

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
Curso De Graduação De Enfermagem

KAROLINY SACRAMENTO DOS SANTOS

ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE *DISCLOSURE*
EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Goiânia, 2024

KAROLINY SACRAMENTO DOS SANTOS

**ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE *DISCLOSURE*
EM HOSPITAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para finalização de curso.

Linha de pesquisa: Teorias, método e processo de cuidar em saúde
Orientadora: Prof. Dra. Sergiane Bisinoto Alves

Goiânia, 2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus que sempre esteve comigo me dando força e sabedoria para superar os desafios e que nunca me desamparou. Dedico aos meus pais, irmão e avós, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim, fornecendo a base e o incentivo necessário para que eu pudesse alcançar meus objetivos. *“Tudo posso naquele que me fortalece.” (Felipenses 4:13).*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar meu caminho e conceder-me a sabedoria necessária para a realização desta graduação.

Aos meus pais Rosicleia e Isvaldo, pilares da minha via, minha eterna gratidão pelo amor incondicional, apoio e incentivo, ao meu irmão Gonçalo Neto que também sempre esteve comigo.

Aos meus avós por transmitirem seus valores e ensinamentos.

E a todos os outros que de alguma forma me apoio e estiveram comigo durante toda esta jornada.

E por fim agradeço a minha Orientadora Sergiane por toda a paciência e todos os ensinamentos.

EPÍGRAFE

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original." (Albert Einstein)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Cinco estágios de maturidade da cultura de segurança	21
Figura 2: Fluxograma do processo de seleção de artigos para o estudo	29
Figura 3: Distribuição dos artigos no Mapa - mundi por continentes conforme a localização	31
Figura 4: Distribuição dos estudos conforme ano de publicação.....	31
Quadro 1: Algoritmos para as Buscas em Bases de Dados:	26
Quadro 2: Algoritmos para as Buscas no Periódico CAPES via CAFE:.....	27
Quadro 3: Critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão) para seleção dos artigos	27
Quadro 4: Descritores controlados e não controlados	27
Quadro 5: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa: Número do artigo, Referência completa, objetivo e tipo de estudo.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCIH – Comissão de Controle Infecção Hospitalar

CSP – Cultura de Segurança do Paciente

EA – Evento Adverso

HSOPSC – Hospital Survey on Patient Safety Culture

IH – Infecção Hospitalar

IRAS – Infecção Relacionada a Assistência à Saúde

MS – Ministério da Saúde

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PSP – Plano de Segurança do Paciente

SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire*

SP – Segurança do Paciente

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é um desafio global de saúde, com eventos adversos (EA) sendo uma das principais causas de morte e incapacidade. O conceito de *disclosure* em hospitais tem sido utilizado para melhorar a comunicação sobre esses eventos, promovendo a transparência entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, com isso faz se necessário conhecer as estratégias de *disclosure* utilizadas pelos hospitais. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é mapear as estratégias institucionais utilizadas para a implementação das políticas de disclosure em hospitais. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorização dos estudos, e privacidade e privacidade dos dados. Foram utilizadas bases como LILACS, SCIELO, MEDLINE, PubMed e Google Acadêmico, entre outras. Os critérios de inclusão foram artigos completos, em inglês, português ou espanhol, publicados entre 2019 e 2024. **Resultado:** A revisão detectou 3407 publicações, mas foram incluídos apenas 4 artigos que abordaram a prática de divulgação em diferentes contextos. Foi apresentado que a implementação de políticas de divulgação ainda enfrenta desafios importantes, especialmente em países de baixa e média renda. Embora alguns hospitais tenham adotado parcialmente essas práticas, muitos ainda encontram dificuldades na implementação completa. As principais barreiras incluem a falta de conhecimento e treinamento sobre o processo de divulgação, além de uma cultura punitiva que, muitas vezes, desincentiva a transparência. **Discussão:** A prática da divulgação, embora reconhecida como essencial para a segurança do paciente, ainda é pouco adotada em diversas instituições de saúde. **Conclusão:** A implementação de políticas de *disclosure* é uma estratégia crucial para a implementação da segurança do paciente, mas ainda enfrenta desafios consideráveis, como a falta de treinamento e uma cultura institucional adequada. A promoção de uma cultura de transparência, aliada ao investimento em educação continuada para profissionais de saúde, pode facilitar a implementação dessas práticas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

Palavras – chave: disclosure, segurança do paciente e hospitais.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety is a global health challenge, with adverse events (AE) being one of the leading causes of death and disability. The concept of disclosure in hospitals has been used to improve communication about these events, promoting transparency among health professionals, patients and their families, thus making it necessary to know the disclosure strategies used by hospitals. **Objective:** The objective of this study is to map the institutional strategies used to implement disclosure policies in hospitals. **Method:** This is an integrative literature review, carried out in five stages: problem identification, literature search, definition of the information to be extracted from the selected studies, categorization of studies, and privacy and data privacy. Databases such as LILACS, SCIELO, MEDLINE, PubMed and Google Scholar, among others, were used. The inclusion criteria were full articles, in English, Portuguese or Spanish, published between 2019 and 2024. **Result:** The review detected 3407 publications, but only 4 articles that addressed the practice of disclosure in different contexts were included. It was shown that the implementation of disclosure policies still faces significant challenges, especially in low- and middle-income countries. Although some hospitals have partially adopted these practices, many still face difficulties in full implementation. The main barriers include the lack of knowledge and training on the disclosure process, in addition to a punitive culture that often discourages transparency. **Discussion:** The practice of disclosure, although recognized as essential for patient safety, is still poorly adopted in many health institutions. **Conclusion:** The implementation of disclosure policies is a crucial strategy for implementing patient safety, but it still faces considerable challenges, such as the lack of training and an adequate institutional culture. Promoting a culture of transparency, combined with investment in continuing education for health professionals, can facilitate the implementation of these practices and, consequently, improve the quality of patient care.

Keywords: disclosure, patient safety and hospitals.

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
1.INTRODUÇÃO	11
2.JUSTIFICATIVA.....	14
3.OBJETIVO	16
4.REVISÃO DA LITERATURA	17
5.MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
6.RESULTADOS.....	29
7.DISSCUSSÃO	36
8.CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIA	43

1.INTRODUÇÃO

Danos gerados por cuidados prestados aos pacientes são um crescente desafio global de saúde pública. Esses danos vem sendo uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo (Brasil, 2021).

Na atualidade, estudos mostram que incidentes envolvendo a Segurança do Paciente (SP) estão como uma das principais causas de morte e incapacidade. Porém o tema Segurança do Paciente só ganhou uma maior relevância a partir da publicação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, o qual mostrou uma grande taxa de mortalidade por erros humano (Lima *et al.*,2023).

Mas só a partir da publicação do relatório *To Err is Human*, que os órgãos regulamentadores começaram a avaliar a melhoria no cuidado. Em uma publicação na revista *The Lancet*, Chantles, ainda em 1999, expos que “o cuidado à saúde, que antes era simples, menos efetivo e relativamente seguro, passou a ser mais complexos, mais efetivo, porém potencialmente perigoso (Brasil, 2014).

Desde 1999 vem sendo feita diversas ações de segurança, porém estas atividades têm tido impactos variados, e a maioria dos feitos não são adaptados para aplicação bem-sucedida em países de baixa e média renda (Prates *et al.*,2019). No Brasil o Ministério da Saúde (MS) afirma que Segurança do Paciente corresponde a uma estrutura de atividades organizadas a qual criar cultura, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados da saúde. Essas estruturas é uma forma consistente e sustentável, e ajuda à reduzir eventos adversos (Brasil, 2014).

De acordo com a *International Classification for Patient Safety (ICPS)*, evento adverso (EA) é definido como lesão ou dano não intencional, que resulta em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente. Esses danos geram prolongamento do tempo de permanência hospitalar ou morte em decorrência do cuidado em saúde prestado, não possuindo vínculo com o processo de doença subjacente do paciente (ICPS, 2004).

Em um relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde, em 2022, estimou – se que 1 a cada 10 pacientes sofra algum dano ao receber cuidados hospitalares. O que representa, a cada ano, cerca de 134 milhões de eventos adversos em hospitais de países de baixa e média renda. Isso ocorre devido aos cuidados em saúde serem inseguros, o que acaba resultando em aproximadamente 2,6 milhões de mortes ao ano em todo o mundo (Brasil, 2022).

Um erro na saúde pode resultar em danos e sofrimento à integridade física, emocional e moral dos profissionais e dos pacientes e familiares envolvidos (Quadrado; Tronchin; Maia, 2021).

A prevenção desses eventos representa um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde. A ocorrência de eventos adversos (EA) evidenciou uma discrepância significativa entre o cuidado ideal, e o cuidado prestado, ou cuidado real (Tavares *et al.*, 2023).

Com isso faz – se necessário o amadurecimento de políticas, para abranger uma série de medidas de prevenção, mitigação e promoção de cuidados (Ribeiro; Bertoldo; Kunz, 2021).

No que diz respeito a saúde não é apenas para o paciente, mas com o paciente. Ou seja, deve envolver o paciente em todos os processos e etapas da sua assistência, inclusive em situações de ocorrência de erros e falhas, por parte da equipe que o assiste. Atualmente muito se tem discutido sobre o envolvimento do paciente em seu cuidado, e é a partir disso que as instituições de saúde estão tendo a necessidade de inserir o método de *disclosure* em seus processos (Margutti *et al.*, 2022).

O método do *disclosure* foi conceituado pelo mercado financeiro na década de 90, para torna as ações mais transparentes e mais confiáveis entre todas as partes envolvidas. *Disclosure*, que deriva da palavra *disclosure*, é ato de divulgar, evidenciar, disseminar, expor, revelar, isto é, tornar algo evidente, público (Murcia, 2011).

No contexto corporativo, o *disclosure* pode ser caracterizado como a divulgação de informação sobre a empresa. Já no âmbito hospitalar, quando se refere ao termo *disclosure*, se trata em ter uma conversa clara e aberta com o paciente e/ou familiares sobre algum EA que ocorreu durante a prestação de cuidado, que pode ter prolongado seu período de internação ou gerado um dano permanente é até mesmo a morte daquele paciente (Peixe, *et al.*, 2023).

Esse método vem sendo aprimorado e está sendo utilizado como medida capaz de fortalecer o vínculo do paciente com relação aos profissionais e a instituição, mesmo diante de situações em que ocorreram falhas ou erros relacionados ao seu cuidado (Ribeiro, Bertoldo, Kunuz, 2021).

Quando se trata de profissional de saúde, o dano assistencial não é algo completamente impensável, quando se comparada com a percepção do paciente acerca da probabilidade de acontecer um dano associado aos cuidados. Há necessidade de muita cautela e de preparo da equipe para informar o paciente incluindo familiares, da ocorrência de um erro, para que a

situação não venha a agravar e que não haja ruptura drástica na relação de confiança construída com os profissionais e a instituição (Albuquerque, 2022).

A implantação desta metodologia pode contribuir para a redução dos números de ações judiciais relacionadas a erros e falhas assistências e para a construção de uma cultura de transparência entre profissionais de saúde, paciente e familiares (Façanha; Araujo., 2023).

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 muitas instituições de saúde não têm essa comunicação aberta e acaba restringindo as informações (Siqueira, *et al.*2021; Silveira *et al.*2023). Pois tratando do *disclosure* é umas das conversas mais complexas e difíceis na saúde, um verdadeiro desafio para os envolvidos (Albuquerque, 2022).

Portanto, é fundamental analisar as estratégias que estão sendo desenvolvidas e aplicada para a abordagem do *disclosure* com os pacientes e familiares, verificando também como essa prática tem afetado a cultura de segurança nas instituições de saúde.

2.JUSTIFICATIVA

Apesar das medidas para prevenção dos eventos adversos em serviço de saúde, sabe-se que eles continuam com uma alta incidência (Fernandes, 2022). Os incidentes na saúde podem ter uma variedade de consequências, tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde. Dentre as principais consequências estão a mortalidade e morbidade aumentada, custo financeiro elevado, impacto na qualidade de vida dos pacientes, perda de confiança nas instituições e impacto na reputação da instituição (Tabrizi; Masri, 2021).

Com isso, vale destacar a necessidade de implementação de políticas e práticas destinadas a prevenir EA, com objetivo de melhorar a segurança do paciente. É importante lembrar que os sistemas de saúde precisam construir protocolos robustos para prevenir incidentes sempre que possível, bem como para lidar eficazmente com eles quando ocorrerem, minimizando o impacto negativo nas pessoas envolvidas (Lima, *et al.*,2023). Com intuito de minimizar as consequências das relações entre o paciente, profissionais e imagem das instituições, nos últimos anos, os hospitais vêm utilizando da metodologia de *disclosure* (Façanha; Machado; Garrafa., 2022).

Ainda que essa metodologia seja conhecida ela ainda não é muito utilizada. Algumas instituições já têm implementado o processo de disclosure, mas a maioria ainda não possui ou está em processo de implementação (Lemos, *et al.*,2022). É relevante pontuar que os hospitais que têm esse método estruturado possuem uma cultura de segurança mais sólida, pois como citado anteriormente disclosure é uma das conversas mais complexas em uma instituição, principalmente quando se trata de um evento que gerou dano grave ao paciente (Margutti, *et al.*, 2022).

Vale citar que a falta de abordagem do disclosure pode ter efeitos significativos, embora seja um assunto sensível, é fundamental para preservar a integridade do sistema de saúde. Uma comunicação aberta após um EA pode aumentar o nível de confiança e satisfação do paciente, porém a falta dela pode gerar impacto na percepção da qualidade do cuidado, fragilizando a relação entre ambos envolvidos. Ademais, a falta de transparência após algum erro pode aumentar a probabilidade de uma judicialização. Com isso, é crucial que a comunicação entre a instituição, os profissionais e os pacientes sejam aberta e transparente (Façanha; Araujo, 2023)

Este estudo permitiu identificar as estratégias empregadas pelas instituições de saúde na abordagem do disclosure. Ademais, ao longo da pesquisa, foram apresentados o modo como essas instituições têm implementado essa política, o nível de conhecimento dos profissionais sobre o tema e os obstáculos enfrentados para sua aplicação. Este estudo fornece subsídios para

o desenvolvimento de diretrizes e melhorias nessa área, e assim contribui para a melhoria dos sistemas de saúde e para a segurança e bem-estar dos pacientes.

3.OBJETIVO

3.1. Objetivo geral

- Mapear as estratégias institucionais utilizadas para a implementação das políticas de *disclosure* em hospitais.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das publicações científicas sobre a implementação da política de *disclosure* em hospitais;
- Caracterizar o conhecimento dos profissionais que atuaram em hospitais que implementaram a política de *disclosure* sobre este processo;
- Identificar as barreiras enfrentadas para a implementação do processo de *disclosure*.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Segurança do paciente

A Segurança do Paciente (SP) envolve a implementação de práticas e políticas que visam proteger a saúde e o bem-estar dos pacientes em todas as etapas do processo de atendimento, desde a admissão até a alta (Coslop *et al.*, 2022).

No Brasil, a trajetória envolvendo a SP deu início em 1983, por meio da implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em todos os hospitais do país. Essa comissão visava prevenir infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS) e em melhorar o desfecho clínico dos pacientes. Nesse período as IRAS já eram consideradas como um evento adverso (Brasil, 1983). Com o objetivo de implementar a base para todo o sistema de prevenção e controle de infecção, foi criado no ano de 1998 a portaria nº 2616 (Brasil, 1998).

A Infecção Hospitalar (IH) surgiu praticamente junto com a criação dos primeiros hospitais. No século XVII, Ignaz Semmelweis, conseguiu comprovar que grande parte das mulheres que evoluíam para óbito no pós-parto, era decorrente da microbiota veiculada por meio das mãos dos profissionais (Mendonça *et al.*, 2020).

Ainda no mesmo século, Florence Nightingale ao ir para a Inglaterra para cuidar dos feridos na Guerra da Crimeia, identificou a relação entre a alta taxa de mortalidade dos feridos com a falta de higiene predominante naquele ambiente. Florence teve um papel importante na organização dos hospitais e conseqüentemente na implantação de medidas para controle das IH (Andrade *et al.*, 2024).

No ano de 1984, foi divulgado um estudo de Harvard Medical Practice Study, que estimulou a elaboração do relatório “Errar é humano”, publicado em 1999, pelo Institute of Medicine (IOM). Este estudo demonstrou a relevância das falhas nos processos assistências nas instituições de saúde, determinando a importância da segurança nos cuidados aos pacientes, bem como os movimentos de melhoria de qualidade em sistemas de saúde. A estimativa era que entre 44.000 há 98.000 americanos morriam por ano devido a erros assistenciais, alertando para a temática de segurança. O mesmo gerou grandes impactos e teve forte influência no movimento mundial sobre a SP (IOM, 1999).

No ano de 2004, a OMS criou o projeto “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, essa aliança tinha como objetivo alertar para a melhoria da SP na assistência e o comprometimento político. Além de apoiar no desenvolvimento de políticas públicas e as práticas para segurança do paciente em todo o mundo. Desde então, na América Latina, há uma

proposta da Organização Pan – Americana da Saúde (OPAS) para que articule, a fim de cumprir as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (OMS, 2004).

Com a finalidade de estabelecer estratégias para melhoria da qualidade do cuidado, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº529 de 1 de abril. Essa portaria foi criada para definir os objetivos do PNSP, de modo que promovesse e apoiasse a aplicação das atividades voltada à SP. Foi só através deste plano que consolidou o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde (Brasil, 2013a).

Além disso a portaria nº 529 determina que é necessário a elaboração e a implantação de protocolos, guias e manuais que tratem sobre as metas de segurança do paciente (Brasil, 2013a). A execução deste plano foi uns dos primeiros passos para promover uma assistência segura. No entanto a concretização dele tem sido mais lenta do que o esperado. O próprio veio com proposta e medidas que consistem em planejar, orientar, coordenar, supervisionar e avaliar o processo do cuidar (Andrade *et al*, 2020).

A RDC 36 da Anvisa (2013), dispõe sobre instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Pontua que o PNSP tem a necessidade de implementar estratégias e ações para gerenciamento de risco, de acordo com as atividades desenvolvida por cada instituição. Por meio da RDC 36 que determinou que as seis metas que são utilizadas globalmente para garantir uma melhor qualidade na assistência sejam cumpridas nos serviços de saúde brasileiros (ANVISA, 2013).

As metas que norteiam a qualidade da assistência são: identificação correta do paciente, comunicação efetiva, melhorar a segurança dos medicamentos, cirurgia segura, reduzir riscos de infecções associado aos cuidados e reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de lesões por pressão e queda (Brasil, 2013b). Essas são as metas internacionais para promover uma melhoria na assistência prestada e evitar danos gerado por EAs aos pacientes (Costa *et al.*, 2020; Gerônimo *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2023).

Porém, promover um ambiente e assistência livre de danos não é uma tarefa fácil, requer de estratégias específicas para implantação, divulgação, educação e acompanhamento, tanto dos profissionais envolvidos na assistência quanto, e primeiramente, com os pacientes (Silva, 2020).

Apesar de existir muitas ações a serem efetuadas para fomentar à constituição dos NSP e integração das atividades à prática dos estabelecimentos de saúde, o que se observar ao longo

dos anos é uma crescente expansão dos números de NSP. O que se observa uma melhoria do fluxo de informações e, conseqüentemente, uma melhoria na tomada de decisões e na qualidade das instituições de saúde (Andrade *et al.*,2020).

Mesmo diante do crescente número de NSP para melhoria na qualidade na assistência, ainda tem ocorrido vários EAs na saúde. Os NSP são instâncias responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias para melhoria da qualidade do cuidado e pelo gerenciamento dos riscos assistenciais dentro dos serviços de saúde. Compete aos NSP a implementação de processos de identificação, análise, avaliação e monitoramento dos riscos. Outras funções incluem: fortalecimento da cultura de segurança e a implantação de Planos de Segurança do Paciente (PSP) (Silva; Andrade e Poveda, 2023; Brasil, 2013a; Brasil, 2013b).

Os eventos adversos têm várias classificações sendo elas, circunstância de risco, quase erro “near miss”, incidente sem danos e incidente com dano (Brasil, 2013a). Os incidentes com dano, também denominados de eventos adversos, podem ser classificados como, leve, moderado, grave e óbito. A ocorrência dos EA é reconhecida como uma falha na Segurança do Paciente, onde grande maioria é considerado como um evento prevenível (Junior *et al.*, 2011).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), faz o monitoramento da notificação mensal desses eventos realizadas pelos serviços de saúde. Desde 2014, a Anvisa publica um relatório, a partir das notificações de incidentes em saúde, que expõe os dados de cada ano. Entre o ano de 2014 a 2021 foram realizadas 807 mil notificações (Brasil, 2022). Já no ano de 2022, teve um total de 292 mil (Brasil, 2023). Enquanto no ano de 2023, foram realizadas cerca de 368 mil notificações no Brasil (Brasil, 2024). Dentre esses quantitativo de notificações incluem notificações de eventos adversos leve, moderado, grave, óbito e near miss. Mas vale lembrar que em muitas instituições de saúde ainda há subnotificações (Sousa *et al.*,2019).

Lage *et al.*, (2023) apontam que grande maioria dos erros assistenciais estão relacionados com medicamento. Recentemente, o Instituto para Prática Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP, 2019) publicou que anualmente cerca de 8.000 mortes estão relacionadas com erros de medicação, sendo que as falhas ou reações adversas representam mais de 840 mil casos por ano (ISMP, 2019).

Segundo a OMS, esses EA é uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo. Em países de alta renda, estima-se que um em cada dez pacientes sofra algum dano ao receber cuidados hospitalares. A estimativa para países de baixa e média renda sugere que até um em cada quatro pacientes é prejudicado, o que nos levar a refletir sobre a necessidade de NSP mais bem implantados e implementados (Monaza; Tabrizi; Masri, 2021).

Durante um procedimento ou tratamento de saúde pode vir a ocorrer EA. Pesquisas apontam que somente 30% dos incidentes são revelados para os pacientes (Andrade et al.,2020). Contudo salienta – se que os paciente/familiares tem o direito de saber de todo o processo assistencial (Brasil, 2013b).

4.2. Cultura de segurança

A cultura de segurança engloba a prevenção de agravos e a promoção à saúde, por meio de atitudes e costumes que visam diminuir e/ou evitar riscos desnecessários ao paciente. Essa cultura se constrói através da identificação de comportamentos e dificuldades dos profissionais, promovendo espaços para transformações. Representam um processo complexo que tem como objetivo principal um cuidado seguro e efetivo (Coslop *et al.*, 2022).

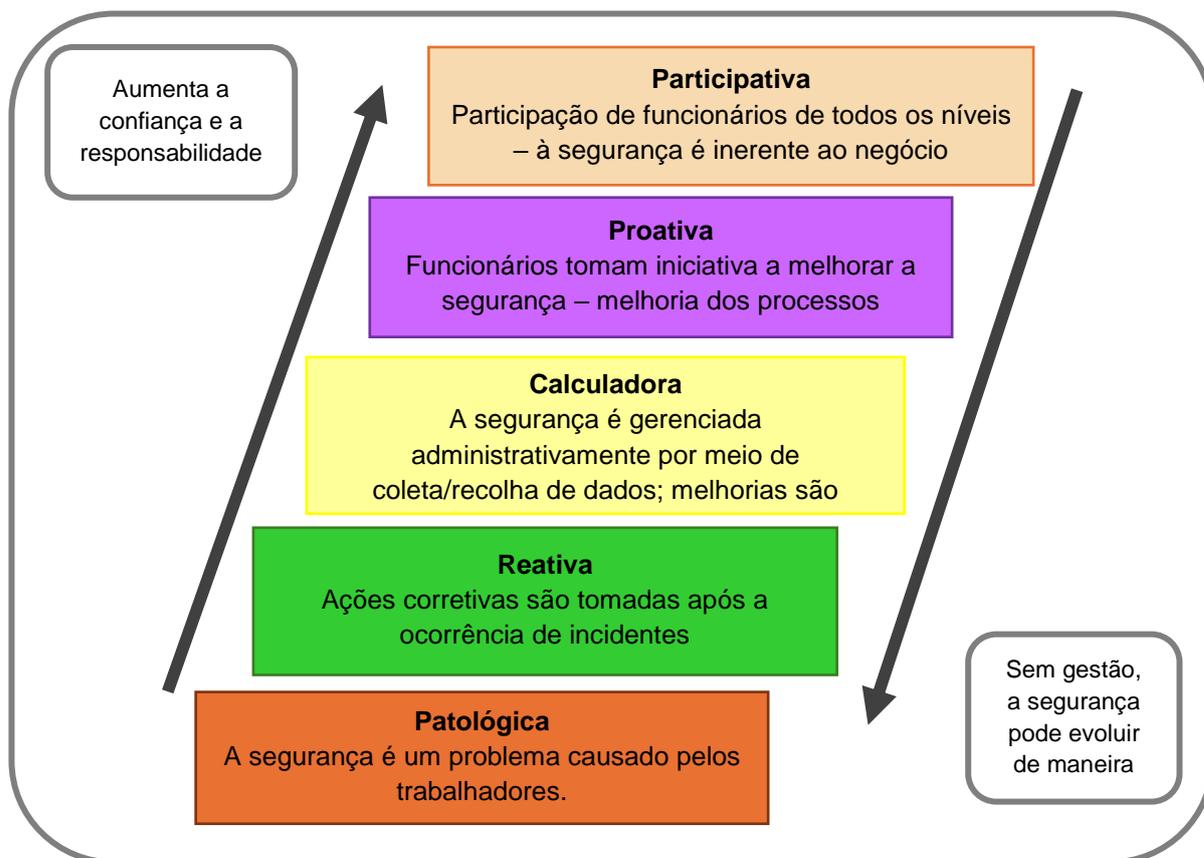
Inicialmente, a expressão “cultura de segurança” começou após o desastre nuclear de Chernobyl ocorrido em 1986 e posteriormente foi utilizado em outros campos. Essa cultura é um dos indicadores que permite compreender como uma organização lida rotineiramente com as diversas questões e abordagens relacionadas à segurança do paciente (Bienassis *et al.*, 2020).

A Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é definida como o conjunto de valores, atitudes e competências que determinam o compromisso da instituição com a gestão da saúde e da segurança. Trata – se de um componente estrutural do serviço, favorecendo a implementação de práticas seguras (Siqueira *et al.*,2021).

Em uma organização, a cultura de segurança pode apresentar vários níveis de maturidade e progressão ao longo do tempo por meio de cinco fases.

A Figura 1 (pag. 21) apresenta os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança, conforme (Reis, 2019 pag.82).

Figura 1: Cinco estágios de maturidade da cultura de segurança:



Fonte: Adaptado de Hudson (2003).

Atualmente existem diversos instrumentos que permitem avaliar a cultura de segurança de uma instituição. Essa avaliação pode ser feita por meio da investigação dos elementos que influenciam de modo positivo e negativo (Façanha; Araujo 2023).

Mundialmente a ferramenta mais utilizada para medir essa cultura é o Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). O mesmo solicita a opinião dos colaboradores sobre segurança do paciente, notificações de eventos adversos e erros associado aos cuidados de saúde. Essa pesquisa é subdividida por seção, sendo elas: Seção A: Sua área/unidade de trabalho; Seção B: O seu supervisor/chefe; Seção C: Comunicação; Seção D: Frequência de eventos relatados; Seção E: Nota da segurança do paciente; Seção F: O seu hospital; Seção G: Número de eventos notificados; Seção H: Informações gerais e por fim Seção I: Seus comentários (Agency for Healthcare Research and Quality (ARHQ) 2013).

Além do HSOPSC também é utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ, criado em 2006 para avaliar as percepções de profissionais quanto as questões de segurança do paciente. O instrumento possibilita verificar a percepção do clima de segurança, através de seus seis domínios: clima de trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepção da gestão da

unidade e do hospital, condições de trabalho e reconhecimento de estresse (Carvalho *et al.*, 2017).

Massarolli *et al.*, (2021), apontam que as informações obtidas através dessas pesquisas são essenciais para a tomada de decisões e para o planejamento estratégico do serviço, uma vez que permitirá direcionar suas ações com vistas a superação das limitações encontradas. A interação da equipe interprofissional e a comunicação efetiva são consideradas os pilares na promoção do cuidado e conseqüentemente da SP dentro das instituições (Santos; Junior e Silva, 2022).

A implementação do gerenciamento de risco deve estar relacionada a uma cultura institucional onde ocorra um aprendizado com os erros cometidos e a prevenção de novas falhas. O aprendizado organizacional diz respeito à cultura de aprendizagem em que os erros são estudados, levando às mudanças positivas. Sendo assim, é essencial o fortalecimento da cultura de segurança do paciente nas organizações, como forma de melhoria contínua na prestação do cuidado e na estratégia efetiva, o que permite o gerenciamento dos riscos com foco na mitigação de erros (Zanelli *et al.*,2023).

No entanto, não são todas as instituições que possuem essa cultura de aprendizado. Conforme Prietro, Fonseca e Mascarenhas (2021) muitas instituições possuem uma cultura punitiva. A cultura punitiva é aquela em que os erros são tratados com punição ou culpa, em vez de serem encarados como oportunidades de aprendizado e melhoria. Nesse tipo de ambiente, os profissionais de saúde podem sentir medo de admitir erros ou relatar eventos adversos, com receio de sofrer conseqüências negativas, como reprimendas, perda de emprego ou danos à reputação profissional (Reis, pag.78;79).

A cultura punitiva no ambiente hospitalar pode ter várias conseqüências negativas, incluindo: subnotificação de erro, falta de transparência, clima de desconfiança, estresse e a perda de oportunidades de aprendizado. Uma cultura não punitiva é essencial para promover a segurança do paciente, a confiança dos funcionários e a qualidade do cuidado prestado (Sanchis *et al.*,2020)

Em concordância com Prietro, Fonseca e Mascarenhas (2021), Lopes *et al.*, (2023) reforçam que a cultura justa, se refere a promover um ambiente onde os profissionais de saúde possam relatar abertamente e discutir os eventos adversos que ocorrem durante o cuidado do paciente, sem medo de retaliações ou culpa. Isso envolve criar uma cultura de transparência, aprendizado e melhoria contínua dentro das instituições de saúde.

Quando ocorrem eventos adversos, como erros na assistência à saúde, falhas no tratamento ou complicações inesperadas, é essencial que os profissionais de saúde se sintam

incentivados a relatar esses incidentes, para que possam entender as causas subjacentes e implementar medidas para prevenir sua recorrência. Uma cultura justa na saúde com relação a eventos adversos pode envolver: não culpabilização, transparência, aprendizado contínuo, apoio aos profissionais de saúde e melhoria dos processos (Alves; Carvalho; Albuquerque, 2019).

Essa cultura é essencial para garantir a segurança dos pacientes, promover a confiança na prestação de cuidados de saúde e fomentar um ambiente onde os profissionais de saúde se sintam capacitados a fornecer o melhor cuidado possível. A cultura de segurança é um padrão integrado de comportamento individual e coletivo, baseado em crenças, percepções, atitudes, valores e padrões de comportamento compartilhados. O compromisso da administração e a gestão da organização de saúde em relação à segurança do paciente, substitui a cultura punitiva pelo aprendizado baseado em erros (Lemos *et al.*, 2022).

Uma cultura de segurança forte incentiva o trabalho em equipe, a notificação de eventos adversos, a liberdade de expressão, a transparência e o aprendizado pautado nos erros, além de envolver a gestão, os profissionais e o paciente na melhoria do cuidado. Sendo assim, leva à mudança do pensamento punitivo das práticas em saúde, possibilitando espaços de discussão para otimizar a assistência (Siqueira *et al.*, 2023).

4.3. Disclosure

O termo "*disclosure*" na área da saúde geralmente se refere à divulgação de informações referente ao tratamento do indivíduo. É utilizada como uma das principais estratégia de comunicação sobre os eventos adversos de forma ética, transparente, comprometida e acolhedora aos pacientes e familiares (Sousa, 2019 pag.226-227).

Uma comunicação eficaz envolve expressar de forma clara, precisar e compreensível, levando em consideração o nível de compreensão do paciente e suas necessidades específicas. Isso pode incluir explicar diagnósticos, opções de tratamento, possíveis efeitos colaterais, prognósticos e outras informações relevantes para que o paciente possa tomar decisões informadas sobre sua saúde (Sousa; Mendes, 2019).

O *disclosure* tem como principal foco recuperar e fortalecer o vínculo com os pacientes e familiares. Essa prática contribui para aumentar a confiança do paciente, e ajudar a fortalecer a relação do mesmo com os serviços de saúde. Uma comunicação aberta traz como benefício a menor probabilidade dos pacientes em considerar ações judiciais uma vez que os profissionais de saúde e a instituição se retrataram. Para melhorar a divulgação dessas informações as

instituições de saúde devem proporcionar canais de comunicação que possam ser abertos, transparente e honesto com seus clientes. Essa prática possibilitará a informação sobre erros, podendo assim manter a confiança nos sistemas de saúde (Margutti *et al.*,2022).

Porém de acordo com Albuquerque (2022) os hospitais falham em comunicar adequadamente a ocorrência de um incidente ou até mesmo tentam escondê-lo. Essa falta da prática do *disclosure* nas instituições de saúde mostra o quanto os direitos dos pacientes são violados. Entre os direitos violados estão: o direito à informação, o direito de acesso ao prontuário, o direito à reparação integral e o direito à confidencialidade das informações pessoais. Com isso fica nítido que apesar do aumento nas divulgações de erros, a transparência continua a ser um desafio.

É importante que as instituições de saúde divulguem esses eventos de forma transparente para os pacientes e suas famílias. Pois somente através dessa conduta que possibilitará construir uma cultura de segurança mais eficaz. Somente através da divulgação das falhas assistenciais que permitirá avaliar as causas subjacentes, possibilitando tomar medidas para evitar a recorrências desses eventos (Façanha *et al.*,2022).

Diclosure é um elemento fundamental em diversas áreas, ajuda a promover transparência, autonomia, segurança do paciente e respeito pelos direitos e privacidade das pessoas em relação à suas informações de saúde, desempenhando um papel significativo na melhoria de vários aspectos do sistema de saúde. Promover uma cultura de *disclosure* dentro do sistema de saúde pode resultar em benefícios significativos para pacientes, profissionais de saúde e comunidade em geral. Deve ser incorporado às instituições não apenas como um processo, mas, notadamente, enquanto uma cultura (Fien *et al.*, 2024).

Para realização do *disclosure*, não existe um método único. Todavia, para aplicação do mesmo há um conjunto de informações chave, que devem ser incorporados na comunicação quando ocorre um EA. Para aprimorar a aplicação do método ele possui quatro elementos que norteiam, sendo eles: Explicação do ocorrido; Reconhecimento da responsabilidade de forma apropriada; Pedido de desculpas; Compromisso de aprendizagem com o erro. Este método está sendo ampliado para que quem está atuando ou que vai atuar tenha intenção de evitar que episódios semelhantes voltem a ocorrer (Sousa, 2019 pag.225-246).

5.MATERIAIS E MÉTODOS

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo revisão integrativa da literatura. Para realizar esta revisão integrativa, sucedeu as cinco etapas de acordo com a metodologia proposta por Whitemore e Knafl (2005).

5.2. Primeira etapa: Identificação do problema

Segundo Whitemore e Knafl (2005), trata-se do processo de elaboração da revisão integrativa e que se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa.

5.2.1. Estratégia PICO

A estratégia PICO é útil para criar perguntas de pesquisa em diferentes áreas, como clínica, gestão de recursos humanos e avaliação de sintomas. Uma boa pergunta de pesquisa leva a informações precisas para solucionar questões clínicas (Santos, Pimenta, Nobre, 2007).

Estrategia PICO

Acrônimo PICO:

P- População/Paciente: Instituições de Saúde públicas e privadas

I- Fenômeno de Interesse: Implementação de políticas de *disclosure*

Co- Contexto: Promoção de cultura de segurança

Essa estrutura ajuda a guiar a pesquisa de forma clara e direcionada, facilitando a identificação de estudos relevantes e a comparação de resultados.

Pergunta de Pesquisa: Quais estratégias institucionais utilizadas na implementação de políticas de *disclosure* em hospitais?

5.3. Segunda etapa: Busca na literatura

Nesta etapa Whitemore e Knafl (2005) definem que processo de pesquisa bibliográfica de uma revisão integrativa deve ser claramente documentado na seção de método, incluindo os termos de pesquisa, os bancos de dados utilizados.

O objetivo da estratégia de busca ocorreu para analisar os estudos publicados acerca do tema. As buscas de dados foram realizadas nas Bases de dados LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe); SCIELO (Biblioteca Eletrônica Científica Online);

Google Acadêmico; BVS (Biblioteca Virtual da Saúde) e PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos).

Quadro 1: Algoritmos para as Buscas em Bases de Dados:

Bade de dados	Estratégia de busca	Período	Qtd
LILACS	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Rights)	2021 – 2024	10
	(Patient Safety) AND <i>(Disclosure)</i> AND (Patient Safety Incident)	2021 – 2024	1
	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Safety) AND (adverse event)	2021 – 2024	1
	(Health Communication) AND (Patient Safety) AND <i>(Disclosure)</i>	2021 – 2024	1
SCIELO	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Rights)	2021 – 2024	1
MEDLINE	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Rights)	2021 – 2024	53
	(Patient Safety) AND <i>(Disclosure)</i> AND (Patient Safety Incident)	2021 – 2024	40
	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Safety) AND (adverse event)	2021 – 2024	16
	(Health Communication) AND (Patient Safety) AND <i>(Disclosure)</i>	2021 – 2024	32
PubMed	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Rights)	2021 – 2024	315
	(Patient Safety) AND <i>(Disclosure)</i> AND (Patient Safety Incident)	2021 – 2024	842
	<i>(Disclosure)</i> AND (Patient Safety) AND (adverse event)	2021 – 2024	748
	(Health Communication) AND (Patient Safety) AND <i>(Disclosure)</i>	2021 – 2024	109
Google acadêmico	(Hospital) AND <i>(Disclosure)</i> AND (“Evento Adverso”)	2019-2021	277

Fonte: de autoria própria

Quadro 2: Algoritmos para as Buscas no Periódico CAPES via CAFE:

Bade de dados	Estratégia de busca	Período	Qtd
Periodicos	(<i>Disclosure</i>) AND (“Patient Safety”) AND (Hospital)	2021 -2024	210
	(“Medical error”) AND (Communication)	2021 – 2024	414
	(“Medical erros”) AND (<i>Disclosure</i>)	2019 – 2024	82
	(<i>Disclosure</i>) AND (healthcare) AND ("patient safety") AND (hospital)	2019 – 2024	244

Fonte: de autoria própria

Após a seleção dos artigos, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão conforme o quadro 3, posteriormente foi realizada a inclusão conforme os requisitos.

Quadro 3: Critérios de elegibilidade (inclusão e exclusão) para seleção dos artigos:

Critérios de inclusão
Artigos que abordem sobre a pergunta de pesquisa
Artigos completos
Artigos disponíveis em inglês, português e espanhol
Artigos publicado entre 2019 – 2024
Critérios de exclusão
Artigos que não seja científico
Artigos pagos
Artigos publicados em revista sem fator de impacto
Serão excluídos: monografias, dissertações, teses, editoriais e canais de eventos científicos

Fonte: de autoria própria

A estratégia utilizada nas Ciências da Saúde consistiu em padronizar os Descritores em Ciências da Saúde (Decs), que são descritores controlados, além de incluir também outros descritores não controlados, conhecidos como sinônimos ou palavras-chave, provenientes de outras bases de dados e citados em artigos relacionados. Dessa forma, a estratégia de se tornou mais amplas garantidos resultados mais abrangentes. A relação dos descritores controlados e não controlados estão descritos no quadro 04.

Quadro 4: Descritores controlados e não controlados

Descritores controlados		Descritores não controlado	
Português	Inglês	Português	Inglês
Gestão da Segurança	Safety Management	Hospital	Hospital

Direitos do paciente	Patient Rights		
Segurança do paciente	Patient Safety		
Serviços de Saúde	Health Services		
Revelação da Verdade	<i>Disclosure</i>		

Fonte: de autoria própria

5.4. Terceira etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:

Para a avaliação da qualidade dos artigos foi adotado critérios em que os objetivos estejam claros, pertinentes, a metodologia e adequados a escrita e as conclusões coerentes com os resultados. A aplicação dos critérios se deu por dois pesquisadores de modo independente. No caso de desacordo buscou opinião de um terceiro pesquisador.

Assim sendo, após a definição dos descritores, utilizou a combinação deles por meio do operador booleano AND , nas bases de dados selecionadas. Nesta fase ainda foram observadas as duplicidades dos artigos e identificadas outras palavras-chaves dos resumos que colaboraram para ampliar a busca inicial e que não estivessem registrados nos quadros de descritores.

5.4.1. Seleção e avaliação inicial dos estudos

Os artigos foram selecionados por meio dos critérios de inclusão, com leitura do título e resumo, utilizando a abordagem de snowball, conferindo as referências presentes nos estudos e adicionando-as ao banco inicial.

As buscas foram inseridas no programa *Rayann*, para primeiro excluir os estudos duplicados e em seguida foi realizado refinamento, leitura dinâmica de título e do resumo.

5.4.2. Extração e síntese dos dados

Foi criado um banco de dados em plataforma Excel e categorizado da seguinte forma: (I) Número do artigo (II) Referência completa (III) Ano (IV) Periódico (V) País de publicação (VI) Objetivo (VII) Tipo de estudo (VIII) Local do estudo (País, Estado e local) (IX) População ou amostra (X) Variáveis (XI) Limitações (XII) Resultados (XIII) Conclusão (XIV) Lacunas (XV) Sugestão de estudo futuro.

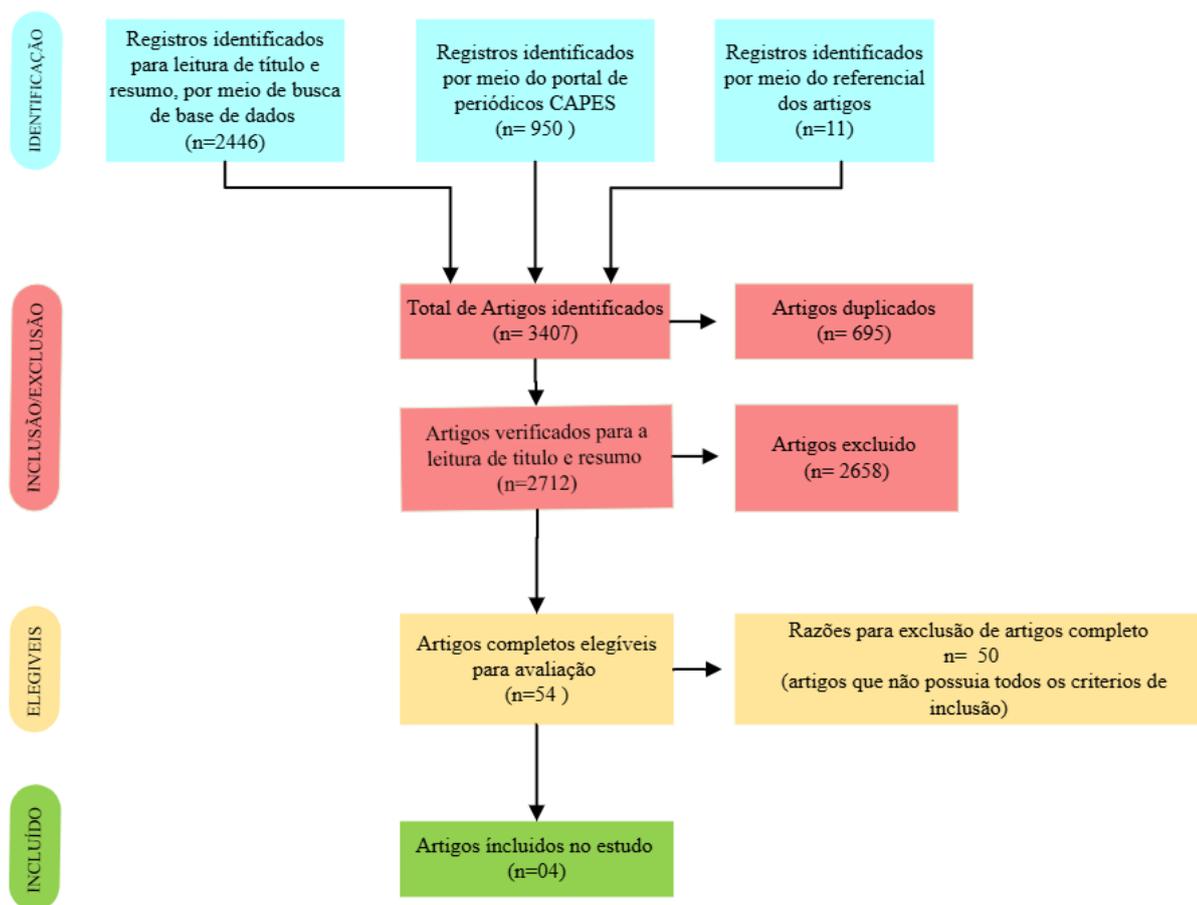
5.4.3. Procedimentos ético-legais

Para o projeto de pesquisa em questão não há exigência de análise e aprovação por comitê de ética pertinente.

6.RESULTADOS

A busca por artigos nas bases de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE, PubMed e periódicos da CAPES, além de referências teóricas, resultou em um total inicial de 3.407 publicações. Após a exclusão de duplicatas, 2.712 estudos foram avaliados. Destes, apenas 4 artigos atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para a revisão, conforme apresentado na figura 2.

Figura 2: Fluxograma do processo de seleção de artigos para o estudo:



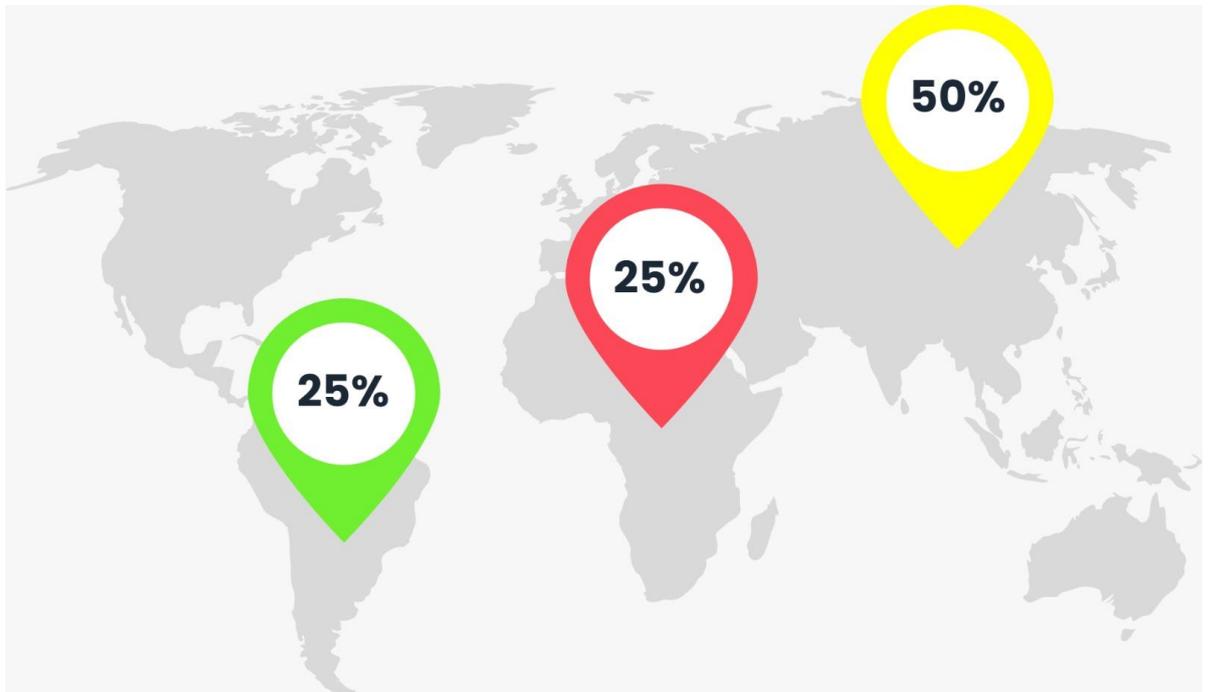
O quadro 5 esboça os quatro artigos selecionados a partir dos critérios de inclusão escolhidos.

Quadro 5: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão Integrativa: Número do artigo, Referência completa, objetivo e tipo de estudo.

Nº	Referência	Objetivo	Tipo de estudo
1	<p>Dhamanti, I.; Juliasih, N.; Semita, N.; Zakaria, N.; Guo, H.R.; Sholikhah, V. Health Workers' Perspective on Patient Safety Incident Disclosure in Indonesian Hospitals: A Mixed – Methods Study. <i>Rev. Journal of Multidisciplinary Healthcare</i> 2023;16 1337–1348. DOI: 10.2147/JMDH.S412327 Disponível em: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/. Acesso em: 20 de Out de 2024</p>	<p>Examinar como a equipe de saúde em hospitais indonésios percebia a divulgação aberta de Incidentes de Segurança do Paciente (PSI).</p>	<p>Este estudo utilizou um desenho sequencial explicativo de métodos mistos. Este tipo de estudo mantém os dados quantitativos e qualitativos separadamente e integraram os resultados na fase de interpretação para alcançar amplitude e profundidade de compreensão e corroboração.</p>
2	<p>Ramsey M.Y.; Michael, C.A.. Práticas de divulgação de erros médicos, barreiras e motivações para divulgações entre médicos em instalações de saúde terciárias e secundárias em Abuja, Nigéria. <i>Cent. Afr. J. Public Health</i> 2021 , 7 (2), 76-81. doi: 10.11648/j.cajph.20210702.15. Disponível em: https://www.sciencepublishinggroup.com/article/10.11648/j.cajph.20210702.15. Acesso em 20 de Out. 2024.</p>	<p>Determinar a percepção dos médicos sobre as práticas de divulgação de erros médicos e identificar as barreiras e motivações para a divulgação de erros médicos. O estudo também visa determinar os preditores das práticas de divulgação de erros médicos dos médicos.</p>	<p>Estudo transversal comparativo entre médicos de unidades de saúde terciárias e secundárias para obter dados quantitativos.</p>
3	<p>Madani, R.; Rayes, A.S.; Alumran, A.. Policies vs Practice of Medical Error Disclosure at a Teaching Hospital in Saudi Arabia. <i>Risk Manag Healthc Policy</i>. 2020 Jul 17;13:825-831. doi: 10.2147/RMHP.S253275. PMID: 32765137; PMCID: PMC7381814. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32765137/. Acesso em 12 de Out de 2024.</p>	<p>Examinar fatores que impactam a conscientização sobre políticas e programas hospitalares e seu impacto na divulgação real de erros médicos.</p>	<p>Estudo transversal, quantitativo.</p>
4	<p>FUMAGALLI, G. T.; OLIVEIRA, G. A.; RIBEIRO, E. R. A divulgação como ferramenta para erros de comunicação em saúde. <i>Jornal de Avanços em Medicina e Pesquisa Médica</i>, [S. l.], v. 36, n. 9, p. 265–275, 2024. DOI: 10.9734/jammmr/2024/v36i95574. Disponível em: https://journaljammmr.com/index.php/JAMMMR/article/view/5574. Acesso em: 13 out. 2024.</p>	<p>Compreender as percepções e experiências dos profissionais de saúde que atuam em hospitais brasileiros em relação ao uso do <i>Disclosure</i>.</p>	<p>Estudo descritivo com abordagem qualitativa</p>

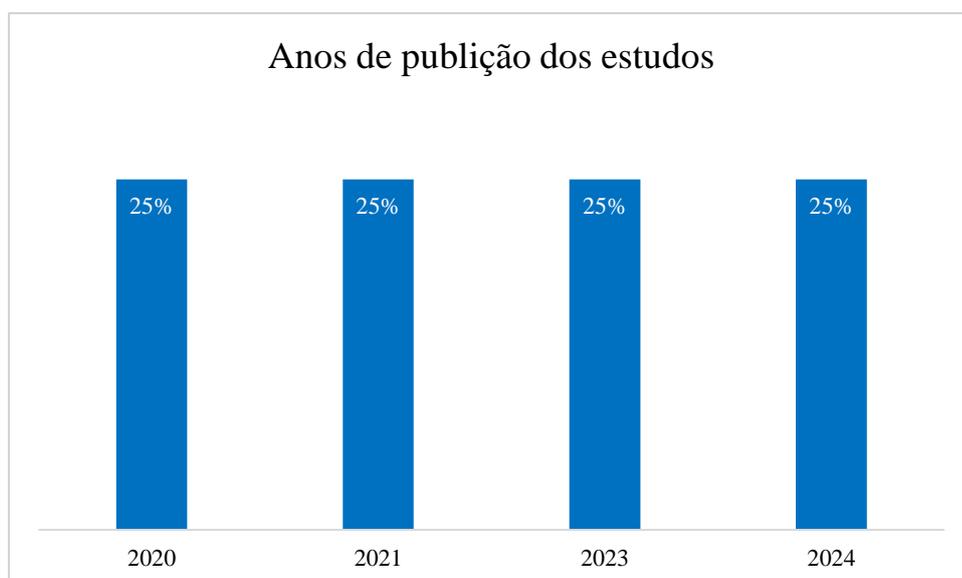
Foram encontradas publicações em três continentes (**Figura 3**). Sendo um na América do Sul (Brasil), um na África (Nigéria) e duas na Ásia (um na Indonésia e um na Arábia Saudita).

Figura 3: Distribuição dos artigos no Mapa - mundo por continentes conforme a localização



A figura 4 mostra a classificação dos estudos quanto ao ano de publicação, no período de 2020 a 2024.

Figura 4: Distribuição dos estudos conforme ano de publicação.



Os dados do quadro 6, demonstram as estratégias identificadas para implementação do *disclosure* a partir dos estudos selecionados. Dente as estratégias abordadas estão os sistemas de divulgação e as políticas institucionais. Outro ponto apresentado foi sobre o conhecimento dos profissionais, muitos demonstram baixo nível de conscientização. Também foi evidenciado algumas barreiras, como: culturais, para divulgação e ausências de políticas, conforme descrito no quadro 6.

Quadro 6 - Apresentação das estratégias e barreiras identificadas para a implementação do *disclosure* em hospitais e conhecimento dos profissionais sobre o tema.

Nº dos artigos	Estratégias abordadas para a implementação do disclosure em hospitais	Conhecimento dos profissionais sobre o tema	Barreiras identificadas para a implementação do processo de disclosure em hospitais
1	<p>Sistemas de Divulgação: Um bom sistema institucional é fundamental para facilitar a prática da divulgação. Isso inclui políticas claras, suporte administrativo e capacitação dos profissionais.</p> <p>Treinamento: Embora os profissionais tenham treinamentos gerais em segurança do paciente, a capacitação específica sobre divulgação ainda é limitada e deve ser ampliada.</p> <p>Comunicação Eficaz: Uma comunicação clara e ética é essencial para prevenir mal-entendidos e fortalecer a confiança entre pacientes e profissionais</p>	<p>Conceito de Divulgação: Muitos profissionais mostraram-se confusos, entre os conceitos de "relato de incidentes" e "divulgação". Esse equívoco aponta para a necessidade de maior conscientização e treinamento sobre o tema.</p> <p>Importância da Divulgação: Os resultados mostraram que a maioria dos profissionais reconhece a importância de realizar o <i>disclosure</i> em casos de erros graves ou eventos adversos significativos, mas não consideram necessário divulgá-lo em casos de "near-miss" (quase erro). Muitos profissionais justificaram que situações sem impacto direto sobre o paciente, como near-miss, deveriam ser apenas relatadas internamente para melhoria de processos, sem envolver os pacientes ou familiares.</p>	<p>Barreiras Culturais: Existe uma resistência cultural em muitos hospitais, onde o foco ainda não é relato interno de incidentes, em vez de sua divulgação aos pacientes.</p> <p>Medo de Repercussões: A falta de uma cultura de "no-blame" dificulta que os profissionais se sintam seguros para divulgar erros.</p> <p>Políticas: A ausência de regulamentações e padrões operacionais claros é um obstáculo para uma prática consistente de divulgação.</p>

2	<p>Políticas Institucionais: Necessidade de políticas institucionais claras que incentivem a divulgação, com suporte legal e administrativo para os profissionais.</p> <p>Feedback Positivo: O feedback positivo das instituições é um motivador significativo para que os médicos realizem a divulgação.</p> <p>Apoio aos profissionais: O suporte e a compreensão dos colegas também são identificados como facilitadores importantes para aumentar a adesão às práticas de divulgação.</p>	<p>Falta de Treinamento : - Os médicos relatam barreiras sérias devido à falta de habilidades permitidas para realizar a divulgação. - Treinamentos específicos para relatar erros e lidar com situações delicadas são necessários.</p> <p>Percepção Ética e Legal : - O conhecimento sobre a importância ética e legal da divulgação é limitado, dificultando a prática em todos os níveis de atendimento.</p> <p>Experiência e Cargo : - Médicos em posições mais altas, como consultores, apresentaram maior probabilidade de divulgação em comparação com médicos em estágios iniciais da carreira.</p>	<p>Barreiras ao Divulgação: Falta de Seguro Contra Negligência Médica: Identificada como a maior barreira para médicos nos níveis secundário e terciário. Reação Negativa dos Pacientes: Medo de represálias ou litígios após a divulgação. Ausência de Políticas : Muitas instituições ainda carecem de diretrizes claras para orientar a divulgação..</p>
---	--	--	---

3

Políticas de Divulgação de Erros Médicos:

Estabelecimento da política "Divulgação de Resultados Não Antecipados" (2016): orienta a revelação de informações sobre erros médicos aos pacientes e suas famílias.

Implementação da política "Cultura Justa" (2016): promove um ambiente onde erros resultantes de falhas sistêmicas são tratados com justiça.

Introdução do "Programa de Segunda Vítima" (2019): fornece suporte aos profissionais de saúde envolvidos em erros médicos.

Educação e Treinamento:

Necessidade de treinar os profissionais sobre as políticas existentes.

Foco no aumento da conscientização sobre práticas de divulgação.

Monitoramento e Avaliação:

Importância de supervisão contínua para assegurar a aplicação correta das políticas.

Nível de Conscientização:

Apenas uma minoria dos médicos estava ciente das políticas ("Divulgação de Resultados Não Antecipados": 30%; "Programa de Segunda Vítima": 24%; "Cultura Justa": 23%).

Consultores apresentaram maior conscientização em comparação com outros cargos.

Diferenças Demográficas: De acordo com o artigo, os profissionais demonstraram baixo nível de conhecimento sobre as políticas e programas relacionados ao processo de *disclosure*. o estudo destacou que consultores apresentaram maior nível de conscientização em comparação com residentes e outros profissionais de níveis hierárquicos inferiores.

Homens também demonstraram maior nível de conhecimento sobre *disclosure* em relação às mulheres. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre especialidades médicas e cirúrgicas em relação ao conhecimento sobre essas políticas

Não foram observadas diferenças significativas entre as especialidades médicas e cirúrgicas.

Impacto do Conhecimento na Prática:

Apesar das políticas, não houve associação significativa entre a conscientização sobre as diretrizes e a prática real de divulgação de erros.

• Barreiras para Divulgação:

Baixa conscientização sobre políticas e suporte insuficiente da administração hospitalar.

Cultura punitiva em algumas instituições que desencoraja a divulgação.

• Impacto Psicológico nos Médicos:

Médicos relatam sentimentos de culpa, medo e isolamento após erros médicos, destacando a necessidade de apoio emocional.

• Cultura Organizacional:

A criação de uma cultura de segurança e transparência é considerada essencial para promover a prática de divulgação.

• Limitações Identificadas:

O estudo foi restrito a médicos de um único hospital, limitando a generalização dos resultados.

A amostra era predominantemente masculina, o que pode ter influenciado algumas conclusões.

4

Implementação do Processo de Divulgação:

Promover a transparência e a confiança entre os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias. Introdução de protocolos claros para a comunicação de eventos adversos e erros médicos.

Educação e Treinamento:

Necessidade de capacitação contínua para profissionais de saúde sobre a prática da divulgação, incluindo comunicação efetiva e ética.

Análise de Eventos Adversos:

Utilização da análise sistêmica para identificar causas de falhas e implementar melhorias nos processos de atendimento.

Cultura Organizacional:

Desenvolvimento de uma cultura de segurança e transparência como fundamento para o manejo de eventos adversos.

Participação Familiar:

Envolver pacientes e familiares na discussão de eventos adversos para fortalecer o compromisso ético e criar um ambiente de aprendizado colaborativo.

Nível de Familiaridade:

Muitos profissionais demonstraram desconhecimento sobre o conceito e a aplicação da divulgação.

Alguns reconhecem a importância da prática, mas relataram dificuldades em sua implementação.

Impacto da Formação:

Instituições acreditadas demonstraram maior demanda por conformidade e, conseqüentemente, maior investimento em programas de educação continuada.

Resistências Identificadas:

Resistência em admitir erros devido ao desconforto pessoal e falta de treinamento específico.

Alinhamento Profissional:

A importância de alinhamento ético e técnico entre os membros da equipe de saúde foi destacada como essencial para uma abordagem eficaz.

Litígios e Relações com Pacientes:

A prática de divulgação pode reduzir litígios desnecessários ao promover transparência e responsabilidade.

O impacto legal de não divulgar eventos adversos foi identificado como um risco significativo.

Exemplos de Eventos Adversos:

Casos relatados incluíram erros laboratoriais e falhas nos processos de alta, destacando a necessidade de protocolos bem definidos.

Desafios na Implementação:

Falta de protocolos padronizados e resistência cultural em algumas instituições.

7.DISSCUSSÃO

A revisão da literatura revelou uma escassez de estudos sobre a prática de *disclosure* (divulgação de erros). Embora o tema seja considerado crucial para a segurança do paciente e a transparência nos cuidados de saúde (Albuquerque, 2022; Prieto *et al.*, 2021), a quantidade de artigos publicados que abordam de maneira sistemática essa questão ainda é limitada. Poucos estudos investigam as percepções, barreiras e a implementação do *disclosure* em diferentes sistemas de saúde, evidenciando a necessidade de mais pesquisas que explorem essa prática em uma diversidade maior de contextos e culturas.

Há publicações sobre a implementação do *disclosure* em hospitais em três continentes: América do Sul (Brasil), África (Nigéria) e Ásia (Indonésia e Arábia Saudita). Essa distribuição ilustra a limitada abrangência geográfica das pesquisas sobre o tema "*disclosure*" no contexto da segurança do paciente, destacando a necessidade de estudos em outras regiões para entender as particularidades culturais e institucionais que impactam a implementação dessas políticas (Madani *et al.*, 2020). A concentração de estudos publicados entre os anos de 2020 e 2024, reflete um interesse recente no tema.

No contexto brasileiro, os desafios para implementar políticas de *disclosure* permanecem significativos. Embora o país tenha avançado com regulamentações como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e iniciativas de notificação de eventos adversos por meio do Sistema Notivisa, ainda existem barreiras culturais e estruturais que dificultam a plena adoção dessas práticas (Dhamanti *et al.*, 2023).

A subnotificação de incidentes, a falta de protocolos claros, a resistência cultural e a ausência de uma cultura de segurança amplamente difundida são desafios evidentes. Além disso, o medo de repercussões legais e o desconforto em lidar com erros ainda impactam negativamente a transparência e a confiança entre profissionais de saúde e pacientes (Lemos *et al.*, 2022).

Vale destacar os tipos de estudos incluídos nesta revisão, representados por três descritivos, transversais e um estudo misto. Essas metodologias mais robustas poderiam fornecer evidências mais consistentes para a criação de políticas públicas e diretrizes institucionais voltadas ao *disclosure* (Gil, 2008).

As estratégias utilizadas para implementação do *disclosure* refletem esforços para superar barreiras significativas, como a falta de treinamento adequado, resistência cultural

e ausência de regulamentações específicas, que comprometem a prática eficaz de divulgação aberta (Ramsey; Michael, 2021).

Dhamanti *et al.*, 2023 fortalece que um bom sistema de divulgação é fundamental para facilitar a prática de divulgação de EAs. Além disso estratégias como, treinamentos, também pode contribuir para o *disclosure*, a proposta de treinamento para as equipes foi apresentada não so por Dhamanti et al., 2023, mas (Madani; Rayes; Alumran, 2020) e (Fumagalli et al. 2024) reforçaram sobre essa estratégia.

Madani; Rayes; Alumran, 2020 demonstram em seu estudo que as política de divulgação de erros médicos, contribui para o processo de implantação e implementação do disclosure. Olhando no contexto multiprofissional ao avaliarmos o tipos de eventos citados, estão mais relacionado a erros médicos, o que nos faz refletir não somente dos erros cometidos por profissionais médicos mas também da enfermagem. Atualmente, os eventos adversos mais frequentes em hospitais estão relacionados à administração de medicamentos, o que reflete um cenário preocupante, considerando que essa atividade é predominantemente realizada pela equipe de enfermagem (Lage *et al.*, 2023).

Contudo, foi possível observar que os estudos selecionados não destacaram especificamente esses erros, priorizando, em sua maioria, uma discussão sobre erros médicos e suas implicações no contexto da segurança do paciente.

Quando comparadas às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Health Service Executive (HSE), as estratégias descritas mostram similaridades importantes. A OMS, em seu Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030, enfatiza a necessidade de uma cultura de segurança baseada em aprendizado contínuo e comunicação aberta. Entre os elementos centrais destacados pela OMS estão a criação de sistemas de notificação não punitivos, os treinamentos contínuos dos profissionais e o engajamento ativo de pacientes e suas famílias nos cuidados de saúde (OMS, 2021). Essas práticas alinham-se às estratégias apontadas nos estudos, particularmente na importância da educação permanente e da participação dos pacientes no processo.

De forma semelhante, o HSE reforça, em sua política de Open Disclosure, a importância da transparência, empatia e responsabilidade compartilhada. O HSE destaca que uma comunicação aberta não apenas aumenta a confiança dos pacientes, mas também reduz litígios e promove o aprendizado organizacional. Além disso, recomenda a introdução de protocolos claros e suporte emocional aos profissionais envolvidos,

elementos que também aparecem entre as estratégias identificadas nesta revisão (HSE, 2023).

Apesar do embasamento teórico, as barreiras culturais e institucionais descritas nos resultados indicam desafios práticos, como a resistência à mudança e o medo de represálias, que ainda limitam a implementação dessas práticas. Por exemplo, a falta de uma cultura justa ("just culture") que incentive a comunicação aberta e sem punições é uma das barreiras mais recorrentes (Façanha *et al.*, 2022).

Dessa forma, as estratégias identificadas nesta pesquisa estão em conformidade com as recomendações da OMS e do HSE, mas a superação das barreiras locais requer esforços adicionais, como o fortalecimento de políticas institucionais, investimento em educação continuada e transformação cultural. Essa abordagem integrada pode aumentar a adoção do *disclosure* e promover uma melhoria significativa na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados de saúde.

Existem lacunas no conhecimento dos profissionais de saúde sobre a política do *disclosure*, o que impacta diretamente na implementação dessa prática. A literatura reforça que o *disclosure* contribui para a construção de uma cultura de segurança ao transformar erros em oportunidades de aprendizado (Albuquerque, 2022; Façanha *et al.*, 2023). Além disso, a transparência demonstrada por meio do *disclosure* pode reduzir o número de ações judiciais e aumentar a satisfação dos pacientes, conforme descrito por Fumagalli *et al.* (2024).

A importância de capacitar os profissionais também está ancorada nas recomendações de organizações internacionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que o treinamento contínuo em segurança do paciente, incluindo habilidades de comunicação para *disclosure*, é um pilar da melhoria dos cuidados de saúde (OMS, 2021). Da mesma forma, o HSE (2023) enfatiza que a capacitação e o suporte institucional são cruciais para superar barreiras como medo de retaliações e cultura punitiva.

Portanto, aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o *disclosure* não é apenas uma questão técnica, mas estratégica. Trata-se de garantir que erros e falhas sejam abordados com ética, transparência e compromisso com o aprendizado organizacional. Isso requer esforços educacionais e institucionais contínuos, alinhados às melhores práticas internacionais, para criar ambientes onde os profissionais se sintam seguros para divulgar erros sem medo e com suporte adequado. Assim, a implementação de políticas de *disclosure* pode contribuir significativamente para a segurança do paciente e para a qualidade do cuidado.

Outro ponto identificado foram as barreiras, que refletem desafios amplamente que ainda mantêm uma cultura punitiva, onde erros são tratados com culpa e punição, desestimulando a prática de transparência. Essa abordagem não apenas dificulta a implementação do *disclosure*, mas também compromete o aprendizado organizacional. discutidos, abrangendo aspectos culturais, estruturais e emocionais. A resistência cultural é uma das principais barreiras, presente em instituições. Estudos como os de Prieto, Fonseca e Mascarenhas (2021) destacam que profissionais frequentemente evitam relatar erros devido ao medo de retaliações, o que perpetua a subnotificação e prejudica o aprimoramento da segurança do paciente.

Outra barreira significativa é a falta de treinamento específico sobre *disclosure*, que resulta em confusões conceituais entre relato de incidentes e a divulgação aberta. Muitos profissionais de saúde não se sentem preparados para lidar com as complexidades éticas e emocionais envolvidas no processo de *disclosure*, como destacado por Albuquerque (2022). Essa lacuna no treinamento limita a capacidade dos profissionais de comunicar erros de forma clara, ética e construtiva, comprometendo a relação de confiança com pacientes e familiares.

O medo de repercussões também é uma barreira importante, frequentemente citado como um dos maiores obstáculos para a adoção deste método. Profissionais temem consequências legais, sociais e profissionais, especialmente em instituições que não oferecem suporte adequado. Lemos *et al.* (2022) reforçam que esse receio está associado tanto à falta de políticas institucionais claras quanto ao desconhecimento sobre as proteções legais disponíveis.

A ausência de apoio institucional é outro fator crítico. Instituições que não possuem diretrizes claras e que não promovem suporte emocional aos profissionais enfrentam maior resistência à prática do *disclosure*. A falta de programas estruturados, como o "Segunda Vítima", limita o suporte necessário para lidar com os impactos psicológicos associados a eventos adversos. Essa lacuna, apontada por Façanha *et al.* (2023), prejudica tanto os profissionais quanto os pacientes, que deixam de receber uma abordagem transparente e empática em situações de erro.

Portanto, as barreiras identificadas ressaltam a necessidade de transformações institucionais que promovam uma cultura de segurança não punitiva, invistam em treinamento contínuo e forneçam suporte emocional adequado aos profissionais. Superar esses desafios é essencial para que o *disclosure* seja incorporado de maneira eficaz e contribua para a segurança do paciente.

Este estudo possui limitações no que tange ao número reduzidos de artigos inserido na revisão. Apesar de extensas buscas em base de dados, apenas quatro estudos atenderam aos critérios de inclusão. No entanto, apesar das limitações os estudos inseridos foram representativos e forneceu uma base sólida de conhecimento para aprimoramento da cultura de segurança em instituições de saúde.

8.CONCLUSÃO

O estudo analisou as publicações científicas sobre a implementação da política de *disclosure* em hospitais e revelou um interesse crescente no tema, com pesquisas concentradas principalmente em regiões como América do Sul, Ásia e África. Os estudos incluídos utilizaram, em sua maioria, metodologias descritivas e transversais, com foco em barreiras, percepções e práticas de divulgação. Embora o tema seja reconhecido como essencial para a segurança do paciente, a produção científica ainda é limitada, com poucos estudos que investigam a implementação sistemática de *disclosure* em diferentes contextos e culturas.

No que se refere ao conhecimento dos profissionais que atuam em hospitais que implementaram a política de *disclosure*, o estudo identificou lacunas significativas. Muitos profissionais demonstraram confusão entre conceitos como "relato de incidentes" e "divulgação aberta". Além disso, a percepção sobre as implicações éticas e legais do *disclosure* ainda é limitada, o que prejudica a prática em muitos casos. Profissionais com maior tempo de experiência ou em cargos mais elevados tendem a apresentar maior familiaridade com as políticas, mas mesmo esses ainda enfrentam desafios práticos, como falta de treinamento específico e suporte institucional inadequado.

Entre as barreiras enfrentadas para a implementação do *disclosure*, destacam-se a resistência cultural, com forte presença de culturas punitivas em muitas instituições, o medo de repercussões legais e sociais e a ausência de políticas claras que orientem a prática. A falta de treinamento específico para lidar com os aspectos éticos, emocionais e comunicacionais do processo também foi identificada como um obstáculo significativo. Além disso, a ausência de apoio institucional, como programas estruturados de suporte aos profissionais, compromete ainda mais a implementação dessa política.

Este trabalho possui implicações relevantes para a enfermagem, pois alerta para a necessidade de um papel mais ativo dos enfermeiros na implementação do *disclosure*, uma vez que eles frequentemente atuam como intermediários entre pacientes, familiares e a equipe de saúde. O fortalecimento do conhecimento dos enfermeiros sobre *disclosure* pode promover maior confiança e transparência nos cuidados, reduzindo litígios e melhorando a relação entre profissionais de saúde e pacientes. Além disso, a inclusão de enfermeiros em treinamentos específicos e a valorização de suas contribuições no gerenciamento de eventos adversos são fundamentais para transformar a cultura institucional e promover a segurança do paciente.

Este estudo possui limitações no que tange ao número reduzido de artigos inseridos na revisão. Apesar de extensas buscas em base de dados, apenas quatro estudos atenderam aos critérios de inclusão. No entanto, os estudos inseridos foram representativos e possibilitaram construir uma síntese representativa acerca das estratégias para a implementação do *disclosure* em hospitais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE A. *Disclosure* de incidentes de segurança do paciente sob a ótica do Direito do Paciente. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 70–90, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i3.925> Acesso em: 7 abr. 2024.

ALMEIDA P.P.; MOURA G.G. As manifestações de segunda vítima de evento adverso: uma análise dos profissionais de enfermagem de um hospital público de Minas Gerais. **Vigil Sanit Debate**, Rio de Janeiro - RJ, 10(3):3-12, agosto 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01976>.

ALVES, M.F.T.; CARVALHO D.S.; ALBUQUERQUE, G.S.C. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8):2895-2908, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320118248.23912017>.

ANDRADE A.M.; RODRIGUES J.D.; LYRA B.M.; COSTA J.D.; BRAZ M.N.; SASSO M.A.; CAPUCHO H.C. Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência e Tecnologia**. 2020; 8(4):37-46. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570567431005>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). **FIOCRUZ**. Disponível em:

<https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/000002442leoxaL.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Incidentes/ eventos adversos relacionado à assistência à saúde. **Notivisa** (2022; 2023; 2024). Disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>.

CARVALHO, R.E.F.L.; ARRUDA, L.P.; NASCIMENTO, N.K.P.; SAMPAIO, R.L.; CAVALCANTE, M.L.S.N.; COSTA, A.C.P. Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017;25:e2849. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JCtnMcPPK8MSsQRf3HshHpz/?lang=en>.

COSLOP, S.; CALDAS, B.N.; PEREIRA, M.S.R.; CALAZANS, M.S.C.; LIMA, E.F.A.; PORTUGAL, F.B. Estrutura e atividades dos Núcleos de Segurança do Paciente em hospitais: uma revisão integrativa. **Vigil. sanit. debate** 2022;10(1):55-63. Disponível em: <http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/>.

COSTA, D.G.; MOURA, G.M.S.S.; PASIN, S.S.; COSTA, F.G.; MAGALHÃES, A.M.M. Patient experience in co-production of care perceptions about patient safety protocols. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, 28, e 3272 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>

Dhamanti, I.; Juliasih, N.; Semita, N.; Zakaria, N.; Guo, H.R.; Sholikhah, V. Health Workers' Perspective on Patient Safety Incident *Disclosure* in Indonesian Hospitals: A Mixed – Methods Study. *Rev. ournal of Multidisciplinary Healthcare* 2023;16 1337–1348. DOI: [10.2147/JMDH.S412327](https://doi.org/10.2147/JMDH.S412327) Disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>. Acesso em: 20 de Out de 2024

FAÇANHA, T.R.S.; ARAUJO, T.C.C.F. Percepção de Profissionais de Hospital Público sobre Cultura de Segurança do Paciente. **Revista Psicologia e Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. e1511955, 2023. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1955>. Acesso em: 5 maio. 2024.

FEIN S.P.; HILBORNE L.H.; SPIRITUS E.M.; SEYMANN G.B.; KEENAN C.R.; SHOJANIA K.G. *et al.* As muitas faces da divulgação de erros: um conjunto comum de elementos e uma definição. **J Gen Estagiário Med**. 2007;22(6):755–61. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0157-9>.

FERNANDES, J. C. Incidência de Eventos Adversos Relacionados a Terapias com o Radiofármaco iodeto de sódio (I): Contribuição para o Histórico de Farmacovigilância no Brasil. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia das Radiações em Ciências da Saúde), **Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares**, (2022) IPEN-CNEN, São Paulo. Disponível em: <http://repositorio.ipen.br/>

FUMAGALLI, G. T.; OLIVEIRA, G. A.; RIBEIRO, E. R. A divulgação como ferramenta para erros de comunicação em saúde. *Jornal de Avanços em Medicina e Pesquisa Médica*, [S. l.], v. 36, n. 9, p. 265–275, 2024. DOI: [10.9734/jammr/2024/v36i95574](https://doi.org/10.9734/jammr/2024/v36i95574). Disponível em: <https://journaljammr.com/index.php/JAMMR/article/view/5574>. Acesso em: 13 out. 2024.

GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos: o que são? **Revista da Associação Médica Brasileira**, (2004), 50(2),114-114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200008>

GERÔNIMO, A.G.S.; MONTELES, A.O.; GIRÃO, A.L.A. Avaliação da implementação dos protocolos de segurança do paciente pela equipe de enfermagem em urgência e emergência / Avaliação da implementação de protocolos de segurança do paciente reforço da equipe em urgência e emergência. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde** , [S. l.] , v. 4, pág. 10775–10787, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n4-284.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15242>. Acesso em: 4 maio. 2024.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social . 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEMOS, G.C.; MATA, L.R.F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; MENEZES, A.C.; PENHA, C.S.; VALADARES, R. M.C.; CASTRO, M. S. R. Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Baiana De Enfermagem*, (2022). 36. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43393>

LEMOS, G.C.; MATA, L.R.F.; RIBEIRO, H.C.T.C.; MENEZES, A.C.; PENHA, C.S.; VALADARES, R.M.C., *et al.* Cultura de segurança do paciente em três instituições hospitalares: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev baiana enferm.**

2022;36:e43393. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43393>.

LIMA J.A.J.; ZANETTI A.C.B.; DIAS B.M.; BERNANDES, A.; GASTALDI F.M.; GABRIEL, C.S. Occurrence and preventability of adverse events in hospitals: a retrospective study. **Rev Bras Enferm.** 2023;76(3):e20220025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0025pt>.

LOPES, B.A.; CANEDO, M.C.; TORRES, N.L.; LOPES, T.I.B.; GAÍVA, M.A.M. A Cultura de Segurança do Paciente no Perspectiva da Equipe de Enfermagem. *Rev. Cogitare Enfermagem*, (2023). 28 e86111. Disponível em:

<https://doi/10.1590/ce.v28i.086111>.

Madani, R.; Rayes, A.S.; Alumran, A.. Policies vs Practice of Medical Error *Disclosure* at a Teaching Hospital in Saudi Arabia. **Risk Manag Healthc Policy.** 2020 Jul 17;13:825-831. doi: 10.2147/RMHP.S253275. PMID: 32765137; PMCID:

PMC7381814. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32765137/>. Acesso em 12 de Out de 2024.

MARGUTTI, P.; DE PAULA, R. M. Z. .; GOLLIN, E. do N.; PICH, P. C. *Disclosure: A transparência hospitalar ante o paciente e familiar como um paradigma. Revista Contexto & Saúde, [S. l.], v. 22, n. 46, p. e12833, 2022. DOI: 10.21527/2176-7114.2022.46.12833. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/12833>.*

MARTINS, R.F.; OLIVEIRA, A.B.; SOBRINHO, N.M.F.; SANTOS, A.L.; BATISTA, J. Ações de apoio à enfermagem envolvida como segunda vítima de erros e eventos adversos: revisão integrativa. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Volume 9 – Número 2 – Segundo Semestre de 2023. Acesso em 15 de março de 2024, às 19:32. Disponível em: <https://erevista.unioeste.br/index.php/variasaude>.

MASSAROLLI, A.; RODRIGUES, M.E.C.; KOOKE, K.; PITILIN, E.B.; HAAG, F.B.; ARAÚJO, J.S. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital do sul do brasil. **Rev. Ciencia y enfermeria** (2021) 27:10 DOI: 10.29393/CE27-10ACAM60010.

MONAZA, TABRIZI, N.; MASRI, F. Towards safer healthcare: qualitative insights from a process view of organisational learning from failure. **BMJ Open** 2021;11:e048036. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2020-048036.

MURCIA, F.D.; SOUZA, F.C.; DILL, R.P.; JUNIOR, N.A.C. Impacto do Nível de *Disclosure* Corporativo na Volatilidade das Ações de Companhias Abertas no Brasil. **Revista de Economia e Administração** 10(2), Agosto de 2011. Disponível em: <https://congressosp.fipecafi.org/anais/artigos102010/398.pdf>

OLIVEIRA, H.M.; SILVA, C.P.R.; LACERDA, R.A. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(3):502-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>

PEIXE, A.M.M.; ARAÚJO, J.A.R.; PINTO, J.S.P. *Disclosure* de informações contábeis na atualidade do mercado de capitais do Brasil. **Revista do TCU**, n 152 (2023). Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/2018>

PRATES, C.G.; MAGALHÃES, A.M.M.; BALEN, M.A.; MOURA, G.M.S.S. Núcleo de segurança do paciente: o caminho das pedras em um hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019;40(esp):e20180150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180150>.

QUADRADO, E.R.S.; TRONCHIN, D.M.R.; MAIA, F.O.M. Strategies to support health professionals in the condition of second victim: scoping review. **Rev Esc Enferm USP**. 2021;55:e03669. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019011803669>

Ramsey M.Y.; Michael, C.A.. Práticas de divulgação de erros médicos, barreiras e motivações para divulgações entre médicos em instalações de saúde terciárias e secundárias em Abuja, Nigéria. *Cent. Afr. J. Public Health* 2021 , 7 (2), 76-81. doi: 10.11648/j.cajph.20210702.15. Disponível em: <https://www.sciencepublishinggroup.com/article/10.11648/j.cajph.20210702.15>. Acesso em 20 de Out. 2024.

REIS, C.T. Cultura de Segurança em Organizações de Saúde. In SOUZA, P., MENDES, W. **Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras**. 2º edição (*revista ampliada*) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz,2019. Cap.4pag.77-109.

RIBEIRO, E.R.; BERTOLDO C.L.G.; KUNUZ, A.C. O uso do *disclosure* como ferramenta de gestão da qualidade e segurança do paciente: uma revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, e67101316252, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.16252>.

SANCHIS, D.Z.; HADDAD, M.C.F.L.; GIROTTO, E.; SILVA, A.M.R. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(5):e20190174. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>

SILVA, L.L.T.; ANDRADE, A.Y.T.; POVEDA, V.B. Aplicativos móveis para segurança do paciente: revisão de escopo. **Rev. Texto Contexto Enferm.** 2024, 33:e20230178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0178pt>.

SILVEIRA, S.E.; BARLEM, J.G.T.; TAVARES, A.P.M.; PALOSKI, G.R.; FEIJO, G.S.; CABRAL, C.N. Incidentes de segurança do paciente: segunda vítima. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2023; 31:e73147. Acesso em 14 de março de 2024 às 20:45. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/73147/47704>.

Siqueira, C.P., *et al.* Segurança do paciente em uma unidade de pronto atendimento: planejamento de ações estratégicas [Patient safety in an emergency care unit: planning strategic actions] [Seguridad del paciente en una unidad de atención de emergencia: planificación de acciones estratégicas. **Revista Enfermagem UERJ.** . 29, 1 (abr. 2021), e55404. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.55404>.

SOUZA P., LAGE, M.J. *Disclosure*: a “arte” de saber comunicar ao paciente um incidente relacionado com os cuidados de saúde. In SOUZA, P., MENDES, W. **Segurança do Paciente: Criando Organizações de Saúde Seguras**. 2º edição (*revista ampliada*) – Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz,2019. Cap.10 pag.225-246.

SOUSA, P.; MENDES, W. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras [online]. 2nd ed. **rev. updt. Rio de Janeiro, RJ** : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, 268 p. ISBN 978-85-7541-642-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.