



DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13542

Ahead of Print

Giselle Viana Miralhes Vargas¹ 0009-0001-8618-1169.
Raphael Dias de Mello Pereira² 0000-0003-0723-9658.
Davi da Silveira Barroso Alves³ 0000-0001-8664-703X

^{1,3} Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Giselle Viana Miralhes Vargas

E-mail: giselle.vargas@unirio.br

Recebido em: 10/09/2024

Aceito em: 12/02/2025

Como citar este artigo: Vargas GVM, Pereira RDM, Alves DSB. Mapeamento das práticas de disclosure em ambientes hospitalares: revisão de escopo. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2022 [acesso em dia mês ano];17:e13542. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.13530>.

MAPEAMENTO DAS PRÁTICAS DE DISCLOSURE EM AMBIENTES HOSPITALARES: REVISÃO DE ESCOPO

MAPPING OF DISCLOSURE PRACTICES IN HOSPITAL SETTINGS: SCOPING REVIEW

MAPEO DE LAS PRÁCTICAS DE DISCLOSURE EN ENTORNOS HOSPITALARIOS: REVISIÓN DE ALCANCE

RESUMO

Objetivo: mapear as práticas de disclosure de eventos adversos para pacientes internados e seus acompanhantes, relacionadas à segurança do paciente, em ambientes hospitalares.

Método: trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão de escopo, desenvolvida a partir da metodologia aplicada pelo Joanna Briggs Institute para revisões de escopo.

Resultados: foram identificados 3876 artigos nas bases citadas; e 180 publicações na literatura cinzenta. Após a exclusão dos estudos duplicados, validação dos critérios de inclusão e leitura na íntegra, foram eleitas 25 publicações científicas para a análise.

Considerações finais: a partir da revisão de escopo, observou-se diversas estratégias para executar a prática do disclosure, dentre elas, o pedido de desculpas surgiu como uma forma de reduzir o impacto dos eventos adversos, e demonstrar empatia, respeito e responsabilidade, por parte dos profissionais de saúde.

DESCRIPTORES: Comunicação em saúde; Pacientes internados; Revelação da verdade; Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: to map the disclosure practices of adverse events to hospitalized patients and their companions, related to patient safety, in hospital settings. **Method:** this is a qualitative research, of the scoping review type, developed based on the methodology applied by the Joanna Briggs Institute for scoping reviews. **Results:** a total of 3876 articles were identified in the cited databases, and 180 publications in the gray literature. After the exclusion of duplicate studies, validation of inclusion criteria, and full-text reading, 25 scientific publications were selected for analysis. **Final Considerations:** from the scoping review, various strategies for executing the practice of disclosure were observed, among which the apology emerged as a way to reduce the impact of adverse events and demonstrate empathy, respect, and responsibility on the part of healthcare professionals.

DESCRIPTORS: Health communication; Hospitalized patients; Truth disclosure; Patient safety.

RESUMEN

Objetivo: mapear las prácticas de disclosure de eventos adversos para pacientes hospitalizados y sus acompañantes, relacionadas con la seguridad del paciente, en entornos hospitalarios. **Método:** se trata de una investigación cualitativa, del tipo revisión de alcance, desarrollada a partir de la metodología aplicada por el Joanna Briggs Institute para revisiones de alcance. **Resultados:** se identificaron un total de 3876 artículos en las bases de datos citadas, y 180 publicaciones en la literatura gris. Después de la exclusión de estudios duplicados, la validación de los criterios de inclusión y la lectura completa del texto, se

seleccionaron 25 publicaciones científicas para el análisis. **Consideraciones Finales:** a partir de la revisión de alcance, se observaron varias estrategias para ejecutar la práctica del disclosure, entre las cuales la disculpa surgió como una forma de reducir el impacto de los eventos adversos y demostrar empatía, respeto y responsabilidad por parte de los profesionales de la salud.

DESCRIPTORES: Comunicación en salud; Pacientes hospitalizados; Revelación de la verdad; Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

A prática do *disclosure* está diretamente relacionada à qualidade da assistência em saúde. Assim, a qualidade da assistência em saúde tem como uma das suas definições, “a compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões”.^{1:31}

Nessa perspectiva, a OMS adaptou o grupo de dimensões desenvolvido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, de forma a embasar a elaboração de vários indicadores em todo o mundo. Assim, é imprescindível que, para obter qualidade da assistência em saúde, os seguintes aspectos sejam contemplados: segurança, efetividade, atenção centrada no paciente, acesso, eficiência e equidade.¹

A segurança descrita acima refere-se a não ocorrência de dano ao paciente. Já a efetividade aborda o benefício da população em relação ao conhecimento científico dos profissionais de saúde. Sobre a atenção centrada no paciente, este aspecto faz alusão a considerar os aspectos particulares de cada pessoa, considerando as suas necessidades e valores, de forma que esses fatores norteiem as tomadas de decisão. O acesso se refere ao atendimento nos horários previamente acordados; a eficiência promove a prevenção de desperdícios; e por fim, a equidade reflete sobre as características singulares a cada paciente, no que diz respeito ao gênero, etnia, dentre outros.¹

Os fatores que resultam em eventos adversos no ambiente hospitalar afetam não só a saúde de pacientes internados, mas também a vida de seus acompanhantes e/ou

familiares, além de impactar negativamente os profissionais envolvidos e a instituição de saúde.²

Do ponto de vista ético, a prática do *disclosure* precisa ser incorporada à cultura de segurança do paciente, de forma que as instituições de saúde se comprometam a instituir essa prática junto a seus profissionais.²

Uma vez que a prática do *disclosure* é negada, é negado também o direito do paciente em ter suas demandas em saúde solucionadas de forma respeitosa e transparente. Sabe-se que incidentes podem acontecer, assim, a prática do *disclosure* impacta diretamente na segurança do paciente, de forma a minimizar outros incidentes.²

A ocorrência de eventos adversos devido a cuidados em saúde inseguros, é, provavelmente, uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo. Em países de alta renda, estima-se que um em cada dez pacientes sofre algum dano ao receber cuidados hospitalares.³

Esta revisão de escopo justifica-se diante da necessidade de se discutir a prática do *disclosure* nos espaços hospitalares, de forma a melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, e assim, intensificar a segurança do paciente, e colaborar para evitar novos incidentes.

O objetivo deste estudo foi mapear as práticas de *disclosure* de eventos adversos para pacientes internados e seus acompanhantes, relacionadas à segurança do paciente, em ambientes hospitalares

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo revisão de escopo, que é um tipo de estudo que busca mapear toda a literatura científica disponível sobre determinada questão, tanto as evidências publicadas, quanto a literatura cinzenta. Na revisão de escopo, as evidências científicas são sintetizadas, de forma a esclarecer as dúvidas levantadas na pergunta de pesquisa, possibilitando esclarecer, de forma ampla, o que e como está sendo estudado um conceito ou fator específico.⁴

Esta pesquisa foi realizada no período compreendido entre os meses de fevereiro e abril de 2024. Foram seguidas todas as etapas propostas para estruturar a revisão de escopo, apresentadas a seguir. Além disso, ressalta-se que este estudo foi guiado pelo checklist PRISMA-ScR, que conduziu tanto a elaboração da revisão, quanto a apresentação dos resultados.⁵

Esta revisão de escopo foi desenvolvida a partir da metodologia aplicada pelo *Joanna Briggs Institute* para revisões de escopo, e teve seu protocolo preliminarmente registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), através do *Digital Object Identifier* (DOI): 10.17605/OSF.IO/B75DQ.

A primeira etapa da revisão de escopo consiste em definir e alinhar o objetivo à pergunta de pesquisa. A pergunta de pesquisa possui extrema importância dentro de uma revisão de escopo, pois ela norteia todo o processo de mapeamento das evidências científicas. Assim, a pergunta deve ser de fácil compreensão, para que não haja dúvidas na sua leitura e interpretação.⁶

Nesse contexto, a pergunta de pesquisa foi formulada a partir do acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto, respectivamente), da seguinte forma:

P - Pacientes e seus acompanhantes;

C - *Disclosure* de eventos adversos;

C - Hospitais.

A partir desses termos, originou-se a seguinte questão: Quais são as práticas de *disclosure* de eventos adversos para pacientes internados e seus acompanhantes em hospitais?

A seguir, foram alinhados os critérios de inclusão com o objetivo e a pergunta de pesquisa. Para tanto, foram considerados como critérios de inclusão os desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados e não randomizados. Além disso, foram acrescentados estudos de coorte prospectivos e

retrospectivos, estudos de caso-controle e transversais analíticos. Esta revisão também considerou desenhos de estudos observacionais descritivos, tais como relatos de casos.

Esta revisão abrangeu, também, estudos qualitativos incluindo, entre outros, designs como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, investigação-ação e investigação feminista. Além disso, também foram integradas as revisões sistemáticas que atendiam aos critérios de inclusão, dependendo da questão de pesquisa. Textos e artigos de opinião também foram incluídos nesta revisão de escopo.

Não houve recorte temporal, nem restrição de idioma.

Foram utilizadas terminologias apropriadas para busca e seleção de dados, obtidas através de vocábulos estruturados, registrados no tesouro Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) (quadro 01).⁷

Quadro 01. Seleção dos descritores para a revisão de escopo

DeCS	Pacientes internados; Revelação da verdade; Hospitais
MeSH	<i>Inpatients, Truth Disclosure; Hospitals</i>

Fonte: Próprios autores, 2024.

A estratégia de busca teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados, sendo realizada em três etapas. Inicialmente foram identificados os termos padronizados e sinônimos nos vocabulários controlados. Foi realizada uma busca preliminar para identificar artigos sobre o tema e a existência de revisões publicadas, ou em andamento. As palavras do texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes e os termos de indexação usados para descrever os artigos foram empregados para desenvolver uma estratégia de busca completa, conforme aplicado no MEDLINE/Pubmed, para posterior

aplicação e adaptação nas bases de dados/fontes de informação relevantes: LILACS, IBECs, BDNF, WPRIM, MULTIMEDIA, BINACIS, CUMED, colecionaSUS, HomeoIndex e MTYCI do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE/PubMed; EMBASE e SCOPUS/Elsevier; CINAHL e ASP/EBSCO, Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Web of Science Core Collection/Clarivate Analytics. Pubmed Central (PMC), Epistemonikos, Google Acadêmico e Science.gov.

Posteriormente à realização das buscas, as evidências encontradas foram exportadas para a ferramenta virtual *Rayyan*, que é uma ferramenta que possibilita eliminar as evidências duplicadas; analisar os títulos e resumos dos artigos, além de permitir a revisão por mais de um revisor, de forma independente. A revisão foi realizada de forma duplo-cega por dois revisores, de acordo com os critérios de inclusão. Um terceiro revisor foi solicitado para resolver as divergências encontradas.

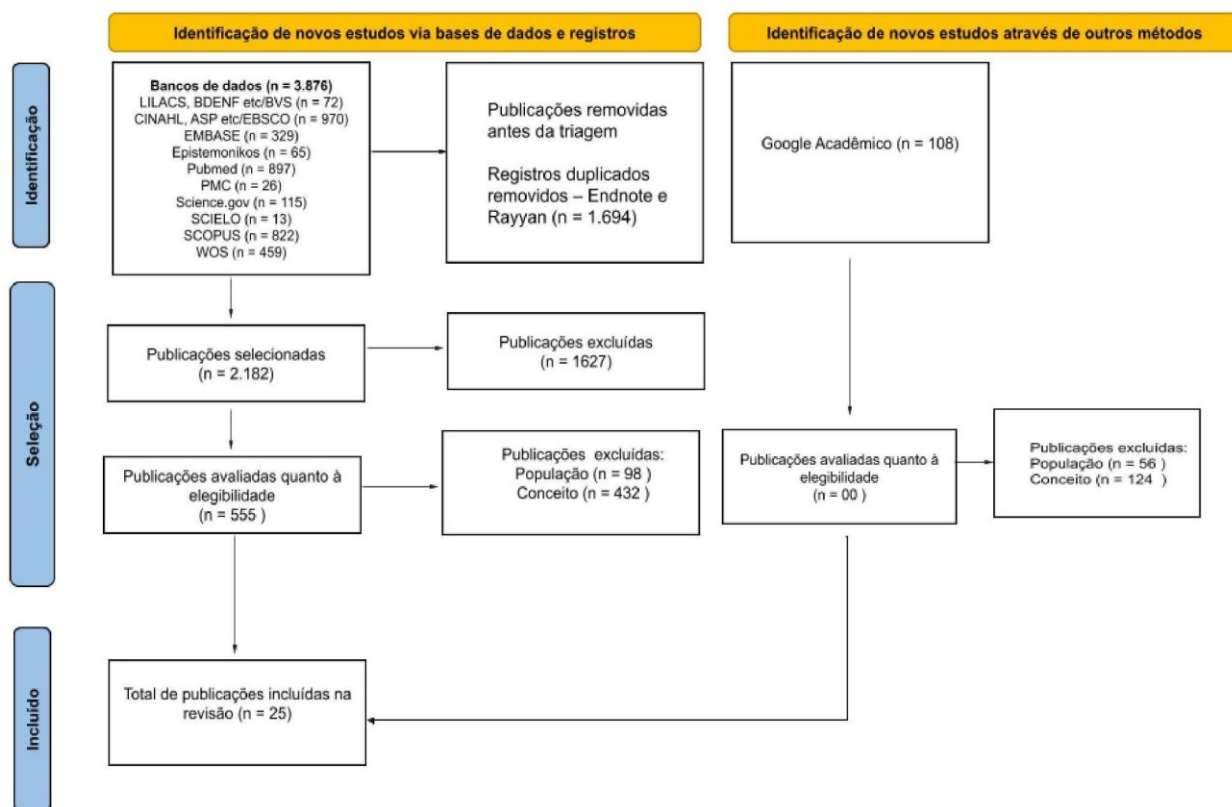
Assim, os artigos encontrados foram avaliados de acordo com os títulos e os resumos, e excluídos aqueles que não tinham potencial para integrar o estudo e que não atendiam aos objetivos da pesquisa.

Por fim, uma terceira rodada de avaliação das evidências consistiu na leitura das evidências científicas na íntegra. Após essa ação, 25 artigos foram eleitos para a análise.

RESULTADOS

Foram identificados 3876 artigos nas bases citadas; e 180 publicações na literatura cinzenta. Após a exclusão dos estudos duplicados, validação dos critérios de inclusão e leitura na íntegra, foram eleitas 25 publicações científicas para a análise, conforme o fluxograma PRISMA (figura 01).

Figura 01: Fluxograma PRISMA



Fonte: Page, 2020 (adaptado).

Os artigos utilizados no estudo foram sintetizados e organizados quanto aos autores, delineamento do estudo, ano e país de publicação, e ações de *disclosure* descritas, e encontram-se no Quadro 03.

Quadro 03. Caracterização dos estudos

ID	Autores	Delineamento de estudo	Ano de publicação	País de condução do estudo	Ações de <i>disclosure</i> descritas
A1	Wagner; Damianakis; Pho; Tourangeau. ⁸	Estudo Transversal	2013	Canadá	- Comunicação honesta - Diálogo aberto não punitivo
A2	Martín-Dlegado; Fernández-Maillo; Bañeres-Amella; Campillo-Artero; Cabré; Anglès <i>et al.</i> ⁹	Estudo Observacional	2013	Espanha	- Envolvimento dos pacientes forma positiva - Capacitação dos profissionais em habilidades de comunicação e informação sobre más notícias - Comunicação aos pacientes e seus familiares, de forma aberta e honesta - Pedido de desculpas
A3	Petronio; Torke; Bosslet; Isenberg, MD; Lucia Wocial, RN, PhD; Paul R Helft, MD. ¹⁰	Revisão de literatura	2013	Estados Unidos	- Preparo do médico - Formulação de entrega da informação
A4	Birks; Harrison; Bosanquet; Hall; Harden; Entwistle <i>et al.</i> ¹¹	Revisão de escopo	2014	Reino Unido	- Divulgação aberta e mudança de cultura - Pedido de desculpas - Clareza
A5	Watson; Angus; Gore; Farmer. ¹²	Estudo Observacional	2014	Austrália	- Divulgação aberta - Usar expressão de pesar

					- Garantir apoio financeiro e emocional - Discussão de dano - Explicar fatos
A6	Birks. ¹³	Publicação em revista científica	2014	Reino Unido	- Fornecer um pedido de desculpas genuíno e oportuno pelo que aconteceu - Manter os pacientes e/ou seus cuidadores informados sobre o progresso feito na investigação do incidente - Tranquilizar os pacientes e/ou cuidadores de que o incidente está sendo levado a sério - Garantir que sejam tomadas medidas para evitar que isso aconteça novamente - Franqueza
A7	Elwy; Bokhour; Maguire; Wagner; Asch; Gifford <i>et al.</i> ¹⁴	Estudo observacional transversal	2014	Estados Unidos	- Comunicação rápida - Oferta de reparação - Preparo prévio da instituição - Treinamento da equipe - Comunicar as partes interessadas
A8	Sukalich; Elliott; Ruffner. ¹⁵	Estudo Observacional	2014	Estados Unidos	- Divulgação oportuna e empática - Pedido de desculpas

A9	Mira; Lorenzo. ¹⁶	Estudo observacional	2015	Espanha	- Pedido de desculpas - Paciente participantes da investigação - Honestidade
A10	McLennan; Rich; Truog. ¹⁷	Editorial	2015	Canadá	- Honestidade - Transparência - Pedido de desculpas - Treinamento equipe - Apoio emocional - Reestabelecimento dos danos
A11	McLennan. ¹⁸	Revisão sistemática	2015	Argentina	- Pedido de desculpas - Honestidade
A12	Dahan; Ducard; Caeymaex. ¹⁹	Estudo observacional	2017	França	- Pedido de desculpas
A13	Cernadas. ²⁰	Editorial	2017	Argentina	- Pedidos de desculpas - Linguagem não falada - Estabelecer parceria entre pacientes e familiares - Transmissão de informações
A14	Mira; Lorenzo; Carrillo; Ferrús; Silvestre; Astier <i>et al.</i> ²¹	Revisão de literatura	2017	Estados Unidos	- Política organizacional - Pedido de desculpas - Divulgação - Prevenir rejeição dos profissionais

					- Prevenção de incidentes futuros - Comunicação aberta - Empatia
A15	Hannawa. ²²	Editorial científico	2017	Suíça	- Pedido de desculpas - Constituir conteúdo informativo para uma divulgação de erros, humildade, confiança, transparência, explicação cronológica de forma clara e calma, investir em um relacionamento com paciente, divulgação presencial, termos de fácil entendimento, ações de prevenção e reparação do dano.
A16	Kling. ²³	Editorial científico	2018	Estados Unidos	- Explicação do ocorrido - Intenção de investigar o ocorrido - Pedido de desculpas - Admissão de que houve danos - Educação - Treinamento
A17	Moffatt-Bruce; Ferdinand; Fann. ²⁴	Editorial	2018	Estados Unidos	- Transparência; - Divulgação apropriada.
A18	Crimmins; Wong; Tsyrluk;	Estudo observacional	2018	Estados Unidos	- Vínculo com o paciente;

	Jubanyik; Dziura; Dodge <i>et al.</i> ²⁵				- Divulgação e pedido de desculpas; - Oferecer recursos de apoio; - Compromisso.
A19	Peterson <i>et al.</i> ²⁶	Estudo observacional	2019	Estados Unidos	- Padronização da divulgação; - Desenvolvimento de recursos educacionais.
A20	Choi; Pyo; Ock; Lee. ²⁷	Estudo observacional	2019	Coréia	- Explicação; - Pedido de desculpas; - Treinamento; - Formação adequada
A21	Prentice ;Bell; Thomas; Schneider; Weingart; Weissman <i>et al.</i> ²⁸	Estudo observacional transversal	2020	Estados Unidos	- Comunicação aberta; - Pedido de desculpas; - Implementação de programas de comunicação e resolução.
A22	Carmack. ²⁹	Relato de caso	2020	Estados Unidos	- Pedido de desculpas; - Admitir falha; - Recompensação.
A23	Dijkstra; Roodbeen; Bouwman; Pemberton; Friele. ³⁰	Revisão de escopo	2020	Estados Unidos	- Divulgação aberta; - Paciente como parceiro; - Necessidade de compensação financeira;

					- Tratamento de reclamações, mediação, programa de comunicação e resolução; - Organização de estratégias; - Apoio.
A24	Ross; Newman. ³¹	Editorial	2021	Estados Unidos	- Pedido de desculpas; - Comunicação; - Transparência.
A25	Albuquerque. ³²	Revisão sistemática	2022	Brasil	- Provisão de serviços de saúde física e mental para o paciente e/ou familiar; - Pedido de desculpas; - Explicação factual sobre o que aconteceu; - Oportunidade para o paciente/familiares relatar a sua experiência; - Conversa sobre as consequências potenciais do incidente; - Explicação sobre as medidas adotadas para manejar o evento ocorrido; - Prevenção de eventos futuros; - Empatia;

					- Transparência.
--	--	--	--	--	------------------

Fonte: Próprios autores, 2024

DISCUSSÃO

A partir dos dados dos estudos recuperados para a análise, emergiram três capítulos para a discussão, de forma que os achados fiquem organizados de forma compreensível:

O direito do paciente de receber um pedido de desculpas

Este termo foi abordado em 84% dos estudos da revisão de escopo, apresentando, inclusive, termos semelhantes, tais como usar expressão de pesar, e oferta de reparação e de compensação.

Fornecer um pedido de desculpas após um incidente que gerou um dano, demonstra empatia pelo ocorrido, além de expressar interesse no bem-estar do paciente, porém percebe-se a necessidade de um protocolo adequado para ocorrer esse pedido de desculpas. Além disso, uma outra necessidade é a proteção jurídica de profissionais, pois dessa forma, estimula-se a comunicação efetiva, o pedido de desculpas e a prática de *disclosure*, em virtude dessa proteção, inclusive no que se refere à cultura punitiva de algumas instituições de saúde.^{9, 11,13,16}

O pedido de desculpas é, sobretudo, a primeira providência a se tomar na ocorrência de um incidente, com ou sem dano; e uma das primeiras ações que objetivam evitar novos incidentes. O pedido de desculpas faz parte do cuidado centrado no paciente, de forma que, ao assumir um erro inesperado, o profissional e a instituição reafirmam o compromisso com a transparência, perante a confiança que o paciente depositou.^{1, 17, 25}

Contudo, um estudo realizado no Canadá apresentou mudanças na legislação local, de modo que o pedido de desculpas não seja um atenuante nos casos de processos judiciais por incidentes com dano ao paciente, ainda que não intencionais. E para que esse fator não desestime os profissionais a comunicarem os incidentes, a prática de *disclosure* tornou-se obrigatória. Isso significa que as instituições de saúde precisarão investir fortemente na

capacitação de seus colaboradores para a redução de incidentes, além de suporte emocional aos profissionais e pacientes, em caso de ocorrer algum incidente com dano.¹⁷

Tratando-se de um incidente com consequências ao paciente, um simples pedido de desculpas pode parecer, para o paciente e/ou seu familiar, somente uma formalidade. Assim, há de se observar as palavras proferidas, e o tom utilizado; a fim de demonstrar real arrependimento pelo ocorrido, empatia e oferta de reparação do dano, na medida do possível.^{12, 19, 28}

Comunicação de forma aberta e honesta

No contexto do elevado número de eventos adversos com danos para os pacientes, há profissionais que encontram obstáculos para falar abertamente sobre esses eventos, dentre eles a ausência de um protocolo de *disclosure*. Além disso, não se sentem seguros para compartilhar informações relevantes com os pacientes, bem como não para comunicar erros aos pacientes.⁸

Entende-se que a escassez da prática do *disclosure* nas instituições de saúde do país, conduz a contextos violadores dos direitos dos pacientes, e essa escassez não considera os benefícios ao comunicar o paciente e seus familiares, sobre o dano ocorrido na prestação do cuidado.³²

Nesse sentido, a comunicação surge como umas das principais ações descritas na revisão de escopo. A comunicação é o elemento central no estabelecimento de interações entre a instituição, profissionais de saúde, pacientes e familiares. No contexto da Segurança do Paciente, os erros de comunicação são os primeiros, na ocorrência de acidentes organizacionais, podendo ser o fator contribuinte para cerca de 60% dos eventos adversos no cuidado de saúde.^{12, 20}

Compreende-se que a comunicação envolve processos verbais e não verbais, com o intuito de transmitir uma mensagem de forma compreensível, assim, requer uma concreta interação entre o receptor e o emissor. Para isso, elementos significativos, como idioma, gestos, expressões faciais, e escuta, são alguns itens fundamentais para a comunicação ser

bem-sucedida. Assim, há de se considerar alguns critérios, como a compreensão do plano de cuidado, o atendimento às necessidades do paciente e o olhar holístico à condição clínica envolvida serão concretizados, a fim de que a comunicação seja mais segura e eficaz.^{28, 30}

Pode-se dizer que a comunicação aberta refere-se à percepção que pacientes e familiares possuem sobre as informações que recebem dos profissionais de saúde e das equipes de saúde, a respeito da ocorrência de erros, de modo a serem convidados para discussão.¹⁵

Dados da OMS dizem que as evidências demonstram que, quando os pacientes são considerados parceiros em seus cuidados, ganhos significativos são obtidos em segurança, satisfação e resultados de saúde. Ao se tornarem membros ativos da equipe de saúde, os pacientes podem contribuir para a segurança de seus cuidados e do sistema de saúde como um todo.^{20, 28}

Ressalta-se que estabelecer uma comunicação aberta diminui significativamente os impactos emocionais. A desonestidade é o que mais afeta os pacientes, fazendo-os perder a confiança em quem mais deveriam confiar; sendo este um dos principais fatores que motivam as ações judiciais. A transparência nas informações e a disposição para discutir falhas ou complicações são fundamentais para aprimorar os processos de cuidado e garantir um atendimento de qualidade.^{20,28}

Portanto, a honestidade não apenas fortalece a relação de confiança, mas também é um pilar essencial para garantir a segurança do paciente, promovendo um ambiente de cuidado mais eficaz e humano. Quando os profissionais demonstram empatia, os pacientes se sentem mais confortáveis para expressar suas preocupações. A empatia é um preditor extremamente forte de uma relação continuada entre paciente e profissional de saúde após o evento de erro, e pode ter mais peso no evento de comunicação do que o pedido de desculpas.^{20,29}

Portanto, há de se considerar de extrema relevância e urgência, tratar do *disclosure* perante a oportunidade de um diálogo honesto, empático e oportuno entre pacientes -

podendo também abarcar familiares e cuidadores - e a equipe de profissionais de saúde, após um incidente que afete a segurança do paciente.³²

Treinamento e capacitação como estratégias de prevenção de eventos adversos

O treinamento de profissionais de saúde em questões relacionadas à segurança do paciente e à comunicação efetiva é extremamente relevante para que o processo do *disclosure* alcance a efetividade necessária.^{9,11}

Nesse sentido, faz-se necessária a capacitação constante dos profissionais de saúde, tanto dos que assistem diretamente os pacientes quanto dos que possuem, cargos de liderança. A capacitação pode incluir estudos de caso, consulta a um banco de dados com experiências exitosas com a prática do *disclosure*, capacitação de profissionais responsáveis pela comunicação da instituição de ensino, dentre outros. Além disso, o feedback relacionado à investigação de um incidente ocorrido é uma iniciativa que promove a participação dos profissionais, e deixa-os informados de todas as medidas realizadas quanto ao incidente ocorrido, e as de prevenção de novos incidentes.^{9,14}

Entende-se que o treinamento inadequado é um fator primordial para uma cultura de segurança do paciente ineficaz. Assim, o treinamento e a capacitação dos profissionais consistem não só nos aspectos técnicos, mas também na promoção de mudanças de comportamento, de modo a estimular “os profissionais de saúde a relatarem o evento ocorrido, substituindo a punição pela aprendizagem com as falhas”.^{1:85} Esses fatores contribuem para identificar as causas dos eventos adversos, e, conseqüentemente, colaboram para a prevenção de novas ocorrências.¹

Existem evidências de que treinamento efetivo dos profissionais de saúde impactam significativamente na melhora da cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde. E mais: a participação de lideranças das instituições de saúde, junto com os seus colaboradores potencializam a cultura de segurança. Durante os treinamentos, incluem-se habilidades de comunicação e a cultura não punitiva perante os erros.²

CONCLUSÃO

A partir da revisão de escopo, foi possível mapear as práticas de *disclosure* de eventos adversos para pacientes internados e seus acompanhantes, relacionadas à segurança do paciente, em ambientes hospitalares, na literatura científica. Dessa forma, foi possível observar as diversas estratégias para executar a prática do *disclosure*, dentre elas, o pedido de desculpas surgiu como uma forma de reduzir o impacto dos eventos adversos, e demonstrar empatia, respeito e responsabilidade, por parte dos profissionais de saúde.

Além disso, percebeu-se que a comunicação clara, transparente e empática durante o processo de *disclosure* é essencial para informar aos pacientes sobre sua condição clínica, opções de tratamento disponíveis, benefícios esperados e potenciais riscos.

Os resultados ainda demonstraram que o treinamento e a capacitação dos profissionais, tanto para evitar os eventos adversos quanto para a prática do *disclosure*, impacta significativamente no fortalecimento da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017. [acesso em 10 de junho de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-1-assistencia-segura-uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf>.
2. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras - 2.ed (revista e ampliada) - Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 268 p. [acesso em 10 de maio de 2024]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bskw2/pdf/sousa-9788575416426.pdf>.
3. Busch IM, Saxena A, Wu AW. Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement. *Journal of patient safety*. [Internet]. 2022 [cited 2024 may 05];17(5). Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000699>.
4. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM *et al*. What are

scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. JBI evidence synthesis. [Internet]. 2022 [cited 2024 may 05];20(4). Available from: <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>.

5. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Levac D *et al*. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. [Internet]. 2018 [cited 2024 may 05];169. Available from: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

6. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien K, Colquhoun H, Kastner M *et al*. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. BMC Med Res Methodol. [Internet]. 2016 [cited 2024 may 08];16(15). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>.

7. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2023. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS, 2023 [acesso em 04 de abril de 2024]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

8. Wagner LM, Damianakis T, Pho L, Tourangeau A. Barriers and facilitators to communicating nursing errors in long-term care settings. Journal of patient safety. [Internet]. 2013 [cited 2024 may 08];9(1). Available from: <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182699919>.

9. Martín-Delgado MC, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R *et al*. Conferencia de consenso sobre información de eventos adversos a pacientes y familiares. Rev Calidad Asist. [Internet]. 2014 [cited 2024 may 08];28(6). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.07.004>.

10. Petronio S, Torke A, Bosslet G, Isenberg S, Wocial L, Helft PR. Disclosing medical mistakes: a communication management plan for physicians. The Permanente journal. [Internet]. 2023 [cited 2024 may 10];17(2). Available from: <https://doi.org/10.7812/TPP/12-106>.

11. Birks Y, Harrison R, Bosanquet K, Hall J, Harden M, Entwistle V *et al*. An exploration of the implementation of open disclosure of adverse events in the UK: a scoping review and qualitative exploration. NIHR Journals Library. [Internet]. 2014 [cited 2024 may 10]. Available from: <https://doi:10.3310/hsdr02200>.

12. Watson BM, Angus D, Gore L, Farmer J. Communication in open disclosure conversations about adverse events in hospitals. *Language & Communication*. [Internet]. 2015 [cited 2024 may 10];41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2014.10.013>.
13. Birks Y. Duty of candour and the disclosure of adverse events to patients and families. *Clinical Risk*. NIHR Journals Library. [Internet]. 2014 [cited 2024 may 13];20(1-2). Available from: [doi:10.1177/1356262213516937](https://doi.org/10.1177/1356262213516937).
14. Elwy AR, Bokhour BG, Maguire EM, Wagner TH, Asch SM, Gifford AL *et al*. Improving healthcare systems' disclosures of large-scale adverse events: a Department of Veterans Affairs leadership, policymaker, research and stakeholder partnership. *Journal of general internal medicine*. [Internet]. 2014 [cited 2024 may 08];29(4). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3034-3>.
15. Sukalich S, Elliott JO, Ruffner G. Teaching medical error disclosure to residents using patient-centered simulation training. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. [Internet]. 2014 [cited 2024 may 10];89(1). Available from: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000046>.
16. Mira JJ, Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit* [Internet]. 2015 [cited 2024 may 13]; 29(5). Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.004>.
17. McLennan S, Rich LE, Truog RD. Apologies in medicine: legal protection is not enough. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. [Internet]. 2015 [cited 2024 may 13];187(5). Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.131860>.
18. McLennan S. The law as a barrier to error disclosure: A misguided focus? *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. [Internet]. 2018 [cited 2024 may 11];9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2018.02.002>.
19. Dahan S, Ducard D, Caeymaex L. Apology in cases of medical error disclosure: Thoughts based on a preliminary study. *PloS one*. [Internet]. 2017 [cited 2024 may 11];

12(7):e0181854. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181854>.

20. Cernadas JMC. La comunicación del error a los pacientes y padres y el pedido de disculpas. Arch Argent Pediatr. [Internet]. 2017 [cited 2024 may 11];115(3). Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n3a01.pdf>.

21. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Astier P *et al*. Lessons learned for reducing the negative impact of adverse events on patients, health professionals and healthcare organizations. International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care. [Internet]. 2017 [cited 2024 may 11]; 29(4). Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx056>.

22. Hannawa AF. What constitutes "competent error disclosure"? Insights from a national focus group study in Switzerland. Swiss medical weekly. [Internet]. 2017 [cited 2024 may 11];147:w14427. Available from: <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14427>.

23. Kilng S. Disclosing medical error - changing the culture of medicin. Allergy Society of South Africa (ALLSA). [Internet]. 2018 [cited 2024 jun 08];31(2). Available from: <https://journals.co.za/doi/epdf/10.10520/EJC-1094c2a64b>.

24. Moffatt-Bruce SD, Ferdinand FD , Fann JI. Patient Safety: Disclosure of Medical Errors and Risk Mitigation. Ann Thorac Surg. [Internet]. 2016 [cited 2024 may 11];102. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.06.033>.

25. Crimmins AC, Wong AH, Bonz JW, Tsyrluk A, Jubanyik K, Dziura JD *et al*. "To Err Is Human" but Disclosure Must be Taught: A Simulation-Based Assessment Study. Simulation in healthcare: journal of the Society for Simulation in Healthcare. [Internet]. 2018 [cited 2024 may 10];13(2). Available from: <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000273>.

26. Peterson KA, Rutherford M, Drvol D, Barkman D, Phipps AR, Hales, R *et al*. Disclosure of Adverse Events: A Guide for Clinicians. Pediatric quality & safety. [Internet]. 2019 [cited 2024 jun 15];4(4): e185. Available from: <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000185>.

27. Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee SI. Nurses' Perceptions Regarding Disclosure of Patient Safety Incidents in Korea: A Qualitative Study. Asian nursing research. [Internet]. 2019 [cited 2024

jun 15];13(3). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.05.002>.

28. Prentice JC, Bell SK, Thomas EJ, Schneider EC, Weingart S.N, Weissman JS, Schlesinger MJ. Association of open communication and the emotional and behavioural impact of medical error on patients and families: state-wide cross-sectional survey. *BMJ quality e safety*. [Internet]. 2020 [cited 2024 jun 08];29(11). Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010367>.

29. Carmack HJ. Hospital Image Repair Strategies, Organizational Apology, and Medical Errors: An Analysis of the CoxHealth Brain Over-Radiation Case. *Health communication*. [Internet]. 2020 [cited 2024 jun 08];35(12). Available from: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1652071>.

30. Dijkstra RI, Roodbeen RTJ, Bouwman RJR, Pemberton A, Friele R. Patients at the centre after a health care incident: A scoping review of hospital strategies targeting communication and nonmaterial restoration. *Health expectations*. [Internet]. 2022 [cited 2024 jun 09];25(1). Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.13376>.

31. Ross NE, Newman WJ. The Role of Apology Laws in Medical Malpractice. *J Am Acad Psychiatry Law*. [Internet]. 2021 [cited 2024 jun 07];49(3). Available from: <https://doi.org/10.29158/JAAPL.200107-20>.

32. Albuquerque A. *Disclosure* de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. [Internet]. 2022 [acesso em 07 de junho de 2024];11(3). Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i3.925>.