

Matthew Syed

O princípio da caixa-preta

A surpreendente verdade sobre o sucesso
(e por que algumas pessoas nunca aprendem com seus erros)

TRADUÇÃO
Paulo Geiger



Copyright © 2016 by Matthew Syed

O livro *Black Box Thinking* foi publicado originalmente em inglês por Hodder & Stoughton Limited.

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Título original

Black Box Thinking: The Surprising Truth About Success (and Why Some People Never Learn from Their Mistakes)

Capa

Eduardo Foresti

Preparação

Fernanda Villanova de Mello

Índice remissivo

Probo Poletti

Revisão

Carmen T. S. Costa

Ana Maria Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Syed, Matthew

O princípio da caixa-preta : a surpreendente verdade sobre o sucesso (e por que algumas pessoas nunca aprendem com seus erros) / Matthew Syed ; tradução Paulo Geiger. – 1ª ed. – Rio de Janeiro : Editora Objetiva, 2016.

Título original: Black Box Thinking: The Surprising Truth About Success (and Why Some People Never Learn from Their Mistakes).

ISBN 978-85-470-0016-5

1. Fracasso (Psicologia) 2. Sucesso I. Título.

16-06022

CDD-158.1

Índice para catálogo sistemático:

1. Sucesso : Psicologia aplicada 158.1

[2016]

Todos os direitos desta edição reservados à

EDITORA SCHWARCZ S.A.

Praça Floriano, 19 – sala 3001

20031-050 – Rio de Janeiro – RJ

Telefone: (21) 2199-7824

Fax: (21) 2199-7825

www.objetiva.com.br

Sumário

PARTE I

A LÓGICA DO FRACASSO

1. Uma cirurgia de rotina.....	11
2. United Airlines 173	31
3. O paradoxo do sucesso	50

PARTE II

DISSONÂNCIA COGNITIVA

4. Condenações injustas.....	77
5. Contorções intelectuais.....	102
6. Reformando a justiça criminal	125

PARTE III

CONFRONTANDO A COMPLEXIDADE

7. O paradoxo da tubeira.....	143
8. Assustar para corrigir?	170

PARTE IV
PEQUENOS PASSOS E SALTOS GIGANTESCOS

9. Ganhos marginais	191
10. Como o fracasso impulsiona a inovação	214

PARTE V
O JOGO DA CULPA

11. Voo 114 da Libyan Arab Airlines	239
12. A segunda vítima.....	260

PARTE VI
CRIANDO UMA CULTURA DE CRESCIMENTO

13. O efeito Beckham.....	277
14. Redefinindo o fracasso	291
Coda: O grande quadro	303
<i>Agradecimentos</i>	323
<i>Notas</i>	325
<i>Índice remissivo</i>	341

Parte I

A lógica do fracasso

1. Uma cirurgia de rotina

I.

Em 29 de março de 2005, Martin Bromiley acordou às 6h15 e foi aos quartos dos dois filhos pequenos, Victoria e Adam, para arrumá-los para o dia. Era uma manhã chuvosa de primavera, alguns dias depois da Páscoa, e as crianças estavam de ótimo humor quando correram escada abaixo para o café da manhã. Poucos minutos depois, Elaine, a mãe dos dois, que tinha ficado mais um pouco na cama, se juntou a eles.

Elaine, uma mulher vivaz de 37 anos, que trabalhara na indústria de viagens antes de se tornar mãe em tempo integral, tinha um grande dia pela frente: era esperada no hospital. Havia alguns anos que sofria de problemas de sinusite, e tinham-lhe aconselhado que seria sensato passar por uma cirurgia para resolver a questão de uma vez por todas. “Não se preocupe”, dissera o médico. “Os riscos são mínimos. É uma cirurgia de rotina.”¹

Elaine e Martin estavam casados havia quinze anos. Conheceram-se num baile country através de um amigo próximo, se apaixonaram e depois se mudaram, juntos, para uma casa em North Marston, um vilarejo acolhedor no coração da Buckinghamshire rural, quase cinquenta quilômetros a noroeste de Londres. Victoria veio ao mundo em 1999, e Adam, dois anos depois, em 2001.

A vida era agitada, como para muitas famílias jovens, mas também muito divertida. Tinham viajado de avião pela primeira vez como uma família na

quinta-feira anterior, para o casamento de um amigo no sábado. Elaine queria passar logo pela operação para poder usufruir alguns dias de folga.

Às 7h15, saíram de casa. As crianças conversavam no carro durante a curta viagem até o hospital. Martin e Elaine estavam tranquilos quanto à cirurgia. O cirurgião otorrinolaringologista, dr. Edwards, tinha mais de trinta anos de experiência e era muito respeitado. O anestesista, dr. Anderton, tinha dezesseis anos de experiência.* O hospital contava com excelentes instalações. Tudo estava bem encaminhado.

Quando chegaram, foram levados a um quarto, onde Elaine foi vestida com uma camisola hospitalar azul. “Como pareço nisto?”, ela perguntou a Adam, que riu. Victoria subiu na cama para que sua mãe pudesse ler para ela. Martin sorria enquanto ouvia a história que, a essa altura, lhe era familiar. No peitoril da janela, Adam brincava com seus carrinhos.

Em certo momento o dr. Anderton entrou para fazer algumas perguntas de rotina. Estava falante e de bom humor. Como todo bom médico, sabia como era importante um clima descontraído.

Pouco antes das 8h30, Jane, a enfermeira-chefe, chegou para conduzir Elaine ao centro cirúrgico. “Está pronta?”, perguntou com um sorriso. Victoria e Adam caminharam junto com a maca que deslizava pelo corredor. Disseram a sua mãe como estavam ansiosos por vê-la à tarde, depois da cirurgia. Quando chegaram a um cruzamento no corredor, Martin os guiou para a esquerda, enquanto Elaine era levada para a direita.

Ela se inclinou, sorriu e disse animadamente: “Tchaaaaul!”.

Enquanto Martin e as crianças caminhavam para o estacionamento — iam ao supermercado fazer as compras semanais e comprar um mimo para Elaine (biscoitos) —, a maca sobre rodas de Elaine estava sendo levada à sala pré-operatória, adjacente à sala de cirurgia, onde se faziam as verificações de última hora e se administrava a anestesia geral.

O dr. Anderton estava com ela: um rosto familiar e reconfortante. Ele introduziu um tubo parecido com um canudo, chamado cânula, numa veia das costas da mão de Elaine, o qual levaria o anestésico direto a sua corrente sanguínea.

“Devagar e suavemente”, disse o dr. Anderton. “Lá vai você... num sono profundo.” Eram 8h35.

* Todos os nomes da equipe médica foram modificados para proteger o anonimato.

Os anestésicos são drogas poderosas; fazem o paciente dormir e também desativam muitas funções vitais do corpo, que precisam ser administradas artificialmente. A respiração é muitas vezes assistida com o uso de um dispositivo chamado máscara laríngea, uma bolsa inflável que é introduzida na boca e se assenta acima das vias aéreas. Então é bombeado oxigênio nas vias aéreas, e de lá para os pulmões.

Mas houve um problema. O dr. Anderton não conseguiu inserir a máscara pela boca de Elaine: os músculos da mandíbula tinham se contraído, problema comum durante uma anestesia. Ele ministrou uma quantidade adicional de drogas para relaxar os músculos, depois tentou algumas máscaras laríngeas menores, mas, de novo, não conseguiu inseri-las.

Às 8h37, dois minutos após ter sido anestesiada, Elaine começou a ficar azul. A saturação de oxigênio caiu para 75% (qualquer valor abaixo de 90% é considerado “significativamente baixo”). Às 8h39, o dr. Anderton reagiu tentando uma máscara de oxigênio facial, que se assenta em cima da boca e do nariz. Ainda assim não conseguiu fazer com que o ar chegasse aos pulmões.

Às 8h41, ele mudou para uma técnica testada e aprovada chamada intubação traqueal. É um protocolo-padrão quando a ventilação se mostra impossível. Começou aplicando um agente paralisante na corrente sanguínea para desativar os músculos da mandíbula, permitindo que a boca se abrisse totalmente. Usou depois um laringoscópio para iluminar a parte posterior da boca, o que o ajudaria a pôr o tubo diretamente nas vias aéreas.

Mas deparou com um novo empecilho: não conseguiu ver a via aérea na parte posterior da garganta. Normalmente, é um nítido orifício triangular, com as cordas vocais em cada lado. Em geral é bem fácil empurrar o tubo para dentro da via aérea e fazer o paciente respirar. Em alguns pacientes, contudo, a via aérea está obscurecida pelo palato mole da boca. Simplesmente não se consegue vê-la. O dr. Anderton empurrou o tubo várias vezes, esperando chegar ao alvo, mas não conseguiu fazê-lo entrar.

Às 8h43, a saturação de oxigênio de Elaine caíra para 40%. Isso era tão baixo que representava o limite mínimo do dispositivo de medida. O perigo é que, sem oxigênio, o cérebro inche, o que pode causar graves danos. A frequência cardíaca de Elaine também havia caído, primeiro para 69 batidas por minuto, depois cinquenta. Isso indicava falta de oxigênio no coração também.

A situação estava se tornando crítica. O dr. Bannister, que estava como anestesista na sala de cirurgia ao lado, chegou para prestar ajuda. Logo o dr. Edward, o cirurgião otorrinolaringologista, também se juntava a eles. As enfermeiras estavam a postos. A situação ainda não era desastrosa, mas a margem para erros começava a encolher. Agora, qualquer decisão tinha, potencialmente, consequências de vida ou de morte.

Felizmente, há um procedimento que pode ser usado nessa situação. É chamado de traqueostomia. Todos os percalços até então tinham ocorrido ao se tentar chegar às vias aéreas de Elaine através da boca. Uma traqueostomia tem uma vantagem enorme: não se chega nem perto da boca. Em vez disso, corta-se um orifício diretamente na garganta e um tubo é inserido na traqueia.

É arriscado, e só se usa como último recurso. Mas aquele era o último recurso. Talvez fosse então a única coisa que se interpusesse entre Elaine e um dano cerebral ameaçadoramente letal.

Às 8h47, as enfermeiras interpretaram corretamente qual seria o próximo passo. Jane, a mais experiente das três, saiu correndo para buscar um kit de traqueostomia. Quando voltou, informou aos três médicos que agora cercavam Elaine que o kit estava pronto para ser usado.

Eles deram uma olhada para trás, mas por algum motivo não reagiram. Continuavam a tentar forçar o tubo na oculta via aérea de Elaine, no fundo de sua boca. Estavam absortos em suas tentativas, esticando os pescoços, falando rápido entre si.

Jane hesitou. A cada segundo a situação ficava mais crítica. Mas ela raciocinou que ali havia três profissionais experientes. Com certeza tinham considerado a traqueostomia.

Se se dirigisse a eles novamente, talvez os distraísse. Talvez fosse considerada culpada se alguma coisa desse errado. Talvez tivessem descartado uma traqueostomia por razões que ela não tinha considerado. Ela era uma das pessoas menos graduadas no recinto. Eles eram as autoridades.

A essa altura, os médicos estavam com o ritmo cardíaco significativamente elevado. A percepção havia diminuído. É uma resposta fisiológica normal a uma situação de alta tensão. Continuavam tentando inserir o tubo na via aérea na parte posterior da garganta. A situação se tornava desesperadora.

A pele de Elaine estava ficando azul-escura. Sua frequência cardíaca era de apenas quarenta batimentos por minuto. Estava sem oxigênio. Cada segundo de demora reduzia suas chances de sobrevivência.

Os médicos persistiam nas cada vez mais frenéticas tentativas de acessar a via aérea através da boca. O dr. Edward tentava a entubação. O dr. Bannister tentava inserir outra máscara laríngea. Nada parecia funcionar. Jane continuava agoniada, se devia ou não falar. Mas sua voz morria na garganta.

Às 8h55, era tarde demais. Quando os médicos finalmente conseguiram fazer a saturação de oxigênio voltar aos 90%, oito minutos se tinham passado desde a primeira e vã tentativa de entubação; ao todo, ela estivera carente de oxigênio durante vinte minutos. Os médicos ficaram perplexos quando olharam para o relógio. Não fazia sentido. Aonde fora parar o tempo? Como pode ter passado tão depressa?

Elaine foi transferida para a UTI. Uma tomografia do cérebro revelaria mais tarde um dano catastrófico. Normalmente, com uma tomografia é possível destacar com clareza texturas e formas. É como um retrato de um cérebro humano. No caso de Elaine, era mais como uma estática na televisão. A carência de oxigênio tinha causado danos irreparáveis.

Às onze horas daquela manhã, o telefone tocou na sala dos Bromiley, em North Marston. Pediam a Martin que voltasse ao hospital o mais rápido possível. Ele pôde sentir que alguma coisa estava errada, mas não estava preparado para o choque de encontrar a esposa em coma, lutando pela vida.

Com o passar das horas, ficou claro que a situação estava piorando. Martin não conseguia compreender. Ela estava saudável. Seus dois filhos estavam em casa esperando sua volta. Tinham comprado os biscoitos para ela. Afinal, o que havia dado errado?

O dr. Edwards levou-o para um canto. “Olhe, Martin, houve alguns problemas durante a anestesia”, ele disse. “É uma dessas coisas que acontecem. Acidentes às vezes acontecem. Não sabemos por quê. Os anestesistas fizeram todo o possível, mas simplesmente não funcionou. Foi uma exceção, um caso único. Eu sinto muito.”

Não houve menção às infrutíferas tentativas de entubação. Nem à falha de não se ter tentado uma traqueostomia de emergência. Nem à tentativa da enfermeira de alertá-los para o desastre que assomava.

Martin assentiu e disse: “Eu entendo. Obrigado”.

Às 11h15 de 11 de abril de 2005, Elaine Bromiley morreu depois de treze dias em coma. Martin, que estivera a seu lado diariamente, voltou ao hospital minutos depois. Quando chegou, Elaine ainda estava quente. Ele segurou sua

mão, disse-lhe que a amava e que cuidaria das crianças o melhor que pudesse. Então lhe deu um beijo de boa-noite.

Antes de regressar no dia seguinte para recolher os objetos pessoais dela, perguntou às crianças se queriam ver a mãe uma última vez. Para sua surpresa, elas disseram “sim”. Eles foram levados a um quarto, e Victoria ficou ao pé da cama, enquanto Adam estendeu a mão para tocar na mãe e dizer adeus.

Elaine tinha apenas 37 anos.

II.

Este é um livro sobre como o sucesso acontece. Nas próximas páginas, exploraremos algumas das organizações mais pioneiras e inovadoras do mundo, incluindo Google, Team Sky, Pixar e a equipe de Fórmula 1 da Mercedes, assim como indivíduos excepcionais: o jogador de basquete Michael Jordan, o inventor James Dyson e o astro do futebol David Beckham.

O progresso é um dos aspectos mais impactantes da história humana durante os últimos dois milênios, e, em particular, nos últimos dois séculos e meio. Isso não se refere somente às grandes equipes de negócios e de esportes, mas também à ciência, à tecnologia e ao desenvolvimento econômico. Tem havido grandes e pequenas melhorias no quadro global, mudanças que transformaram quase todas as facetas da vida humana.

Nesses relatos tentaremos juntar todos os fios. Olharemos sob a superfície e examinaremos os processos subjacentes através dos quais os seres humanos aprendem, inovam e se tornam mais criativos: seja nos negócios, na política ou em nossas próprias vidas. E descobriremos que, em todas essas instâncias, a explicação do sucesso depende, de forma poderosa, e frequentemente contraintuitiva, de como reagimos ao fracasso.

Fracasso é algo que todos temos de enfrentar de tempos em tempos, seja quando nosso time de futebol perde uma partida, quando não nos damos bem numa entrevista para emprego ou quando somos reprovados num exame. Às vezes o fracasso pode ser muito mais grave. Para médicos e outros que trabalham em segmentos nos quais a segurança é um dado crítico, cometer erros pode ter consequências mortais.

E é por isso que um modo poderoso de começar esta investigação, e de vislumbrar a inextricável conexão entre o fracasso e o sucesso, é pôr em contraste duas das mais importantes indústrias em que a segurança é um dado crítico no mundo atual: a assistência médica e a aviação. Essas organizações têm diferenças na psicologia, na cultura e nos processos institucionais de mudança, como veremos. Mas a diferença mais profunda está em suas distintas abordagens do fracasso.

Na indústria de aviação a atitude é impactante e incomum. Toda aeronave está equipada com duas quase indestrutíveis caixas-pretas, uma que grava as instruções enviadas aos sistemas eletrônicos a bordo e outra que grava conversas e sons na cabine de comando.* Se ocorre um acidente, abrem-se as caixas, analisam-se os dados, e as causas do acidente são desencavadas. Isso assegura que procedimentos possam ser mudados para que o mesmo erro nunca mais aconteça.

Usando esse método, a aviação alcançou um recorde de segurança impressionante. Em 1912, oito de catorze pilotos do Exército americano morriam em acidentes: mais da metade.² Os primeiros índices de fatalidade nas escolas militares de aviação eram próximos de 25%. Na época isso não era totalmente surpreendente. Fazer voar grandes pedaços de madeira e metal a grande velocidade pelo céu, nos primeiros dias da aviação, era inerentemente perigoso.

Hoje em dia, contudo, as coisas são bem diferentes. Em 2013, houve 36,4 milhões de voos comerciais no mundo inteiro, transportando mais de 3 bilhões de passageiros, segundo a Associação Internacional de Transporte Aéreo (na sigla em inglês, IATA). Morreram apenas 210 pessoas. Para cada 1 milhão de voos em jatos construídos no Ocidente, houve 0,41 acidente – um índice de um acidente a cada 2,4 milhões de voos.³

Em 2014, o número de mortes subiu para 641, em parte devido ao desastre do voo 370 da Malaysia Airlines, no qual morreram 239 pessoas. A maioria dos investigadores acredita que não foi um acidente convencional, mas um ato de sabotagem deliberado. Porém mesmo se incluirmos esse acidente na análise, o índice de acidentes com jatos por 1 milhão de decolagens caiu em 2014 para um histórico mínimo de 0,23.⁴ Para membros da IATA, muitos dos

* Hoje, a cor das caixas-“pretas” é laranja fluorescente, para aumentar a visibilidade, e frequentemente elas são combinadas numa só unidade.

quais têm os mais sólidos procedimentos para aprender com os erros, o índice foi de 0,12 (um acidente para cada 8,3 milhões de decolagens).⁵

A aviação tem de lidar com muitas questões de segurança. Novos desafios surgem quase toda semana: em março de 2015, o avião da Germanwings que se espatifou nos Alpes trouxe à tona a questão da saúde mental do piloto. Os especialistas da indústria aeronáutica aceitam que contingências imprevistas possam surgir a qualquer momento, elevando o índice de acidentes, até de maneira brusca. Mas prometem que sempre se esforçarão para aprender com eventos adversos, de modo que essas falhas não se repitam. Afinal, é isso que significa, em última análise, segurança da aviação.

Na assistência médica, no entanto, as coisas são muito diferentes. Em 1999, o Instituto Americano de Medicina, numa medida histórica, publicou uma pesquisa investigativa chamada “Errar é humano”. Ela reportava que entre 44 mil e 98 mil americanos morriam todo ano em consequência de erros médicos que poderiam ter sido evitados.⁶ Numa investigação em separado, Lucian Leape, professor na Universidade Harvard, achou um número global mais elevado. Num estudo abrangente, estimou que 1 milhão de pacientes são vítimas de erros durante seu tratamento em hospital e que 120 mil morrem por ano somente nos Estados Unidos.⁷

Mas essas estatísticas, embora chocantes, quase certamente subestimam a verdadeira escala do problema. Em 2013, um estudo publicado no *Journal of Patient Safety*⁸ fixou o número de mortes prematuras associadas a danos evitáveis em mais de 400 mil por ano. (Categorias de danos evitáveis incluem erros no diagnóstico, administração de drogas erradas, lesão ao paciente durante uma cirurgia, operação numa parte errada do corpo, transfusões inadequadas, quedas, queimaduras, escaras e complicações pós-operatórias.) Testemunhando numa audiência no Senado, no verão de 2014, Peter J. Pronovost, doutor em medicina, professor na Faculdade de Medicina da Universidade Johns Hopkins, diretor médico do Centro para Inovação em Qualidade no Tratamento de Pacientes e um dos mais respeitados clínicos do mundo, ressaltou que isso equivale à queda de dois aviões Jumbo a cada 24 horas.

“O que esses números estão dizendo é que todo dia um 747, dois deles, estão caindo. A cada dois meses acontece um Onze de Setembro”, ele disse, “Não deveríamos tolerar esse grau de danos que poderiam ser evitados em nenhum outro fórum.”⁹ Esses números fazem dos erros médicos evitáveis

em hospitais o terceiro maior agente de mortes nos Estados Unidos – atrás somente de doenças cardíacas e do câncer.

E ainda assim esses números estão incompletos. Não incluem as mortes causadas em casas de repouso ou ambulatórios, em lugares que não abrigam pacientes, como farmácias, creches e escritórios privados, onde a fiscalização é menos rigorosa. Segundo Joe Graedon, professor assistente adjunto da Divisão de Prática Farmacêutica e Educação Experimental na Universidade da Carolina do Norte, o número total de mortes devido a erros evitáveis na assistência médica americana é de mais de meio milhão de pessoas por ano.¹⁰

Contudo, não é apenas o número de mortes que deveria nos preocupar; é também o de danos não letais causados por erros evitáveis. Em seu testemunho naquela mesma audiência do Senado, Joanne Disch, professora de clínica médica na Escola de Enfermagem da Universidade de Minnesota, referiu-se a uma mulher de sua vizinhança que “foi submetida a uma mastectomia bilateral para extirpar um câncer para se descobrir, pouco depois da cirurgia, que houvera uma troca nos laudos da biópsia e que ela não tinha câncer”.¹¹

Esse tipo de erro não é fatal, mas pode ser devastador para as vítimas e suas famílias. O número estimado de pacientes que sofrem complicações sérias é dez vezes maior que o de pacientes mortos por erro médico. Como definiu Disch: “Não estamos lidando somente com mil mortes evitáveis por dia, mas com mil mortes evitáveis e 10 mil complicações sérias evitáveis por dia... Isso afeta a todos nós”.¹²

No Reino Unido os números também são alarmantes. Um relatório do Departamento de Auditoria Nacional estimou em 2005 que até 34 mil pessoas morrem por ano devido a erro humano.¹³ Isso faz o número total de incidentes com pacientes (fatais e não fatais) chegar a 974 mil. Um estudo sobre casos agudos em hospitais revelou que um em cada dez pacientes morre ou sofre algum dano em consequência de erro médico ou deficiência institucional. A assistência médica na França menciona um índice ainda mais elevado, 14%.

O problema não é um pequeno grupo de médicos loucos, homicidas e incompetentes circulando e causando devastação. Os erros médicos acontecem numa distribuição normal, numa curva em forma de sino.¹⁴ Ocorrem mais frequentemente não quando os clínicos estão entediados ou com preguiça ou são malignos, mas quando estão exercendo sua atividade com a diligência e o cuidado que se espera da profissão médica.

Por que, então, acontecem tantos erros? Um dos problemas é a complexidade. A Organização Mundial da Saúde lista 12 420 doenças e distúrbios, e cada um deles requer protocolos diferentes.¹⁵ Essa complexidade oferece um amplo escopo para erros em tudo, desde o diagnóstico até o tratamento. Outro problema é a escassez de recursos. Médicos trabalham demais, e hospitais ficam sobrecarregados; estes muitas vezes precisam de mais dinheiro. Uma terceira questão é que os médicos podem precisar tomar decisões rápidas. Nos casos mais sérios, raramente o tempo é suficiente para considerar todos os tratamentos alternativos. Às vezes a procrastinação é o maior de todos os erros, mesmo que no fim se chegue à decisão “correta”.

Mas há também uma coisa mais profunda e sutil em jogo, que tem pouco a ver com recursos e tudo a ver com cultura. Acontece que muitos dos erros cometidos em hospitais (e em outros setores da vida) têm trajetórias particulares, padrões sutis, mas previsíveis: é o que os investigadores de acidentes chamam de “assinaturas”. Com relatórios abertos e uma avaliação honesta, esses erros poderiam ser localizados, e mudanças de procedimento poderiam ser adotadas para evitar que voltassem a ocorrer, como na aviação. Mas, com demasiada frequência, isso não acontece.

Soa simples, não é mesmo? O conceito de aprender com os erros tem status de clichê. Mas ocorre que, por razões tanto prosaicas quanto profundas, o fracasso em aprender com os erros tem sido um dos maiores obstáculos ao progresso humano. A assistência médica é apenas um dos componentes de uma longa e rica história de evasão. Confrontar essa verdade poderia transformar a assistência médica e também os negócios, a política e muito mais. Uma atitude construtiva diante do fracasso se torna a pedra angular do sucesso para qualquer instituição.

Neste livro examinaremos como reagimos ao fracasso — como indivíduos, negócios e sociedades. Como lidamos com ele e aprendemos a partir dele? Como reagimos quando algo deu errado, seja por causa de um deslize, um lapso, um erro de comissão ou de omissão, ou uma falha coletiva do tipo que causou a morte de uma mulher saudável de 37 anos, mãe de duas crianças, num dia de primavera em 2005?

Todos temos consciência, cada um a seu modo, de que é difícil aceitar nossos próprios fracassos e falhas. Mesmo em coisas triviais, como um jogo amistoso de golfe, podemos ficar irritadiços quando nosso desempenho não