas entre 2005 e 2009, quando centenas de pacientes morreram ou sofreram danos em decorrência do cuidado de baixa qualidade recebido no *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust*. O inquérito público subsequente e as recomendações do relatório Francis dominaram a agenda do NHS sobre qualidade e segurança por muitos anos.<sup>17</sup> O caso do *Mid Staffordshire* não foi um exemplo isolado, embora tenha sido extremo.<sup>18,19</sup>

Boa parte das análises posteriores revelou temas familiares.<sup>5,6</sup>

- Em primeiro lugar, uma cultura de liderança repressiva e opaca contribuiu para as falhas. Ela exacerbou a situação quando os problemas de fato surgiram e agravou o dano com a constante postura de negação e defesa durante a investigação. A falta de transparência estendeu-se para além da incapacidade de ouvir as preocupações sobre incidentes individuais e da falha em responder a reguladores, políticos, grupos de pacientes e meios de comunicação quando foram identificadas evidências de falha de todo o sistema. Isso aconteceu apesar do fato de o NHS promover políticas de apoio à transparência por muitos anos<sup>20</sup> e da existência de uma abordagem muito mais favorável ao litígio médico no Reino Unido do que nos EUA.
- Os profissionais de saúde e outros que manifestaram preocupações em relação à qualidade dos cuidados foram ignorados, marginalizados ou até mesmo vitimados.

- O foco predominante da liderança foi o desempenho financeiro e operacional, que prevaleceu sobre todas as outras questões, inclusive a qualidade do cuidado.
- Os sistemas de medição e monitoramento da qualidade e segurança eram inadequados para lidar com os repetidos alertas precoces e os “leves sinais” de riscos de segurança. Estes foram ignorados e descartados. Macrae instou o cuidado de saúde a aprender com outros setores importantes de segurança que desenvolvem sistemas de monitoramento para amplificar e investigar proativamente esses “leves sinais”.<sup>12</sup>
- A reação inicial do público e da mídia questionou a motivação da equipe de profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros. Alguns destes foram responsabilizados por terem uma atitude “indiferente” ou “pouco profissional” e a maioria supostamente teria aceitado o cuidado de baixa qualidade como norma. Embora um exíguo número de profissionais tenha sofrido sanções regulamentares ou legais por causa do comportamento pouco profissional, verificou-se que muitos tentaram manifestar as suas preocupações, mas foram ignorados ou demitidos. Embora tivesse havido uma percepção de que a equipe do hospital tinha ficado calada, verificou-se, em retrospecto, que a organização tinha ficado surda.<sup>21</sup>

Don Berwick, ex-presidente e cofundador do *Institute for Healthcare Improvement*, liderou uma equipe de especialistas em segurança do paciente para ajudar o NHS a desenvolver uma resposta sistêmica ao relatório Francis. Recomendou uma reorientação completa do sistema de saúde para que a qualidade do cuidado e, em particular, a segurança do paciente se tornassem prioridade clara acima de todas as outras. Para conseguir isso, enfatizou a necessidade de mudar a cultura de forma generalizada, de modo que esta abraçasse a transparência, com a participação de pacientes em todos os níveis, desde a linha de frente até o conselho.<sup>6</sup> Promoveu o conceito de uma organização que aprende baseada na “confiança na boa vontade e boas intenções da equipe”, apoiada em oportunidades de treinamento e experiência em habilidades para a melhoria da qualidade.<sup>22</sup>

Desde a publicação dos relatórios de Francis e Berwick, o NHS da Inglaterra introduziu uma obrigação legal de dever de sinceridade, obrigando as organizações a

revelarem detalhes de danos moderados e graves aos pacientes, juntamente com um pedido de desculpas.<sup>23</sup> Sanções penais podem ser aplicadas aos infratores dessa regra. O regime de inspeção do NHS foi redesenhado e agora inclui mais profissionais de saúde da linha de frente. Um novo organismo independente deve ser estabelecido, organizado de forma semelhante ao que existe para as companhias aéreas, para investigar as falhas graves no processo de cuidado e promover uma abordagem de aprendizagem.

Uma nova análise liderada por Sir Robert Francis encontrou, em todo o NHS, vários exemplos de profissionais que se pronunciaram sobre os cuidados de má qualidade (os chamados “denunciantes”) e que foram ignorados, marginalizados ou mesmo vitimados. Isso levou ao relatório *Freedom to speak up* (tradução livre: Liberdade de falar)<sup>24</sup>, que recomendou que defensores independentes fossem nomeados nas organizações do NHS para apoiar os profissionais e evitar a vitimização.

As organizações profissionais que representam os profissionais de saúde têm apoiado veementemente a necessidade de melhorar a transparência e promover uma cultura de aprendizagem, mas reconhecem que as iniciativas ‘de cima para baixo’ podem ter apenas um impacto limitado.<sup>25</sup>

## O que impede a transparência e a abertura de informação?

Cinco fatores específicos parecem impedir a transparência na área da saúde: risco de litígio real ou percebido, formação inadequada na abertura de informação, medo da cobertura negativa da mídia, falta de uma liderança eficaz e transparente e efeitos não solucionados da “segunda vítima”.

### Medo de litígios

Nos EUA, os desafios de lograr o alinhamento e o consenso com a assessoria jurídica e de seguro da organização continuam sendo uma barreira para oferecer desculpas imediatas e para a abertura de informação aos pacientes. O medo de litígios muitas vezes faz com que os profissionais de saúde digam menos, em vez de mais, quando algo dá errado. A abordagem tradicional e conservadora de seus assessores jurídicos muitas vezes

apoia isso. Inicialmente, as evidências sobre a possibilidade de a abertura de informação integral dos danos na sequência de eventos adversos afetar o risco de litígios têm sido mistas: alguns sistemas de saúde têm relatado redução dos custos de litígios, enquanto outros encontraram um efeito neutro. No entanto, há argumentos morais convincentes em favor da abertura de informação integral e a maioria dos profissionais de saúde e pacientes a apoiam.<sup>26,27,28,29</sup>

Houve, nos últimos anos, várias inovações promissoras, incluindo o programa de Abertura de Informação, Pedido de Desculpas e Oferta (DA&O) da Universidade de Michigan, que mostrou resultados impressionantes.<sup>30</sup> O programa de seguro COPIC no Colorado<sup>31</sup> e um programa recente de Comunicação e Resolução hospitalar em Nova Iorque [*Hospital-Based Communication and Resolution programme*] envolvendo cinco hospitais são também promissores.<sup>32</sup> Um estudo sobre os programas de comunicação e resolução em seis sistemas de saúde diferentes evidenciou efeitos positivos, mas a experiência destes reforça a importância de fortes defensores [champions] da mudança e a dedicação de muitos recursos e tempo para a iniciativa.<sup>33</sup> Ao se ponderar e mensurar as decisões-chave em uma crise, a assessoria jurídica deve ter um voto, mas não o único voto. O mantra legal tradicional “negar e defender” parece ser “démodé” e até mesmo perigoso.<sup>30,31</sup>

Embora as preocupações de profissionais de saúde e organizações em relação a litígios sejam frequentes nos EUA, existem claramente outros fatores que inibem a transparência e que são comuns a todos os sistemas de saúde. Em comparação, no NHS, os riscos de litígio são baixos e o serviço é indenizado por uma agência governamental. As políticas e os procedimentos que promovem a transparência e são apoiados por vários regulamentos já existem há uma década;<sup>20</sup> no entanto, a falta de transparência foi ainda uma característica proeminente na falha do *Mid Staffordshire*.

## Formação insuficiente

Embora no âmbito individual a maioria dos profissionais de saúde e gestores apoiem o conceito de um diálogo aberto com pacientes que tenham sofrido dano, muitos destes profissionais não foram treinados nas delicadas habilidades de comunicação necessárias

para ter essas conversas difíceis. Além disso, em muitas organizações, a cultura da liderança não apoia essa transparência. Sem treinamento, preparação e apoio adequados, não é de se surpreender que as organizações possam ficar paralisadas de medo durante uma crise e incapazes de uma ação ágil e eficaz.

### **Cobertura negativa da mídia**

A cobertura negativa da mídia também pode ser altamente prejudicial. Algumas organizações tentam evitar os meios de comunicação, em vez de aprender a lidar com eles de forma imediata, com honestidade e transparência. A realidade evidente é que, na era atual da internet, mídia social e cobertura contínua de notícias, juntamente com o aumento das expectativas públicas, as velhas regras não se aplicam mais. A assessoria jurídica e midiática protecionista tornou-se uma péssima opção. A comunicação com a mídia é uma habilidade aprendida, e as organizações devem fornecer o treinamento sobre esse tema aos principais líderes e aos que falarão publicamente em seu nome. O desenvolvimento de relações positivas e colaborativas com os meios de comunicação ao longo do tempo pode realmente construir confiança e respeito mútuos, que oferecem uma plataforma sólida para a comunicação em caso de crise. A expressão “sem comentários” deve ser evitada – ela é desrespeitosa e incentiva o cinismo e as críticas. As abordagens proativas às comunicações externas ao longo do tempo podem definir o cenário para a interação mutuamente respeitosa em muitos casos.<sup>34,35,36</sup>

### **Falta de uma liderança eficaz e transparente**

A liderança eficaz e corajosa é essencial quando uma grave crise ocorre. Porém, as organizações muitas vezes não têm sido explícitas sobre o que elas esperam de seus líderes. Será que elas têm líderes que são qualificados e experientes na comunicação eficaz, tanto interna quanto externa, em tempos de crise? Será que eles têm a capacidade de agir sabendo que, se o fizerem, receberão o apoio do conselho? Se não, é provável que o medo e a cautela indevida prevaleçam sobre a coragem e a transparência.

### **Efeitos não reconhecidos da “segunda vítima”**

Quando os pacientes sofrem eventos adversos, os profissionais de saúde que estavam cuidando deles são também susceptíveis a traumas psicológicos. Isso pode causar sintomas que vão desde transtornos do sono e ansiedade até depressão clínica e uma condição parecida com transtorno de estresse pós-traumático. Em 2000, Albert Wu cunhou o termo “segundas vítimas” para descrever este fenômeno<sup>37</sup> e, desde então, o termo tem-se ampliado com o trabalho de Susan Scott e seus colegas da Universidade de Missouri.<sup>38,39,40</sup> A sua definição de segundas vítimas é:

*Os prestadores de cuidados de saúde que estão envolvidos em um evento adverso imprevisto de um paciente, um erro no cuidado de saúde e/ou uma lesão relacionada com um paciente e tornam-se vítimas no sentido de que estão traumatizados pelo evento.*

Estes efeitos são comuns em profissionais de saúde de todas as disciplinas e sua gravidade é proporcional à gravidade dos danos causados aos pacientes. Os efeitos podem ser atenuados por um ambiente de trabalho acolhedor e colaborativo e exacerbado pela investigação do incidente ou procedimentos legais, especialmente no caso de uma abordagem punitiva. Logo em seguida a um incidente, esses efeitos nos profissionais de saúde tenderão a suprimir a transparência. Em longo prazo, se não forem resolvidos, poderão minar uma cultura de segurança, fomentando uma abordagem defensiva à prática clínica.<sup>36</sup>

## **Conclusões e recomendações – o poder da transparência**

As crises clínicas graves devem forçar as organizações de saúde a se olharem no espelho. Quando o fazem, o que elas veem? Se elas virem uma organização com uma cultura que incentiva a rápida abertura de informação, os pedidos de desculpas, a transparência e a resolução colaborativa, então elas tendem a aprender, crescer e se desenvolver. Se não o fizerem, e a cultura parece ser aquela de negar e defender, isso poderá afetar adversamente os esforços envidados para tornar a organização altamente confiável e idealmente segura.

Muitas vezes nos perguntam: “Com base em suas experiências e no que vocês aprenderam com os outros, quais conselhos vocês dariam a um líder de cuidados de saúde?”. Em



resposta, desenvolvemos dois conjuntos de recomendações: um para as organizações e outro para os líderes individuais em todos os níveis.

## Recomendações para organizações

- **Adotem uma cultura organizacional de transparência.** O conselho e a liderança defendem e apoiam os valores fundamentais da transparência, compaixão e respeito em todos os níveis da organização. Os líderes promovem e modelam uma cultura verdadeiramente aberta, em que o cuidado ao paciente é priorizado acima de tudo e o dano é visto como uma falha de sistemas, e não de pessoas. Os diálogos são incentivados em uma cultura aberta e justa, com o apoio de políticas e práticas efetivas.
- **Apoiar ativamente a comunicação compassiva com paciente, familiares e funcionários.** Certifique-se de que esta política seja bem conhecida em toda a organização e inclua pedido de desculpas e abertura de informação apropriados quando o dano ocorrer. Os assessores jurídicos compartilham o compromisso da organização para a abertura de informação e o apoio rápidos.
- **Projetar, disseminar e testar regularmente um plano de gestão de crises.** Existe um plano de gestão de crises escrito que é testado regularmente, modificado e revisado pela liderança executiva, os profissionais de saúde e o conselho. Inclui os princípios fundamentais da transparência interna e externa e apoio às “segundas vítimas”.
- **Desenvolver e implementar o treinamento adequado.** Existem programas de treinamento sobre comunicação com os pacientes, famílias e outros cuidadores quando o dano ocorrer. Os programas incluem *coaching* e treinamento para a abertura de informação e pedido de desculpas. Existe um treinamento adequado de comunicação com a mídia para o pessoal-chave.
- **Comprometer-se a aprender com crises clínicas graves.** A organização realiza uma avaliação completa de todas as crises clínicas para compreender e aprender com as falhas e reduzir o risco de eventos futuros. Os consultores externos são bem-vindos e

- fornecem sua perspectiva. A organização está continuamente aprendendo e se aprimorando e compartilha as lições aprendidas.
- **Recrutar, desenvolver e apoiar os líderes que agem com coragem e transparência.** A organização reconhece que, em tempos de crise, a liderança preparada e eficaz é essencial. Ela apoia os líderes para garantir que eles possam se comunicar e agir eficazmente em seu nome.

## Recomendações para os líderes

Durante sua função de líder, é provável que algo vá inesperadamente dar muito errado, resultando em danos a um paciente ou pacientes sob seus cuidados, o que ensejará a crise. Nos dias atuais de cobertura midiática contínua, haverá uma pressão intensa e imediata para fornecer respostas que você pode não ter e antes que você esteja totalmente preparado. Caso isto aconteça, fornecemos dez sugestões, com base na nossa experiência:

1. Jogue fora seu cronograma, aja com urgência intensa, assuma o problema e forme uma equipe de gestão de crises.
2. Nunca se preocupe sozinho. A liderança em uma crise é um exercício individual e de equipe. Não tenha medo de pedir ajuda.
3. Notifique todos os grupos de interesse rapidamente.
4. Peça desculpa a todos os que sofreram dano e ofereça sua ajuda de qualquer maneira possível.
5. Lidere com seus sentimentos autênticos – empatia, raiva, tristeza e decepção. Lidere com seu coração e sua cabeça.
6. Faça um treinamento de comunicação com a mídia. Esta é uma habilidade aprendida. Não há desculpa para não a desenvolver.
7. Prometa corrigir qualquer erro e faça-o.
8. Lidere com coragem e compaixão pelas vítimas.
9. Reconheça quando você está com medo, enfrente-o e abrace a incerteza.

10. Comprometa-se com uma cultura de transparência. Esta é a plataforma sobre a qual tudo se alicerça.

Acreditamos que, se amplamente adotados e incorporados na cultura das organizações de cuidados de saúde, esses dois conjuntos de recomendações podem ter impactos positivos significativos em pacientes, familiares, profissionais de saúde e nas próprias organizações. Acreditamos que sejam componentes de importância vital no objetivo maior de se tornarem empresas transparentes, em constante aprendizagem e de alta confiabilidade. Na sua essência, esta abordagem prioriza as pessoas diretamente prejudicadas (as primeiras vítimas), inclui o cuidado e a compaixão com os cuidadores e profissionais (as segundas vítimas), e entende que a reputação da própria organização (a terceira vítima) pode ser menos prejudicada, e até mesmo fortalecida, através da transparência.

O conselho de Don Berwick para o sistema de saúde britânico provavelmente poderia aplicar-se às lideranças dos cuidados de saúde em todos os sistemas no mundo.

*Coloque a qualidade do cuidado ao paciente, especialmente a segurança do paciente, acima de todos os outros objetivos. Envolver, capacite e ouça sempre pacientes e cuidadores. Promova de todo coração o crescimento e desenvolvimento de todos os profissionais de saúde, incluindo a sua habilidade e o apoio para melhorar os processos em que atuam. Abrace a transparência de forma inequívoca e em toda parte, a serviço da responsabilidade, confiança e do crescimento do conhecimento.<sup>6</sup>*

## Bibliografia

1. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell M. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events*. IHI Innovation Series white paper (second edition). Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2011. (Available on [www.IHI.org](http://www.IHI.org))
2. Conway JB, Sadler BL, Stewart K. Planning for a clinical crisis. *Healthcare Executive*. 2010;25(6):78–81.
3. Bohmer R. The four habits of high value healthcare organisations. *NEJM*. 2011;365(22):2045–7.
4. Senge PM. The leader's new work: Building learning organisations. *MIT Sloan Management Review*. 1990;32(1):7–23.
5. Francis R. *Report of the mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry*. London: The Stationery Office, 2013.
6. National Advisory Group on the Safety of Patients in England. *A promise to learn – a commitment to act*. London: Department of Health, 2013. (Berwick Report)
7. Augustine N. Managing the crisis you tried to prevent. *Harvard Business Review*. 1995;73(6):147–158.
8. *Harvard business review on crisis management*. Boston: Harvard Business Press, 2000.
9. George B. *Seven lessons for leading in a crisis*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
10. *Leading through a crisis*. Boston: Harvard Business Press, 2009.
11. Edmonson A. Strategies for learning from failure. *Harvard Business Review*. April 2011:49–56.
12. Macrae C. Early warnings, weak signals and learning from healthcare disasters. *BMJ Qual Saf*. 2014;0:1–6.
13. NHS Institute for Improvement and Innovation. *Implementing human factors in healthcare*. [www.institute.nhs.uk/safer\\_care/general/human\\_factors.html](http://www.institute.nhs.uk/safer_care/general/human_factors.html) (accessed 10 December 2015)

14. The Failure Issue. *Harvard business review*. April 2011. <https://hbr.org/archive-toc/BR1104>
15. Levin D. Here are some of the worst scandals in history. *Fortune*, September 26, 2015, 8 am EST, [Fortune.com/2015/09/26/auto-scandal/11:31 am PST](http://Fortune.com/2015/09/26/auto-scandal/11:31%20am%20PST), December 13, 2015.
16. Heineman B. The crisis management lessons from Toyota and GM. *HBR blogs* 2014. <https://hbr.org/2014/03/the-crisis-management-lesson-from-toyota-and-gm-its-our-problem-the-moment-we-hear-about-it/> (accessed 10 December 2015)
17. Martin GP, Dixon-Woods M. After Mid Staffordshire; from acknowledgement, through learning, to improvement. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:706–708.
18. Keogh B. *Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England*. London: Department of Health, 2013.
19. Dixon-Woods M, Baker R, Charles K, et al. Culture and behaviour in the English National Health Service. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:106–115.
20. National Patient Safety Agency (UK), National Reporting and Learning Service. *Being open: communicating patient safety incidents with patients, their families, and carers*. [www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077](http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=65077)
21. Jones A, Kelly D. Deafening silence? Time to reconsider whether organisations are silent or deaf when things go wrong. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:709–713.
22. Vincent C, Burnett S, Carthey J. *The measuring and monitoring of safety*. London: The Health Foundation, 2013.
23. Regulation 20; *Duty of Candour*. London: Care Quality Commission, 2015.
24. *Freedom to speak up; a review of NHS whistleblowing*. February 2015. [www.gov.uk](http://www.gov.uk)
25. *Learning from serious failings in care*. Academy of Medical Royal Colleges and faculties in Scotland, May 2015.
26. Kachalia A, Shojania K, Hofer TP, Piotrowski M, Saint S. Does full disclosure of medical error affect malpractice liability? The jury is still out. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2003;29(10):503-511(9).
27. Kachalia A, Kaufman S, Boothman R et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical disclosure program. *Ann Int Med*. 2010;153(4):213–221.

28. Wojcieszak D, Saxton JW, Finkelstein MM. *Sorry works! Disclosure, apology, and relationships prevent medical malpractice claims*. Bloomington, IN: Author House, 2010.
29. O'Toole J, Bennis W. What's needed next: A culture of candor. *Harvard Business Review*. 2009;87(6):54–61,113.
30. Boothman R, Imhoff SJ, Campbell, Jr A. Nurturing a culture of patient safety and achieving lower malpractice risk through disclosure: lessons learned and future directions. *Frontiers of Health Service Management*. 2012;28(3):13–28.
31. Quinn RE, Eichler, MC. The 3 Rs Program: The Colorado Experience. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2008;51(4):709–718.
32. Mello MM, Boothman RC, McDonald T, Driver J, Lembitz A, Bouwmeester D, et al. Communication-and-resolution programs: the challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Affairs*. 2014;33(1):20–29.
33. Mello MM, Senecal SK, Kuznetsor Y, Cohn JS. Implementing hospital-based communication-and-resolution programs: lessons learned in New York City. *Health Affairs*. 2014;33(1):30–38.
34. Jenny C. Preventing the exploitation and abuse of children (Letter). *Health Affairs*. 2012;31(4):883.
35. Sadler B. How a children's hospital discovered child pornographers in its midst. *Health Affairs*. 2011;30(9):1795–1798.
36. Sadler B. Preventing child abuse (the author replies). *Health Affairs*. 2012;31(4):883.
37. Wu A. Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *British Medical Journal*. 2000;320(7237):726–727.
38. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*. 2009;18(5):325–330.
39. Scott, SD, et al. Caring for our own: deployment of a second victim rapid response system. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(5):233–240.

40. Pratt S, et al. How to develop a second victim program: a toolkit for health care organisations. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2012;38(5):235–240.

*The Health Foundation* é uma instituição de caridade independente, comprometida em prover a melhor saúde e os melhores cuidados de saúde para as pessoas do Reino Unido.

Nosso objetivo é uma população mais saudável, sustentada pelo acesso equitativo de cuidados de saúde de alta qualidade. Aprendemos o que funciona para tornar a vida das pessoas mais saudável e melhorar o sistema de saúde. Desde conceder bolsas para aqueles que trabalham na linha de frente até realizar pesquisas e análises de políticas, revelamos a maneira de fazer a mudança bem-sucedida acontecer.

Conectamos o conhecimento adquirido pelo trabalho com aqueles que fornecem saúde e cuidados de saúde e nossas pesquisas e análises. Visamos criar um círculo virtuoso, usando o que sabemos que funciona no campo para informar a elaboração de políticas eficazes e vice-versa.

Acreditamos que a boa saúde e os bons cuidados de saúde são fundamentais para uma sociedade próspera. Pretendemos fazer a diferença e contribuir para uma população mais saudável, compartilhando o nosso aprendizado, colaborando com os outros e construindo habilidades e conhecimentos das pessoas.

The Health Foundation  
90 Long Acre, London WC2E 9RA  
T +44 (0)20 7257 8000  
E [info@health.org.uk](mailto:info@health.org.uk)  
Twitter @HealthFdn  
[health.org.uk](http://health.org.uk)

Número de registro de instituição de caridade: 286967 Número de registro de empresa: 1714937 © 2015 The Health Foundation

Este texto foi originalmente escrito em inglês. The Health Foundation 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.

Liderança em situação de crise: o poder da transparência

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2017

Coordenação Geral: Margareth Crisóstomo Portela

Revisão técnica: Carla Gouvea, Victor Grabois, Claudia Travassos

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro