

COMO CITAR:

Margutti P, de Paula RMZ, Gollin E do M, Pich PC. Disclosure: A transparência hospitalar frente ao seu paciente e familiar como um paradigma. Rev Contexto & Saúde, 2022;22(46):e12833

Disclosure:

A Transparência Hospitalar Ante o Paciente e Seu Familiar Como um Paradigma

Pietra Margutti¹, Rosa Maria Zorzan de Paula²,
Elisângela do Nascimento Gollin³, Paulo César Pich⁴

RESUMO

Este estudo objetiva compreender qual o significado do *disclosure* para o paciente e seus familiares após recebê-lo e o que envolve seu estabelecimento no ambiente hospitalar. Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A população foi constituída por pacientes e seus familiares – receberam o *disclosure* – e por profissionais da saúde (enfermeiros e médico) – realizaram o *disclosure* –, em um período de dois anos antes da coleta dos dados. Foi aplicado um questionário semiestruturado e com questões abertas. Os resultados evidenciam que é importante, pois demonstra a transparência do hospital com os mesmos e a busca por uma melhor qualidade na assistência. Para os profissionais da saúde, no início da realização do *disclosure* houve resistência por alguns, além da insegurança devido à falta de treinamento. Sinalizam que após o treinamento e conhecimento correto do funcionamento do *disclosure*, sua execução ocorreu adequadamente dentro do processo de segurança do paciente, tornando-se prática rotineira ante a eventos adversos moderados, graves e fatais. Para concluir, pode-se observar a relevância do *disclosure*, pois promove a transparência entre profissionais, pacientes e familiares, traz melhorias na qualidade da assistência em saúde e incentiva a notificação por parte dos profissionais, pois aborda a cultura justa de responsabilização.

Palavras-chave: revelação da verdade; eventos adversos; segurança do paciente.

DISCLOSURE: HOSPITAL TRANSPARENCY TOWARDS PATIENTS AND THEIR FAMILIES AS A PARADIGM

ABSTRACT

This study aims to understand the meaning of disclosure for patients and their families after receiving it and what involves its implementation in the hospital environment. Study with a qualitative, descriptive and exploratory approach. The population consisted of patients and their families – they received the disclosure – and, by health professionals (Nurses and Doctors) – they performed the disclosure – in a period of two years before data collection. A semi-structured questionnaire with open questions was applied. The results show that it is important, as it demonstrates the hospital's transparency with them and the search for better quality of care. For health professionals, at the beginning of the implementation of disclosure there was resistance by some, in addition to insecurity due to lack of training. They indicate that after training and correct knowledge of how disclosure works, its implementation took place properly within the patient safety process, becoming a routine practice in the face of moderate, serious and fatal adverse events. To conclude, the relevance of disclosure can be observed, as it promotes transparency among professionals, patients and family members, brings improvements in the quality of health care, encourages notification by professionals, as it addresses a fair culture of accountability.

Keywords: truth disclosure; adverse events; patient safety.

Recebido em: 27/10/2021

Aceito em: 10/5/2022

¹ Autora correspondente: Sociedade Educacional Três de Maio – Setrem. Avenida Santa Rosa, 2405 – Centro, Três de Maio/RS, Brasil. CEP 98910-000. <http://lattes.cnpq.br/9507874964502198>. <https://orcid.org/0000-0002-9776-5100>. pietramargutti@gmail.com

² Hospital Vida & Saúde. Santa Rosa/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/5601430145707317>. <https://orcid.org/0000-0002-7648-8562>.

³ Hospital Vida & Saúde. Santa Rosa/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/4562191821663949>. <https://orcid.org/0009-0006-7046-4769>.

⁴ Sociedade Educacional Três de Maio – Setrem. Três de Maio/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/8667066247102872>. <https://orcid.org/0009-0006-9137-8544>.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é abordada desde o século 15 a.C. por Hipócrates, trazendo o princípio de “primeiro não cause o dano”. Não obstante, alcança seu marco histórico em 1999 com a publicação do livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, elencando quais os maiores erros relacionados à assistência¹. Para mais, em 2013 foi publicada a Portaria nº 529, instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que apresenta, como alguns de seus objetivos, a instituição da gestão de riscos e do núcleo de segurança do paciente, envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente e ampliar o acesso da sociedade às informações sobre a segurança do paciente².

Neste contexto que envolve a segurança do paciente, tem-se, em sua composição, o *disclosure*, o qual permeia a comunicação de um evento adverso ao paciente e seus familiares, incluindo quais serão as melhorias e ações adotadas para que estes eventos semelhantes não venham mais a ocorrer no futuro³. Com isso, ele promove a confiabilidade dos usuários na instituição de saúde, pois segue protocolos para sua execução, demonstrando o arrependimento pelo evento adverso ocorrido e a transparência entre instituição e paciente, fortalecendo o vínculo de confiança. Isso leva a uma diminuição do índice de ações judiciais e faz com que o paciente retorne à instituição para buscar atendimento novamente, uma vez que desenvolveu a confiabilidade por ela⁴.

O *disclosure*, entretanto, não é utilizado em larga escala nos hospitais, assim como mostra a pesquisa de Bahia, em que dos 18 hospitais de grande porte entrevistados em duas capitais brasileiras, 66,7% não o aplicam⁵. Em contrapartida, o Hospital Israelita Albert Einstein apresenta os pontos positivos com sua execução, mostrando que entre os anos de 2011 e 2017 83% dos pacientes retornaram ao hospital para buscar novos atendimentos e apenas 4% moveram ações judiciais contra a instituição⁴.

Para que isso ocorra é necessário que a notificação dos eventos adversos siga em suas vias formais. Por isso, é importante que seja criado um ambiente favorável à notificação, estimulando os profissionais a relatarem o evento, substituindo a punição pela aprendizagem com as falhas pela cultura justa⁶. A cultura justa não busca encontrar culpados, mas, sim, a adequada responsabilização, levando em consideração o tipo de comportamento adotado pelos profissionais (erro humano, comportamento de risco e imprudente) para, assim, aplicá-la⁷.

Ademais, no painel internacional, Sattar, Johnsosn e Lawton abordam, em seu estudo, sobre a necessidade em afastar a cultura de culpa e promover o desenvolvimento de uma cultura aberta e transparente que possibilite que a prática de *disclosure* seja mais eficaz. Isso porque o que faz com que o paciente busque meios judiciais é a não divulgação ou divulgação inadequada dos eventos ocorridos. Sendo assim, o paciente espera que ocorra o *disclosure* adequadamente, um pedido de desculpas e, ainda, que seja enfatizado que o evento não ocorrerá mais, havendo uma melhora na qualidade da assistência por aquele profissional⁸.



A partir disso, traz-se à tona a relevância de avaliar o significado que envolve a execução do *disclosure* para os profissionais da saúde, para o paciente vítima de um evento adverso dentro da estrutura hospitalar e para seu familiar, na situação nacional em contrapartida da visão internacional do *disclosure*. Dessa forma, demonstrar-se-ia que o *disclosure* faz parte do processo de segurança do paciente para trazer melhorias na qualidade da assistência prestada aos pacientes e minimizar as falhas.

Instituir a segurança do paciente de forma efetiva corresponde à efetivação de todos os seus níveis, incluindo o *disclosure*, na comunicação de eventos adversos ao paciente, a fim de promover transparência entre profissionais e pacientes e, ainda, buscar ações para a melhoria da assistência, mas, todavia, apesar de sua relevância, há poucos estudos na área. Por isso, esta pesquisa tem como objetivo compreender qual o significado do *disclosure* para o paciente e seus familiares após recebê-lo e o que envolve seu estabelecimento no ambiente hospitalar.

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo sob o parecer número 4.415.870. A coleta dos dados foi programada para a realização em dois hospitais de grande porte, entretanto um não aceitou porque não possui o *disclosure*, sendo realizado, então, em um hospital de grande porte da região Noroeste do Rio Grande do Sul, tendo sua amostra constituída por pacientes e familiares que já receberam o *disclosure* e profissionais da saúde que já o realizaram.

A pesquisa seguiu a resolução 466/2012, com a construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando a dignidade e a autonomia do participante em permanecer ou não na pesquisa, expor quais serão os riscos e benefícios e qual a relevância social da mesma, sendo este um estudo de participação voluntária, podendo o participante retirar seu consentimento a qualquer momento sem que haja prejuízos ao mesmo⁹.

Os critérios de inclusão dos pacientes e familiares foram estar internado durante o período de coleta dos dados e ter sofrido algum tipo de incidente que resultou na realização do *disclosure* ou ter recebido alta em até 2 anos atrás e ter recebido o *disclosure*. No período de coleta não haviam pacientes internados que o tinham recebido, por isso, em reunião com o coordenador do Núcleo de Segurança do Paciente, foram selecionados pacientes que participaram do processo por completo, pois, como a instituição é nível 2 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), apenas precisa realizar o *disclosure* em casos de eventos moderados, graves e fatais, totalizando dois pacientes e dois familiares; então, foi entrado em contato por telefone, dos quais um paciente e um familiar atenderam, e os outros dois estavam com o número desatualizado no cadastro.

Para os profissionais da saúde os critérios de inclusão foram ter participado da realização do *disclosure*. Frente a isso, os profissionais que atendiam os critérios de inclusão foram aqueles que integravam o Núcleo de Segurança do



Paciente, o coordenador do setor em que ocorreu o evento e o profissional envolvido. O total foi de seis profissionais, dos quais quatro aceitaram participar, um não enviou as respostas e um não atendeu aos contatos telefônicos. A coleta de dados, portanto, foi realizada com um total de 6 participantes, no período de dezembro de 2020 a abril de 2021.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento de entrevista semiestruturada para pacientes e familiares e outro para os profissionais da saúde. Nas questões dos pacientes e familiares foram abordados aspectos como a descrição do sentimento inicial em receber o *disclosure*, a confiança em relação ao hospital e seus profissionais após o *disclosure*, o que mudou na segurança do paciente após o incidente e se voltaria a consultar/internar nesta instituição após isso. Para os profissionais foram feitas questões referentes sobre como foi realizar o *disclosure*, se o profissional que cometeu o incidente e fez o *disclosure* foi o mesmo, que dificuldades enfrentou, como foi a condução do processo, como se sentiu no decorrer da investigação, se houve mudanças na segurança do paciente após a execução do processo de *disclosure*, qual o tipo de responsabilização justa é aplicada e o sentimento do profissional em relação a ela.

A análise de dados ocorreu por meio de uma análise de conteúdo das respostas de cada participante, considerando o objetivo proposto para o estudo e a coerência das respostas ao mesmo. Após, foram definidas as categorias, as quais dividiram-se em dois grupos: (1) Profissionais da saúde e sua percepção ante o *disclosure*; (2) Percepção do paciente e seu familiar ante o *disclosure*.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo realizado teve a colaboração de seis participantes, sendo quatro profissionais da saúde, um médico e três enfermeiros, e um paciente e seu familiar. Conforme o TCLE, abordando a ética e sigilo, os participantes serão identificados como: médico, enfermeiro 1, enfermeiro 2, enfermeiro 3, paciente, familiar.

Profissionais da saúde e sua percepção ante o *disclosure*

O *disclosure* envolve a divulgação de eventos adversos aos pacientes e seus familiares e, ainda, busca demonstrar a eles quais serão as medidas adotadas para evitar que tal evento ocorra novamente. Conforme, entretanto, demonstram as respostas dos participantes, podendo se evidenciar nas respostas do Enfermeiro 1 e 3 que seguem, a prática do *disclosure* é um momento difícil e que gera medo nos profissionais, pois é complicado admitir os erros e divulgá-los ao seu paciente.

[...] este é um momento delicado. Talvez seja pelo fato de não termos sido preparados e de, até hoje, vivermos uma cultura em que tais situações sempre foram varridas debaixo do tapete. Nem sequer eram discutidas abertamente entre a equipe do setor em que ocorreram, muito menos fora deste. E o que dirá, admitir e revelar abertamente para a família envolvida no evento (Enfermeiro 1).

A dificuldade maior é como explicar para a família que um evento foi causado pela equipe que deveria manter o cuidado com o paciente para não haver dano; isso é difícil...; a família entender que não foi uma situação proposital, mas que, como trabalhamos com pessoas, esse processo de cuidado é difícil. [...] (Enfermeiro 3).

A partir da análise, pode-se trazer o estudo de Gil Mateu, Forés Bellés e Mendoza Flores *et al.*, que aborda que mesmo que os profissionais tenham o conhecimento que prestar informações é um dever ético e legal, isso não ocorre, pois ainda há a falta de coragem institucional na realização. Eles demonstram que os profissionais acreditam que essa comunicação do evento adverso levará à perda de confiança e alteração no relacionamento profissional e no tratamento do paciente. Ainda alertam, contudo, que a omissão do evento adverso acaba por deixar os profissionais indefesos e ressaltam sobre prestar a orientação adequada aos profissionais para que possam incentivá-los a comunicar os eventos adversos e o pedido de desculpas¹⁰.

Diante disso, pode-se observar a baixa adesão por parte das instituições de saúde, como traz Bahia, informando que de 18 hospitais de grande porte em duas capitais brasileiras apenas 33,3% possuem o *disclosure* como ferramenta de divulgação de eventos adversos⁵. Para mais, Lage e Souza abordam que a falta de apoio institucional, o medo associado a que a comunicação possa gerar processos judiciais, dúvidas sobre o que deve ser dito e a falta de treinamento em dar as más notícias, são barreiras que podem impedir essa comunicação ao paciente³. Ainda, Leitão, Oliveira e Leite *et al.* Trazem, em sua pesquisa, que os profissionais não querem mostrar seus erros, suas falhas, não querem ser expostos¹¹.

Para a facilitação dessa comunicação de eventos adversos ao paciente, portanto, é essencial uma prática regular de comunicação acerca do diagnóstico, planos de tratamento, resultados e complicações. Assim, é possível criar uma relação de maior confiança e abertura com o paciente. Ainda, é preciso que sejam geridos os medos, receios e riscos dessa comunicação, pois, mesmo parecendo uma prática comum, o número de profissionais que tiveram essa experiência é baixo³.

Um estudo realizado com hospitais Ibero-Americanos mostrou que as intervenções realizadas buscam promover mais a notificação de incidentes com consequências mais graves, conforme as recomendações internacionais de segurança do paciente, mas tem baixa efetivação de intervenções que priorizam o apoio aos profissionais da saúde e preservam a reputação do hospital após o evento adverso; o que contrasta com os achados nos países como Estados Unidos e Holanda, que possuem programas para substituir a cultura punitiva após o erro, mostrando a necessidade de uma mudança entre erro e culpa, favorecendo a introdução de mudanças que possibilitem a aprendizagem com os erros¹².

Por isso, observa-se a importância do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para uma modificação na cultura de segurança, uma vez que promove uma melhoria contínua nos processos de qualidade do cuidado e tecnologia, articula e integra os processos de gestão dos riscos e garante as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde¹³. Além disso, conforme as respostas dos



participantes, categoria profissionais da saúde, todos responderam ser o NSP o responsável pela realização do *disclosure*.

Das vezes que participei, a maioria das vezes o profissional envolvido estava presente, mas quem conduzia a conversa era sempre o doutor técnico (integrante do NSP). [...] (Enfermeiro 1).

O *disclosure* é, então, parte do processo de segurança do paciente, pois manter um canal de comunicação transparente, honesto e efetivo entre profissionais e pacientes, além de ser um direito do paciente, auxilia no estabelecimento da cultura de segurança do paciente nas instituições¹⁴.

Para que fosse possível a realização do *disclosure* dentro da instituição hospitalar em questão, superadas as dificuldades e os medos, o Enfermeiro 1 trouxe que:

[...] Depois de ter estudado sobre o tema, buscando embasamento em outras grandes instituições que praticam há vários anos esta prática, realizado um treinamento com alguns integrantes do NSP, conseguiu-se conduzir a conversa sem maiores dificuldades.

Diante disso, observa-se que é preciso que se desenvolva educação e treinamento específicos para a divulgação de eventos adversos, porque esta falta de habilidade leva à insegurança na hora da divulgação e à falta de confiança na condução do processo de *disclosure*, mostrando-se este um problema universal⁸.

Além disso, o *disclosure* deve ser adaptado conforme a necessidade de cada caso e irá ocorrer ao longo do tempo, sendo dividido em estágios. Ele desenrola-se de forma contínua e de acordo com a condição em que o paciente se encontra, a compreensão dos eventos e como surgem as dúvidas¹⁴. Para isso, a seguir, o Enfermeiro 1 aborda como acontece a condução do *disclosure* e as etapas que são seguidas.

[...] Depois da ocorrência de um evento que se enquadra na necessidade de realizar um *disclosure*, o coordenador do NSP colhe o maior número de dados possíveis junto aos envolvidos e registros no prontuário para conhecer a história e a linha do tempo do ocorrido. O coordenador do NSP comunica às pessoas que necessitam estar presente no momento da revelação para a família e agenda uma breve reunião para repassar o caso. Também nesta reunião será decidido quem vai conduzir a conversa. Agenda data e local onde se dará a conversa e comunica o paciente e/ou o familiar responsável. Antes de iniciar a revelação, os participantes são apresentados pelo nome e cargo que ocupam. No *disclosure* inicial procura-se reconhecer o que ocorreu, falar o menos possível em “erros” e sim, colocando-os a par de que está ocorrendo uma investigação do que realmente aconteceu e que posteriormente eles serão comunicados sobre tudo. Solicita-se telefone para contato e é colocado a instituição e os profissionais necessários à disposição para o acompanhamento do caso, mesmo no pós-alta. Abre-se para que possam perguntar sobre qualquer dúvida que tiverem. Toda conversa é registrada em ata que, antes de encerrar, é lida e assinada por todos. Agendada em seguida data, horário e local para o *disclosure* final, quando lhes serão repassadas as informações do que efetivamente aconteceu e o plano de ação que o hospital desenvolveu para evitar que tal episódio volte a acontecer.



O Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP) aborda que o *disclosure* necessita ter um plano de ação com etapas a serem seguidas para que a informação chegue ao paciente de forma clara e precisa. O plano aborda ações a serem tomadas mediante o incidente e como discorrer o *disclosure*. São apontadas como ações iniciais: chamar os profissionais necessários, observar quais as necessidades do paciente, marcar uma reunião para planejar o *disclosure* e, se algum equipamento ou dispositivo estiver envolvido, deve ser retirado de uso¹⁵⁻¹⁶.

Dentro do plano de ações há a etapa de investigação do evento adverso, a qual, de acordo com os profissionais de saúde entrevistados, é importante para identificar as causas, sendo necessário, neste momento, verificar se foram seguidos os protocolos corretamente, levantar os dados e não buscar culpados ou julgá-los, mantendo uma postura neutra, como verifica-se nas respostas do Enfermeiro 1, Enfermeiro 2 e Enfermeiro 3 que seguem.

[...] Sempre que possível me dirigia ao local da cena do evento, assim que o NSP recebeu a notificação. Procurava me manter neutra, não opinar e não julgar durante o levantamento dos fatos. Descrever minuciosamente os detalhes, ler o depoimento colhido ao profissional antes da impressão final e assinatura do mesmo (Enfermeiro 1).

A investigação é uma das etapas mais importantes. Através de uma investigação bem-feita é possível identificar as principais causas que levaram ao paciente sofrer um dano [...] (Enfermeiro 2).

Nesse momento devemos verificar se todas as ferramentas para que seja evitado este evento foi seguida. E o que ocorreu para que não ocorra a culpabilização, porque somos seres humanos erramos [...] (Enfermeiro 3).

Com isso, analisa-se que para repassar os resultados do *disclosure* final ao paciente e familiar é necessário que ocorra uma investigação para compreender como o evento aconteceu. Para isso é preciso deixar as suposições de lado e seguir a metodologia eleita para aplicar a investigação do incidente, baseada em evidências, não buscando culpados de forma imediata, mas realizando uma análise de maneira aprofundada¹⁷.

A investigação deve conter etapas organizadas para melhorar a qualidade da coleta de dados e auxiliar na reflexão dos fatores contribuintes, contexto clínico e quais os problemas na prestação dos cuidados, para que, desta forma, seja possível propor e instituir ações de prevenção para que não volte a ocorrer incidentes como tal futuramente e, conseqüentemente, trazendo uma melhora na assistência⁵⁻⁶.

Pode-se observar nas respostas do Enfermeiro 1 e Enfermeiro 2, na seqüência, que o uso do *disclosure* dentro da segurança do paciente traz melhorias, todavia as melhorias na segurança são percebidas ao longo do tempo conforme elas movem os pilares da cultura de segurança do paciente, levando a uma melhor qualidade na assistência prestada. Para mais, também destaca-se a necessidade em investir em treinamentos, tanto para uma prática adequada do *disclosure* quanto para aprimorar a segurança do paciente.



As mudanças provavelmente serão percebidas a médio e longo prazo por este ser ainda um processo novo. [...] também se percebe que os profissionais encaram todo o processo com mais serenidade, algo positivo para contribuir na elucidação dos fatos, encontrar os fatores determinantes das falhas que acontecem, estabelecer ações de melhoria, rever o processo envolvido e incansavelmente investir na capacitação das pessoas [...] (Enfermeiro 1).

[...] observa-se mudanças principalmente com profissionais com mais tempo de formação/atuação. A principal mudança está relacionada à cultura da segurança, visto que é uma forma diferente de tratar os pacientes, quando ocorre um dano não intencional (Enfermeiro 2).

Observa-se, desta forma, como o *disclosure*, dentro da segurança do paciente, por meio de seu processo de comunicação/divulgação de eventos adversos aos pacientes e familiares, traz uma reflexão acerca dos erros e falhas na assistência, promovendo uma melhora contínua em sua qualidade e segurança. Ainda, auxilia na composição da cultura de segurança do paciente e promove o diálogo entre pacientes, familiares e profissionais da saúde estreitando seus laços e aumentando a confiança, fazendo com que sejam prevenidos incidentes futuros⁵.

É necessário, entretanto, que seja criado um ambiente favorável à notificação dos eventos adversos por meio de vias formais, para que seja possível adotar a conduta adequada e a prática do *disclosure*. Desta forma, deve-se substituir a cultura de punição pelos erros por uma cultura de responsabilização justa, em que os eventos adversos ocorridos são abordados como aprendizados que levam a ações para melhorar o processo de assistência e a mitigação dos incidentes e eventos adversos¹⁸. Na sequência pode-se verificar a resposta do Médico e do Enfermeiro 3.

A filosofia do *disclosure* não busca punir, mas, sim, mostrar a transparência, identificar o erro e modificar o processo para que não ocorram mais eventos adversos (Médico).

Acredito que a responsabilização é identificar que cometemos falhas e sermos responsáveis por elas, identificando e melhorando para os próximos passos. Não é uma tarefa fácil reconhecer; nós seres humanos não queremos falhar; o que não pode é nos acostumarmos com isso e achar que é normal. Devemos ser responsáveis e fazer a mudança necessária para que não ocorra novamente (Enfermeiro 3).

Posto isto, há a necessidade em estabelecer uma cultura justa em que se delimite de forma clara quais são os comportamentos aceitáveis e os inaceitáveis, ou seja, se não há protocolos de segurança bem-definidos, quando há eles não são seguidos criteriosamente de forma consciente, apresentando comportamento de risco à assistência. O ambiente de trabalho é satisfatório para seus funcionários, pois oferece adequada infraestrutura física e tecnológica. É preciso que se reflita a respeito destas questões para que se possa aplicar a responsabilização justa e, ainda, promover um ambiente que crie a consciência da importância em relatar incidentes e eventos adversos, o que ocorre quando tem-se uma cultura de segurança do paciente instituída nos hospitais¹⁹.



Conforme o supraexposto, pode-se observar a importância do *disclosure* dentro da segurança do paciente para promover a sua execução de forma consistente, trazer reflexões acerca da qualidade da assistência prestada pelos profissionais e criar ações que melhorem os protocolos de segurança por meio da educação, não permitindo que ocorram mais incidentes e eventos adversos.

Percepção do paciente e seu familiar ante o *disclosure*

O *disclosure* é parte do processo de segurança do paciente e objetiva realizar um pedido de desculpas e mostrar que serão elaborados planos e ações para que não venham mais a ocorrer eventos adversos futuramente, além de promover os direitos do paciente²⁰. Inicialmente, entretanto, receber o primeiro *disclosure* os deixa assustados, conforme pode-se analisar em suas respostas:

Pra mim foi bem difícil porque eu não esperava isso, né. Aí foi difícil por causa da nenê no início, porque eu fiquei lá sedada cheia de remédio eu não pude dormir não pude ficar com ela [...] (Paciente).

Tive um choque em saber que ela tava passando por isso; como ela tava mal; fiquei apavorado com o que fizeram com ela [...] (Familiar).

Na perspectiva dos familiares, o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente aborda o ponto de vista deles perante a ausência do *disclosure* ou quando tal ocorre de maneira parcial, ou seja, não contém todos os dados e deixa a família duvidosa. Isso faz o familiar perder a confiança e a credibilidade sobre o profissional, pois tem a impressão de que este está escondendo algo, além de despertar a impressão de que a instituição não os tratou bem e falhou com eles no processo de comunicação²¹.

Conforme observado nos discursos dos entrevistados, esse processo é muito impactante, porém, ao desenrolar-se do processo e da prestação de cuidados relacionado à transparência entre a instituição, o paciente e o familiar, fortalece o sentimento de segurança.

Na verdade me deu uma certa segurança porque eles tavam todo momento lá, que eu precisava, eu perguntava minhas dúvidas; as enfermeiras levavam meus remédios e me explicava; quando eu tinha dor falava, pedia atendimento e elas vinham lá e me ajudavam. Foi bem bom o atendimento deles (Paciente).

[...] se não tivessem contado ia ser pior ainda (Familiar).

Por isso, a realização do *disclosure* promove o aumento da confiabilidade no sistema devido à demonstração de preocupação pela instituição com seus usuários e um compromisso institucional em corrigir suas falhas e aperfeiçoar seus processos para que o incidente não volte a ocorrer, o que afirma, também, uma cultura de segurança do paciente²³.

Assim, após a ocorrência de um evento adverso, os pacientes e familiares esperam ser comunicados sobre o que ocorreu, como será prevenido no futuro e o pedido de desculpas. Ainda, esperam que a instituição esteja envolvida no gerenciamento do evento adverso, buscando entender a perspectiva e oferecer o apoio adequado e a compensação financeira se preciso³.



[...] Não deixaram nada pra traz do que aconteceu, contaram tudo. Eu tive duas reuniões sozinho com ele e com o núcleo da segurança e na outra vez com ela junto; eles explicaram tudo bem certinho (Familiar).

Ademais, na percepção dos pacientes, assumir a responsabilidade sobre o evento adverso é importante, pois os faz confiar nos profissionais por meio desta demonstração de que buscam prevenir a recorrência destes eventos, mostrando um esforço para reduzir ao máximo as complicações. Também, os pacientes referem que a assumindo se esforçará mais para que isso não aconteça novamente⁸. Isso ocorre para proporcionar a construção de uma cultura de segurança do paciente. É preciso que se tenha um processo contínuo e evolutivo de educação, promovendo a aprendizagem por meio de situações de eventos adversos identificados¹⁹.

Para que, todavia, de fato, não ocorram ações judiciais referentes ao evento adverso, é necessário que o *disclosure* demonstre-se de forma franca, transparente, honesta e sincera, não se resumindo a uma confissão do profissional e, sim, a um método de comunicação, pedido de desculpas e elaboração de ações de educação para melhoria da segurança e qualidade da assistência prestada ao paciente²¹.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar o medo inicial dos profissionais da saúde em relação à realização do *disclosure* devido à falta de treinamentos e o medo em admitir e revelar os eventos adversos ocorridos. Em instituições acreditadas, no entanto, em que há um investimento nesse processo de revelação, os profissionais passam por treinamentos e capacitações, o que promove mais segurança para que possam pôr em prática o processo de *disclosure*, além de fortalecer a segurança do paciente, a melhora na qualidade da assistência e instituir a cultura justa nas instituições hospitalares.

No que se refere ao paciente e ao familiar pode-se concluir que com a revelação do evento adverso ocorrido, inicialmente, gerou-se neles revolta, insegurança e preocupação, mas a investigação e o detalhamento do caso, abordando todos os aspectos e oferecendo um atendimento humanizado e especializado, deixou-os confiantes em relação à instituição de saúde, pois demonstraram a eles a transparência do hospital com seus pacientes.

Com a análise dos resultados da pesquisa consegue-se demonstrar a necessidade de mais treinamentos e, além disso, trazer para o debate a questão do *disclosure*, para que os profissionais da saúde e os pacientes possam conhecê-lo de forma mais aprofundada, discutindo sobre todos os aspectos que o permeiam, englobando-se eventos adversos provocados por erros humanos, problemas no processo de assistência e por falhas em equipamentos eletrônicos; ademais, por poder proporcionar uma reflexão sobre a cultura justa, o erro, a culpa e a punição.

Ainda, o *disclosure* demonstra grande papel dentro do processo de segurança do paciente, pois com sua aplicação, conforme os protocolos corretos,

consegue-se demonstrar ao paciente e ao familiar como a instituição hospitalar conduz a assistência em saúde, gerindo essa transparência entre hospital e cliente, promovendo a comunicação e a segurança entre profissionais, pacientes e familiares. Também ocasiona que, a partir do reconhecimento do erro, sejam criados e realizados treinamentos específicos para se prevenir novos episódios de eventos adversos, fazendo com que estes eventos tragam aprendizados aos profissionais e, com isso, uma melhor qualidade à assistência em saúde.

Outro ponto a se destacar é a criação de uma cultura de responsabilização justa, a qual incentiva a notificação dos eventos por meio das vias formais para que seja corrigido, não buscando apenas culpados para punir. Com isso, além de trazer melhorias na qualidade da assistência, também estes estarão cumprindo com os direitos do paciente.

Dessa maneira, pode-se observar que o *disclosure* traz grandes benefícios tanto à instituição hospitalar quanto ao seu paciente, mas, infelizmente, apresenta baixa adesão. Por isso, salienta-se a necessidade de estudos nacionais que contemplem maior público de participantes para compreender, de forma aprofundada e mais abrangente, os anseios que permeiam sua efetivação, o ponto de vista e o sentimento do paciente em relação a ele.



REFERÊNCIAS

- ¹ Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução Caroline Buss, Camila Philbert, Lajolo Schrotberger e André Anjos da Silva. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- ² Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 7 abr. 2021.
- ³ Lage MJ, Souza P. Disclosure: a “arte” de saber comunicar ao paciente um incidente relacionado com os cuidados de saúde. In: Souza P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Intranet]. 2019. [citado em 1º abr. 2021]; 2. ed. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Editora Fiocruz; 2019. ISBN 978-85-7541-642-6. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- ⁴ Hospital Israelita Albert Einstein. Eventos adversos e a repercussão na vida real. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/5602287/Eventos+Adversos+e+a+Repercuss%C3%A3o+na+Vida+Real++FERNANDA+FERNANDES++JULIA+LIMA.pdf/943af2bb-239f-4990-b720-0e73972f2661>. Acesso em: 1º abr. 2021.
- ⁵ Bahia AA. Desafios na implementação do disclosure como componente do processo de segurança assistencial. 2019. 35 f. Tese (Especialista em Gestão Pública em Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Minas Gerais, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/32137/1/TCC%20-%20ATA%20-%20DESAFIOS%20NA%20IMPLANTA%C3%87%C3%83O%20DO%20DISCLOSURE%20COMO%20COMPONENTE%20DO%20PROCESSO%20DE%20SEGURAN%C3%87A%20ASSIST%C3%8A%20NCIAL%20.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2021.
- ⁶ Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. 2. ed. Brasília, 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/Caderno-1-Assist%C3%Aancia-Segura-Uma-Reflex%C3%A3o-Te%C3%B3rica-Aplicada-%C3%A0-Pr%C3%A1tica.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2021.
- ⁷ Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde In: Souza P, Mendes, W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [Intranet]. 2019. [citado



- 16 abr. 2021); 2. ed. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Editora Fiocruz; 2019. ISBN 978-85-7541-642-6. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- ⁸ Sattar R, Johnson J, Lawton R. The views and experiences of patients and health-care professionals on the disclosure of adverse events: A systematic review and qualitative meta-ethnographic synthesis. *Health Expectations*. [Intranet] 2020 June [cited 2021 Mar. 20] 23: 570-582. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7321730/> Acesso em: 20 mar. 2021.
- ⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 7 abr. 2021.
- ¹⁰ Gil Mateu E, Forés Bellés JA, Mendoza Flores C, Farnós López V, Gombau Cid B, Ginovart Miralles J. La comunicaci3n de los efectos adversos en un servicio de urgencias. *Metas Enferm* [Intranet] 2020 feb. [citado marzo 2022 26] 23(1):25-32. DOI: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.23.1003081530>. Acesso em: 26 mar. 2022.
- ¹¹ Leit3o IMTA, Oliveira RM, Leite SS, Sobral MC, Figueiredo SV, Cadete MC. An3lise da comunica3o de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Intranet]. 2013 [citado 16 maio 2021]; 2013;14(6):1.073-1.083. Universidade Federal do Cear3 Fortaleza, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419003>. Acesso em: 16 maio 2021.
- ¹² Mira JJ, Carrillo I, Garc3a-Elorrio E, Andrade-Louren3o DCDE, Pavan-Baptista PC, Franco-Herrera AL, Campos-Castolo EM, Poblete R, Limo J, Siu H, Sousa P. What Ibero-American hospitals do when things go wrong? A cross-sectional international study. *International Journal for Quality in Health Car*. June 2020;32(5):313-318. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa031>. Acesso em: 26 mar. 2022.
- ¹³ Ag3ncia Nacional de Vigil3ncia Sanit3ria (Brasil). Implementa3o do n3cleo de seguran3a do paciente em servi3os de sa3de. Bras3lia, 2016. Disponível em https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2016-anvisa---caderno-6---implantacao-nucleo-de-seguranca.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.
- ¹⁴ Canadian Patient Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines. Canada, 2008. ISBN: 9780973927092. Disponível em: http://www.chirofed.ca/english/pdf/CPSI_Canadian_Disclosure_Guidelines_EN.pdf. Acesso em: 25 mar. 2021.
- ¹⁵ Instituto Brasileiro para Seguran3a do Paciente. Disclosure: um guia pr3tico para comunicar erros na sa3de. S3o Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.segurancaadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/disclosure-um-guia-pratico-para-comunicar-erros-na-saude/>. Acesso em: 31 mar. 2021.
- ¹⁶ Truog RD, Browning DM, Johnson JA, Gallagher TH. Talking with patients and families about medical error: a guide for education and practice. 1. ed. Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2011.
- ¹⁷ Ag3ncia Nacional de Vigil3ncia Sanit3ria (Brasil). Gest3o de riscos e investiga3o de eventos adversos relacionados 3 assist3ncia 3 sa3de. 1. ed. Bras3lia, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7++Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>. Acesso em: 6 abr. 2021.
- ¹⁸ Clements N, Gillespie G, Dawson S, Whitegouse S, McDavid G. Casebook. The Story of Beth Bowen Asia. [Intranet]. 2014 Sept. [cited 2021 Apr. 22]; 22(3). Disponível em: <https://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/casebook-pdfs/asia-casebook-pdfs/september-2014.pdf?sfvrsn=4>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- ¹⁹ Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de seguran3a do paciente no 3mbito da enfermagem: reflex3o te3rica. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. [Intranet]. 2018 [cited 2021 Mar. 24];8:e2600. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2600/1880>. Acesso em: 24 mar. 2021.

-
- ²⁰ Albuquerque A, Regis A. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista de Direito Sanitário* [Internet] 2020 [citado 16 maio 2021];20(3):3-25. DOI: <http://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25>. Acesso em: 16 maio 2021.
- ²¹ Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. *Disclosure: quando contar ao paciente e à família sobre um erro ou evento adverso?* São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/seguranca-e-gestao/disclosure-quando-contar-ao-paciente-e-a-familia-sobre-um-erro-ou-evento-adverso/>. Acesso em: 2 abr. 2021.
- ²² Canelada HF, Levorato CD, Laurindo MC, Souza DA, Nadai TR. Disclosure: participação de usuários e sua rede de apoio social na ocorrência de eventos adversos. *Revista Qualidade HC*, Ribeirão Preto, São Paulo. [Intranet]. 2016 [citado 24 mar. 2021];1(1):70-74, 2016. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/155/155.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.



Todo conteúdo da Revista Contexto & Saúde está
sob Licença Creative Commons CC - By 4.0