

Disclosure de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente

Disclosure of patient safety incidents from the Patients' Rights perspective

Disclosure de incidente de seguridad del paciente desde la perspectiva del Derecho del Paciente

Aline Albuquerque¹

Resumo

Objetivo: demonstrar a incidência dos princípios e direitos dos pacientes no processo de *disclosure*, que comumente não está associado a esses direitos, mas sim a obrigações profissionais e institucionais. **Metodologia:** tratou-se de pesquisa teórica, cujo escopo consiste em desenvolver aportes teóricos concernentes ao campo do Direito do Paciente, de modo a participar da sua consolidação e da sua incidência prática. O marco teórico empregado se dividiu em dois eixos: i) *disclosure* e cultura do *disclosure*; ii) Direito do Paciente. **Resultados:** destacam-se os seguintes pontos positivos do *disclosure* quando integrado ao Direito do Paciente: i) o *disclosure* é um aspecto significativo que impacta o engajamento e o envolvimento do paciente; ii) aumento da confiança do paciente/familiar em relação à instituição de saúde; iii) contribui para o incremento da qualidade no cuidado em saúde; iv) alívio da culpa do profissional de saúde envolvido no evento adverso; v) os pacientes são compensados financeiramente de forma mais rápida e adequada. **Conclusão:** o *disclosure* é a resposta adequada, transparente e empática a um incidente que causa danos ao paciente, bem como é uma ferramenta de efetivação dos seus direitos.

Palavras-chave

Paciente. Segurança do Paciente. Direitos do Paciente. Evento Adverso.

Abstract

Objective: to show the influence of patients' principles and rights on the process of disclosure, which is commonly associated not with these rights but with professional and institutional obligations. **Methods:** this is a theoretical research that aims to contribute to the field of patients' rights and to participate in its consolidation and practical impact. The theoretical framework was divided into two axes: i) disclosure and disclosure culture; ii) patients' rights. **Results:** the positive aspects of disclosure when integrated into patients' rights are: i) disclosure is an important aspect that affects patient engagement and participation; ii) it increases patient/family trust in the health care institution; iii) it contributes to improving the quality of health care; iv) it relieves the health care professionals involved in the adverse event of their guilt; v) patients are financially compensated more quickly and appropriately. **Conclusion:** disclosure is the appropriate, transparent, and compassionate response to an incident that causes harm to the patient and a tool to enforce the patients' rights.

Keywords

Patient. Patient Safety. Patients' Rights. Adverse Event.

¹ Doutora em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; professora, Programa de Pós-graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5568-0790>. E-mail: alineaoliveira@hotmail.com

Resumen

Objetivo: demostrar el impacto de los principios y derechos de los pacientes en el proceso de *disclosure*, que comúnmente no se asocia a estos derechos, pero sí a las obligaciones profesionales e institucionales. **Metodología:** se trata de una investigación teórica, cuyo objetivo es desarrollar aportes teóricos en el campo del Derecho del Paciente, para participar en su consolidación y su impacto práctico. El marco teórico utilizado se dividió en dos ejes: i) *disclosure* y cultura de *disclosure*; ii) Derecho del Paciente. **Resultados:** los siguientes aspectos positivos de *disclosure* se destacan cuando se integran en la Ley del Paciente: i) *disclosure* es un aspecto significativo que impacta el compromiso y la participación del paciente; ii) aumento de la confianza del paciente/familia en la institución de salud; iii) contribuye al aumento de la calidad de la atención en salud; iv) alivio de la culpa del profesional de la salud involucrado en el evento adverso; v) los pacientes son compensados económicamente de forma más rápida y adecuada. **Conclusión:** *disclosure* es la respuesta adecuada, transparente y empática a un incidente que causa daño al paciente, además de ser una herramienta para hacer valer sus derechos.

Palabras clave

Paciente. Seguridad del Paciente. Derechos del Paciente. Evento Adverso.

Introdução

Ser cuidado e alcançar a melhora do seu estado de saúde é a expectativa do paciente. Por essa razão, um evento adverso decorrente de tratamentos e procedimentos é sempre algo inesperado e, comumente, traumático para o paciente.

Mesmo que os profissionais de saúde estejam cientes de que o risco de dano ao paciente possa e deva ser reduzido, sabem que a sua supressão não é uma meta factível, haja vista que apenas quase 50% deles são evitáveis (1). Para os profissionais de saúde, o dano assistencial não é algo completamente impensável, quando se compara com a percepção do paciente acerca da probabilidade de acontecer um dano associado aos cuidados em saúde. Assim, informar o paciente, incluindo familiares, da ocorrência de um dano há que ser cercada de cautela e de preparo, para que a sua situação não se agrave e não haja uma ruptura drástica na relação de confiança construída com os profissionais de saúde e a instituição. Embora seja intuitivamente perceptível que os pacientes têm o direito de serem informados de forma transparente e empática sobre o que aconteceu com eles, pesquisas apontam que apenas 30% dos eventos adversos são revelados para os pacientes (2).

A literatura especializada sobre a temática revela que, atualmente, as medidas adotadas para prevenir eventos adversos ainda são incipientes, pois muitas são focadas em comportamentos individuais – como a introdução e aperfeiçoamento de *checklists*, ajudas cognitivas, etiquetas etc. – e não na promoção de mudanças sistêmicas – mudança cultural, design do ambiente etc. (2). Um estudo sobre os custos da negligência clínica no *National*

Health Service (NHS), do Reino Unido, aponta que, para reverter o dispêndio de recursos financeiros com as consequências dos danos causados aos pacientes, que ameaça a sustentabilidade do NHS, é necessário enfrentar problemas estruturais. O estudo propõe que se foque em quatro alicerces do cuidado seguro: i) investimento na equipe e na infraestrutura; ii) aprendizagem com boas práticas; iii) comprometimento genuíno com o aprendizado; e iv) facilitação de melhorias sistêmicas (3).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a ocorrência de eventos adversos devido a cuidados em saúde inseguros é provavelmente uma das 10 principais causas de morte e incapacidade no mundo. Em países de alta renda, estima-se que um em cada 10 pacientes sofra algum dano ao receber cuidados hospitalares. A cada ano, 134 milhões de eventos adversos ocorrem em hospitais de países de baixa e média renda, devido a cuidados em saúde inseguros, resultando em 2,6 milhões de mortes (1). Nesse contexto de predomínio persistente de elevado número de eventos adversos com danos para os pacientes, os profissionais de saúde relutam a falar abertamente sobre esses eventos e a compartilhar informações relevantes com os pacientes, bem como não costumam considerar adequadamente a perspectiva do paciente (4). Portanto, se mostra de extrema relevância e urgência tratar do *disclosure* que pode ser definido como um processo que envolve diálogo honesto, empático e oportuno entre pacientes – podendo também abarcar familiares e cuidadores – e a equipe de profissionais de saúde, após um incidente que afete a segurança do paciente. O *disclosure* é um elemento-chave da resposta precoce e da investigação de incidente de segurança do paciente (5).

O incidente de segurança do paciente é um evento associado aos cuidados em saúde e abarca incidentes que causam danos ao paciente; incidentes que não causam danos ao paciente; e *near miss*, que significa o incidente que não alcança o paciente. Registra-se que o dano associado aos cuidados em saúde é o resultante ou associado a planos e ações adotados durante a provisão de cuidados em saúde, não vinculados a doença ou agravamento. Para exemplificar, a troca de bolsas de sangue de pacientes homônimos causa reação hemolítica aguda e a morte do paciente, o que caracteriza um incidente com dano; a troca de bolsas de sangue de pacientes homônimos não causa reação hemolítica, sendo um incidente sem danos; e a troca de bolsa de sangue é detectada antes da infusão começar, o que se enquadra no *near miss* (6)

A despeito do reconhecimento amplo na literatura e em práticas internacionais da importância do *disclosure* aberto e honesto do incidente de segurança do paciente (7), essa ainda não é uma prática consolidada mesmo nos Estados Unidos (8), berço do *disclosure*,

nem bem conhecida e disseminada no Brasil. Relata-se na literatura especializada que os hospitais falham em comunicar adequadamente a ocorrência de um incidente ou até mesmo tentam escondê-lo (4). Essa escassez da prática do *disclosure* nas instituições de saúde do país conduz a contextos violadores dos direitos dos pacientes, como o direito à informação, o direito de acesso ao prontuário, o direito à reparação integral e o direito à confidencialidade das informações pessoais. Igualmente, desconsidera o princípio da supremacia do cuidado centrado no paciente e o princípio da resolução restaurativa dos conflitos. Desse modo, é imperioso, para a proteção dos direitos dos pacientes no contexto da ocorrência de um incidente de segurança do paciente com dano, que o *disclosure* ocorra, mas balizado pelo cuidado centrado no paciente e pelos direitos dos pacientes, aplicáveis a tal contexto.

O *disclosure* deve ser incorporado às instituições de saúde não apenas como um processo, mas, notadamente, enquanto uma cultura, que é balizada ética e juridicamente pelo referencial do Direito do Paciente. Com efeito, a cultura do *disclosure* apoia o paciente nas seguintes dimensões: i) clínica, com o planejamento e a provisão de acesso a cuidados em saúde no tempo adequado; ii) respeito ao paciente, com a escuta empática e tomada de perspectiva e designação de profissionais da equipe para apoiar do paciente e familiares; iii) informação ao paciente, que envolve a informação sobre o ocorrido e o plano de ação para lidar com as suas consequências, bem como favorece o acesso do paciente ao prontuário; iv) psicológica e emocional, com a oferta de apoio emocional centrado no paciente e familiares e facilitação do acesso ao serviço social ou a grupos de pares (7).

Ressalte-se o ineditismo desta investigação teórica, haja vista que incorpora a perspectiva do paciente aos estudos sobre *disclosure*, reconhecendo-o como titular de direitos. Registra-se ainda que este artigo não tem como escopo tratar de temas que tangenciam o *disclosure*: a responsabilidade jurídica dos profissionais e da instituição de saúde; os meios jurídicos de formalização do *disclosure*; e os aspectos legais relativos à judicialização do incidente de segurança do paciente por parte do paciente e/ou familiar. Assim, este estudo objetiva demonstrar a incidência dos princípios e direitos dos pacientes no processo de *disclosure*, que comumente não está associado a esses direitos, mas sim a obrigações profissionais e institucionais.

Metodologia

Partiu-se do entendimento de que a pesquisa teórica tem o propósito de construir e reconstruir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes (9). Desse modo, sua relevância é decisiva para a criação de

condições destinadas à análise de problemáticas, uma vez que é “[...] dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos.” (9). Igualmente, ressalte-se que um estudo teórico pode ter como escopo tão somente o desenvolvimento da aplicação de um determinado referencial teórico a um objeto particular, de modo a consolidá-lo e a permitir sua incidência prática. Com base nesse entendimento, foi escolhido o marco ou referencial teórico dentre as teorias empregadas para o estudo particular do objeto, procedimento que se distingue da pesquisa que se fundamenta numa revisão bibliográfica, portanto não envolve descrição de busca em bases de dados. Essa escolha se dá com base na adequação, na facilidade de aplicação e no poder explicativo do referencial teórico (10), considerando o objeto da pesquisa. Sendo assim, o procedimento metodológico adotado pela pesquisa teórica está baseado em referenciais relevantes para seu tópico de investigação (10). Desse modo, tem-se como escopo articular um modelo ou referencial de entendimento ou observação com o objeto da investigação, o que correspondente ao escopo do presente artigo. O marco teórico empregado nesta pesquisa se dividiu em dois eixos: i) *disclosure* e cultura do *disclosure*; ii) Direito do Paciente. Tratando-se do *disclosure* e da cultura do *disclosure*, empregou-se como referencial as formulações de Moffat-Bruce et al (2) e Leape (8) , bem como os seguintes documentos, escolhidos em razão de serem referenciais internacionais na temática: *Open Disclosure Handbook* (5); *Canadian Disclosure Guidelines: being open with patients and families* (7); *Recommendations on a National Policy Framework for Open Disclosure in Healthcare in Ireland* (11) e *Evaluation of the National Open Disclosure Pilot* (12). Já no Direito do Paciente, foram utilizados os estudos de Albuquerque (13) e de Dekker (14), bem como o *Relatório da União Europeia sobre Direito do Paciente* (15).

O presente artigo se encontra estruturado em três partes: a primeira versa sobre a demarcação conceitual do *disclosure*; a segunda trata do Direito do Paciente, enquanto novo ramo jurídico; e a terceira aborda a aplicação do referencial ético-jurídico do Direito do Paciente ao *disclosure*.

***Disclosure*: conceito e procedimento**

Em 1987, Steve Kraman e Ginny Hamm publicaram a experiência do Hospital de Administração dos Veteranos, localizado em Kentucky, nos Estados Unidos, na criação de uma política do *disclosure* completa e de compensação de danos decorrentes de negligência clínica. Após a adoção dessa política, o estudo de revisão sobre 88 casos, ocorridos entre 1990 e 1996, constatou que o hospital havia diminuído seus gastos anuais totais em menos

da metade, quando comparado com os anos anteriores. No ano de 2000, no Colorado, desenvolveu-se o programa 3Rs (reconhecer, responder e resolver), baseado na compensação sem culpa. O programa não previa a provisão de explicação ou desculpas para o paciente, e a despeito dessa limitação, logrou reduzir a litigância no estado. (7).

A maior transformação na cultura do *disclosure* deu-se com Rick Boothman, chefe de gerenciamento de risco do Sistema de Saúde da Universidade de Michigan. Em 2001, ele instituiu um programa que se centrava em responder às queixas dos pacientes e estabeleceu a admissão de culpa e a oferta de compensação financeira, caso uma investigação interna determinasse que o dano resultou do cuidado em saúde. Assim, se um erro fosse detectado, a falta era admitida e a compensação financeira provida, sem o paciente precisar acionar judicialmente a instituição ou o profissional. Análise realizada após cinco anos do programa demonstrou a redução de ações judiciais em 65% e redução dos custos com assuntos legais e pagamentos de pacientes em mais de 50% cada, sendo o total da redução dos custos com a litigância de três milhões de dólares para um milhão. De acordo com Boothman, a mudança mais notável foi na cultura, isto é, o *disclosure* completo fomentou a transparência na instituição, que consiste na chave para o aprendizado com os erros e avanços na concepção de sistemas requeridos pela segurança nos cuidados em saúde (8).

Em 2003, visando aprender com o movimento desencadeado por Boothman e levando em conta a sua opinião sobre o *disclosure*, Gallagher conduziu grupos focais de pacientes, para impulsionar o desenvolvimento de políticas de *disclosure*, de capacitação de profissionais em comunicação e de provisão de apoio a pacientes e profissionais. Em 2005, nos Estados Unidos, foi apresentado o projeto de lei *National Medical Error Disclosure and Compensation* (MEDIC), que enfatizava o *disclosure*, a desculpa, a compensação prévia e a análise do evento (8).

Após esse momento inicial da história do *disclosure*, paulatinamente foram produzidas evidências internacionais que demonstraram os benefícios significativos do *disclosure*, particularmente a sua contribuição para a prevenção e a detecção de erros assistenciais enquanto ferramenta integrante dos processos gerenciais de risco (16). Na atualidade, os códigos deontológicos dos médicos reconhecem a importância de fortalecer a comunicação entre médico e paciente, e, por consequência, o *disclosure*, envolvendo a explicação do incidente enquanto um dever ético (17).

O *disclosure* consiste em um processo de diálogo aberto com o paciente e/ou familiares, no qual há espaço de diálogo e de escuta para todos os atores envolvidos, bem como no qual há adoção de medidas de reparação do dano ocasionado ao paciente. Porém,

esse conceito é distinto do que se verifica em grande medida no Brasil, onde é usual encontrar menções ao *disclosure* como uma mera comunicação de incidente de segurança do paciente. O *disclosure* não é um processo de transmissão de informação, contendo cinco elementos essenciais, quais sejam: i) pedido de desculpa; ii) explanação factual sobre o que aconteceu; iii) oportunidade para o paciente/familiares relatar a sua experiência; iv) conversa sobre os consequenciais potenciais do incidente; v) explicação sobre as medidas adotadas para manejar o evento ocorrido e a prevenção de eventos futuros (7).

O procedimento do *disclosure* é realizado em duas etapas: o *disclosure* inicial e o *disclosure* pós-análise. A duração dessas etapas depende do tipo de evento; das necessidades do paciente; e de como é processada a apuração do evento. O *disclosure* inicial responde às necessidades de saúde do paciente e estabelece um diálogo sobre o incidente com o paciente e/ou familiares. Envolve os seguintes passos: i) provisão de serviços de saúde física e mental para o paciente e/ou familiar, de preferência especializado em trauma; ii) diálogo inicial sobre o que aconteceu e informação sobre a condução de investigação interna sobre o ocorrido (8); iii) desculpa pelo incidente, e nesse momento evita-se a culpabilização de determinado profissional de saúde; iv) provisão de apoio psicológico, emocional e de outra natureza.

O *disclosure* pós-análise ocorre subsequentemente à finalização da investigação do incidente pela própria instituição e compreende a realização de reuniões. Nessa etapa, as causas do evento estão mais evidentes na medida em que a investigação institucional se encerrou. Os profissionais da liderança da instituição podem desempenhar um papel central ao dialogar com o paciente e/ou familiar sobre as medidas preventivas de eventos adversos. Ainda, espera-se que haja o pedido de desculpa pelo incidente e a manutenção da provisão de apoio psicológico, emocional e de outra natureza (7).

Quanto aos atores do *disclosure*, a escolha de quem irá participar do *disclosure* inicial se condiciona a alguns fatores, tais como as preferências do paciente, ambiente, tipo de incidente e sua gravidade, e a política institucional. Antes do encontro com o paciente, a equipe deve se reunir para escutar a perspectiva dos profissionais envolvidos e acordar acerca dos fatos e apenas os fatos discutidos e consensuados na equipe devem ser objeto do *disclosure*. O profissional envolvido mais diretamente com o cuidado do paciente deve estar presente, exceto quando não puder em razão das consequências do evento, mormente quando se enquadrar como *segunda vítima*². Importante, ademais, indicar um profissional

² Registra-se que o termo *segunda vítima* foi introduzido por Albert Wu em um editorial do *British Medical Journal*, publicado em março de 2000, com o intuito de chamar a atenção para a necessidade de fornecer apoio emocional aos médicos

de ligação entre a instituição de saúde e o paciente/familiar para que a interlocução entre ambos seja facilitada. No *disclosure* pós-análise, recomenda-se que um representante da liderança da instituição esteja presente e conduza o processo de diálogo (7).

Registra-se que o *disclosure* deve ser devidamente documentado, assim, após as reuniões, é uma boa prática a revisão das decisões principais tomadas e dos fatos compartilhados para se verificar se todos os presentes compreenderam e estão de acordo. O registro escrito das reuniões deve ser compartilhado com todos os presentes, ofertando uma oportunidade para verificar se há alguma desconformidade. Após o registro finalizado, o documento deve ser inserido no prontuário do paciente (7).

As pesquisas sobre os desafios para a disseminação do *disclosure* como uma prática rotineira das instituições de saúde apontam para os seguintes fatores: i) falta de confiança nas habilidades comunicacionais dos profissionais (18); ii) vergonha e constrangimento dos profissionais (18); iii) receio do profissional de saúde em ser processado judicialmente (2); iv) preocupação com a imagem do profissional de saúde e da instituição de saúde (2); v) preocupação com as consequências financeiras para a instituição de saúde (2); vi) falta de apoio institucional (4); vii) receio da reação negativa do paciente/familiar (4); viii) resistência de advogados de médicos e de pacientes (19).

Por fim, importa assinalar que o *disclosure* é um processo que pressupõe mudanças culturais para alcançar seu propósito genuíno, de estabelecer uma conexão séria e verdadeira com o paciente e/ou familiar após a ocorrência de um incidente de segurança do paciente com dano. Essa nova cultura é intitulada pela literatura especializada como *cultura do disclosure aberto*. A cultura do *disclosure* preconiza o apoio da instituição de saúde, pois é necessário que haja uma equipe preparada para realizá-lo, bem como que se evite a culpabilização dos profissionais envolvidos no incidente (11), o que se articula com a cultura justa e restaurativa, como adiante será abordado.

Direito do Paciente: novo ramo jurídico

O Direito do Paciente é o ramo jurídico que trata da legislação, da teoria e da jurisprudência concernente às normas que versam sobre os direitos dos pacientes e seus mecanismos de implementação. O Direito do Paciente tem como foco a proteção e o empoderamento do paciente na ambiência clínica, fomentando a participação do paciente, contrapondo-se a uma perspectiva paternalista de cuidado em saúde. O Direito do Paciente

envolvidos em um erro assistencial (20). No entanto, há perspectivas críticas sobre o termo, que não são objeto deste artigo (20).

distingue-se de outros ramos jurídicos que também têm os cuidados em saúde como objeto de regulação, tais como o Direito Sanitário e o Direito Médico, bem como difere dos direitos dos usuários dos serviços de saúde e do consumidor (13).

O Direito do Paciente estabelece mínimos morais na esfera dos cuidados em saúde (13), porquanto deriva dos direitos humanos e se ancora na dignidade humana dos pacientes, que oferta uma estrutura moral abrangente, evocada para promover o bem-estar e a autodeterminação do paciente. Ter como guia de ação a dignidade do paciente impõe ao profissional de saúde alguns deveres morais específicos, como respeitar e promover a autodeterminação dos pacientes, bem como atuar em consonância com os seus valores, crenças e planos de vida (21).

Conforme Andorno, a concepção de dignidade aplicada ao contexto dos cuidados em saúde contribui para que cada paciente seja visto não apenas como alguém que se encontra enfermo, mas como uma pessoa, isto é, um ser humano único e insubstituível, com seu valor intrínseco (21). Essa ideia impõe aos profissionais de saúde tomar em conta o conhecimento experiencial do paciente, o que engloba sua história pessoal e experiências de vida, que o faz distinto de qualquer outro indivíduo.

A consciência da singularidade e do valor incomensurável de cada paciente não é algo meramente desejável na prática médica. Em vez disso, a dignidade é um imperativo moral que desempenha um papel fundamental e humanizador na relação médico-paciente. (21)

A assunção de que o respeito à dignidade humana dos pacientes é um imperativo ético-jurídico para todos os profissionais de saúde conduz a uma série de comandos de atuação. Desse modo, o reconhecimento da dignidade inerente do paciente impõe o seu tratamento como pessoa e sujeito de direitos e não mero objeto do cuidado. Essa aceção, que baliza o Direito do Paciente, se contrapõe à objetificação do paciente, que ocorre quando, com base no princípio da beneficência, são adotados procedimentos e tratamentos coercitivos.

Além do rechaço à objetificação do paciente, o imperativo de respeito à dignidade humana do paciente leva à reflexão sobre a injustiça epistêmica nos cuidados em saúde. Muitos de nós estamos familiarizados com histórias sobre profissionais de saúde que não ouvem³, sistemas de saúde em grande escala que são impessoais e burocráticos, e sentimentos de desamparo dos pacientes ao tentar navegar nesses sistemas. A injustiça epistêmica abarca a injustiça testemunhal, ou seja, os testemunhos dos pacientes são

³ Em média, os pacientes dispõem de 11 segundos para explicar as razões de sua visita antes de serem interrompidos pelo médico.

frequentemente descartados como irrelevantes, confusos, muito emocionais, inúteis ou demorados, e a injustiça hermenêutica, que ocorre quando o paciente objetiva expressar a sua experiência em relação à doença, mas sua voz é desconsiderada por não ser baseada na linguagem médica (22).

Com base na imperiosidade ético-jurídica de enfrentar a objetificação e a injustiça epistêmica, os Estados devem adotar leis de direitos dos pacientes, transpondo os direitos humanos aplicados aos cuidados em saúde para o ordenamento jurídico nacional (15). Assim, os direitos dos pacientes, contidos nas leis dos países, são a expressão dos direitos humanos que assentam um mínimo ético nos cuidados em saúde, balizador da relação entre profissional de saúde e paciente, provendo uma linguagem que empodera e engaja os pacientes no processo terapêutico.

O Direito do Paciente deve ser alicerçado em uma legislação que incida nos serviços de saúde, públicos e privados, de modo a garantir direitos a todos os pacientes, a despeito de qualquer condição particular. Esse novo ramo jurídico tem o objetivo central de enunciar para os pacientes aquilo que podem exigir dos profissionais de saúde, e para esses, determinam as condutas a serem adotadas em relação aos pacientes. Isto é, reforça questões éticas na esfera dos cuidados em saúde (13).

O Direito do Paciente abarca os seguintes direitos: direito de participar da tomada de decisão; direito ao consentimento informado; direito à segunda opinião; direito de recusar tratamentos e procedimentos; direito à informação; direito de acesso ao prontuário do paciente; direito à confidencialidade dos dados pessoais; direito ao cuidado em saúde com qualidade e segurança; direito de não ser discriminado e direito de apresentar uma queixa e direito à reparação. Dentre os princípios que norteiam a aplicação dos direitos apontados, registra-se: princípio da primazia do cuidado centrado no paciente; princípio da promoção da autonomia pessoal; princípio da não instrumentalização; princípio da vedação do tratamento humilhante, desumano e degradante e princípio das soluções restaurativas de conflitos (13).

Destaca-se que os direitos dos pacientes contribuem para a melhoria do cuidado, aumentando a satisfação dos pacientes e a eficiência dos sistemas de saúde. Nessa linha, o direito à informação e à participação do paciente na tomada de decisão aceleram a sua recuperação, diminuindo o tempo de internação. De acordo com a Associação de Saúde Americana, conferir atenção aos direitos dos pacientes significa considerar as necessidades físicas, psíquicas, mentais, sociais e espirituais dos pacientes (23).

Em síntese, o Direito do Paciente é um novo ramo jurídico que se fundamenta no reconhecimento da vulnerabilidade acrescida do paciente e no imperativo ético de respeito à sua dignidade intrínseca. Seu foco recai sobre o paciente como agente central do cuidado e protagonista do encontro clínico. A finalidade do Direito do Paciente consiste em concorrer para o cuidado em saúde de qualidade, que implica a prevenção de danos físicos e psíquicos ao paciente, o seu tratamento com dignidade e respeito, bem como a busca pela sua qualidade de vida e bem-estar. Igualmente, após a ocorrência do dano ao paciente, o Direito do Paciente enuncia direitos que devem ser implementados pelas instituições de saúde e efetivados na prática pelos profissionais. Esses direitos serão objeto do *disclosure*, enquanto processo dialógico que concretiza os direitos dos pacientes.

Direito do Paciente como referencial ético-jurídico do *disclosure*

A relação entre profissional de saúde e paciente foi historicamente marcada pela assimetria de poder e de informação, o que se reflete no contexto da ocorrência dos incidentes de segurança do paciente, notadamente aqueles que acarretam danos graves ao paciente. Assim, o comando ético-jurídico de se informar o paciente e/ou familiar de forma acessível e empática acerca do incidente, bem como o de reparar integralmente os danos correlatos, é decorrente de um movimento paulatino de respeito ao paciente como um sujeito e protagonista do encontro clínico. Desse modo, esconder ou não revelar apropriadamente ao paciente um incidente que lhe causa dano é inaceitável, seja do ponto de vista ético ou jurídico. No entanto, essa transformação cultural não é automática, nem fácil. A objetificação do paciente ainda se verifica no campo da segurança do paciente, quando se fala sobre o paciente sem escutá-lo e sem considerar a sua perspectiva. Sabe-se que é necessário incluir o *disclosure* nos cursos de medicina, enfermagem e de outras áreas da saúde (24), bem como capacitar os profissionais para realizá-lo, entendendo-o como uma política da instituição de saúde e não uma providência isolada de um profissional ou uma equipe de saúde. Destaca-se o papel das leis de *disclosure*, como as existentes na Suécia, no Canadá, na Austrália, na Nova Zelândia e no Reino Unido, no encorajamento do *disclosure* na prática dos cuidados em saúde (25).

Aplicar o Direito do Paciente como referencial ético-jurídico implica sustentar o balizamento do *disclosure* pelo princípio da supremacia do cuidado centrado no paciente e pelo princípio da resolução restaurativa de conflitos, bem como a obrigação da instituição de saúde e dos profissionais de saúde de respeitarem e promoverem o direito do paciente à informação, o direito de acesso ao prontuário, o direito à reparação integral e o direito à

confidencialidade das informações pessoais. Esses princípios e direitos foram escolhidos por terem incidência direta no processo de *disclosure*. Reconhece-se que outros podem ser aplicados incidentalmente. Embora não exista no Brasil uma lei nacional de direito do paciente, os direitos enumerados neste artigo fundamentam-se nos tratados de direitos humanos ratificados pelo Estado brasileiro (13), portanto, podem ser juridicamente aplicados na prática cotidiana das instituições de saúde.

Sendo assim, o cuidado centrado no paciente implica a adoção da comunicação centrada no paciente e do esquadramento do que aquele paciente e/ou familiares desejam. Isso porque a realização do *disclosure* com base na abordagem do cuidado centrado no paciente enfatiza a construção de uma parceria entre o profissional e o paciente, a partir da tomada de perspectiva de como a vítima do dano se sente. Quanto à comunicação centrada no paciente, é preciso que haja um espaço seguro para que possa compartilhar sua perspectiva e emoções, fazer perguntas livremente e ser estimulado a se expressar (26). Também é fundamental que a busca pelo entendimento do que um paciente e/ou familiar esperam de fato do *disclosure* seja centrada nos atores do processo. O paciente, quando sofre um incidente com dano, comumente, se torna triste, ansioso, depressivo e traumatizado (8), por isso, é importante que lhe seja conferido tempo suficiente para que processe emocionalmente o *disclosure* (4). Essa condição de vulnerabilidade acrescida não pode ser negligenciada pela equipe de profissionais ao se buscar o que importa para o paciente e/ou familiares.

De acordo com o entendimento de Lucian Leape sobre o *Inquérito de Bristol* – importante instrumento de apuração do Reino Unido –, os pacientes geralmente desejam três condutas: i) alguém para lhe dizer o que aconteceu; ii) um profissional de saúde que se desculpe; e iii) uma atitude que assegure que a ocorrência não se repetirá (27). Quanto à compensação financeira, os pacientes “[...] querem garantias de que não sofrerão financeiramente devido ao evento e de que os encargos financeiros após um evento adverso não exacerbem o efeito de outras formas de trauma.” (28). A maioria dos entrevistados (93%) afirmou que deveria haver acesso à compensação separada do sistema legal após um incidente de segurança do paciente (11).

O princípio da resolução restaurativa dos conflitos que emergem nos cuidados em saúde se fundamenta na cultura justa, oriunda dos construtos teóricos da segurança do paciente, e na cultura restaurativa, proveniente do campo da justiça restaurativa. A cultura justa é aquela baseada na equidade, que reconhece a inexorabilidade do erro humano e o papel do sistema e fatores ambientais em eventos adversos e incidentes de segurança do

paciente, e em que todos procuram aprender e melhorar. Inclui assegurar que as pessoas são responsáveis por suas ações e responsáveis pelo aprendizado (14). O *disclosure*, baseado no alicerce da cultura justa, é efetivado sob algumas premissas de trabalho, tais como o papel da complexidade do sistema que contribuiu para causar o evento, buscando oportunidades de melhora organizacional; a ênfase na criação de um ambiente seguro de aprendizado; e a não adoção da abordagem punitivista (11).

A cultura restaurativa acoplada à cultura justa enuncia que o foco do *disclosure* recai sobre as necessidades da vítima do dano, podendo ser mais de uma, como no caso da segunda vítima (14). A condução restaurativa do *disclosure* se ocupa, em linhas gerais, em restaurar as conexões entre os envolvidos e a reparação do dano, em detrimento de uma abordagem focada na culpa e na busca por sancionar o agente que deu causa ao incidente de segurança do paciente. Sob a perspectiva da cultura restaurativa, o processo de *disclosure* deve ser inclusivo e cooperativo (28). Assim, o *disclosure* busca apoiar o paciente e/ou familiares a elaborar o incidente e lidar com o sofrimento decorrente do dano, em consequência, faz parte do processo o apoio à vítima e aos seus familiares, considerando os impactos psicológicos do incidente.

Ser vítima de um dano decorrente de um incidente de segurança do paciente gera uma série de necessidades para o paciente e/ou familiares, as quais, quando atendidas pela instituição de saúde, podem contribuir para o seu processo de recuperação. A mera informação de que uma investigação será conduzida pela instituição de saúde não é suficiente para mitigar o sofrimento da vítima; ela deseja ser envolvida em um processo institucional que lida com as variadas dimensões do incidente. Ademais, a vítima precisa de um espaço seguro para narrar o ocorrido a partir da sua perspectiva – que provavelmente é muito distinta da visão do profissional – e expressar sua frustração, raiva, medo e dor, de modo que suas emoções sejam validadas. A vítima precisa de empoderamento, pois o incidente e o dano lhes retiram o senso de autodeterminação, na medida em que algo saiu totalmente do seu controle. Para além da visão patrimonialista da reparação, “[...] pesquisas feitas entre vítimas de crimes mostram que elas em geral dão prioridade a outras necessidades. Uma delas é a sede de respostas e de informações.” (28).

A cultura justa e restaurativa atende melhor às necessidades dos pacientes e/ou familiares no *disclosure*, na medida em que permite a revelação de um incidente sem culpabilização do profissional; centraliza as necessidades da vítima do dano no centro do processo de *disclosure*; e demonstra, para o paciente, que ele pode confiar nos profissionais

e nas instituições de saúde e no seu empenho em aprender com o evento adverso para evitá-lo no futuro (11).

Direito à informação

A revelação do ocorrido para o paciente é um corolário do seu direito à informação. Todo paciente tem o direito de ser informado sobre o incidente de segurança do paciente de forma transparente e acessível; sobre as providências adotadas para lidar com as suas consequências; e sobre as medidas para prevenir a sua repetição. O direito à informação abarca as medidas que serão implementadas pela instituição de saúde para prevenir incidentes futuros (7) e implica que o processo de *disclosure* seja ajustado às necessidades individuais de cada paciente e/ou familiares. Pesquisas demonstram que há um hiato entre a informação que é provida pelos profissionais e a que o paciente deseja (29).

Do direito à informação extrai-se o direito do paciente e/ou familiares de serem escutados, até mesmo porque, sem a escuta empática e a genuína compreensão do que desejam, não há respeito às suas necessidades individuais, pois é a partir das suas falas que se apreende o que necessitam. Ainda, deve haver um espaço para paciente e/ou familiares exerçam o seu direito de fazer perguntas sobre o ocorrido. Em resumo, o direito à informação aplicado a *disclosure* implica a escuta e a resposta apropriadas dirigidas aos relatos, preocupações e sentimento do paciente; e a oportunidade para o paciente/familiar fazer perguntas (7).

A transmissão da informação sobre o incidente deve ser cercada de cautela, porquanto não deve resultar em sofrimento emocional acrescido para a vítima do dano, em redução da confiança do paciente e/ou família na instituição de saúde ou em perda de oportunidade de aprender e de prevenir erros subsequentes (30). Portanto, as instituições de saúde devem desenvolver políticas institucionais de *disclosure* que envolvam a adoção de técnicas de *disclosure*, mediação, capacitação em comunicação empática e serviço de saúde mental especializado para pacientes/familiares e para segunda vítima (10).

Direito de acesso ao prontuário do paciente

Todo paciente tem direito de acesso ao seu prontuário, que consiste no registro de suas informações relativas à saúde ou condição física ou mental. Os registros do prontuário podem incluir anotações feitas durante as consultas; medicamentos prescritos; transmissão de documentos entre profissionais, como os de encaminhamento e de alta; resultados de exames e a sua interpretação pelos profissionais envolvidos; radiografias; fitas de vídeo; fitas

de áudio; fotografias; amostras de tecidos colhidas para fins de diagnóstico; e outros (31). Quando acontece um incidente de segurança do paciente, o direito de acesso ao prontuário deve ser assegurado pela instituição de saúde, na medida em que permite ao paciente e/ou familiar a compreensão acerca do ocorrido e de ser informado acerca dos procedimentos e tratamentos que se conectam com o incidente. O acesso ao prontuário se conecta com o direito à informação e com o direito de apresentar uma reclamação e o direito à reparação integral, que dependem, em certa medida, do acesso ao prontuário para comprovar qualquer dano (15).

Direito à reparação integral

O direito à reparação integral, que baliza o *disclosure*, transcende a visão patrimonialista do Direito Civil e agrega como paradigma o projeto de vida digna, contendo os seguintes elementos: i) provisão de tratamentos e procedimentos de saúde física e mental necessários para responder ao dano decorrente do incidente de segurança do paciente; ii) compensação financeira; iii) medidas de satisfação da vítima ou simbólicas, como o pedido de desculpa; iv) garantias de não repetição futura do incidente (32). O direito à reparação integral envolve variadas medidas reparatórias do dano sofrido pelo paciente, abarcando o pedido de desculpas, que deve ser centrado no paciente, transparente e honesto; a explicação acerca da ocorrência do incidente de segurança do paciente; a provisão de serviços de saúde física e mental; a compensação financeira; e medidas de prevenção de repetição de incidentes similares no futuro (13).

A primeira medida a ser adotada no *disclosure* é o atendimento das necessidades clínicas do paciente, lidando com as emergências e medidas para mitigar os danos (10). A necessidade prioritária do paciente pode ser uma nova cirurgia ou um tratamento para lidar com as consequências do incidente, o que deve ser adotado com urgência pela instituição de saúde, sem qualquer ônus para o paciente. Essa medida prioritária abarca também serviços de saúde mental. Assim, a instituição de saúde deve, no contexto do *disclosure*, prover apoio para o paciente e/ou familiar e o profissional de saúde envolvido para lidar com as consequências psicológicas e físicas advindas do ocorrido (4).

A compensação financeira a ser proposta para o paciente há que responder ao dano ocasionado ao paciente, entendido sob a perspectiva dos seus impactos físicos e psicológicos. A compensação deve ser oferecida para aliviar os dispêndios decorrentes do incidente, o que pode incluir a cobertura de custos como despesas de deslocamento para o hospital, estadias em hotéis para a família, e quaisquer cuidados adicionais necessários

devido ao incidente (11). Há que se levar em conta os dias que o paciente e/ou familiar deixou de trabalhar em razão do incidente e os encargos financeiros correlatos.

O paciente que sofreu o dano, usualmente, se preocupa com a perpetuação do contexto sistêmico ou de outros fatores que deram causa ao incidente. Quando a instituição de saúde demonstra para a vítima que o seu dano, por mais doloroso que seja, pode concorrer para evitar outros incidentes similares e criar uma cultura de segurança, essa também é uma forma de reparação. No processo de *disclosure*, devem ser tomadas medidas para tentar evitar a recorrência do incidente, assim, é importante que o paciente e/ou familiar seja continuamente informado sobre os avanços alcançados, caso desejem (11).

O pedido de desculpa pelo profissional ou pela instituição de saúde não deve ser interpretado por juízes, em uma eventual ação judicial, como uma assunção de responsabilidade civil/penal ou como evidência de uma conduta negligente (26). O pedido de desculpa significa um *sinto muito pelo ocorrido*, ou seja, reflete o sentimento genuíno de pesar pelo ocorrido e não uma expressão de culpa, pois tem o propósito de elucidar para a vítima que aquilo que lhe ocorreu é “errado, injusto e imerecido” (28), o que impacta diretamente no seu processo de recuperação psíquica da dor. Essa distinção deve ser enunciada de forma clara e objetiva para o paciente desde o início do *disclosure*.

Direito à confidencialidade das informações pessoais

O paciente tem o direito à confidencialidade dos seus dados pessoais em qualquer etapa do *disclosure*, o que impõe à equipe a obrigação de assegurar que as informações pessoais não serão divulgadas sem o consentimento do paciente. Salienta-se que as informações de saúde do paciente são enquadradas legalmente como dados pessoais confidenciais e sensíveis, que exigem um alto padrão de proteção e de segurança. Esse enquadramento deve levar em conta que é comum a violação do direito à confidencialidade do paciente no setor da saúde em razão de causas variadas, como a revelação intencional de profissionais de saúde que teriam a obrigação ético-jurídica de preservá-lo. A confidencialidade é um pilar da relação entre profissional de saúde e paciente, bem como dos sistemas de saúde, na medida em que a sua ausência repercute negativamente sobre a busca pelo paciente dos serviços de saúde e acarreta o receio de relatar seus sintomas, estilos de vida e outras informações essenciais para o diagnóstico acurado. O respeito à confidencialidade das informações sobre o paciente é crucial, não apenas por razões jurídicas concernentes ao direito à privacidade do paciente, mas também para preservar a

confiança do paciente na instituição de saúde, previamente abalada pela ocorrência do incidente.

Os dados sobre o incidente de segurança do paciente que são veiculados no *disclosure* são altamente íntimos ou sensíveis e a violação da confidencialidade expõe eventos dolorosos, o que provoca a revitimização e pode acarretar-lhe danos psíquicos graves, para além daquele decorrente do incidente. Portanto, apenas os profissionais de saúde diretamente envolvidos no *disclosure* podem ter acesso aos dados pessoais do paciente, que não podem ser revelados sem a sua autorização. Esse comando apresenta algumas exceções legais na esfera penal, que não são objeto deste artigo. Essa obrigação ético-jurídica do profissional de saúde decorrente do Direito do Paciente implica a vedação da revelação dos dados sem o consentimento do paciente, o que se desdobra na manutenção da segurança dos dados pessoais do paciente, física e eletrônica, durante processo de *disclosure*; e na revelação do dado cercada de medidas de segurança, quando seja decorrente de decisão judicial (33).

Por fim, é importante destacar que o *disclosure* apresenta benefícios abrangentes, como os impactos positivos na redução da litigância em face dos profissionais e de instituições de saúde. Estudos demonstram que pacientes acionam menos o Poder Judiciário se eles percebem que o evento foi honestamente comunicado. Nesse sentido, o *disclosure* reduz os custos com a litigância e permite a implementação de uma cultura de segurança baseada na aprendizagem com os erros (2). Igualmente, destacam-se os seguintes pontos positivos do *disclosure* quando integrado ao Direito do Paciente: i) o *disclosure* é um aspecto significativo que impacta o engajamento e o envolvimento do paciente; ii) aumento da confiança do paciente/familiar em relação à instituição de saúde; iii) contribui para o incremento da qualidade no cuidado em saúde; iv) alívio da culpa do profissional de saúde envolvido no evento adverso; v) os pacientes são compensados financeiramente de forma mais rápida e adequada (18).

Para além dos benefícios assinalados, a cultura do *disclosure* e a implementação do *disclosure* baseado no cuidado centrado no paciente, na cultura justa e restaurativa, bem como nos direitos dos pacientes, é fundamental para que o paciente vivencie uma experiência positiva de justiça, sendo essa tão básica que sem ela a cura da sua dor pode ser inviável (28).

Considerações finais

A ocorrência de um incidente de segurança, mormente quando há dano, é um evento lamentável e grave para o paciente, seus familiares, os profissionais de saúde e a instituição de saúde. Por isso, para evitá-lo, os Estados devem ser fazer esforços genuínos, por meio da adoção de políticas públicas e de legislação de segurança do paciente. No entanto, sabe-se que a redução dos danos ao nível zero não é factível, assim, incidentes irão ocorrer e não há justificativa para que as instituições de saúde não tenham políticas de *disclosure*. O *disclosure* não é um ato isolado de boa vontade de alguns profissionais de saúde, mas sim um imperativo ético-jurídico das instituições de saúde. Considerando sua complexidade, não é viável que o *disclosure* seja uma iniciativa singular de profissionais ou de uma equipe de saúde; há que se ter compromisso da liderança da instituição com a sua implementação.

O *disclosure* é a resposta adequada, transparente e empática a um incidente que causa danos ao paciente, bem como é uma ferramenta de efetivação dos seus direitos. Negá-lo ou implementá-lo precariamente é um desrespeito aos pacientes e/ou familiares; é desconsiderar a sua dor e o sofrimento decorrentes dos danos ocasionados por um incidente de segurança do paciente. É inaceitável que, na atualidade, em que se preconiza a inteligência artificial na saúde, a medicina de precisão e outros avanços tecnológicos, ainda se denegue ao paciente-vítima um meio de lidar com a sua dor e de ter a reparação integral pelos danos físicos, psíquicos e de outras ordens. A baixa implementação institucional do *disclosure* é reflexo da objetificação do paciente e da injustiça epistêmica nos cuidados em saúde. A reversão de tal quadro é um motivador para que o movimento de Segurança do Paciente, acoplado ao Direito do Paciente, mobilize a sociedade em torno da percepção de que somos todos pacientes e estamos vulneráveis e passíveis de sofrer danos quando nos encontramos sob cuidados em saúde. Por essa razão, o *disclosure* é um pleito de todos.

Referências

1. World Health Association. Patient Safety. [Internet]. [citado em 5 abr. 2022]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=The%20harm%20can%20be%20caused,2.6%20million%20deaths%20\(4\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=The%20harm%20can%20be%20caused,2.6%20million%20deaths%20(4))
2. Moffat-Bruce SD, Ferdinand FD, Fann JI. Patient Safety: Disclosure of Medical Errors and Risk Mitigation. *Ann Thorac Surg*. 2016; 102:358-362.
3. Yau CWH, Leigh B, Liberati E, Punch D, Dixon-Woods M. Clinical negligence costs: taking action to safeguard NHS sustainability. *BMJ*. 2020 [citado em 5 abr. 2022]; 368:1-4. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m552>

4. Busch IM, Saxena A, Wu AW. Putting the Patient in Patient Safety Investigations: Barriers and Strategies for Involvement. *J Patient Safety*. 2021 [citado em 5 abr. 2022]; 17(5):358-362. doi: 10.1097/PTS.0000000000000699
5. Clinical Excellence Commission. *Open Disclosure Handbook*. Sydney: Clinical Excellence Commission; 2014.
6. The Canadian Medical Protective Association. "Patient safety incident" terminology. [Internet]. [citado em 5 abr. 2022]. Disponível em: https://www.cmpa-acpm.ca/serve/docs/ela/goodpracticesguide/pages/patient_safety/Understanding_harm/patient_safety_incident_terminology-e.html
7. Disclosure Working Group. *Canadian Disclosure Guidelines: being open with patients and families*. Edmonton: Canadian Patient Safety Institute; 2011.
8. Leape LL. *Making healthcare safe: the story of the Patient Safety Movement*. Boston: Springer; 2021.
9. Adom D, Hussein Ek, Agyem JA. Theoretical and Conceptual Framework: Mandatory Ingredients of a Quality Research [Internet]. [citado em 5 abr. 2022]. Disponível em: [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/article/theoretical-and-conceptual-framework-mandatory-ingredients-of-a-quality-research/MTM5NDE=?is=1)
10. Organizing Academic Research Papers: Theoretical Framework. [Internet]. [citado em 5 abr. 2022]. Disponível em: <https://library.sacredheart.edu/c.php?g=29803&p=185919>
11. Independent Patient Safety Council. *Recommendations on a National Policy Framework for Open Disclosure in Healthcare in Ireland* [Internet]. [citado em 5 abr. 2022]. Disponível em: <https://assets.gov.ie/127396/af15e335-2c88-40a9-9571-371a978409ca.pdf>
12. Pillinger J. *Evaluation of the National Open Disclosure Pilot* [Internet]. [citado em 5 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/617915/OpenDisclosure16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Albuquerque A. *Manual de Direito do Paciente*. Belo Horizonte: CEI; 2020.
14. Dekker S. *Just Culture*. Boca Raton: CRC; 2017.
15. European Commission. *Patients' Rights in the European Union Mapping eXercise*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
16. Health Service Executive (HSE). The State Claims Agency (SCA). *Evaluation of the National Open Disclosure Pilot* [Internet]. [citado em 10 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/617915/OpenDisclosure16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Busetti F et al. Policies and practice in the disclosure of medical error: Insights from leading countries to address the issue in Italy. *Med Sci Law*. 2021 [citado em 5 abr. 2022]; 61(1_suppl):88-91. doi: 10.1177/0025802420979441
18. Gallagher TH et al. Talking with patients about other clinicians' errors. *The New England Journal of Medicine*. 2013 [citado em 5 abr. 2022]; 369(18):1752-1757. doi: 10.1056/NEJMs1303119
19. Ock M, Lim SY, Jo MW, Lee S. Frequency, expected effects, obstacles, and facilitators of disclosure of patient safety incidents: a systematic review. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2017 [citado em 5 abr. 2022]; 50(68):68-82. doi: 10.3961/jpmp.16.105
20. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term "second victim". *The BMJ*, 2019 [citado em 5 abr. 2022]; 364. doi: 10.1136/bmj.l1233
21. Andorno R. Dignity in Psychotherapy. In: *The Oxford Handbook of Psychotherapy Ethics*. Trachsel M et al (eds.). Oxford: Oxford University Press; 2019.
22. Carel H, Kidd IJ. Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Med Health Care and Philos*. 2014 [citado em 5 abr. 2022]; 17: 529–540. doi: 10.1007/s11019-014-9560-2.
23. Kiani MA et al. Evaluating the Awareness of Patients' Rights Based on the Charter of Patients' Rights in Medical Staff of Mashhad University of Medical Sciences in Mashhad, Iran. *Med Edu Bull*. 2021 [citado em 5 abr. 2022]; 2(1): 19-31. doi: 10.22034/MEB.2021.293831.1010
24. Ebrahimi S, Tabei SZ, Kalantari F, Ebrahimi A. Medical interns' perceptions about disclosing medical errors. *Education Research International*, 2021 [citado em 5 abr. 2022]; 1102135. doi: doi.org/10.1155/2021/1102135
25. Zaleta AK, Carpenter BD. Patient-centered communication during the disclosure of a dementia diagnosis. *Am J Alzheimers Dis Other Dementia*. 2010 [citado em 5 abr. 2022]; 25(6):513-20. doi: 10.1177/1533317510372924
26. Guillod O. Medical error and patient safety: legal aspects. *Journal of Public Health Research*. 2013 [citado em 5 abr. 2022]; 2(e21):182-185. doi:10.4081/jphr.2013.e31
27. Secretary of State for Health. *The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995* [Internet]. [citado em 10 abr. 2022]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273320/5363.pdf
28. Zehr H. *Trocando as lentes*. São Paulo: Palas Athena; 2020.
29. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wur AW. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010 [citado em 5 abr. 2022]; 22(5):371–379. doi: 10.1093/intqhc/mzq042

30. Shapiro J, Robins L, Galowitz PBA, Gallagher TH, Bell S. Disclosure Coaching: An Ask-Tell-Ask Model to Support Clinicians in Disclosure Conversations. *Journal of Patient Safety* [Internet]. 2021 [citado em 5 abr. 2022]; 17(8):e1364-e1370. doi: 10.1097/PTS.0000000000000491

31. British Medical Association. Access to health records: Updated to reflect the General Data Protection Regulation and Data Protection Act 2018 [Internet]. [citado em 10 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/media/2821/bma-access-to-health-records-june-20.pdf>

32. Monasterio JR. Reparación Integral dese los estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos [Internet]. [citado em 10 abr. 2022]. Disponível em: [https://esdequelibros.edu.co/index.php/editorial/catalog/download/8/5/252?inline=1#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20reparaci%C3%B3n,en%20adelante%2C%20CIDH\)%20y%20la](https://esdequelibros.edu.co/index.php/editorial/catalog/download/8/5/252?inline=1#:~:text=El%20derecho%20a%20la%20reparaci%C3%B3n,en%20adelante%2C%20CIDH)%20y%20la)

33. Albuquerque A. Saúde digital e LGPD sob o enfoque do direito do paciente e da sua vulnerabilidade acrescida. In: Aith F, Dallari AD. *Saúde Digital e LGPD*. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2022. p. 245-263.

Conflito de interesses

A autora declara que não há conflito de interesses.

Submetido em: 20/04/22
Aprovado em: 20/06/22

Como citar este artigo

Albuquerque A. *Disclosure* de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2022 jul./set.;11(3): 70-90
<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i3.925>



License CC Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International