

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

ANDERSON AGULHARI BAHIA

**DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO DISCLOSURE COMO COMPONENTE DO
PROCESSO DE SEGURANÇA ASSISTENCIAL**

Belo Horizonte
2019

ANDERSON AGULHARI BAHIA

**DESAFIOS NA IMPLANTAÇÃO DO DISCLOSURE COMO COMPONENTE DO
PROCESSO DE SEGURANÇA ASSISTÊNCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública em Saúde.
Orientador: Prof. Ms. Narrayra Granier Cunha

Belo Horizonte
2019



**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública**

ATA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO do Senhor(a) **Anderson Agulhari Bahia**, REGISTRO Nº 2017760131. No dia 11/05/2019 às 18:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública, para julgar o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**Desafios na Implantação do Disclosure como Componente do Processo de Segurança Assistencial**", requisito para a obtenção do **Título de Especialista**. Abrindo a sessão, o(a) orientador(a) e Presidente da Comissão, **Narrayra Granier Cunha**, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares de apresentação do TCC, passou a palavra ao(a) aluno(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, seguido das respostas do(a) aluno(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) aluno(a) e do público, para avaliação do TCC, que foi considerado:

() APROVADO

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA - PRAZO MÁXIMO DE 7 (SETE) DIAS

() NÃO APROVADO

90 pontos (noventa) trabalhos com nota maior ou igual a 60 serão considerados aprovados.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(a) aluno(a) pelo(a) orientador(a) e Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 11/05/2019.

Prof. **Narrayra Granier Cunha**
(Orientador(a))

Prof(a). **Ciro Gustavo Bragança**

Prof(a). **Daniele Oliveira Xavier**



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Curso de Especialização em Gestão Pública

MODIFICAÇÃO EM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Modificações exigidas no TCC do(a) aluno(a) **Anderson Agulhari Bahia**, número de matrícula 2017760131.

Modificações solicitadas:

Citar o motivo das cidades escolhidas e
o número da amostra.
Rever o título.
Colocar nas considerações finais as
limitações. Inserir sobre os hospitais públicos.

O prazo para entrega do TCC contemplando as alterações determinadas pela comissão é de no máximo 7 dias, sendo o(a) orientador(a) responsável pela correção final.

Narrayra
Prof(a). **Narayra Granier Cunha**
Orientador(a)

Anderson Agulhari Bahia
Assinatura do(a) aluno(a):) **Anderson Agulhari Bahia**

Atesto que as alterações exigidas () Foram Cumpridas
() Não foram cumpridas

Belo Horizonte, 18 de maio de 2019

Professor Orientador

Narrayra
Assinatura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
	2.1 Histórico do surgimento da Segurança do Paciente nas Instituições de Saúde .	10
	2.2 Núcleos de Segurança do Paciente e os eventos adversos em saúde	13
	2.3 Disclosure	16
3	METODOLOGIA CIENTÍFICA	20
4	RESULTADOS.....	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
6	REFERENCIAS	30
7	ANEXO A.....	34

Resumo

A assistência em saúde vem desenvolvendo-se ao longo dos anos, e atualmente existe uma preocupação com a qualidade com que esses serviços chegam até o paciente. Foi a partir da divulgação de erros e falhas ocorridas diariamente que surgiram as primeiras mobilizações em nível global com vistas à prevenção e mitigação de falhas relacionadas à prestação de serviço de saúde. Um ponto importante dessas ações é a comunicação e notificação dos eventos adversos e também a divulgação dos mesmos as partes envolvidas, equipes, pacientes e familiares (*Disclosure*). Através do *disclosure* é possível diminuir os ruídos na comunicação, e buscar uma maior transparência no âmbito assistencial.

Palavras-chave: Gestão Pública, Eventos Adversos, Disclosure, Humanização, Comunicação.

Abstract

Health care has been developing over the years. Currently, there is a concern about the quality on how these services reaches to the patient. It was from the disclosure of errors and failures daily occurred that the first global mobilizations appeared in order to prevent and mitigate these failures. There is an important point: the adverse events communication and notification, and also the disclosure to all evolves: teams, patients and family. From the disclosure it will be possible to reduce the noise in the communication, and providing a greater transparency in the healthcare field.

Keywords

Public Management, Adverse Events, Disclosure, Humanization, Communication.

1 INTRODUÇÃO

A definição de qualidade em saúde é um assunto com ampla discussão e interpretação, visto o grau de subjetividade que é intrínseco ao tema. Como citado por Pedrosa (2014), ainda em 1991 foram divulgados trabalhos sobre erros e eventos adversos relacionados à assistência através da *Harvard Medical Practice Study*. Um destes estudos, realizado em 1984 no estado de Nova York (EUA), envolvendo 30.195 revisões aleatórias em prontuários, mostrou que 3,7% foram vítimas de eventos adversos, com 13,6% de óbitos relacionados. (PEDROSA, 2014).

Para Pedrosa (2014) a publicação do livro “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro” pelo *Institute of Medicine* (IOM), em 1999, é considerado um marco histórico do século no que diz respeito às discussões e preocupação por uma das dimensões da qualidade, a segurança do paciente.

Foi a partir da constatação e divulgação dos dados assustadores de morte por danos ocorridos durante os cuidados de saúde (44 a 98 mil pacientes a cada ano nos EUA) iniciaram-se as primeiras mobilizações em nível global com vistas à prevenção e mitigação de falhas relacionadas à prestação de serviço de saúde. (BRASIL 2016).

A criação da resolução World Health Assembly 55.18, pela Assembleia Mundial da Saúde requeria dos governos e seus representantes urgência em relação à segurança do paciente, a fim de propor ações e disseminar o conhecimento sobre o problema da Segurança do Paciente. (ANVISA, 2015).

No Brasil, o contexto histórico dos processos que envolvem a Segurança do Paciente iniciou-se em 1983, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 196, de 24 de junho de 1983, que instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país. Essa portaria, posteriormente evoluiu para a criação da Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 a qual serviu como norte para todo o sistema de prevenção e controle das infecções hospitalares. (BRASIL, 1998).

Entretanto, foi apenas em 2013 que o Brasil aderiu oficialmente à visão mais atual, que aumenta a abrangência das ações de segurança para além do âmbito das infecções por meio da publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36 de 25 de julho de 2013, que institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde mediante a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, o qual se torna o responsável pela implementação dos protocolos de diretrizes de segurança do paciente. (BRASIL, 2013)

O surgimento da RDC 36 é considerado um avanço para o país no que se refere ao controle tanto governamental quanto das instituições de saúde sobre os agravos relacionados a eventos adversos. (BRASIL, 2013)

O amadurecimento da política de segurança do paciente, que abrange uma série de medidas tanto para prevenção, mitigação, promoção de um ambiente e assistência livre de danos não é tarefa fácil, por isso requer estratégias específicas para implantação, divulgação, educação e acompanhamento tanto dos profissionais envolvidos na assistência quanto, e principalmente, com os pacientes.

Para Canelada et al (2017), fazer saúde não só para o paciente, mas com o paciente, ou seja, envolvendo-o em todos os processos e etapas de sua assistência, inclusive em situações de ocorrência de falhas por parte da equipe que o assiste. Sendo assim, faz-se necessário discutir a importância do *Disclosure* (do inglês: “divulgar, tornar transparente”) como uma parte importante e indissociável do ciclo de promoção de um ambiente seguro e confiável.

O método do *disclosure* foi consagrado pelo mercado financeiro na década de 90 como determinante no processo de orientação dos investimentos, tornando as ações transparentes e mais confiáveis entre as partes envolvidas e tem sido introduzido no seio das instituições de saúde como uma medida capaz de fortalecer a confiabilidade do cliente/paciente em relação ao profissional de saúde ou instituição, mesmo diante de situações em que ocorreram falhas ou erros relacionados ao seu cuidado. (CASTRO et al, 2013).

Além de fortalecer o clima de confiança entre pacientes, familiares, profissionais e instituição, a implantação do *disclosure* pode contribuir para redução dos números de ações judiciais relacionadas a erros e falhas assistenciais. (LOCALIO, 1991).

Diante do embasamento teórico o grande desafio está no amadurecimento de instituições e das pessoas envolvidas em relação aos benefícios do *disclosure*, buscando melhorar a relação de confiança entre o paciente, seus familiares e instituição de saúde.

Tem-se como objetivo deste trabalho buscar entender de maneira mais aprofundada os fatores e os dificultadores para utilização do método *disclosure* nas instituições de saúde públicas e privadas.

Os objetivos específicos que norteiam esse trabalho encontra-se permeado em verificar se as instituições de saúde possuem uma visão e posicionamento que possa contribuir para desmistificar questões relacionadas ao *Disclosure*, e também identificar se as instituições de saúde utilizam o protocolo para revelar aos pacientes e familiares possíveis erros e falhas que podem ocorrer na assistência em saúde.

Reconhecer que o *disclosure* é a ferramenta que, uma vez sendo utilizada pelas instituições de saúde para divulgar erros e falhas assistenciais torna-se possível estabelecer discussões abrindo o caminho para o amadurecimento institucional e o surgimento do diálogo com os pacientes e seus familiares assim estreitando os laços de confiança e que possa garantir também a segurança assistencial.

Como questão norteadora o estudo busca responder a seguinte indagação: As Instituições de saúde, públicas ou privadas possuem iniciativas e estratégias que visam à divulgação de erros e falhas assistenciais aos seus pacientes e familiares?

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A segurança do paciente encontra-se baseada na redução do risco e possíveis danos desnecessários associados aos cuidados em saúde a um mínimo aceitável, pois os eventos adversos ou incidentes que podem colocar em risco a integridade do paciente ocorrem a todo o momento em hospitais em todo o mundo. (ANDRADE et al, 2018).

Diante do exposto acima, é possível dizer que as instituições de saúde que buscam ter suas atividades centradas no paciente, à informação que visa relatar sobre a ocorrência de um evento adverso ou incidente relacionado aos cuidados assistenciais em saúde é um imperativo. (SANTOS et al, 2014).

2.1 Histórico do surgimento da Segurança do Paciente nas Instituições de Saúde

A Agência Nacional de Saúde apresenta que, historicamente na medicina, Hipócrates, considerado um pensador à frente do seu tempo e pai desta ciência, escreveu a célebre frase, *in verbis*: “*Primum non nocere*”, que tem como significado “primeiro não causar dano” (Brasil, 2016). Atualmente a discussão acerca do tema segurança do paciente tem avançado sistematicamente por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O tema tem colaborado com a missão da vigilância sanitária em proteger a saúde da população e intervir nos riscos provenientes do uso de produtos e serviços dos quais a população necessita para cuidar da saúde. Isso ocorre por meio de práticas como a vigilância, o controle, a regulação e o monitoramento dos serviços de saúde no Brasil e também pelo uso das tecnologias disponíveis para o cuidado assistencial (Brasil, 2016).

O movimento com a qualidade do cuidado e segurança dos pacientes em instituições de saúde tem ganhado grande visibilidade no âmbito global (Silva, 2010). As ações em prol da segurança do paciente iniciaram-se nos anos 90, logo após a publicação do relatório do *Institute of Medicine* dos EUA, com resultados de estudos que revelariam uma crítica situação de assistência prestada à saúde daquele país. Os resultados obtidos estimaram que em 33,6 milhões de internações, 44.000 a 98.000 pacientes morreram em consequência de eventos adversos. (KOHN, 2001)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), preocupada com a segurança do paciente, cita o tema Segurança do Paciente como alta prioridade na agenda de políticas nos países membros, tal fato ocorreu no ano 2000. (SILVA, 2010).

Em 2004, a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com a premissa de disseminar os conhecimentos e as soluções já encontradas em relação ao tema, a mesma também tem como objetivo conscientizar e alcançar o compromisso político de lançar programas que busquem gerar alertas relativos aos aspectos sistêmicos e técnicos, por meio da realização de campanhas internacionais que reúnam recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo (SILVA, 2010).

Pancieri et al. (2013) diz que a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, visa a conscientização com intuito de melhorar a segurança dos cuidados e também promover o desenvolvimento de políticas e estratégias de atenção à saúde.

No Brasil, as ações da ANVISA têm como objetivo o uso seguro de tecnologias em saúde que propiciem garantir as práticas seguras do cuidado, tem sido normatizadas há algumas décadas. (BRASIL, 2016) A partir de Constituição de 1988 e por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, (BRASIL, 1990) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o Brasil busca implementar um sistema de saúde dinâmico e complexo, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), baseando-se na saúde como um direito do cidadão e dever do Estado (PAIN et al., 2011).

Como iniciativa de promoção à segurança do paciente foi a Portaria nº 59 de 01 de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Essa portaria tem por objetivo promover e apoiar a implementação das iniciativas voltadas para a segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2013). A PNSP se dá por meio da implantação da gestão de risco e dos Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições de saúde. Tem como premissas: envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança que estejam relacionadas aos cuidados dos mesmos, ampliar o acesso da sociedade às informações relacionadas ao contexto de segurança do paciente, produzir, sistematizar e difundir os conhecimentos relacionados à segurança do paciente, e também estimular a inclusão da segurança do paciente nas instituições de ensino técnico, graduação e pós-graduação na área da saúde (BRASIL, 2013).

O contexto histórico relacionado à qualidade em segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionado ao profissional da saúde, que necessita constantemente de aprimorar suas técnicas assistenciais, de modo a mitigar os danos causados aos pacientes, e deve estar norteado pela eficácia, eficiência, pautando-se no conhecimento técnico-científico juntamente com as modernas tecnologias (Nascimento e Draganov 2015). Nesse sentido, justifica-se a discussão acerca do tema segurança do paciente nos cursos técnicos, cursos de graduação e cursos de pós-graduação em saúde.

Segundo Nascimento e Draganov (2015) citando Donabedian, no âmbito vinculado com a assistência à saúde, definiu-se qualidade em saúde como a possibilidade de obter os benefícios esperado com os menores riscos ao paciente e ao menor custo. A saúde deve buscar excelência em seus resultados sem, de forma alguma, deixar de lado a segurança do paciente, assim buscar o foco na tríade de gestão de estrutura, processo e resultado.

Pancieri et al. (2013) relatam que desde 1990, nos EUA, foi instituído a prática de verificação dos 5 certos na administração de medicação (1- paciente certo, 2- medicamento certo, 3- via certa, 4- dose certa e 5- hora certa). Com o passar dos anos e com os novos conhecimentos científicos esse *checklist* aumentou e na atualidade é chamado de 9 certos (1- paciente certo, 2- medicamento certo, 3- via certa, 4- dose certa, 5- hora certa, 6- registro certo, 7- orientação correta, 8- forma certa e a 9- resposta certa). (BRASIL, 2013). Esse processo ocorre na checagem que antecede a administração de medicações e tais medidas buscam promover barreiras atuantes nas diversas etapas dos cuidados ao paciente, pois o mesmo deve ser protegido de erros ou danos. (BRASIL, 2013).

Pancieri et al. (2013) relatam que, no mundo é realizada 1 cirurgia para cada 25 pessoas, sendo assim pode-se verificar a importância dos protocolos de segurança para a realização de procedimentos cirúrgicos, pois estima-se que 50% dos procedimentos cirúrgicos realizados tem como consequências complicações e morte dos pacientes, sendo que a metade dessas ocorrências poderia ser evitada. Pancieri et al. (2013) faz uma reflexão dizendo que é inaceitável permitir que pacientes e familiares sofram essas consequências devido erros que poderiam ser evitados, sendo assim, torna-se necessário ações que busquem sanar as fragilidades diante dos custos de internações prolongadas e não colocar em prática todo o conhecimento derivado da evolução da medicina para os cuidados com o paciente.

Mendes (2009), em uma pesquisa realizada em três hospitais escola da cidade do Rio de Janeiro pôde identificar que 7,6% dos pacientes tiveram um evento adverso relacionado à assistência, sendo que 66,7% destes eventos adversos seriam evitáveis. Sousa et al. (2013) afirmam que as condições clínicas em que os pacientes se encontram podem influenciar diretamente a ocorrência dos eventos adversos. Sendo assim, os pacientes em que o estado clínico é considerado grave diante da instabilidade e necessidade de intervenções e procedimentos, como por exemplo, os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva - UTI, são considerados os mais vulneráveis a tais complicações e possíveis falhas e erros assistenciais.

Pancieri et al. (2013) afirmam que a partir de simples cuidados, tais como a checagem de dados do paciente (nome, idade, data de nascimento), informações clínicas do sujeito e do

órgão que será submetido ao procedimento cirúrgico, verificação da disponibilidade e do bom funcionamento de todos equipamentos e materiais que serão utilizados para prestar o cuidado assistencial adequado ao paciente, podem fazer a diferença entre o sucesso e o fracasso de um procedimento. É a partir das simples conferências citadas acima que se evitam possíveis complicações e erros durante a assistência, por isso deve ser consideradas como barreiras que poderão impedir o início de uma série de falhas e complicações para o paciente e assim garantir a segurança do mesmo.

Para Silva et al. (2016) mesmo com os avanços na área da saúde, a segurança do paciente encontra-se sobre a influência das iatrogenias e eventos adversos que podem ocorrer durante uma internação. Essas influências referem-se a um estado de doença ou complicações causadas durante o tratamento médico e dos profissionais de saúde que prestam a assistência aos pacientes, e essas ações refletirão diretamente no contexto e na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, podendo causar consequências desagradáveis, tanto para os pacientes, para os profissionais quanto para a organização hospitalar ou de saúde.

A ANVISA busca proporcionar aos profissionais de saúde, aos gestores e aos educadores estabelecer critérios para a implantação do NSP nas instituições de saúde, podendo assim contribuir para a minimização dos riscos assistenciais, buscando que a instituição possa incorporar as práticas de segurança do paciente e também melhorar a qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde do país. (BRASIL, 2016).

2.2 Núcleos de Segurança do Paciente e os eventos adversos em saúde

Os Núcleos de Segurança do Paciente nas instituições são constituídos diante do caráter formal e social reconhecido pelos poderes da sociedade e de responsabilidade em alcançar a segurança do paciente, e torna-se necessário que os estabelecimentos de saúde tenham que organizar e efetivar os Núcleos de Segurança do Paciente. (BRASIL, 2016). O mesmo possui como atribuição elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) no que tange os termos já definidos pelo PNSP, buscando assim cumprir com o compromisso e planejamento das instituições de saúde, mantendo o cuidado e a sistematização de práticas que podem implicar em maiores riscos aos pacientes. (BRASIL, 2016).

Os NSP em sua essência devem ser estruturados em todos os serviços de saúde públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, e devem também estar contemplados nas instituições que exercem ações de ensino e pesquisa, nos serviços de hemodiálise, endoscopia, radiodiagnóstico medicina nuclear, radioterapia, entre outros. (Brasil, 2016)

Segundo Brasil (2016) os resultados mostram a existência de uma grande incidência de eventos adversos no Brasil. Em números, a ocorrência de eventos adversos é de 7,6%, sendo que 66% dos mesmos poderiam ser considerados como evitáveis. A PNSP tem como objetivo prevenir, monitorar, e reduzir a incidência dos eventos adversos nos atendimentos assistenciais prestados aos pacientes, buscando assim melhorias no âmbito da segurança do paciente e gerando qualidade nos serviços de saúde do país. (BRASIL, 2016)

Belela (2010) relata um consenso de que erros e falhas nos atendimentos hospitalares possam ocorrer de forma regular diante da prática assistencial. Tal fato ocorre em decorrência dos fatores de complexidade dos atendimentos assistenciais realizados nas instituições de saúde e também levando em conta que as atividades são realizadas por seres humanos.

O Núcleo de Segurança do Paciente possui muitas ações que visam estabelecer barreiras que possam contribuir para evitar a ocorrência de erros e falhas nos cuidados em saúde. Dentre as iniciativas, é de responsabilidade do NSP promover ações que possam garantir a gestão dos riscos nos serviços de saúde trabalhando e promovendo a prevenção, a detecção precoce e mitigação dos eventos adversos, visando a prevenção de eventos que jamais devam ocorrer nos serviços de saúde. Devem também utilizar as ferramentas de gestão de risco que visam avaliar os fatores que possam contribuir para a ocorrência de Eventos Adversos e suas causas (Brasil, 2016).

Belela (2010) relata que umas das formas de captar os dados que serão utilizados com o objetivo de iniciar e estimular a segurança do paciente estão pautados nos processos de notificações dos erros e eventos adversos. Existe a recomendação de que no momento da detecção de um erro, o profissional da saúde deverá gerar uma notificação, que posteriormente será classificada e analisada pelo Núcleo de Segurança do Paciente. Os relatos obtidos irão servir como fonte de informações e possibilitarão a identificação das causas e dos tipos de incidentes, e também conhecer os fatores predisponentes e relevantes que estão relacionados aos erros, podendo indicar situações que impliquem em mudanças na estrutura e nos processos envolvidos. (BELELA, 2010)

Para Souza (2018) os eventos adversos em saúde são compreendidos como danos aos pacientes e seus familiares. Belela (2010) diz que os eventos adversos e incidentes podem ocorrer de diversas formas, e muitos deles podem não ser percebidos pelos pacientes e familiares, principalmente os que não têm como resultado danos aos pacientes. Os eventos adversos são provenientes de uma magnitude diversa, porém decorrentes do cuidado à saúde. Em alguns casos, os eventos adversos podem alterar o resultado assistencial prestado ao

paciente, modificar a relação do pacientes com o profissional que o assiste, e promover o aumento do tempo de internação e dos custos assistenciais. (SOUZA, 2018)

É importante ressaltar que os incidentes possuem a seguinte classificação: *near miss* (incidente que não atingiu o paciente); incidente sem dano (evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível) e incidente com dano ou evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente). (BRASIL 2016).

Segundo a Agencia Nacional de Saúde os eventos ocorridos podem ser classificados nos seguintes graus:

- NENHUM: incidente que não acarretou nenhuma consequência para o paciente.
- LEVE: os danos foram mínimos e/ou intermediários de curta duração, os sintomas apresentando pelos pacientes foram leves.
- MODERADO: quando os pacientes necessitaram de intervenções como um procedimento suplementar ou um tratamento adicional, aumentou o tempo de internação, houve perda de função, danos de longos prazos ou até mesmo permanentes.
- GRAVE: são necessárias intervenções para salvar a vida. Intervenções cirúrgicas, grandes danos permanentes ou de longo prazo.
- MORTE: neste caso há morte causada pelo evento adverso (BRASIL, 2016).

Diante exposto, é possível mensurar as consequências dos eventos ocorridos dentro das instituições e o impacto dos incidentes aos pacientes. A forma para essa ação se dá através do preenchimento do Grau de Dano, isto é, grau que dá a consequência do incidente ao estado de saúde do paciente. (BRASIL, 2016).

Após realizar a classificação do incidente, é possível que seja considerada a decisão de iniciar uma investigação sobre o evento baseada na escala de consequências. Para a realização da investigação é necessário conhecer qual foi o incidente ocorrido, conhecer o estado clínico do paciente e também saber como que os funcionários da instituição de saúde, que estão envolvidos no incidente, sentem-se diante da situação e também lidam com as pressões externas, como por exemplo, a mídias. (BRASIL, 2016). O profissional que for realizar a investigação precisa ter *expertise* para o desenvolvimento dessa tarefa, pois o objetivo será coletar informações sobre o evento adverso/incidente, e organizá-las de forma segura. Será necessário obter informações precisas sobre a descrição do fato, incluindo a sequência dos eventos que resultaram no erro. Por meio desta linha de investigação, destacando e

identificação os procedimentos relevantes, será possível conhecer as ações que resultaram na ocorrência do incidente, conhecer as ações que levaram ao erro para gerar melhorias que busque minimizar as chances de novos eventos no futuro. (BRASIL, 2016).

A coleta de dados deve ter o objetivo de investigação dos incidentes, Brasil (2016) fornece o passo a passo de como serão conduzidas as entrevistas que visam fornecer os dados para a investigação dos eventos adversos. As mesmas serão realizadas de forma particular e em um local diferente da ocorrência do evento relacionado à assistência à saúde do paciente, será da escolha do entrevistado a preferência de estar ou não acompanhado por algum colega de trabalho ou familiar, no caso do entrevistado ser o próprio paciente. (BRASIL, 2016). Neste caso, é necessário que os pacientes e seus familiares estejam cientes do evento adverso ou incidente ocorrido, e também das suas consequências para o paciente, como possíveis danos que o erro possa ter causado ao mesmo. (BRASIL, 2016).

Realizar a investigação dos incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo eventos adversos, irá promover a melhoria contínua dos processos de cuidado e também diminuir as chances deste incidente ocorrer novamente neste serviço de saúde. (BRASIL, 2016).

2.3 Disclosure

Conceição (2011), diz que, no mercado financeiro, o processo de *disclosure* acerca da responsabilidade social corporativa tem sido relatado como objeto de estudo que busca estabelecer e salientar a relevância deste processo enquanto pré-requisito para a manutenção de uma imagem institucional positiva junto ao mercado, sendo ele caracterizado pelos seus clientes, fornecedores e investidores, tornando-se assim, um provável diferencial competitivo.

O termo *disclosure* é utilizado como estratégia de comunicação sobre os eventos adversos de forma ética, transparente, comprometida e acolhedora aos pacientes e familiares. O *disclosure* tem como foco fortalecer e recuperar o vínculo com os pacientes e familiares. Essa prática contribui para aumentar a confiança do paciente, e ajuda a fortalecer a relação do mesmo com os serviços de saúde, tem como benefício a menor propensão dos pacientes em considerar ações judiciais uma vez que os médicos e demais profissionais da saúde se desculpem e relatarem os erros (Mizoi, 2017).

As instituições de saúde devem estabelecer canais de comunicação que sejam abertos, transparentes e honestos com os seus pacientes. Esta prática denominada *disclosure*, irá

reconhecer e informar aos pacientes a ocorrência de um evento adverso, podendo assim manter a confiança e confiabilidade nos sistemas de saúde. (BRASIL, 2017).

Segundo Belela (2010) atualmente falar de forma aberta sobre as ocorrências de falhas no ambiente médico hospitalar tem sido apontado como eixo em prol da segurança do paciente dentro das instituições de saúde. A equipe assistencial tem sido orientada em comunicar e discutir com os demais membros da equipe, com o hospital e/ou instituição de saúde, as falhas e as ocorrências de eventos adversos, tendo como objetivo que o evento possa ser analisado e que a ocorrência de possíveis erros assistenciais possam ser prevenidas no futuro.

Devido ao contexto histórico vivenciado e a tendência de culpar os profissionais de saúde em relação às falhas assistenciais, os mesmos possuem um comportamento de defesa e relutância no que tange a discussão e revelação das ocorrências dos erros na assistência prestada aos pacientes em instituições de saúde. (BELELA, 2010). Embora revelar um evento adverso e/ou falha na assistência possa constituir como uma obrigação moral e ética, o fato é que esses eventos são poucos discutidos, devido ao medo das possíveis reações que os pacientes e seus familiares possam ter em relação ao ocorrido, e também possíveis sanções disciplinares e legais que os profissionais possam sofrer (BELELA, 2010).

Para Canelada (2017) realizar o processo de *disclosure*, é reconhecer junto ao paciente e seus familiares que ocorreu um evento adverso durante a assistência prestada e, apresentar de forma sistemática junto aos envolvidos o compromisso da instituição de saúde em buscar corrigir e aperfeiçoar seus processos, buscando também planejamento de ações de melhorias para a instituição e medidas preventivas relacionadas às falhas envolvidas no incidente ou evento adverso.

Segundo Clements (2014), no caso “*The Story of Beth Bowen*” durante muitos anos existiu uma cultura de negação diante dos eventos adversos e incidentes nas instituições de saúde, pois os médicos eram retratados como heróis e jamais tiveram resultados diferentes do sucesso na assistência prestada aos pacientes. Tais expectativas fizeram com que os pacientes viessem a exigir a perfeição no trabalho dos profissionais de saúde e perceber resultados adversos como inaceitáveis durante a atuação dos mesmos, porém a literatura sugere que até 50% dos problemas em saúde não são evitáveis e podem ocorrer em decorrência da assistência.

O comportamento temeroso de falar abertamente sobre as falhas que ocorrem nas instituições de saúde pode ser impulsionado pela cultura de buscar-se um culpado. Sendo assim o profissional de saúde que comete uma falha encontra-se como culpado e escolhido

para punições, independentemente das causas multifatoriais de alguns desses eventos (CLEMENTS, 2014). Devido à cultura de não discutir os erros e as falhas que ocorrem dentro das instituições de saúde, é perdida uma grande oportunidade no âmbito de aprendizado como a possibilidade de promover de forma segura a assistência ao paciente (BELELA, 2010).

Segundo a RDC nº 36/2013, uma das formas de ação que visa à promoção da segurança do paciente o “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde” (BRASIL, 2016 p 02).

Ao buscar os serviços de saúde, tanto os públicos como os serviços privados, os pacientes e seus familiares esperam que sejam apresentados os fatos ocorridos durante a assistência e também desejam conhecer as medidas que foram adotadas para minimizar qualquer dano ou risco que o paciente possa ter sofrido durante o atendimento. No caso de ocorrer algum incidente, os familiares e pacientes esperam um pedido de desculpas, assim a instituição irá demonstrar a preocupação com sua segurança (BRASIL, 2017).

São muitos os erros que não provocam consequências aos pacientes, porém existem incidentes e eventos adversos que podem resultar em sérias lesões ao paciente e consequências aos seus familiares, causando uma gama de incapacidades ou até mesmo a morte do paciente (Belela, 2010).

Belela (2010) refere que pesquisadores que estudam as formas de comunicação dos incidentes em saúde aos pacientes e familiares, sugerem que ao considerar revelar o evento adverso ou falha na assistência, os profissionais devem ponderar os possíveis conflitos profissionais, pessoais e os interesses do paciente, considerando também a própria integridade pessoal e a obrigação profissional de trabalhar com o objetivo de prevenção de erros. Deve-se considerar também a relação profissional / paciente e seus familiares e o direito do paciente em conhecer toda a verdade sobre o seu tratamento.

Para os profissionais de saúde o comportamento de não revelar aos pacientes e seus familiares os incidentes relativos aos cuidados prestados, pode ser considerado como um ato desleal, sem contar em desperdiçar a oportunidade de discussão para melhorar o cuidado assistencial prestado aos pacientes (BELELA, 2010). É direito dos pacientes ter acesso às informações de forma clara e precisa em relação ao tratamento e saúde, também devem ser apresentado os riscos inerentes aos tratamentos propostos. Quando um dano ocorre, realizar a comunicação com o paciente e seus familiares torna-se um grande desafio. (BRASIL, 2017)

Em seu texto, Belela (2010) também relata que os profissionais de saúde precisam ponderar as situações em que a comunicação das falhas pode gerar danos decorrentes da sua comunicação. Faz-se necessário refletir para que o bem-estar dos pacientes seja considerado, evitando possíveis danos e prejuízos, tanto físicos quanto emocionais. Sendo assim é preciso avaliar com muito rigor a decisão de contar aos pacientes e familiares os incidentes e/ou eventos adversos. Outro ponto que deve ser considerado é quando e como fazer a revelação dos incidentes aos pacientes e seus familiares, e também qual será o profissional mais adequado para realizar a comunicação e condução da conversa. São poucas as evidências descritas que possibilitam orientar os profissionais sobre como deve conduzir a comunicação dos eventos de forma adequada buscando oferecer o melhor resultado possível.

O *Canadian Disclosure Guidelines* (2011) trata-se de um compêndio canadense que traz um conjunto de regras que vão orientar a divulgação como um processo formal para a discussão aberta entre o paciente, família e os membros da organização de saúde que presta assistência, sobre um incidente que tenha colocado em risco a segurança do paciente (incluindo os quase acidentes). A divulgação visa fornecer meios para diálogo relacionado aos processos de gestão dos incidentes, subsidia e apoia ações que visam melhoria da segurança do paciente, bem como também busca promover a cura para os pacientes / famílias.

Um dos possíveis desafios é como realizar a mudança da cultura de punição para buscar a responsabilidade justa ou de uma cultura justa, onde o objetivo será aprender com eventos adversos e não buscar alguém para chamar de culpado. Deve-se estabelecer uma cultura de aprendizado, visando assumir as responsabilidades diante de situações de erros são cometidos (CLEMENTS, 2014).

3 METODOLOGIA CIENTÍFICA

Trata-se de um estudo que utiliza a pesquisa quantitativa que buscou por meio de um questionário on line, entender de maneira mais aprofundada os fatores e os dificultadores para utilização do método *disclosure* nas instituições de saúde públicas e privadas. O *disclosure* é o protocolo de comunicação para possíveis erros ou falhas que podem ocorrer durante a assistência prestada aos pacientes durante os atendimentos.

Para Manzato (2012), os métodos de pesquisa quantitativa são utilizados quando o pesquisador possui o desejo de mensurar as opiniões, reações, sensações, hábitos, atitudes, etc. de um público-alvo, e tal fato ocorre através de uma amostra que o represente de forma estatisticamente comprovada.

Como coleta de dados foram utilizados os questionários, que são instrumentos desenvolvidos de forma científica, que consistem em perguntas ordenadas seguindo um critério predeterminado, o mesmo deverá ser respondido sem a presença do entrevistador (Moysés, 2007). Para Lakatos e Marconi. (2003) o questionário é considerado um instrumento para a coleta de dados, e se constitui por uma série de perguntas ordenadas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador.

A realização deste estudo foi possível uma vez que os questionários foram encaminhados aos enfermeiros dos núcleos de segurança do paciente via e-mail. Faleiros (2016) diz que diante do crescente acesso à internet, a forma preferida pela maioria dos pesquisadores é de utilizar o ambiente virtual em suas pesquisas, tal fato apresenta-se como tendência para coletar dados na atualidade.

Para essa pesquisa a coleta dos dados deu-se por meio da aplicação de um questionário on line, disponibilizado no mês de março de 2019. Foram encaminhados 18 questionários para 18 enfermeiros que atuam nos núcleos de segurança do paciente de hospitais sendo eles, 4 hospitais da rede pública e 14 da rede privada. Trata-se de um questionário estruturado e é composto por oito perguntas (Anexo 1) com o objetivo de adquirir informações que visam conhecer se as instituições de saúde que possuem a cultura de segurança do paciente implementada, e se dentre os protocolos já estabelecidos o *disclosure* encontra-se em andamento, tanto como em construção como na sua prática. O questionário consiste em oito perguntas a cerca da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente e também sobre o uso do *Disclosure*, como protocolo de comunicação de erros e falhas em instituições de saúde.

Nesse sentido, o questionário foi encaminhado para enfermeiros que atuam junto ao Núcleo de Segurança do Paciente, para hospitais de grande porte da cidade de Belo Horizonte

– Minas Gerais e também para hospitais da cidade de Balneário Camboriú – Santa Catarina. Importante ressaltar que, esse trabalho utiliza de amostragem por conveniência, devido à facilidade de contato do pesquisador com os enfermeiros que atuam, tanto nos hospitais da rede pública e da rede privada. Para fins dessa pesquisa, foi garantido o anonimato das instituições e dos enfermeiros que contribuíram para o estudo.

4 RESULTADOS

Segundo o *Canadian Disclosure Guidelines* (2011) o processo de *disclosure* busca reconhecer e informar ao paciente e seus familiares a ocorrência de erros e falhas (eventos adversos) mantendo a confiança e confiabilidade no sistema de saúde. Trata-se do método que visa fornecer uma explicação honesta, transparente e comprometida com a continuidade do cuidado aumentando a confiança do paciente e fortalecendo o relacionamento com as instituições de saúde, entretanto vale ressaltar que não fornecer explicações após um erro ou falha ocorrida durante a assistência em saúde, pode ser tratada como causa relevante de processo e também como fonte de insegurança para o paciente e familiar. O Disclosure tem como objetivo fornecer suporte para o paciente, familiares e profissionais de saúde.

Buscando atender ao objetivo deste trabalho, que tem como premissa entender de maneira mais aprofundada os fatores e os dificultadores para utilização do método *disclosure* nas instituições de saúde públicas e privadas, foi encaminhado dezoito questionários aos enfermeiros que atuam nos núcleos de segurança do paciente. Dentre os 18 questionários respondidos, 77,8% são instituições privadas e 22,2% são instituições públicas, também foi possível verificar que, em 94,4% das instituições de saúde que responderam o questionário já possuem o Núcleo de Segurança do Paciente implementado na Instituição.

Conforme dados da pesquisa, percebeu-se que grande parte das instituições de saúde o núcleo de segurança do paciente encontra-se estruturado, porém em apenas uma instituição pública ainda não possui o Núcleo de Segurança do Paciente nomeado formalmente pela alta direção. Ficou demonstrado que grande parte das instituições de saúde não possui o Disclosure como método de revelação de erros e falhas assistenciais aos pacientes e familiares.

Dentre os respondentes observou-se que quatro são hospitais da rede pública e catorze das instituições são hospitais da rede privada. A partir da aplicação “Questionário sobre a cultura de Segurança do Paciente em instituições de saúde públicas e privadas” foi possível perceber que em relação à cultura de Segurança do Paciente em instituições de saúde, ficou evidenciado que as instituições que responderam o questionário, 72,2% dos hospitais possuem a Cultura de Segurança do Paciente já implementada e consolidada na instituição, porém 27,8% ainda não estão com este processo totalmente implementado.

Cabe aqui ressaltar que o Núcleo de Segurança do Paciente tem como eixo estratégico a função de gerenciar agenda específica, buscando sempre estar em articulação com as outras

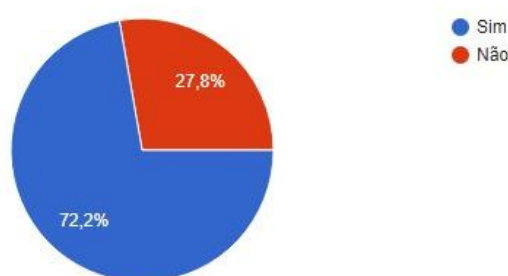
instâncias da instituição tendo como objetivo o papel catalisador para disseminação da cultura de segurança. (BRASIL, 2016).

O gráfico abaixo apresenta a incidência relacionada à cultura de segurança do paciente, demonstra que, dentre os hospitais que responderam ao questionário foi possível verificar que em 50% dos hospitais públicos entrevistados já possuem ações como o núcleo do paciente implementado pela alta direção, sistema de notificação de eventos adversos integrado com as diretrizes da ANVISA, realiza treinamentos relacionados ao tema segurança do paciente, tais ações estabelecidas que visam fomentar a cultura de segurança do paciente. Nos outros 50% dos hospitais públicos que responderam ao questionário, não possuem nenhuma ação em relação ao tema supracitado. Entre os hospitais privados 78.5% das instituições que responderam o questionário possuem ações que visam à cultura de segurança do paciente estabelecida na instituição, porém em 21,5% ainda não.

A cultura de segurança do paciente é considerada como um importante componente estrutural para as instituições de saúde, pois ela irá favorecer a implantação das práticas seguras e também a diminuição de incidentes de que posso envolver os pacientes. (ANDRADE, 2018).

A Cultura de Segurança do Paciente está implementada na Instituição?

18 respostas



Em relação às notificações de eventos adversos, Brasil (2017) informa que as notificações resultam na descoberta de um incidente, e tem como finalidade conhecer suas possíveis causas e propor ações que possam ser utilizadas no processo de prevenção de incidentes.

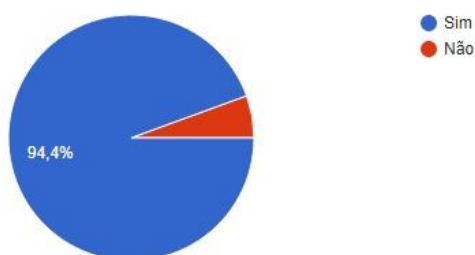
A RDC n°. 36, em 22 de julho de 2013, traz em sua constituição que as ações de segurança do paciente relacionadas aos serviços de saúde, deixa explícito sobre a obrigatoriedade

de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Desenvolver ações e estratégias que estão previstas na política nacional de segurança do paciente cabe ao núcleo de segurança do paciente, pois é ele que desempenha um papel fundamental no processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente. (BRASIL, 2013).

Foi evidenciado que em 94,4% das instituições de saúde que responderam ao questionário, possuem ações norteadas pela ANVISA. As notificações de eventos adversos devem ser realizadas através de preenchimento de formulários de notificação, os mesmos deverão ser acessados e corretamente preenchidos pelo núcleo de segurança do paciente considerando os prazos estabelecidos nos instrumentos legais vigentes. As instituições precisam promover a notificação de eventos adversos, realizar a tratativa e mitigação dos riscos assistenciais, buscando minimizar possíveis erros ou falhas nos processos de assistência ao paciente. (BRASIL, 2015). Porém em 5,6% do total das instituições de saúde que responderam ao questionário desta pesquisa, apenas uma instituição, ainda não possui o protocolo de notificação de eventos adversos implantado na instituição, vale ressaltar que trata-se da mesma instituição que não possui o núcleo de segurança do paciente nomeado formalmente pela alta direção.

Existem ações que visam a Promoção da Notificação de eventos adversos, tratativa e mitigação dos riscos assistenciais?

18 respostas



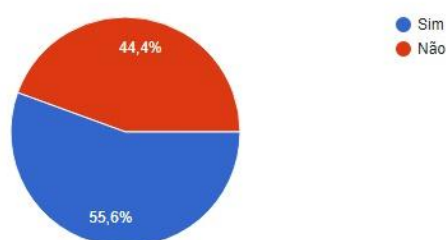
Segundo Brasil (2017), o Protocolo *disclosure* é a ferramenta que irá reconhecer e informar aos pacientes a ocorrência de um evento adverso, visando assim manter a relação de confiança nos sistemas de saúde. Neste estudo foi possível verificar que em 66,7% das instituições entrevistadas ainda não possuem o *Disclosure* como protocolo no processo de comunicar aos pacientes e familiares possíveis erros e falhas assistenciais. Porém em 33,3% já possuem o protocolo implementado na instituição. A divulgação ativa nas instituições de saúde em relação as possíveis falhas e eventos adversos que podem ocorrer com o paciente é um componente atrelado ao sistema de melhorias que poderá também contribuir e incentivar

os hospitais buscar a gestão dos riscos assistenciais, segurança dos pacientes e novos programas de qualidade. (GALLAGHER, 2007).

Em apenas 55,6% das instituições, ações estão sendo implementadas visando à possibilidade de comunicação dos possíveis erros e falhas assistenciais contra 44,4% que ainda não possuem o tema inserido em suas agendas. Entretanto, em nenhuma das instituições públicas que foram entrevistadas possuem iniciativas ou estratégias que visam revelar aos pacientes e familiares possíveis erros e falhas que podem ocorrer durante a assistência. Dentre as catorze instituições privadas entrevistadas, apenas três ainda não possui ações voltadas para o tema.

A Instituição de saúde possui iniciativas e estratégias que visa revelar aos seus pacientes e familiares possíveis erros e falhas que podem ocorrer durante a assistência prestada?

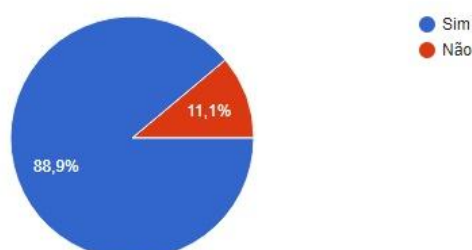
18 respostas



Em 88,9% dos entrevistados foi possível evidenciar que a comunicação de possíveis erros e falhas estão sendo implantadas na instituição, contra 11,1% que ainda não. Dos dezoito questionários aplicados, apenas duas das instituições (uma privada e uma pública) não possui em seu escopo a comunicação das possíveis falhas e erros assistenciais,

A comunicação de possíveis erros e falhas assistenciais estão sendo implantadas pela Instituição Hospitalar?

18 respostas



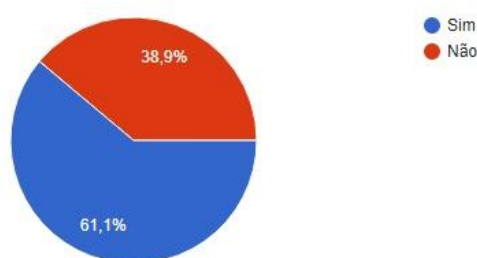
Outro fator evidenciado durante a análise dos dados do questionário foi que os núcleos de segurança do paciente têm encontrado algum tipo de resistência na implantação do *disclosure* na instituição. Para Gallagher (2007) as resistências encontradas estão relacionadas ao medo de processos, ao desconforto em enfrentar o paciente e seus familiares, ao receio do impacto que tal fato pode repercutir em sua reputação e a falta de conhecimento e habilidade nesse processo.

Dentre as instituições que responderam o questionário um total de 61,1% relatam encontrar algum tipo de resistência, porém em 38,9% responderam que não encontram resistência para a implementação do *Disclosure* como protocolo de comunicação de possíveis erros ou falhas assistenciais. Foi também possível perceber que, das quatro instituições públicas que responderam ao questionário apenas uma relatou encontrar dificuldade, porém nas instituições privadas seis das catorze relataram dificuldades da implantação do protocolo *disclosure* nas instituições.

Kachalia et al. (2010) relata que, para alguns profissionais da saúde, tanto médicos como gestores preocupam-se que, ao admitir um erro médico, tal fato pode significar como entregar um cheque em branco e convidar ações judiciais, por outro lado, como também citado, realizar a divulgação imediata dos eventos adversos podem reduzir danos aos pacientes, pode fornecer a oportunidade para a instituição e profissional solicitar ao paciente e seus familiares um sincero pedido de desculpas, e firmar o compromisso de evitar que o erro se repita.

Na sua Instituição de saúde é encontrado algum tipo de resistência para a estruturação do Disclosure como forma de comunicação de possíveis erros ou falhas assistências aos pacientes e seus familiares?

18 respostas



Mizoi (2017) demonstra um experimento realizado em um hospital de grande porte da cidade de São Paulo, onde a cultura de segurança do paciente encontra-se implementada

desde 2010. No período entre 2016 a julho de 2017, com a política de *Disclosure* já implantada e com profissionais da equipe multiprofissional devidamente treinados, foram realizados 23 *disclosures*, a maioria em eventos adversos graves (sentinelas). A partir dessa pesquisa, foi possível observar que houve um fortalecimento do vínculo em todos os casos onde foram divulgados aos pacientes e seus familiares o ocorrido e até o momento final da pesquisa não se teve nenhuma informação sobre ações judiciais.

É possível perceber que, além do dever ético dos profissionais em revelar aos pacientes e seus familiares possíveis falhas e erros que podem ocorrer durante a prestação assistência aos pacientes, às instituições de saúde que já possuem o Protocolo de *Disclosure* implementado têm uma melhor relação de segurança com os pacientes e familiares. Além disso, também se espera diminuir o número de ações jurídicas tanto contra a instituição como para o profissional que presta o cuidado ao paciente. Contar com a verdade e trabalhar com o objetivo de melhoria contínua torna a instituição mais confiável, melhorando assim a sua imagem perante a sociedade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma análise de como as instituições de saúde públicas e privadas lidam com os incidentes e possíveis erros e falhas que podem ocorrer durante a assistência prestada durante os cuidados em saúde. Foi possível verificar a importância do tema segurança do paciente na atualidade, tanto em ações relacionadas aos processos institucionais de notificar os incidentes e eventos adversos como a comunicação do mesmo aos seus pacientes e para os familiares.

O questionário aplicado possui a segurança do paciente como tema central, e foi possível observar que na sua grande maioria as instituições de saúde possuem o núcleo de segurança do paciente já implementado e com ações regidas pelo Ministério da Saúde que preconiza a forma mais segura de garantir a assistência para a população, tais como as notificações dos eventos adversos e protocolo de cirurgia segura. O NSP tem como norteador a promoção de ações que possam garantir a gestão dos riscos nos serviços de saúde trabalhando e promovendo a prevenção, a detecção precoce e mitigação dos eventos adversos, visando à prevenção de eventos que jamais devam ocorrer nos serviços de saúde.

Os hospitais da rede privada possui um investimento no que tange as certificações e creditações de qualidade, sejam eles os títulos nacionais e internacionais, pois assim buscam atrair um número maior de clientes destacando-se dentre a concorrência. Porém os hospitais da rede pública não possui essa premissa em sua essência, sendo assim não buscam as certificadoras de qualidade e dessa forma deixam de colocar em prática muitos dos protocolos e apenas seguem o que a legislação brasileira exige para o seu funcionamento. Diante do referencial teórico estudado, foi possível constatar que o uso do *disclosure* poderá fortalecer e recuperar o vínculo com os pacientes e familiares. Tal prática irá contribuir aumentando a confiança do paciente junto à instituição de saúde, fortalecendo a relação entre paciente e equipe de cuidados. Porém, diante do apresentado no questionário são poucas as instituições que possuem ações de comunicação dos incidentes e possíveis falhas e erros assistenciais ou o protocolo implantado na instituição.

É importante refletir sobre as questões éticas relacionadas ao cuidado em saúde, incluindo a relação equipe assistencial, paciente e família, revelar incidentes que podem ter ocorrido durante a assistência é demonstrar amadurecimento da instituição frente às falhas, sendo assim buscar aprimorar e desenvolver barreiras visando que tal fato não ocorra em outro momento e também forma de relação ética com a população, principalmente tornando

pública de que forma houve ações para a mitigação do erro e evitar possíveis danos ao paciente.

Essa pesquisa foi respondida apenas por enfermeiros que atuam nos núcleos de segurança do paciente, uma vez que os protocolos relacionados ao *Disclosure* e as notificações de eventos adversos estão alocados neste setor, sendo assim o questionário não foi aplicado nos demais membros da equipe multiprofissional que possui atuação nas instituições de saúde. Sob o ponto de vista estatístico, conseqüentemente não é possível estender os resultados obtidos para todo os hospitais da cidade de Belo Horizonte e Balneário Camboriú ou outros estados brasileiro.

Contudo, este trabalho procurou entender de maneira mais aprofundada os fatores e os dificultadores para utilização do método *disclosure* nas instituições de saúde públicas e privadas, e pode também fomentar e difundir sobre o tema *Disclosure* e suas nuances nas instituições de saúde. Pode também compreender que, o *Disclosure* é um assunto recente e com pouca discussão científica na Brasil é no mundo. Dado ao caráter de grande importância sobre o assunto e falta de estudos relacionado ao tema, acredito que estudos futuros possam ser desenvolvidos tanto no que tange os processos de implementação deste protocolo nas instituições de saúde como em relação aos benefícios dos quais a pratica do mesmo pode contribuir, para que os pacientes possam sentir-se seguros e recebam atendimento de saúde com qualidade, e para que as instituições possam manter o compromisso com a ética e desenvolvimento dos profissionais que lá atuam.

6 REFERENCIAS

ANDRADE, Luiz Eduardo Lima et al . Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, Jan. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100161&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de abr. de 2019.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2014. Ano VI nº 10 Dezembro de 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/boletim_seguranca_paciente_10.pdf> Acessado em: 24 de fev. de 2019.

BELELA, Aline Santa Cruz; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-263, setembro 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de fev. de /02/2019.

CLEMENTS, Nick. et al. Casebook. The Story of Beth Bowen Asia, volume 22- ISSUE 3 September 2014. Disponível em < <https://www.medicalprotection.org/docs/default-source/pdfs/casebook-pdfs/asia-casebook-pdfs/september-2014.pdf?sfvrsn=4>> Acesso em 22 de fev. de 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016. p. 68.

BRASIL, Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº01/2015. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência a saúde Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>. Acesso em 22 de abr. de 2019.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa cria hospitais sentinela para aprimorar vigilância sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. da Portaria do M.S nº 196, de 24 de junho de 1983, instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial da União, maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 21 de fev. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 21 de fev. de 2019.

BRASIL. Resolução RDC nº 36 de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jul. 2013. Disponível em: Acesso em: 25 de mar. de 2019.

Canadian Patient Safety Institute. Canadian Disclosure Guidelines: Being Open with Patients and Families. Ottawa: 2011. Disponível em <<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf>> Acesso em 26 de fev. de 2019.

CANELADA, Haline Fernanda et al. Disclosure: participação de usuários e sua rede de apoio social na ocorrência de eventos adversos. Revista Qualidade HC. FMRP-USP, 2017, Ribeirão Preto SP, disponível em < <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/155/155.pdf>> acesso em 04 de mar. de 2019.

CASTRO, Rafaela David de. MARQUES, Vagner Antônio. **Relevância da informação contábil para o mercado de capitais: evidências no mercado brasileiro. Reflexão Contábil**, UEM - Paraná v. 32 n. 1 p. 109-124 janeiro / abril 2013. Disponível em < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Enfoque/article/view/15362>>. Acesso em 01 de abr. de 2019.

CONCEICAO, Sérgio Henrique da et al . Fatores determinantes no disclosure em Responsabilidade Social Corporativa (RSC): um estudo qualitativo e quantitativo com empresas listadas na Bovespa. **Gest. Prod.**, São Carlos , v. 18, n. 3, p. 461-472, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2011000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de abr. de 2019.

FALEIROS, Fabiana et al. Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 25, n. 4, e3880014, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400304&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de mar. de 2019.

GALLAGHER, Thomas H. STUDDERT, David. LEVINSON, Wendy. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *N Engl J Med* 2007;356:2713-9. Disponível em <http://www.macrmi.info/files/5013/5523/9512/gallagher.disclosing_error_nejm_07_copy_2.pdf> Acesso em 22 de abr. de 2019.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2001.

KACHALIA, Allen. KAUFMAN, Samuel R. BOOTHMAN, Richard. ANDERSON, Susan. WELCH, Kathleen. SAINT, Sanjay. ROGERS, Mary. Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program. 2010 American College of Physicians, *Annals*

of Internal Medicine. Disponível em <
<http://annals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/aim/20212/>> Acesso em 22 de abr. de 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

LOCALIO AR, LAWTHERS AG, BRENNAN TA, LAIRD NM, HEBERT LE, PETERSON LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. NEJM. 1991 Jul 25; 325(4):245-51.

MANZATO, Antonio José e SANTOS, Adriana Barbosa. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. Disponível em:
 <http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino_2012_1/ELABORACAO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf>. Acesso em: 10 de abr. de 2019.

Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care 2009; 21: 279-84.

MIZOI, Cristina Sakoto et al. Disclosure – Comunicação ética e transparente aos pacientes e familiares, Sessão Poster, Do paciente ao indivíduo: a redefinição de entrega de valor, 2017, Disponível em http://www.conahp.org.br/2017/assets/pdf/SessaoPoster_Amarela.pdf, acesso em 05 de mar. de 2019.

MOYSÉS, Gerson Luíz Russo et al. Coleta de dados para a pesquisa acadêmica: Um estudo sobre a elaboração, a validação e a aplicação eletrônica de questionário. 2007, Disponível em <
http://abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR660483_9457.pdf>, acesso em 10 de abr. de 2019.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, Londres, v. 1, n. 1, p. 11-31, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2019.

PANCIERI, Ana Paula et al. Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 34, n. 1, p. 71-78, março 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100009&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 de fev. de 2019.

PEDROSA, Tânia Moreira Grillo; COUTO, Renato Camargos. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. Revista Médica de Minas Gerais, volume 24. 2, 2014. Disponível em <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1602> Acesso em 24 de fev. de 2019.

SANTOS, M.C., and GRILO, A.M. Envolvimento do paciente: desafios, estratégias e limites. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 159-186. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Available from: doi: 10.7476/9788575415948.0010. disponível em: <http://books.scielo.org/id/vtq2b/epub/sousa-9788575415948.epub>. Acesso em 24 de fev. de 2019.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em enfermagem. Rev. Eletr. Enf., Goiânia, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em <
<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm> > Acesso em 25 de fev. de 2019.

SILVA, Aline Teixeira et al. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, dezembro de 2016, disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

SOUSA, Maiana Regina Gomes de et al . Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 76-83, Feb. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de fev. de 2019.

SOUZA, Verusca Soares de et al. Erros de enfermagem no processo de medicação: análise de mídia eletrônica televisiva. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e20170306, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de mar. de 2019.

7 ANEXO A

Questionário sobre a cultura de Segurança do Paciente em instituições de saúde públicas e privadas

*Obrigatório

1. Instituição Pública ou Privada *

Marcar apenas uma oval.

- Pública
- Privada

2. A Instituição de Saúde possui o Núcleo de Segurança do Paciente nomeado formalmente pela alta direção? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

3. A Cultura de Segurança do Paciente está implementada na Instituição? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

4. Existem ações que visam a Promoção da Notificação de eventos adversos, tratativa e mitigação dos riscos assistenciais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

5. A Instituição de saúde possui iniciativas e estratégias que visa revelar aos seus pacientes e familiares possíveis erros e falhas que podem ocorrer durante a assistência prestada? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

6. A Instituição de saúde possui o “disclosure” como Protocolo no processo de comunicar aos pacientes e familiares possíveis erros e falhas assistenciais? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

7. A comunicação de possíveis erros e falhas assistenciais estão sendo implantadas pela Instituição Hospitalar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

8. Na sua Instituição de saúde é encontrado algum tipo de resistência para a estruturação do Disclosure como forma de comunicação de possíveis erros ou falhas assistências aos pacientes e seus familiares? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não