

A prática do *disclosure* como estratégia para a segurança do paciente no Brasil e sua relevância para os cuidados em saúde de pessoas idosas

The practice of disclosure as a patient safety strategy in Brazil and its relevance to health care for the elderly

La práctica del *disclosure* como estrategia para la seguridad del paciente en Brasil y su relevancia para el cuidado de la salud de los ancianos

Telma Rejane dos Santos Façanha¹
Isis Layne de Oliveira Machado²
Volnei Garrafa³

Resumo

Objetivo: discutir a prática denominada *disclosure* no cenário contemporâneo da segurança do paciente, incluindo no debate o respeito aos cuidados em saúde de pessoas idosas e os desafios existentes para a implementação do *disclosure* no contexto das organizações de saúde. **Metodologia:** tratou-se de revisão narrativa, que tomou por base referências, guias e documentos orientadores adotados na Austrália e documentos publicados pela Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária que possuem ligação com o tema. A busca de referências bibliográficas deu-se pela plataforma *Google Scholar*, utilizando-se as seguintes palavras-chave: *disclosure*; dano; segurança do paciente; cuidados em saúde; e pessoas idosas. **Resultados:** a prática do *disclosure* está inserida na cultura de segurança do paciente em diversas instituições a nível internacional. No Brasil, contudo, não é uma prática reconhecida, nem mesmo nas normativas vigentes que visam a segurança do paciente. A literatura consultada demonstrou que, quando bem abordada, a comunicação aberta e honesta entre profissional da saúde e paciente, acerca de um dano ocorrido durante os cuidados, reduz conflitos e demandas judiciais. **Conclusões:** *disclosure*, como prática de comunicação, mostra-se relevante também para idosos, pois traz engajamento desses pacientes nas decisões inerentes a seus cuidados, promovendo seu direito à informação; trata-se, portanto, de importante ferramenta a ser utilizada em organizações hospitalares no Brasil, com vistas ao respeito a direitos e à segurança do paciente.

Palavras-chave

Comunicação em Saúde. Dano ao Paciente. *Disclosure*. Idoso. Profissional da Saúde. Segurança do Paciente.

Abstract

Objective: to discuss the practice of disclosure in the contemporary scenario of patient safety, including respect for the health care of the elderly and the existing challenges to the implementation of disclosure in the context of health care organizations in the debate. **Methods:** this is a narrative review based on references, and guiding documents adopted in Australia, as well as documents published by the World Health Organization, the Brazilian

¹ Doutoranda em Bioética, Cátedra Unesco de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9445-3147>. E-mail: telmarejane68@gmail.com

² Doutoranda em Bioética, Cátedra Unesco de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0051-9307>. E-mail: isis_layne@hotmail.com

³ Pós-Doutor em Bioética, Universidade La Sapienza, Roma, Itália; professor emérito, Programa de pós-graduação em Bioética, Cátedra Unesco de Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4656-2485>. E-mail: garrafavolnei@gmail.com

Ministry of Health and the National Agency for Health Surveillance on this topic. Bibliographic references were searched through the Google Scholar platform using the following keywords: disclosure, harm, patient safety, health care, and the elderly. **Results:** the practice of disclosure is part of the culture of patient safety in several international institutions. However, in Brazil it is not an accepted practice, not even in the current patient safety regulations. The literature reviewed shows that open and honest communication between health professionals and patients about a harm that occurred during medical care reduces conflicts and lawsuits, if properly addressed. **Conclusions:** disclosure as a practice of communication is also important for older patients because it involves them in decisions about their care and promotes their right to be informed. Therefore, it is a valuable tool that should be used in hospitals in Brazil to preserve patients' rights and safety.

Keywords

Communication in Health. Patient Harm. Disclosure. Elderly. Health Professional. Patient Safety.

Resumen

Objetivo: discutir la práctica denominada *disclosure* (divulgación) en el escenario contemporáneo de la seguridad del paciente, incluyendo en el debate el respeto por el cuidado de la salud de las personas mayores junto con los desafíos existentes para la implementación de *disclosure* en el contexto de las organizaciones de salud. **Metodología:** se trata de una revisión narrativa, que se basó en referencias, guías y documentos orientadores adoptados en Australia y documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y la Agencia Nacional de Vigilancia de la Salud de Brasil, que están vinculados al tema. La búsqueda de referencias bibliográficas se realizó a través de la plataforma *Google Scholar*, utilizando las siguientes palabras clave: *disclosure*; daño; seguridad del paciente; atención de la salud y personas mayores. **Resultados:** la práctica de *disclosure* es parte de la cultura de seguridad del paciente en varias instituciones a nivel internacional. En Brasil, sin embargo, esa no es una práctica reconocida, ni siquiera en las normas vigentes orientadas a la seguridad del paciente. La literatura investigada demuestra que, cuando la comunicación bien dirigida, abierta y honesta entre los profesionales de la salud y los pacientes, sobre los daños ocurridos durante la atención a la salud reduce los conflictos y las demandas. **Conclusiones:** *disclosure*, como práctica de comunicación, también es relevante para los pacientes ancianos, ya que los involucra en las decisiones inherentes a su cuidado, promoviendo su derecho a la información, por lo que es una herramienta importante para ser utilizada en las organizaciones hospitalarias de Brasil, con miras a respetar los derechos y la seguridad del paciente.

Palabras clave

Comunicación en Salud. Daño al Paciente. *Disclosure*. Anciano. Profesional de la Salud. Seguridad del Paciente.

Introdução

Nos cuidados em saúde, é importante que todos os pacientes sejam tratados de forma igualitária quando se trata da comunicação de um dano decorrente de algum ato clínico e ou assistencial. Estudos internacionais recentes sobre essa prática, à qual o termo ainda não possui tradução para o português, a denominam de *disclosure* (1). Pacientes idosos, tal como os jovens, adultos ou crianças, são especialmente incluídos nesta prática que, entre outros objetivos, busca a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

O tema dos cuidados em saúde de pessoas idosas tem se mostrado cada vez mais relevante, em razão do aumento crescente de idosos no contexto da população mundial, assim como de doenças atinentes ao envelhecimento (2), que demandam cuidados específicos, destinados a tal parcela da população. Além disso, a população idosa é considerada como grupo com maior vulnerabilidade a incidentes, e danos evitáveis nos cuidados em saúde (3), sendo, os mais comuns, relacionados à aplicação errônea de medicamentos, retiradas de dispositivos terapêuticos e quedas, que contribuem para o aumento do número de mortes entre pacientes idosos (3). Neste sentido, faz-se necessária a adoção de mecanismos que contribuam para melhorar a comunicação entre profissionais da saúde e pacientes idosos - com o engajamento destes e, quando necessário, de seus familiares - na discussão que aborda a ocorrência de dano durante os cuidados, contribuindo para a construção de uma cultura de transparência entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Quanto à expressão *disclosure*, não há uma definição precisa sobre o que ela significa, embora seja entendida como um exercício de comunicação honesta com os pacientes e seus familiares acerca de incidentes que resultem em dano, causados durante os cuidados em saúde (4). Sabe-se também que esta é uma prática que envolve aspectos éticos, sendo objeto de debate no contexto contemporâneo dos estudos sobre segurança do paciente (5).

Já há evidências que comunicar ao paciente um dano cometido durante os cuidados, tem vantagens econômicas e jurídicas, sendo uma iniciativa apoiada por profissionais, pacientes e familiares em muitas organizações internacionais de saúde (6). Para que a divulgação acerca de algum dano seja eficaz, os profissionais devem sempre comunicar-se com o paciente de maneira transparente (7). E para que a prática do *disclosure* alcance sua finalidade, a ação deve ser sempre acompanhada pelo pedido de desculpas. Isto atende a vários objetivos importantes ao longo dos cuidados, incluindo a participação do paciente que sofreu danos e a oportunidade de reparação deste, com o propósito final de alcançar a conciliação entre os envolvidos.

As desculpas devem decorrer de ações pautadas na autocrítica e reflexão moral, pois quando resultam de imposições, contribuem para a ocorrência de uma determinada *frieza moral* (8), que interfere no comportamento dos profissionais individualmente ou de modo coletivo. Obrigar o profissional a se justificar por um dano causado enfraquece tais objetivos, especialmente se o próprio profissional não está convencido de que sua ação resultou em um dano.

No contexto atual da segurança do paciente, afirma-se que existem razões morais sólidas para pedir desculpas aos prejudicados por danos causados em situações nas quais não houve culpado. Os diferentes tipos de desculpas por sua vez, também podem desencadear efeitos diversos. Contudo, se o pedido de desculpas inclui uma autocrítica do profissional que causou danos, ele poderá prevenir demandas judiciais ou encurtar as já existentes (9).

O medo de litígios e a responsabilidade legal são citados como barreiras à comunicação de danos, assim como à implementação da cultura do pedido de desculpas. Tal fato mostra-se ainda mais presente em sistemas jurídicos, como o existente no Brasil (10), que não disponibilizam recursos legais e culturais que proporcionem a redução de litígios judiciais envolvendo cuidados em saúde, dificultando a comunicação aos pacientes e seus familiares de um dano causado pelo profissional de saúde.

Tal fato reforça a necessidade de adoção de uma cultura nas instituições de saúde, que aproxime os profissionais e os pacientes, incorporando a prática de comunicá-los acerca dos prejuízos causados, incluindo o pedido de desculpas por eventuais danos sofridos (11). Contudo, tornar público um dano causado ao paciente nem sempre reduzirá o litígio (12), razão pela qual devem ser desenvolvidos meios de comunicação próprios e mecanismos jurídicos que garantam o exercício dos direitos inerentes aos pacientes e, ao mesmo tempo, que confirmem proteção aos profissionais da saúde, a fim de que os envolvidos na relação de cuidados possam construir uma relação ética (13) pautada na confiança.

O presente artigo, assim, desenvolve uma revisão narrativa objetivando discutir a prática denominada *disclosure* no cenário contemporâneo da segurança do paciente, em conjunto com os desafios existentes para a implementação do *disclosure* no contexto das organizações de saúde no Brasil, incluindo no debate, o respeito aos cuidados em saúde de pessoas idosas, haja vista o acentuado aumento da população idosa no Brasil e ao redor do mundo, o que enseja o aumento da demanda por cuidados básicos em saúde, assim como cuidados voltados a doenças crônicas, típicas de tal fase da vida (14). Ademais, tal grupo está mais vulnerável à ocorrência de incidentes nos cuidados em saúde (3), razão pela qual especial atenção deve-lhe ser conferida.

Metodologia

Tratou-se de revisão narrativa, pois “[o]s artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de

um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual [...]” (15) o que se diferencia de uma revisão sistemática (15) conforme descrito no Quadro 1 (16).

Quadro 1. Diferenças entre revisão sistemática e revisão narrativa

Itens	Revisão Narrativa	Revisão Sistemática
Questão	Ampla	Específica
Fonte	Frequentemente não-especificada, potencialmente com viés	Fontes abrangentes, estratégia de busca explícita
Seleção	Frequentemente não-especificada, potencialmente com viés	Seleção baseada em critérios aplicados uniformemente
Avaliação	Variável	Avaliação criteriosa e reprodutível
Síntese	Qualitativa	Quantitativa*
Inferências	Às vezes baseadas em resultados de pesquisa clínica	Frequentemente baseadas em resultados de pesquisa clínica

* Uma síntese quantitativa que inclui um método estatístico é uma metanálise (16).

Fonte: traduzido de Cook D J. et al (16).

Esta revisão tomou por base referências, guias e documentos orientadores adotados na Austrália, em razão de tal país ser precursor em estudos relacionados ao *disclosure*. Visando abordar a implementação do *disclosure* e avaliar sua contribuição para a segurança de pacientes e qualidade nos cuidados em saúde, este trabalho pautou-se também em documentos orientadores e normativos publicados pela Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A busca de referências bibliográficas deu-se pela plataforma *Google Scholar*, utilizando-se as seguintes palavras-chave: *disclosure*; dano; segurança do paciente; cuidados em saúde; e pessoas idosas. As palavras-chave foram utilizadas nos idiomas português e inglês, objetivando alcançar publicações que abordassem a situação no Brasil e na Austrália. Devido ao número elevado de publicações que a base de dados *Google Scholar* oferece, foram excluídas as referências que não tratavam especificamente do *disclosure*, aplicado à prática de cuidados em saúde.

Disclosure e a segurança do paciente

Disclosure consiste em uma prática relativamente recente inserida na cultura de segurança do paciente em organizações de saúde de diferentes países. O profissional comunica ao paciente e seus familiares quando algo inesperado ocorreu no transcurso da atenção à saúde e resultou em algum dano, incluindo um pedido de desculpas, e reforçando

que se evitará que situação semelhante volte a acontecer (17). Em síntese, trata-se do estabelecimento de uma *comunicação aberta* entre profissionais de saúde e pacientes, com apresentação de informações quanto aos danos ocorridos e que afetaram o paciente, assim como medidas a serem adotadas para evitar que situações semelhantes voltem a ocorrer.

Tal comunicação ou prática do *disclosure*, sempre que possível, deve envolver pessoas da rede de apoio do paciente, tal como familiares e pessoas próximas ao mesmo, como os/as cuidadores/as. Neste sentido, a comunicação deve ser oportuna e acompanhada não apenas de referenciais éticos e morais, mas também de um ambiente favorável para o desenvolvimento de uma cultura de confiança nas relações de cuidado (18). Tudo isso fortalece a segurança do paciente, situação que vem merecendo preocupação crescente de ordem mundial, a ponto de serem estabelecidos protocolos específicos como meios eficazes para reforçar positivamente o processo da comunicação de danos aos pacientes, já que um dano pode ensejar sérios prejuízos físicos e psicológicos tanto para o paciente como para sua família (19).

No cenário internacional, a Austrália tem sido pioneira na inserção da cultura do *disclosure* em suas organizações de saúde. O documento referência – *Open Disclosure Standard* –, que preconiza a adoção de um padrão nacional para comunicação de danos aos pacientes em hospitais públicos e privados na Austrália, salienta a importância da honestidade dos profissionais para com os pacientes e enfatiza que o relacionamento deve ser sempre pautado na confiança, de modo a permitir a troca de informações e a promoção do exercício da autonomia para profissionais e pacientes (20). Este conjunto de ações configura uma estrutura que exige que os profissionais da saúde comuniquem aos pacientes, de maneira aberta e oportuna, a ocorrência de danos. A boa comunicação mostra-se relevante como padrão para a mitigação de danos em saúde, refletindo em todos os principais temas subjacentes a eles (21).

Quanto às informações contidas no pedido de desculpas que deve constar na prática do *disclosure*, Helmreich (8) argumenta que a tendência de interpretar tal ato como incriminador enfraquece o discurso de implementação de um canal aberto de comunicação e facilitação do pedido de desculpas. Assim, o pedido de desculpas não implica em culpabilidade ou responsabilidade, porque trata-se de uma iniciativa apropriada para ser utilizada por profissionais inocentes que causaram algum evento danoso resultante de ato não negligente, constituindo, então, uma atitude moralmente aceitável e apropriada para reduzir as consequências danosas de determinado fato. Em consequência, legalmente, nem

a admissão da ocorrência do efeito adverso, tampouco a desculpa, apresentada pelo profissional são provas de responsabilidade e não pressupõem erro.

Na legislação australiana, a prática do *disclosure* não tem o significado de um processo legal ou de admissão de culpa, com efeitos jurídicos que responsabilizem o profissional em indenizar danos e prejuízos sofridos pelo paciente, ao contrário, ela significa a abertura e estabelecimento de uma comunicação entre os atores envolvidos no contexto dos cuidados em saúde. Com a finalidade de proteger profissionais de saúde que admitem falhas durante o tratamento de um paciente, a legislação australiana prevê que a admissão de culpa e o pedido de desculpas feito ao paciente não são considerados na aferição de culpa e na determinação de responsabilidade indenizatória em ambientes legais (4).

Na Austrália, a implementação do *disclosure* objetiva abordar e equilibrar os interesses dos pacientes, dos profissionais, gestores e das organizações de serviços de saúde, dentre outras partes interessadas nos cuidados em saúde, pautando-se didaticamente na aplicação de oito elementos a seguir explicitados: a) comunicação aberta e oportuna, na qual o processo de comunicação seja fluido e envolva o fornecimento de informações contínuas aos pacientes, familiares e cuidadores; b) reconhecimento, pelo qual as organizações de saúde devem acolher a ocorrência do dano e iniciar a comunicação abertamente; c) pedido de desculpas ou expressão de arrependimento, que deve ocorrer o quanto antes, contendo expressões tais como *sinto muito* ou *sentimos muito*; d) apoio e atendimento às necessidades e expectativas dos pacientes, seus familiares e cuidadores, que resultem em um tratamento com empatia, respeito e consideração; e) apoio e atendimento às necessidades e expectativas daqueles que prestam cuidados em saúde, que resulte em estímulo, preparo e treinamento de profissionais da saúde para implementar a prática do *disclosure*; f) gerenciamento de risco clínico integrado e melhoria dos sistemas de atenção sanitária, os quais demandam a adoção de processos que focam no gerenciamento de riscos e na melhoria da qualidade dos cuidados; g) boa governança, que orienta a investigação e análise dos danos a fim de evitar novas ocorrências; h) confidencialidade, a qual prescreve que as políticas e procedimentos decorrentes da prática do *disclosure* devem ser desenvolvidas observando a privacidade e confidencialidade do paciente e do profissional de saúde (4).

Tais elementos contribuem para adoção de uma cultura de cuidados pautada em relações de confiança e respeito entre pacientes, profissionais de saúde e demais envolvidos nos cuidados prestados (22).

Portanto, para que as práticas nos cuidados em saúde tragam resultados positivos para a segurança do paciente, é necessária a conjugação de diversos fatores como a valorização, o respeito, a promoção da participação do paciente nas decisões quanto a seu tratamento e cuidado, além da capacidade de disponibilizar aos pacientes instrumentos para estes se autogovernarem e exercerem o controle sobre suas vidas.

O estabelecimento de um canal positivo de comunicação é fundamental para a formação de vínculo de confiança na relação profissional-paciente, pois a comunicação de danos confronta sentimentos de ambos os interlocutores envolvidos no processo além de, quando oportuno, também de seus familiares. Sublinha-se que é importante levar em conta os diferentes valores, culturas e realidades sociais em que as pessoas se inserem, pois tais elementos refletem diretamente na compreensão da relação que é estabelecida durante os cuidados em saúde.

Nesse sentido, para melhor compreensão do cenário brasileiro, quanto à segurança do paciente e possibilidade de implementação do *disclosure* no âmbito dos cuidados em saúde, faz-se necessário avaliar o contexto normativo do Brasil referente a tais pontos, o que se faz a seguir.

***Disclosure* e o contexto normativo no Brasil**

No ano de 2002, a 55^a Assembleia Anual da Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu relatório abordando a qualidade de atendimento e a segurança do paciente, como princípio basilar para o cuidado em saúde (23). No intuito de aproximar-se de padrões internacionais inerentes à segurança do paciente, em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) instituiu a Rede Brasileira de Hospitais Sentinela no Brasil, com o propósito de que os eventos adversos e queixas técnicas atreladas à tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância fossem notificadas, para controle e adoção de práticas que visassem minimizar a ocorrência de tais eventos (24). Em 2004, o Brasil passou a compor, juntamente com outros países, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela OMS, comprometendo-se a proporcionar a maior atenção possível ao paciente.

Posteriormente, em 2007, foi criado o Sistema Nacional de Notificação de eventos adversos e queixas técnicas que envolvessem produtos sob vigilância sanitária, tais como, medicamentos, vacinas, equipamentos hospitalares, produtos de higiene pessoal e artigos médico-hospitalares (25). A Portaria nº 1.660 (26) do Ministério da Saúde brasileiro, de 22 de julho de 2009, instituiu o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

com vistas a promover identificação de problemas relacionados com produtos e serviços cujo uso ofereça risco ao paciente. Ainda em 2009, foi publicada a Portaria nº 1.820 (27) do Ministério da Saúde, dispondo acerca dos direitos e deveres do usuário em saúde, estabelecendo o direito de toda pessoa obter atendimento com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade.

Em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente, por meio da Portaria nº 529, de abril de 2013 (28) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos sanitários em âmbito nacional. No mesmo ano, a Resolução nº 36, de julho de 2013 (29) implementou ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, tornando obrigatória a notificação de eventos que poderiam resultar ou que resultaram em dano desnecessário para a saúde do paciente, devendo os hospitais instituírem Núcleos de Segurança do Paciente para promover e apoiar ações voltadas a garantir a segurança do paciente. A Portaria nº 1.377, de julho de 2013 (30), do Ministério da Saúde, aprovou Protocolos de Segurança do Paciente acerca da identificação, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

Apesar de tais avanços regulatórios, na tentativa de melhorar a qualidade no atendimento em saúde, no Brasil ainda não há uma legislação que trate de direitos e garantias específicas voltadas aos pacientes, estando em tramitação o Projeto de Lei nº 5.559/2016, que trata dos direitos dos pacientes, que recentemente foi aprovado e encaminhado para redação final na Câmara dos Deputados.

No que concerne às pessoas idosas, há no Brasil o Estatuto do Idoso (31), o qual prevê a obrigação do Estado e da sociedade em garantir a atenção integral à saúde do idoso, mas não aborda mecanismos específicos para comunicação aberta, redução de danos e promoção da segurança e qualidade em saúde de pessoas idosas.

Portanto, não há regramento e normatização adequada para a solução de conflitos nesta área, na medida em que os profissionais muitas vezes deixam de relatar a ocorrência de danos por receio de serem responsabilizados judicialmente. Isso dificulta a categorização e organização dos danos mais frequentes, não contribuindo para o controle e redução de sua ocorrência, acarretando o enfraquecimento de níveis de segurança do paciente. Assim, em diversos casos, envolvendo ocorrência de danos a pacientes, há discussão quanto à responsabilidade da instituição ou de membros da equipe de saúde que, de forma rotineira, são levados ao judiciário. Tais fatos contribuem para o distanciamento entre pacientes e a equipe de saúde, que acabam por colocá-los em posições adversárias (21).

No Brasil, a responsabilização advinda de condutas negligentes ocorre quando presentes concomitantemente três pressupostos básicos, quais sejam: a conduta, pautada na ação ou omissão do agente; o nexo de causalidade, existente no liame entre a conduta e o possível prejuízo enfrentado; e o dano, materializado no efetivo prejuízo enfrentado pelo paciente (32). A ausência, no Brasil, de parâmetros legais que facilitem a comunicação entre equipe de saúde e pacientes acaba por permitir que casos ligados a eventos danosos causados a pacientes sejam solucionados a partir da ótica da responsabilidade civil, que, de maneira ampla, trata sobre direitos de pessoas que sofreram danos e responsabilidade indenizatória dos causadores de tais danos, não havendo abordagem específica quanto à área da saúde, que possui nuances próprias.

Diante do receio de processo judicial contra si, diversos profissionais da saúde deixam de informar a ocorrência de danos aos pacientes o que gera ainda mais insegurança jurídica acerca da proteção de pacientes, bem como de profissionais da saúde. Fica claro que a discussão acerca da informação ao paciente quanto aos danos ocorridos durante os cuidados prestados a este encontra-se mais avançada em outros países, que possuem legislação própria para tal tema, como foi anteriormente exemplificado com a situação da Austrália (4), restando agora averiguar qual a melhor abordagem para a aplicação do *disclosure* nos casos concretos, o que será abordado a seguir, tendo as pessoas idosas como referência.

***Disclosure* e o os cuidados em saúde de pessoas idosas**

Para a implementação do *disclosure* nas relações de cuidados em saúde, há necessidade de envolvimento do paciente nas discussões que envolvam seus cuidados, o que perpassa pela promoção de um ambiente adequado, utilização de linguagem acessível, desconstrução de relações paternalistas e assimétricas, além do estabelecimento de uma relação de cuidados centrados no paciente, especialmente no que tange ao grupo de pessoas idosas, que constantemente são colocadas à margem de seus cuidados em saúde (33).

Apesar da ausência de legislação específica para implementação do *disclosure* na área de cuidados em saúde no Brasil, tal prática deve ser cada vez mais discutida, estudada e fomentada, tendo em vista os benefícios já apontados. Importante salientar que a proporção de pessoas com mais de 60 anos tende a duplicar até 2050, significando cerca de 22% da população total do país (34). Tal fato traz um desafio às redes de cuidado, visto que o envelhecimento, associado à presença de doenças crônicas e seus agravantes, levam à

hospitalização e ao aumento do risco de ocorrência de incidentes (3) (34). Nesse sentido, faz-se importante a discussão quanto à implementação do *disclosure* nos cuidados em saúde, que não pode passar ao largo da população idosa, a qual estará sujeita a sofrer as maiores consequências da ausência de tal implementação ou de sua realização de maneira inadequada.

A participação do paciente é uma preocupação fundamental nos cuidados em saúde. No entanto, pacientes idosos muitas vezes não se sentem envolvidos em seu processo de cuidados, especialmente quando as condições organizacionais exercem pressão sobre a situação de trabalho, com a priorização do cuidado como mera atividade adicional da equipe de saúde, em detrimento do envolvimento do paciente (35).

Segundo o *Guia Australiano de Estruturação e Orientação para Aplicação do Disclosure* nos cuidados em saúde de pessoas idosas (36), quatro princípios, articulados à *Carta de Direitos de Cuidados às Pessoas Idosas* (37), sustentam tal prática, quais sejam: i) dignidade e respeito, o qual dispõe que a pessoa idosa possui direito de ser ouvida e compreendida e de ter apoios para suas decisões; ii) privacidade e confidencialidade, que prevê o direito de ter as informações pessoais protegidas; iii) transparência, que prevê o direito de ser informado sobre os cuidados em saúde, direitos e serviços disponíveis em linguagem acessível; iv) contínua qualidade de melhoria, que prevê o direito de receber atendimento e serviços seguros e de qualidade (36).

A população idosa tem demandado cada vez mais atenção nos cuidados em saúde, uma vez que o número de pessoas em idade mais avançada tem aumentado a cada ano, assim como a necessidade de tratamento de doenças mais presentes em tal fase da vida (38). Doenças crônicas e perda de habilidades físicas e mentais são fatores que acarretam a necessidade de melhor assistência à saúde de pessoas idosas, sendo fundamental o estabelecimento de boa comunicação e envolvimento destas pessoas em seu processo de cuidado.

Para implementação prática do *disclosure* nos cuidados em saúde de pessoas idosas, o *Guia Australiano* cita cinco elementos essenciais, iniciando pela identificação de quando algo *deu errado* e que prejudicou ou teve potencial para causar dano à pessoa idosa. A partir disso pode-se atender às necessidades imediatas e conferir suporte, inclusive de cunho emocional, tanto aos pacientes quanto à equipe de profissionais de saúde, pautando-se nas necessidades e preferências das pessoas envolvidas. É importante, também, reconhecer e pedir desculpas ou expressar arrependimento, ainda quando não há culpados com relação ao dano experimentado. Deve-se ainda descobrir e explicar o fato ocorrido, de forma que o

paciente entenda claramente a situação. Por fim, deve-se aprender com a experiência e adotar melhorias para que situações semelhantes não ocorram novamente (37).

Um dos objetivos do *disclosure* é promover maior aproximação e implementação do cuidado empático na área da saúde, promovendo respeito aos direitos dos pacientes, melhorando a segurança do paciente. Comunicar a verdade sobre um dano ampara a confiança e a relação entre profissional-paciente. A veracidade das informações é primordial para o respeito à autonomia e aos demais direitos do paciente. Nesse sentido, há vinculação ética dos profissionais de saúde quanto a divulgar e dizer a verdade sobre os eventos ocorridos, que causam ou não danos aos pacientes (39). Mesmo diante do receio de ser mal compreendido, não cabe ao profissional a irrestrita informação da verdade, ainda mais quando há potencial dano. Há de se considerar, portanto, a responsabilidade assumida pelo profissional, como continuidade aos cuidados assistenciais de saúde para com o paciente (40).

As atividades de melhoria de segurança não devem ser conduzidas com base em informações às quais os próprios pacientes prejudicados por um dano são impedidos de acesso, seja por causa da estrutura de proteção de revisão por pares ou porque provedores da assistência são relutantes em divulgar os danos, devido a temores de reponsabilidade, oferecendo maneiras de contornar a situação que causou conflitos (41). Sob tal perspectiva, o acesso dos pacientes a informações sobre seus cuidados de saúde deve ser amplamente implementado, concedendo-lhes o direito de conhecer os prejuízos associados a seus cuidados de saúde.

A implementação do *disclosure* contribui no fortalecimento das relações entre profissionais da saúde e pacientes idosos juntamente com sua família, visto que a rede de apoio para promoção da autonomia deve ser vista como fundamental nos cuidados em saúde, distinguindo-se da dimensão autoritária ou paternalista, em que o profissional de saúde figura como detentor e guardião das informações (35). É necessário caminhar rumo à expansão do exercício da autonomia na medida em que se avança o processo terapêutico.

Os cuidados em saúde ultrapassam o conhecimento especializado de um profissional para abarcar também o afeto e apoio emocional que familiares, amigos e a própria equipe de saúde podem trazer ao paciente, fortalecendo a concepção da pessoa acerca de si mesma, evitando que a relação se torne de dependência e sujeição, tornando este momento um espaço de troca de experiências e de respeito (42).

Doenças mais presentes no envelhecimento, tais como demências, tornam o cuidado em saúde de pessoas idosas ainda mais sensível, especialmente por envolver a

necessidade de redes de apoio ao paciente idoso. Nesse sentido, a construção de relação de confiança entre paciente e equipe de saúde confere melhor experiência de cuidado e incrementa a segurança de tais pacientes (43).

Desafios para a implementação do *disclosure*

O envolvimento do paciente na tomada de decisão sobre o seu cuidado é importante componente para a melhoria dos cuidados em saúde (44). Pacientes relatam ter vivido boa experiência no atendimento hospitalar quando tiveram seus questionamentos respondidos de modo claro pela equipe de saúde, o que lhes conferiu a sensação de serem tratados com dignidade. Nessas situações, esses pacientes também reforçam ter necessidade de estar mais envolvidos nas decisões acerca do próprio cuidado e tratamento. Esta situação mostra a necessidade de se caminhar em direção a um genuíno modelo de parceria (45).

A prática do *disclosure* nos cuidados em saúde, interligada com mecanismos legais adequados, pode auxiliar na redução de ações judiciais indenizatórias propostas por pacientes que tenham sofrido quaisquer danos advindos da assistência e/ou tratamento prestados (46). O estabelecimento de um canal de comunicação entre pacientes e profissionais de saúde fortalece a criação de vínculo de confiança entre estes (45). Além disso, promove o respeito à autonomia e direito de informação do paciente, com consequente melhor inserção do mesmo no processo de cuidados.

É importante mencionar que quanto mais se evita a discussão e implementação de formas de expor ao paciente questões inerentes aos danos causados no transcurso dos cuidados em saúde, mais prejudicada torna-se a relação entre o profissional e esse paciente. O que se observa muitas vezes é que a comunicação de tal evento costuma ocorrer de forma confusa, contribuindo para o aumento de casos de judicialização na área biomédica, com redução da qualidade do tratamento, aumento de danos e, conseqüentemente, redução da segurança do paciente (46).

Iniciativas internacionais têm desenvolvido normas de *disclosure* como tentativa de solução para melhoria dos cuidados em saúde (4) (5) (7). O objetivo central dos padrões estabelecidos é melhorar o processo de comunicação e garantir ao paciente que as falhas sejam examinadas com vistas à prevenção. Contudo, como já dito, no Brasil ainda não existem normativas ou guias orientadores específicos voltados à prática do *disclosure* ao campo dos cuidados em saúde. As orientações referentes à segurança do paciente encontram-se dispersas em normativas brasileiras (26) (31) que, apesar de pautarem-se em

princípios constitucionais amplos, como o direito à vida e à sua proteção, à dignidade humana, à autonomia e à liberdade individual, não dispõem sobre o uso do *disclosure*.

Com raras exceções, infelizmente, as instituições de saúde e as universidades no Brasil não preparam seus profissionais para informar adequadamente o paciente e seus familiares a ocorrência de danos (8). Como consequência, a falha na comunicação reduz a confiança entre pacientes e profissionais e aumenta a possibilidade de ocorrência de processos judiciais. Há, portanto, necessidade de uma mudança cultural que facilite e melhore a comunicação no sentido de estabelecer confiança na relação profissional-paciente (47).

O receio de profissionais em comunicar danos aos pacientes perpassa pelo receio destes serem enquadrados em condutas negligentes, atraindo para si a responsabilidade por indenizar o paciente em eventual processo judicial. Há necessidade de criação de meios institucionais que estabeleçam a comunicação entre profissionais e seus pacientes. Os prestadores de cuidados de saúde devem considerar o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente, baseada no reconhecimento do potencial dano ou prejuízo causado (48). Atribuir atos negligentes a todos os danos, mesmo sendo não intencionais e prejudiciais aos pacientes, não contribui para melhoria do sistema de saúde (49). O mais adequado seria as instituições de saúde no Brasil promoverem e demonstrarem capacidade e vontade de aprender com os danos, disseminando informações adequadas no sentido da efetivação de um processo afirmativo que beneficie a todos.

Considerações finais

Diferentes e variadas estratégias vêm sendo criadas com a finalidade de promover a segurança do paciente. O *disclosure* é uma prática que atende a essa finalidade. Em situações complexas, em particular onde há danos aos pacientes, é recomendável que a equipe de saúde não somente comunique o fato danoso ao paciente, mas ouça sua opinião, prestando informações suficientes que lhe permitam a tomada de decisão consciente com relação à ocorrência de danos. Além disso, os valores do paciente auxiliam a determinar quais informações são relevantes. Ao que tudo indica, a comunicação aberta de um dano, consistente de informações importantes aos pacientes e aos seus familiares, promove o desenvolvimento de confiança a longo prazo entre os profissionais de saúde e seus pacientes.

Contudo, a implementação de tal prática não pode ocorrer unilateralmente apenas por parte dos profissionais da saúde, como responsabilidade única e exclusiva destes. Há que se promover uma estrutura organizacional adequada nas instituições de saúde de modo a

facilitar a comunicação entre equipe de saúde e pacientes, por meio de protocolos, cursos informativos e demais mecanismos acolhedores. O estabelecimento de uma comunicação segura e confiável entre paciente e profissional da saúde passa a ser fundamental para que estes não mais se percebam como adversários, mas partes integradas nos processos dos cuidados em saúde.

No Brasil, a implementação do *disclosure* nos cuidados em saúde de pessoas idosas, especificamente, esbarra, além de outros pontos, na ausência de legislação pertinente à aplicação de tal prática, que proporcione uma assistência mais empática, de modo a promover a segurança do paciente idoso e proteger o profissional, conferindo maior transparência em um contexto de segurança, harmonia e confiança. Além disso, a presença marcante de uma cultura inadequada e paternalista, nos cuidados em saúde, assim como de exclusão e afronta a direitos básicos das pessoas idosas, que rotineiramente são taxadas como incapazes de tomar decisões, aumentam a vulnerabilidade e colocam em xeque a segurança de tais pacientes, tornando cada vez mais distante a implementação prática do *disclosure*.

Nesse sentido, a implementação legislativa deve ser acompanhada de mudança cultural, no sentido de inclusão das pessoas idosas no centro de seus cuidados em saúde, promoção de melhores mecanismos de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e valorização da relação de confiança entre ambos, abrindo espaço para o uso do *disclosure*, que, como visto, pode trazer contribuições relevantes para cuidados em saúde com qualidade, voltados à segurança de pacientes idosos.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (IBSP). Disclosure precisa integrar a cultura de segurança do paciente [Internet]. 2015 [citado em 20 de jan.2022]. Disponível em: <https://bit.ly/3vrM3Qn>
2. World Health Organization (WHO). “Ageing well” must be a global priority [Internet]. 2014 [citado em 17 de jul. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancetageing-series/en/>
3. Ferraz SB, Brito KQD, Morais GFC. Abordagem da segurança do paciente idoso hospitalizado no cenário nacional: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Health Review [Internet]. 2021 [citado em 12 de jul. 2022]; 4(2): 6572-6579. Doi: [10.34119/bjhrv4n2-207](https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-207)
4. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Australian Open Disclosure Framework [Internet]. 2013 [citado em 22 de jan. 2022]. Disponível em:

<https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/open-disclosure/the-open-disclosure-framework>

5. Allan A. Implementing the Australian Open Disclosure Standard: the legal situation in western Australia [Internet]. Joondalup: Lishman Health Foundation; 2008 [citado em 10 jan.2022]. 27p. Disponível em: https://lishmanhealthfoundation.org.au/lhf/wp-content/uploads/2007/01/87_Allan_OD_Legal_Review.pdf
6. Harrison R, Birks Y, Bosanquet K, Iedema R. Enacting open disclosure in the UK National Health Service: a qualitative exploration. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [Internet]. 2017 [citado em 2 jan. 2022];23(4):713-718. Doi: [10.1111/jep.12702](https://doi.org/10.1111/jep.12702)
7. Kim Y, Lee E. The relationship between the perception of open disclosure of patient safety incidents, perception of patient safety culture, and ethical awareness in nurses. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2020 [citado em 2 jan. 2022]; 21(1):1-9. Doi:[10.1186/s12910-020-00546-7](https://doi.org/10.1186/s12910-020-00546-7)
8. Heimreich JS. Does Sorry Incriminate-Evidence, Harm, and the Protection of Apology. *Cornell JL & Pub. Pol'y* [Internet]. 2011[citado em 2 jan. 2022]; 21(3):567-609. Disponível em: <http://scholarship.law.cornell.edu/cjlp/vol21/iss3/3>
9. Franco VR, Iglesias F, Melo IR. Pedir Desculpas: Categorias e efeitos em três tipos de relacionamento interpessoal. *Psico-USF* [Internet]. 2018 [citado em 2 jan. 2022];23(4):741-750. Doi: [10.1590/1413-82712018230413](https://doi.org/10.1590/1413-82712018230413)
10. Albuquerque A, Regis A. Mecanismos jurídicos de segurança do paciente: repensando o tratamento legal do tema no Brasil. *Revista de Direito Sanitário* [Internet]. 2020 [citado em 2 de jan. 2022];20(3):3-25. Doi:[10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i3p3-25)
11. Iedema R, Jorm C, Wakefield J, Ryan C, Dunn S. Practicing open disclosure: clinical incident communication and systems improvement. *Sociology of health & illness* [Internet]. 2009 [citado em 2 jan. 2022];31(2):262-277. Doi: [10.1111/j.1467-9566.2008.01131.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01131.x)
12. Wright J, Opperman G. The disclosure of medical errors: A catalyst for litigation or the way forward for better patient management? *Clin Risk* [Internet]. 2008 [citado em 2 jan. 2022];14(5):193-96. Doi: [10.1258/cr.2008.080047](https://doi.org/10.1258/cr.2008.080047)
13. Jonas H. Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade. São Paulo: Ed. Paulus; 2013. 328 p.
14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2016 [citado em 20 mai. 2022]; 19(3):507-519. Doi: [10.1590/1809-98232016019.150140](https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140)
15. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2007 [citado em 20 de mai. 2022]; 20(2):v. Doi: [10.1590/S0103-21002007000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001)
16. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic Reviews: Synthesis of Best Evidence for Clinical Decisions. *Ann Intern Med* [Internet]. 1997 [citado em 20 de mai. 2022];126:376-380. Doi: [10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006](https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-5-199703010-00006)

17. Lamb R. Open disclosure: the only approach to medical error. *Qual Saf Health Care* [Internet]. 2004 [citado em 05 de jan. 2022]; 13(1):3-5. Doi: [10.1136/qshc.2003.008631](https://doi.org/10.1136/qshc.2003.008631)
18. Iedema R, Sorensen R, Manias E, Tuckett A, Piper D, Mallock N et al. Patients' and family members' experiences of open disclosure following adverse events. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet]. 2008 [citado em 2 jan. 2022]; 20(6):421-432. Doi: [10.1093/intqhc/mzn043](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn043)
19. Camargo NC, Lima MG, Brietzke E, Mucci, S, Góis AFT. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Revista Bioética* [Internet]. 2019 [citado em 2 jan. 2022]; 27(2):326-340. Doi: [10.1590/1983-80422019272317](https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317)
20. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Open Disclosure Standard: a national standard for open communication in public and private hospitals, following an adverse event in health care [Internet]. 2008 [citado em 30 de dez. 2021]. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/OD-Standard-2008.pdf>
21. Walton M. Do the right thing: A new way to manage mistakes. In: Keneally J, Jones M, editors. *Australasian Anaesthesia 2003: Invited papers and selected continuing education lectures* [Internet]. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists; [citado em 22 jan. de 2022]. [p.41-50]. Disponível em: <https://airr.anzca.edu.au/anzcajspui/bitstream/11055/950/1/Australasian%20Anaesthesia%202003.pdf>
22. Simões A, Sapeta P. The concept of dignity in nursing care: a theoretical analysis of the ethics of care. *Revista Bioética* [Internet]. 2019 [citado em 2 fev. 2022]; 27(2): 244-252. Doi: [10.1590/1983-80422019272306](https://doi.org/10.1590/1983-80422019272306)
23. World Health Organization (WHO). Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002: resolutions and decisions, annexes. 56p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259364>
24. Lopes AC, Barbosa LAS, Lopes RR, Silva LSBG. A Importância da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). *Anais dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu UniEvangélica* [Internet]. 2020 [citado em 21 de ago. 2022]; 4(1):1-17. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/latosensu/article/view/5811>
25. Oliveira JR, Xavier RMF, Júnior AFS. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2013 [citado em 2º fev. 2022]; 22(4):671-678. Doi: [10.5123/S1679-49742013000400013](https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000400013)
26. Brasil. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – Vigipós, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. 24 jul. 2009 [citado em 28 de nov. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html

27. Brasil. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 14 ago. 2009 [citado em 28 de nov. 2021]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf
28. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 1º abr. 2013 [citado em 28 de nov. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
29. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada - 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 [Internet]. 25 jul. 2013 [citado em 28 de nov. 2021]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
30. Brasil. Portaria nº 1.377, de julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente. Diário Oficial da União [Internet]. 10 de jul. 2013 [citado em 28 de nov. 2021]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html
31. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 03 de out. 2003 [citado em 28 de jan. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
32. Vasconcelos C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. Revista bioética [Internet]. 2012 [citado em 28 de nov. 2021]; 20(3):389-396. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/757
33. Paranhos DGAM. Direitos humanos dos pacientes idosos. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris; 2018. p.15-28.
34. Jesus LA de, Medeiros MOSF, Silva MG. Conhecimento de enfermeiras sobre a ocorrência de incidentes com pessoas idosas hospitalizadas. Rev Enf Contemp [Internet]. 2019 [citado 9 de jun. 2022];8(2):143-5. Doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v8i2.2494>
35. Kvael LAH, Debesay J, Bye A, Bergland A. Health-care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care - At the intersection between profession, market, and bureaucracy. Health Expectations [Internet]. 2019; [citado em 3 jun. 2022]; 22(5), 921-930. Doi: [10.1111/hex.12896](https://doi.org/10.1111/hex.12896)
36. Australian Government. Aged Care Quality and Safety Commission. Open disclosure Framework and guidance [Internet]. 2019 [citado em 30 de nov. 2021]. 44p. Disponível em: https://www.agedcarequality.gov.au/sites/default/files/media/ACQSC_Open_Disclosure.pdf
37. Australian Government. Aged Care Quality and Safety Commission. Charter of Aged Care Rights [Internet]. 2019 [citado em 30 de nov. 2021]. Disponível em: <https://agedcare.royalcommission.gov.au/system/files/2020-06/CTH.0001.1000.5875.pdf>

38. Machado ILO, Garrafa V. Bioética, o envelhecimento no Brasil e o dever do Estado em garantir o respeito aos direitos fundamentais das pessoas idosas. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais* [Internet]. 2020 [citado em 3 de jan. 2022];21(1):79-106. Doi: <https://doi.org/10.18759/rdgf.v21i1.1804>
39. Banja JD. Problematic medical errors and their implications for disclosure. *HEC Fórum* [Internet]. 2008 [citado em 21 de nov.2021]; 20(3):201-13. Doi: [10.1007/s10730-008-9072-7](https://doi.org/10.1007/s10730-008-9072-7)
40. Vasconcelos C, Garrafa V. Reflexões ético-legais sobre os desafios ao dever médico na assistência ao paciente vulnerável social. *Rev. Latinoam. bioet.* [Internet]. 2017 [citado em 21 de nov. 2021]; 17(2):42-50. Doi: [10.18359/rbi.2782](https://doi.org/10.18359/rbi.2782)
41. Sharpe VA. Promoting patient safety: an ethical basis for policy deliberation. *The Hasting Center Report* [Internet]. 2003 [citado em 3 jan. 2022]; s2-s19. Disponível em: https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/patient_safety.pdf
42. Soares JCRS, Camargo KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* [Internet]. 2007 [citado em 21 de nov.2021]; 11(21): 65-78. Doi: [10.1590/S1414-32832007000100007](https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007)
43. Dyrstad DN, Testad I, Aase K, Storm M. A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work* [Internet]. 2015 [citado em 3 de jan. de 2022];17(1):15-34. Doi:[10.1007/s10111-014-0300-4](https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4)
44. Harrison R, Walton M, Kelly P, Manias E, Jorm C, Smith-Merry J et al. Hospitalization from the patient perspective: a data linkage study of adults in Australia. *International Journal for Quality in Health Care* [internet]. 2018 [citado em 3 jan. 2022]; 30(5):358-365. Doi: [10.1093/intqhc/mzy024](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy024)
45. Guillod O. Medical error disclosure and patient safety: legal aspects. *Journal of Public Health Research* [Internet]. 2013 [citado em 3 de jan. 2022]; 2(3):182-185. Doi: [10.4081/jphr.2013.e31](https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e31)
46. Wallis, K. A. (2013). Developing a culture of safety: regulation or education? [tese na internet]. Nova Zelândia: University of Otago; 2013 [citado em 3 de jan. de 2022]. Disponível em: <https://ourarchive.otago.ac.nz/handle/10523/4195>
47. Ronaldo B. Segurança do paciente e os direitos do usuário. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2019; 27 (2): 253-60
48. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, Kapp JM, Chan DK, Dunagan WC et al. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Archives of Internal Medicine* [Internet]. 2006 [citado em 3 de jan. 2022]; 166(15):1605-1611. Doi: [10.1001/archinte.166.15.1605](https://doi.org/10.1001/archinte.166.15.1605)

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram com concepção/desenho, redação e aprovação da versão final do artigo.

Submetido em: 03/03/22

Aprovado em: 13/06/22

Como citar este artigo

Façanha TRS, Machado ILO, Garrafa V. A prática do *disclosure* como estratégia para a segurança do paciente no Brasil e sua relevância para os cuidados em saúde de pessoas idosas. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2022 jul./set.;11(3): 91-110

<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i3.910>



License CC Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International