

# **Patient Safety. A Human Factors Approach**

**(cap 7 - Responsabilidade e Aprendizagem Com as Falhas)**

**Sidney Dekker**

**Tradução – resumo para fins didáticos: Ildeberto M Almeida**

**Botucatu – SP.**

## **Viés retrospectivo (p 46) (“hindsight bias”)**

- **Retrospectivamente tudo pode parecer óbvio**
- **Deveríamos ter feito algo de modo diferente**
- **Claramente parecemos saber o que poderia acontecer**
- **E só dificilmente podemos acreditar que deixamos que acontecesse**
- **Pessoas que sabem o desfecho de história anterior complexa e emaranhada, de eventos indeterminados, se lembram da história como sendo muito mais determinística, levando inevitavelmente ao desfecho que agora eles conhecem**
- **Atribuir erro torna-se simples**

## O viés de resultado (“outcome bias”) (p. 51)

- Embora se confunda com o **viés retrospectivo** o viés de resultado se refere à influência do conhecimento do desfecho na avaliação da qualidade da decisão
- O **viés retrospectivo** também requer que o desfecho seja conhecido mas se refere à estimativa retrospectiva da previsibilidade daquele desfecho

# **Cap 7 Responsabilidade e Aprendizagem Com as Falhas. (187 e segs)**

Sidney Dekker Patient Safety. CRC  
Press. 2011

# **Cap 7 Responsabilidade e Aprendizagem Com as Falhas. (187 e segs)**

- **Uma cultura de aprendizagem é uma cultura que permite que o chefe escute notícias ruins. A gestão de riscos efetiva e a melhoria organizacional dependem de comunicação aberta sobre incidentes de segurança e da aceitação de que erros são subprodutos inevitáveis da busca do sucesso sob as condições organizacionais habituais de escassez de recursos e conflitos de metas.**
- **Seriam iguais todas as más notícias? Seriam alguns erros piores ou mais passíveis de culpa que outros?**

# O Gestor, os Trabalhadores e o Erro

- Do ponto de vista do gestor, o melhor caminho para o equilíbrio é envolver os participantes que potencialmente poderiam notificar um erro.
  - **Como avaliam o erro notificado?**
  - **Como eles lidariam com colega que o tenha cometido?**
- No final de tudo, culpar ou não alguém por um erro não tem a ver com a ultrapassagem de linha/fronteira claramente estabelecida antes do erro. A percepção de justiça da resposta dada a um problema notificado algumas vezes está menos na resposta do que em quem está envolvido na elaboração daquela resposta

# Respostas a Erros e cultura de Segurança

- **Cultura de justiça é usada para referir crenças, pressupostos e expectativas que governam respostas disciplinares a comportamentos inseguros em uma organização. (p. 188)**
- **Cultura de justiça significa oferecer um ambiente não punitivo em que os indivíduos possam notificar erros ou falhassem medo de reprimendas, censuras ou represálias. Entretanto, não significa oferecer um ambiente em que não exista responsabilidade**

# Responsabilidade Como Construto Social

- Responsabilidade é vista por muitos como resposta a qq ato potencialmente controverso ou passível de culpa
- Trata-se porém de construto social bem mais complexo, fundamental para relações humanas.
- Cultura de justiça é caminho de duas vias:
  - Se um erro honesto é punido, pessoas verão como resposta injusta
  - Se comportamento descuidado é deixado sem punição, pessoas também verão como injusto
- O importante é que as pessoas em serviços de saúde sintam-se seguras de que receberão tratamento justo quando envolvidas ou notificando eventos adversos
  - Como ter certeza disso?

# Erro, Comportamento de Risco e Comportamento Descuidado

- A crença primeira em serviços de saúde é que tudo que precisamos fazer é distinguir entre erro humano, comportamento de risco e comportamento descuidado
  - **Classificada a ação, tem-se boa idéia do como responder**
- A distinção é considerada importante porque reconhece como mais grave o papel jogado pelas pessoas mal intencionadas
  - **Erro humano: mais brando. Ação sobre a qual a pessoa não controla nem o erro nem seu desfecho**
  - **Comportamento descuidado: seria consciente e merecendo resposta severa**

# Como Julgar?

- Categorizar o comportamento de outras pessoas, particularmente com base em pressuposições sobre suas intenções, consciência e escolhas é apenas aparentemente simples (p.189).
- Fatores que dificultam esse julgamento:
  - **Criar diferentes categorias de comportamentos, cria problema de limites ou fronteiras**
    - Q<sup>do</sup> um erro passa comportamento de risco?
    - Onde exatamente uma ação cruza essa fronteira?

# **Categorizar Comportamentos ou Julgamentos?**

- **O maior problema da categorização de comportamentos está em nós mesmos. É a nossa crença que erros humanos, comportamentos de riscos e comportamentos descuidados são categorias empíricas estáveis do desempenho humano.**
- **Afirmar que o comportamento de outra pessoa é errado, arriscado ou descuidado é nosso julgamento do que aquela pessoa fez, não uma descrição da essência de seu comportamento**
- **Ao categorizar comportamentos, não fazemos nada mais que categorizar nossos julgamentos. (p. 189)**

# **Categorizar Comportamentos Se Refere a Poder, Produção e Proteção**

- **Resposta justa a eventos adversos não é apenas parear um comportamento indesejável com a categoria adequada e estabelecer um nível de punição.**
- **Tais categorias são nossos próprios julgamentos, nossa própria atribuição**
- **Sendo sempre um julgamento, serão sempre contestáveis por aqueles que julgam as coisas de modo diferente.**
  - **Quem tem o poder de dizer que o comportamento é uma coisa e não outra?**
  - **Categorizar: a) cria ilusão de controle; b) age como defesa psicológica e distanciamento**

# Culpa como Construção social

- **“A visibilidade (ou estupidez) de um ato não é , então, uma propriedade essencial dessa ação. Ela é socialmente construída por aqueles que olham aquele ato e tem que fazer alguma coisa com ele, responder a sua ocorrência, aprender com ele, proteger as pessoas envolvidas, negar que ela possa acontecer novamente.**
- **Isso não significa que não existam regularidades no como as pessoas constroem a culpabilidade dos atos.**
- **Pressuposições sobre a intenção dos comportamentos, sobre o controle de resultados e sobre as causas por parte das pessoas jogam papel dominante nesses julgamentos.**

# Questões em Apoio aos Julgamentos Confirmam a Natureza Negociada da Definição de Fronteiras

- **Ações e consequências se deram como pretendido?**
  - **O que exatamente se quer e como provar isso?**
  - **A quem cabe provar isso? Usando que tipo de expertise?**
- **A pessoa violou conscientemente procedimentos operacionais seguros?**
  - **No trabalho real pessoas precisam adaptar rotinas prescritas para lidar com imperfeições do conhecimento, estrangimentos de tempo, variabilidades ...**
  - **Chamar tais adaptações de violações é amoral (p 192)**
- **Havia deficiências no treinamento ou seleção?**

# Construindo Justiça Organizacional

- **A percepção de justiça depende:**
  - **Do ponto de vista de quem percebe**
  - **Do desfecho ou resultado obtido (visto como justo ou não)**
- **O caminho para se chegar ao resultado também importa:**
  - **Quais os procedimentos usados para determiná-lo?**
  - **Quem é envolvido em sua determinação?**
  - **A pessoa julgada é envolvida? Como? (p 193)**

## Aspectos percebidos como mais justos

- **Pessoas envolvidas no determinar a resposta são familiarizadas com o trabalho real que discutirão.**
  - **Devem ser parte ou representativas do grupo**
- **Processo de produção da resposta deve ser democrático. Atribuir a colegas o poder de decisão sobre a definição da linha que separa comportamento aceitável do inaceitável**
  - **Gravidade percebida do evento pode mudar que define a linha. Qto mais grave maior a chance de influência da alta hierarquia e de pessoas de fora do sistema**
- **Se a resposta não envolve a pessoa a quem é dirigida, é vista como injusta**

## **Outras medidas de fortalecimento da Cultura Justa**

- 1. Incidente não deve ser visto como falha ou crise. É uma lição livre, oportunidade para atenção e aprendizagem coletiva**
- 2. Abolir punições financeiras e profissionais logo após o evento**
- 3. Monitorar e tentar reduzir a estigmatização de envolvidos em incidentes**
- 4. Implementar ou rever a efetividade de programas de “debriefing” ou de gestão de incidentes críticos e estresse pode ajudar trabalhadores no pós evento.**
- 5. Construir Departamento ou equipe de segurança, fora da hierarquia da organização para lidar com incidentes**

# **Outras medidas de fortalecimento da Cultura Justa**

## **2/2**

- 6. Inicie construção de cultura justa desde o começo: treinamentos e educação básica**
  - Importância da notificação para cultura de aprendizagem**
  - Reconhecer incidentes não como algo individual e que envergonhe, mas como parte boa da informação sistêmica para a organização**
  - O que diferencia organização segura de insegura não é quantos incidentes ela tem, e sim o como ela lida com os eventos que devem ser notificados**
- 7. Garantir que trabalhadores conheçam seus direitos e deveres em caso de incidentes**

## **Notificar Versus Revelar (p. 194)**

- **Hospitais devem pensar explicitamente sobre como proteger seus dados de investigações externas indevidas.**
- **Consequências devem ser avaliadas cuidadosamente**
- **Relatos bem protegidos podem bloquear informações até para aqueles que tem o direito de acesso e não têm intenções de vingança, como pacientes e familiares**
- **O princípio hipocrático da beneficência e não maleficência eticamente obriga trabalhadores da saúde a revelar seus papéis em eventos adversos, em nome da relação de confiança com os pacientes. (p.194)**
- **Contribuir para a aprendizagem organizacional via notificação de eventos cria comprometimento ético adicional**

## **Espaço Discricionário para Responsabilidade (p 195)**

- **Não se trata de culpar o sistema ao invés de pessoas**
- **É possível reconsiderar a responsabilidade das relações de pessoas em sistemas**
- **Tarefas críticas para segurança tem sido canalizadas para relações entre pessoas ou para o contato direto de pessoas com tecnologias de risco**
- **Na extremidade proximal do sistema quase sempre há um espaço discricionário em que dentro do sistema não é possível alcançar nenhuma melhoria**
- **Trata-se de “área para manobras” em que operadores podem trabalhar relativamente sem supervisão (consultório, cockpit ...)**

## **Espaço Discricionário para Responsabilidade (2/2)**

- **Trata-se de espaço:**
  - **Cheio de ambiguidade, incerteza e escolhas morais**
  - **Sem prescrições ou orientações relevantes provenientes da organização**
  - **Em que dificuldades são deixadas para cada pessoa individualmente**
- **Sistemas não podem assumir a responsabilidade de indivíduos neste espaço.**
- **Em serviços de saúde a liberdade (e a responsabilidade concomitante) deixada aos indivíduos é que os torna humanos e dá significado ao seu trabalho, sendo fonte de orgulho (p 195)**

# Organizações podem fazer muita coisa

- Definir com maior clareza possível o começo e o final dessa área
  - Não prover operadores com a autoridade suficiente para decidir sobre o curso da ação e exigir que sejam responsáveis pelas consequências cria conflitos de metas impossíveis e injustos
  - Reduz o espaço discricionário antes da ação e o amplia depois que consequência ruim se torna aparente
- Deliberar como motivar pessoas para que se conduzam conscientemente dentro do espaço discricionário.
  - Origens da motivação: medo ou empoderamento?

- ***Há evidências de que empoderar pessoas para definirem suas condições de trabalho, envolvê-las na definição dos contornos (limites) e conteúdo do espaço discricionário, promove mais ativamente sua vontade de assumir suas responsabilidades dentro dele (p 196)***

# **Anestesista Comete Erro ao Escolher Medicação (p. 196)**

Sidney Dekker Patient Safety. CRC  
Press. 2011

- *Durante cirurgia, um anestesista vê, lado a lado, em um recipiente duas embalagens, ambas amarelas com rótulos e tampas amarelas. Uma tem um agente paralisante e a outra um agente reversor da paralisia [...].*
- *No começo do procedimento ele administrou o agente paralisante, mas perto do final ele pegou a embalagem errada e administrou nova dose da droga. Não houve nenhum resultado adverso no caso.*
- *Ao discutir o evento com colegas, descobriu que o mesmo já tinha acontecido com eles e que eles conheciam os riscos potenciais. No entanto, nenhum deles tinha falado a esse respeito. Isso poderia estimular questões sobre o poder que os anestesistas achavam ter para influenciar suas condições de trabalho, seu espaço discricionário.*

## **Accountability Free não é Blame Free (p. 196)**

- **Equiparar sistemas livres de culpa com ausência de responsabilidade pessoal é equivocado**
- **É possível criar responsabilidade sem culpar as pessoas, envolvendo ativamente as pessoas na criação de um sistema melhor para se trabalhar**
- **Culpar pessoas pode torná-las menos responsáveis. Eles vão notificar menos**
- **Sistemas livres de culpa querem estimular habilidade de pessoas para manter sua responsabilidade de modo a que todos possam responder e assumir responsabilidades para fazer alguma coisa em relação ao problema**

- **Se vemos um ato como arriscado ou descuidado (ou como crime), então a responsabilidade significa culpar e punir alguém por isso.**
- **Nesse caso, responsabilidade olha para trás, de modo retributivo.**
- **Se ao invés vemos o ato como uma indicação de questão organizacional, operacional, técnica, educacional ou política, a responsabilidade pode tornar-se “olhar para o futuro”**

# **Criminalização do erro médico: um problema crescente**

- **Criminalização de erros em serviços de saúde é crescente . Suécia criou o “crime de segurança do paciente”**
- **Seria justa a criminalização de erros feitos no curso da execução das tarefas profissionais normais sem nenhuma intenção criminosa?**
- **Seria o judiciário capaz de compreender (“make sense”) o sentido da confusão de detalhes associados a práticas de domínios típicos de “segurança crítica” como o dos cuidados de saúde e de resistir aos vieses de conhecimento de resultado e retrospectivo ao arbitrar desempenho das pessoas?**

# Crimes como inerentemente reais ou fenômenos construídos

- A caracterização de “erro humano” e de comportamentos de risco e descuidados é uma desafio teórico da atualidade
- Na Medicina, com seus viés androcêntrico, orientado pela tecnologia e positivista a natureza dos atos culpáveis é tomada como essencial e não problemática (p 197)
- Profissionais de saúde (Leave 1994; apud Dekker)
  - “[...] vêem um erro como uma falha de caráter – você não teve cuidado suficiente, vc não se esforçou bastante”
  - “como pode haver um erro sem negligência”

# Erro, Negligência e Construção Social

- “Tal epistemologia é hostil à caracterização de erros e negligências (ou outros tipos de crimes) como relativos, historicamente localizados, construções de perspectivas contingentes de antecedentes e linguagem de observadores
- Na saúde alguns rejeitam explicitamente essa visão:
  - **“Todo erro negligente é moralmente passível de culpa” (Pellegrino, 2004) (apud Dekker; p 197-98)**
- Erro negligente é visto como existente em si, independentemente do observador, sem problemas e prontamente formado

# Esvaziamento da reflexão crítica

- **Esse olhar é consistente com como a criminologia aderiu a estreito essencialismo científico que vê fatos sociais como inertes e estáveis a despeito de observadores e observações**
- **A ideia é havendo evidências de negligência ou descuido, o comportamento precisa ser tratado como tal, pelas pessoas com autoridade para tal.**
- **Isso deixa pouco espaço para a reflexão crítica sobre quem define aquele ato como descuidado ou negligente e sobre as condições políticas, organizacionais, gerenciais ou outras forças sociais de onde emerge essa construção.**

## Limites da Definição de Negligência (1/2)

- *“[...] conduta abaixo de padrões requeridos como normais [...] se aplica a pessoa que falha em usar nível razoável de habilidade esperada de alguém engajado na atividade particular [...] omitindo algo que pessoa prudente e razoável deveria fazer nas circunstâncias, [...] fazendo algo que a pessoa prudente e razoável não teria feito nas mesmas circunstâncias. [...] deve existir o dever de cuidar da pessoa e a ação negligente deve causar um dano.*
- *[...] onde existe o dever do cuidado, cuidado razoável deve ser tomado para evitar atos ou omissões que possam ser razoavelmente antecipados como capazes de produzir dano para pessoas ou propriedades. Se como resultado de falha no agir desse modo razoavelmente habilidoso há um dano a pessoa cuja ação o provocou é negligente” (p 198)*

## Limites da Definição de Negligência (2/2)

- A definição não responde o que é negligência
- Estimula lista de questões:
  - O que é o padrão normal?
  - Quão distante é “abaixo”?
  - O que é razoavelmente habilidoso?
  - O que é o cuidado razoável?
  - O que é prudente?
  - O dano foi realmente causado pela ação negligente?
- Mesmo que fosse possível responder a tais questões nenhuma definição de negligência captura suas propriedades essenciais (p 198)

# Crenças Jurídicas e Ciências Sociais

- A crença em que um bom método ou procedimento nos levará à essência do ato também é sustentada em tribunais.
- Acredita-se que a justiça pode chegar à realidade, à verdade.
- Nas Ciências Sociais, para a maioria, nos últimos 30-40 anos
  - Não existe nada inerentemente verdadeiro sobre o erro ou sua natureza negligente. Seu significado é produzido [...] manuseado através de sistemas sociais e profissionais de linguagens e instituições (p. 198-99)

# Desvio e Desviante

- ***“A noção de desvio é criada pela sociedade. Grupos sociais criam desvios***
  - ***fazendo regras cuja infração constitui o desvio,***
  - ***aplicando essas regras a pessoas particulares***
  - ***Rotulando essas pessoas como desviantes***
- ***Desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas muito mais uma consequência da aplicação por outras pessoas das regras e sanções a um “ofensor”. O desviante é aquele a quem o rótulo foi aplicado com sucesso: comportamento desviante é o comportamento que pessoas rotulam” (p. 199)***

# Erro, Negligência, Crime e Construção Social

- O que é considerado negligente é o resultado de processo de negociações sociais, de construção social, por meio das quais um ato é transformado em erro e o erro em negligência.
- Considere o que isso significa para levar alguém a um julgamento por erro médico. As perguntas modelam a busca por e a interpretação de resultados:
  - Esse erro chega a (significa) um crime?
- Vale lembrar: a noção de erro é, em si, problemática: embute construção negociada ou atribuição psicológica mais do que um fato observável na realidade
- Ao julgar se um erro médico é um crime, tentamos ver se um construto social pode ser construído como outro

## Como definir um ato como crime

- Assim como as propriedades de um erro não são objetivas e não existem independentemente, assim também um crime se origina em nosso modo de ver e imputar coisas.
- O que termina rotulado como criminoso não é inerente ao ato ou à pessoa. É construído pelo ato da interrogação:
  - O mundo é para nós, como o construímos. Crime é [...] um produto de processos cultural, social e mental. Para todos os atos, inclusive aqueles vistos como não pretendidos, existem dezenas de alternativas possíveis para sua compreensão: ruins, loucos, [...] bravata juvenil, heroísmo político – ou crime. O mesmo ato pode então ser avaliado em vários sistemas: judicial, psiquiátrico, pedagógico, teológico. (apud Dekker, p 199)

# O Crime é Produto das Perguntas Que Fazemos

- Assim, dependendo das perguntas que você faz desde o início, o mesmo ato não desejado (ou erro) pode ser descrito como muitas coisas ao mesmo tempo. Faça perguntas:
  - Teológicas e você pode ver o erro como manifestação do demônio
  - Pedagógicas e você pode ver o erro como expressão de habilidades não desenvolvidas
  - Jurídicas e você pode começar a ver um crime
- Atos não desejados não contem algo de criminoso em sua essência. Nós fazemos isso de acordo com a perspectiva que adotamos, com as questões que perguntamos. (p 199)

# Criminalizando o Erro Profissional em Cuidados de Saúde: Por Que Uma Preocupação?

- A preocupação mais óbvia com ações judiciais no pós erros em cuidados de saúde tem focado no como ela interfere com investigações de segurança pelo hospital e destrói a vontade das pessoas voluntariamente notificarem erros e violações.
- Tais notificações são vistas como ingredientes críticos da criação de uma cultura de segurança:
  - Uma cultura organizacional que encoraja a revelação honesta e discussão aberta de suas próprias práticas com o objetivo de melhorias contínuas na qualidade e segurança de seus produtos ou serviços.
- Reflexões e aprendizagem baseadas em falhas são dificultadas quando um erro profissional é criminalizado

# Respostas à criminalização de erros em cuidados de saúde

- Aumento e aperfeiçoamento de práticas de ocultação de erros
- Aumento de práticas de “medicina defensiva”:
  - **Uso desnecessário de testes e procedimentos e aumento dos custos de serviços de saúde**
- Erros em serviços de saúde se dão em ambiente de constrangimentos de recursos e incerteza. São produtos:
  - **Inevitáveis do sistema complexo que os gera**
  - **Inevitáveis da complexidade interativa estrutural e acoplamento forte de sistemas críticos de segurança**

## **Intervenções sistêmicas são melhores para a Segurança do que Acusações Individuais**

***“A adição de dispositivos anti-hipóxia em equipamentos de anestesia e a disseminação de oxímetros de pulso foram muito mais efetivas na redução de acidentes relacionados à administração da concentração adequada de oxigênio para pacientes anestesiados do que a condenação por assassinato de um anestesiológico que omitiu a administração de oxigênio a uma criança em 1982” (Merry & Peck 1995)  
(apud Dekker; 204)***

- **A Primeiras de um indivíduo pode ser vista pelas vítimas como injusta, contra produtiva ou como bodes expiatórios.**
- **Até as vítimas podem interpretar isso como forma de:**
  - **Retirar responsabilidades da organização e do regulador governamental**
  - **Excesso de simplificação da rede de aspectos que atua nas origens do evento**

***Essa questão tem sido discutida na literatura:***

- ***de segurança (Perrow 1984)***
- ***de cuidados de saúde (Beaver 2002; Osborne et al 1999) e***
  - ***de aviação (Byrne 2002)***

***e “já está bem estabelecido que explicações condensadas de falhas e sua concomitante criminalização são vistas como usadas para proteger interesses da elite (Levack 1987) e evitar custos de melhorias (reparos, mudanças etc) no sistema” (p 204)***

# The Second Victim

- **(ver síntese de livro com este título, do mesmo autor)**

# Assistência a Pares e Empregados

# **Profissionais de saúde como piores inimigos ao lidar com consequências de eventos adversos**

- **“O paradoxo é que embora o padrão da prática médica seja a perfeição – cuidado do paciente sem erros – todos os médicos reconhecem que erros são inevitáveis.**
- **A maioria gostaria de examinar seus erros e aprender com eles. De um ponto de vista emocional, eles necessitam suporte e compreensão de seus colegas e pacientes quando cometem erros.**
- **Ainda assim, ambos – insights e suporte - são negados em decorrência de conceitos equivocados de infalibilidade e pelo medo: medo de ser embaraçado por colegas, medo da reação dos pacientes, medo de litígios. Embora a noção de infalibilidade não resista ao teste da realidade, o medo está bem enraizado” (p 207)**

- **Isso significa que organizações de saúde tem todo tipo de obstáculos a superar em seus esforços de aumentar a aprendizagem baseada em eventos adversos. E todos esses esforços são colocados contra os antecedentes de possíveis incertezas das pessoas sobre como a organização responde quando aprende com um evento adverso.**
- **O ponto crítico, então, é remover, o mais rápido possível, incertezas sobre quem desenha/ estabelece a linha (resolvendo a injustiça percebida sobre quem deveria fazê-lo). (p 207)**

## **Pontos Chaves (1/3)**

- 1. Atribuir eventos adversos a erros humanos pouco faz pela melhoria do sistema de saúde. Culpar inibe a aprendizagem. Nem todos os erros são vistos como iguais, ou igualmente passíveis de culpa.**
- 2. Para saber que erros merecem que respostas, a crença primitiva no serviço de saúde é que só precisamos distinguir entre erros humanos, comportamentos de risco e comportamentos descuidados. Mas essas categorias não são nada mais que nossos próprios julgamentos, nossas próprias atribuições, que serão contestáveis por aqueles que julgam as coisas de modo diferente**

## Pontos Chaves (2/3)

3. **Categorizar atos é uma questão de poder. Quem tem o poder de dizer que seja uma coisa e não outra? Quem tem o poder de decidir sobre a resposta? Estando o poder envolvido as respostas podem ser vistas como injustas.**
  - **O modo de construção das respostas, quem é ouvido e como, também pode ser visto como justo ou injusto e frequentemente se constitui em ponto de alavancagem para uma cultura de justiça**
4. **Organizações *blame-free* ou *no-fault* não são sem responsabilidade**

## Pontos Chaves (3/3)

5. Para profissionais de saúde, um erro que leva a um incidente ou morte é a antítese de sua identidade. Pode causar estresse excessivo, depressão, ansiedade e outros problemas psíquicos.
  - Profissionais frequentemente negam o papel do sistema ou organização nas origens de seus erros. Criminizar o erro (envolvendo o sistema judicial) exacerba todos esses efeitos indesejáveis (p 208)