



## Comunicação de Incidentes ao Doente/Família: Aspetos Éticos

---

Lucília Nunes<sup>1</sup>

Apraz-me felicitar o Gabinete de Risco do Centro Hospitalar Lisboa Central e a Associação Científica dos Enfermeiros, pela organização deste Encontro “Histórias da Segurança do Doente - *A Bela Adormecida - Como acordá-la?*”.

E para não haver equívocos, devo confessar-vos desde já que não aprecio a história da *Bela Adormecida*. Sei que é um clássico conto de fadas, talvez dos mais famosos do mundo, com várias versões, sobre uma princesa enfeitiçada por uma bruxa má, que fica num sono profundo - até que um príncipe encantado a desperte, claro está! Sempre me impressionou que o sono durasse cem anos, provocado por uma picada num fuso. Parece ter sido o fuso que causou tal maldição - pelo menos, diretamente - mas na verdade não foi. Pode bem ter sido a ignorância e a despreparação: senão, vejamos que a profecia da fada ressentida foi pública e o rei decidiu mandar retirar do Reino todas as rocas e fusos. Uma estratégia discutível, de evitação e promotora da ignorância. E, assim, uma princesa de quinze anos nunca tinha visto um fuso...

Porque é que não foi ao contrário? Porque é que não lhe mostraram rocas e fusos, a ensinaram a fiar e, por via do conhecimento e da destreza, fizeram gorar a profecia? Por isso é que não aprecio a história, é pouco inteligente, tão centrada na não-capacitação, na ocultação.... ainda que, eventualmente, daqui a pouco, cheguemos à conclusão que pode ser uma história muito adequada para a segurança dos cuidados...

O título que me foi entregue: Comunicação de incidentes ao Doente/Família: Aspectos Éticos. E, como parece, diz respeito a um *processo comunicacional sobre incidentes*.

---

<sup>1</sup> Professora Coordenadora Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Comunicação no Encontro Histórias da Segurança do Doente. "A Bela Adormecida. Como acordá-la?" dia 1 de outubro 2015. Sala de Conferências do Hospital D. Estefânia. Painel: « O Cidadão e a Segurança do Doente: Realidade Ou Utopia? »

Proponho-vos uma abordagem em três passos, caminhando do enquadramento geral para a especificidade do assunto, e procurando poupar-vos (e poupar-nos) a muitas definições técnicas. Precisamos de algumas para estruturar pensamento, mas o mais relevante será mesmo pensarmos com as ideias e os conceitos.

## 1. Enquadramento geral - sobre incidentes e segurança

Notemos que *incidente* é aquilo que incide, que sobrevém, que *cai sobre* e também é uma circunstância accidental, um episódio inconveniente.

Afirma a *Estrutura concetual da Classificação Internacional sobre segurança do doente* (DGS, 2011) "um Incidente de Segurança do Doente é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário<sup>2</sup> para o doente.(...)" Os incidentes surgem quer de atos intencionais quer de atos não intencionais. Os erros<sup>3</sup> são, por definição, não intencionais, ao passo que as transgressões<sup>4</sup> são habitualmente intencionais, apesar de raramente maliciosas, e em determinado contexto podem tornar-se rotineiras ou automáticas.(...) Quer os erros quer as infrações aumentam riscos<sup>5</sup>, mesmo que não ocorra qualquer incidente. (...) Um incidente pode ser uma ocorrência comunicável<sup>6</sup>, um quase evento<sup>7</sup>, um incidente sem danos<sup>8</sup> ou um incidente que envolva danos<sup>9</sup> (evento adverso<sup>10</sup>).

Há um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos, que alimenta uma base de dados com os diferentes tipos de incidentes e eventos adversos que foram comunicados. Sempre que um doente esteja exposto a uma situação da qual resultou ou poderia ter resultado um dano há que comunicar o fato para que se possa prevenir a sua recorrência - incidente, não resultou dano; evento

---

<sup>2</sup> "A utilização da palavra "desnecessário" nesta definição reconhece que os erros, transgressões, abuso de doentes e atos deliberadamente perigosos ocorrem em cuidados de saúde."

<sup>3</sup> " Um erro é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução." (P. 17)

<sup>4</sup> " Uma **infração** é um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra."

<sup>5</sup> " Risco é a probabilidade de ocorrência de um incidente."

<sup>6</sup> "Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (ou seja, uma unidade de cuidados intensivos movimentada, com grande falta de pessoal por um turno inteiro, ou levar um desfibrilhador para uma emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário)."

<sup>7</sup> "Um quase evento é um incidente que não alcançou o doente (por exemplo, conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão)."

<sup>8</sup> "Um evento sem danos é um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis (por exemplo, a unidade de sangue foi transfundida mas o sangue não era incompatível com o doente)."

<sup>9</sup> "**Dano** implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico. Doença é uma disfunção fisiológica ou psicológica. Lesão é o dano dos tecidos causado por um agente ou evento e Sofrimento é experimentar qualquer desconforto subjetivo. Sofrimento inclui dor, mal-estar, náusea, depressão, agitação, alarme, medo e tristeza. Incapacidade implica qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a dano passado ou presente." (p. 17)

<sup>10</sup> "Um incidente com danos (evento adverso) é um incidente que resulta em danos para o doente (por exemplo, transfundiou-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica)."

adverso é um incidente que resulta em dano. O sistema é anónimo e confidencial, de participação voluntária, pode ser reduzido<sup>11</sup> ou completo.

Claramente, entende-se que "a segurança do doente assenta na identificação dos riscos, na gestão e prevenção dos incidentes e eventos adversos, admitindo e aceitando que os mesmos podem ocorrer mas também que são, na maioria dos casos, evitáveis."<sup>12</sup> Nos últimos anos, todos demos conta do desenvolvimento de documentos e iniciativas na área da segurança. Não vou fazer nem sequer uma síntese, pois desde os "Seven steps"<sup>13</sup> de 2004 às orientações nacionais de hoje, muitas medidas foram implementadas para garantirem a segurança do doente e, também, a sua participação, por exemplo com o *SpeakUp*.

Voltando ao título que me foi atribuído, poder-se-ia perguntar sobre o próprio processo comunicacional. Ou seja, **sem ser em presença de incidentes**, como é que se desenvolve a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas de quem cuidam. Porque o nevrálgico é a comunicação - para depois pararmos a pensar sobre a especificidade de «comunicar incidentes». Porque faz diferença a própria qualidade do processo de comunicação estabelecido. Quando o foco são «os aspetos éticos» parece claro que em causa está a relação que se estabelece e os componentes dessa relação, incluindo a veracidade e a confiança.

## 2. A veracidade e a confiança

Na cultura e na sociedade hoje, parecem sobressair duas tendências: por um lado, um compromisso com a veracidade ou, pelo menos, uma prevenção contra o engano, uma vontade de descobrir *para lá das aparências* as estruturas e os motivos reais que moram atrás delas. Esta *suspeita*, sempre presente na política, estende-se às interpretações das descobertas e à investigação nas ciências naturais. Junto com a exigência de veracidade e este *reflexo contra o engano*, dá-se uma *desconfiança omnipresente* a respeito da verdade em si mesma: sobre se tal coisa existe; sobre se, no caso de existir, pode ser mais do que relativa, subjetiva ou algo no estilo; sobre se deveríamos, ademais, preocuparmos com a verdade ao realizar as nossas actividades ou ao dar contas sobre elas.

---

<sup>11</sup> O questionário reduzido aborda quatro grupos de questões: o Tipo de Incidente, os Consequências para o doente, as Características do Doente e as Características do incidente. O questionário completo contempla mais seis grupos: Fatores Contribuintes, Fatores Atenuantes do Dano, Detecção, Consequências para a Organização, Ações de Melhoria e Ações para Reduzir o Risco.

<sup>12</sup> Informação sobre o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (SNNIEA).

<sup>13</sup> "Seven steps to patient safety, the full reference guide", onde define sete passos que considera essenciais para garantir a segurança do doente (National Patient Safety Agency, UK, 2004): 1 - Criar uma cultura de segurança, aberta e justa; 2 - Obter liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança do doente, estabelecendo um foco claro e forte em toda a organização; 3 - Integrar as atividades de gestão de risco, desenvolvendo sistemas e processos de gestão do risco e identificar coisas que poderiam originar erros; 4 - Promover o reporte de eventos adversos, assegurando aos profissionais de saúde que podem relatar incidentes a nível local e nacional e sem repercussões; 5 - Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral, desenvolvendo uma comunicação aberta e ouvindo os doentes; 6 - Aprender a partilhar experiências de segurança, encorajando os profissionais a usar a análise de causas para aprender como os incidentes acontecem; 7 - Implementar soluções para prevenir dano no doente, incorporando aprendizagens através de mudanças na prática, processos ou sistemas.

Estas duas tendências, o fervor de veracidade e a desconfiança face à ideia de verdade, estão relacionadas entre si<sup>14</sup>. Pensemos, por exemplo, na ideia de verdade na ciência - todos sabemos que as certezas são provisórias e as verdades probabilísticas.

A tensão entre a aspiração à veracidade e a dúvida de que possa encontrar-se realmente alguma verdade dá lugar a uma dificuldade importante: temos de tornar claro que a noção de verdade cumpre uma função central na nossa compreensão da linguagem e das outras pessoas.

Há quem refira o «valor da verdade» - o que me parece ser um erro categorial: a verdade, enquanto propriedade de um conjunto de proposições ou enunciados, não pertence ao tipo de objetos que pode ter valor. Todavia, a verdade é um valor, e deveria ser tomada como a reunião das «*virtudes da verdade*» que são, de acordo com Bernard Williams, a Acuidade ou Precisão (Accuracy) e a Sinceridade. Posso ser sincera e não estar a ser precisa ou rigorosa - e vice versa. Têm de estar reunidas ambas, enquanto virtudes básicas da verdade.

Nos nossos discursos do quotidiano, percebemos que quem dirige uma asserção a alguém, geralmente dá a entender ao receptor que pode confiar na verdade do que afirma - em concreto, que pode sustentar as suas acções no que disse. Isto evoca um ato de fala que se pode comparar à asserção: o acto de prometer. Há enunciados (afirmações, se preferirem) que fazemos que se constituem declarações-tipo-juramento («dou-te a minha palavra que»... ou «prometo que»...).

Uma das condições necessárias da actividade cooperativa entre as pessoas, é a **confiança**, que supõe a predisposição de uma parte em fiar-se que a outra parte vai atuar de uma certa maneira. Existem algumas formas gerais de confiança de que depende toda a interacção social, por exemplo, de que o comportamento dos outros não será repentinamente agressivo. Se vamos fiar-nos no que os outros nos dizem, deveriam ser não apenas sinceros mas também exatos; em sentido inverso, se nos preocupamos com o correto, temos de ser honestos connosco. A verdade, e concretamente as virtudes da verdade, estão relacionadas com a confiança.

Há diversas formas de confiabilidade que implicam também o discurso, pois requerem adequação entre a ação e as palavras: assim, se digo que «farei», e sou digna de confiança, farei mesmo e faço verdadeiramente o que disse. Esta perspectiva tão geral da confiança reitera a relação com a sinceridade e a fidelidade ao que é dito.

A **sinceridade** parece ser a disposição de assegurar que a nossa asserção expressa o que realmente cremos. Por isso, a sinceridade é a confiabilidade do discurso.

Não pode, porém, entender-se apenas como uma disposição para seguir uma regra; tem de ter uma boa intuição sobre os casos e o melhor que se pode fazer em cada um. Em princípio, a sinceridade implica um emissor que acredita no que diz e diz como acredita (a verdade aparece porque as crenças *apontam* a verdade).

A acuidade do que dizemos relaciona-se com a fiabilidade, quando se descobre e se acredita na verdade. Assim, supõe dois aspectos: a vontade de quem intervém e o rigor ou exactidão do que é

---

<sup>14</sup> Cf. Williams, B (2006) Verdad y veracidad. Barcelona: Busquets Editores.

afirmado. Claro que dizer «veracidade» ou «informação verdadeira» pode fazer pensar em mentira e outras formas de discurso deliberadamente enganoso.

Para Kant, a mentira era a maior violação do dever do ser humano para consigo mesmo considerado como ser moral. Ainda assim, a nossa tradição distingue várias maneiras diferentes de evitar a mentira, como evitar responder, mudar de assunto, usar uma ambiguidade na resposta.

A *doutrina do subterfúgio*, como é chamada, leva-nos a interrogar se a omissão ou a esQUIVA são semelhantes à mentira, ou melhor, se realmente se afirmou a verdade. Há quem afirme que o subterfúgio é uma "região húmida e fria", que abarca um amplo território entre evadir uma pergunta, num confim, e contestar a pergunta com uma evasiva, no outro extremo. Ainda assim, uma certa tradição aceitava uma *regra de excepção*, em que a mentira assumia a roupagem paternalista e que às vezes se encontra justificada, para algumas opiniões - a dita «mentira piedosa».

Notemos ainda a relação da verdade com a construção de sentido. Quando contamos um relato de uma sequência de acontecimentos, como fazemos habitualmente, queremos enquadrar a cadeia que conduziu a um certo evento. Se realmente lhe damos sentido (ou o queremos explicar), consideramos os elementos da narrativa como verdadeiros e conduzindo a um certo desfecho. É o que fazemos com as narrativas de eventos do nosso dia, começamos uma história sempre «um pouco atrás» para se perceber a sequência e o contexto. A ideia básica é fazer compreender o sentido, e que se tem sentido para nós que o possamos narrar de modo a que faça sentido para alguém, que pode ser muito diferente de nós. O que pode tornar a interpretação tão ou mais relevante que a própria narrativa.

De certa forma, não posso escolher que o que digo tenha sentido para os outros. Mas posso promover um certo tipo de interpretação, de validação da compreensão do que foi dito. Todos nós damos sentido ao mundo sobre uma certa base que nos ajuda a sobreviver. Uma questão essencial é quão veraz é esta base e até que ponto se integram as novas asserções numa visão do mundo que cada um crê, para si, ser verdadeira.

### 3. Da relação sem incidentes

E agora, resta afirmar a asserção mais óbvia: as pessoas têm direito a informação clara, objetiva e verdadeira. Enquanto profissional, eu tenho como dever de «informar de modo claro, objetivo e verdadeiro» - portanto, pela fiabilidade do discurso, baseada na confiança. E isto porque a informação verdadeira e a veracidade do discurso que informa e que valida que foi compreendido é, simplesmente, um MEIO. Um meio para que a pessoa possa tomar decisões, naturalmente, e tal se baseia no direito à autodeterminação. Portanto, no princípio do respeito pela autonomia da pessoa. Só posso exercer uma escolha livre e tomar decisão, se informada para tal. Só posso desenvolver a minha autonomia, se reflectir sobre as escolhas possíveis e deliberar sobre o que quero para mim.

Afirma Michel Renaud, que **“O diálogo realiza-se na base do respeito pela pluralidade dos sentidos que os seres humanos conferem à existência**. Este respeito identifica-se com a tolerância activa quando a tolerância consiste não em julgar que todas as posições se equivalem, mas que cada ser

humano tem o direito de viver em conformidade com as suas convicções desde que estas não prejudiquem manifestamente os outros.”<sup>15</sup>

Receber assistência e cuidados que primem pela excelência é um DIREITO do cidadão e garanti-la é DEVER dos profissionais e dos serviços de saúde. Notemos que os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos.

É quase do domínio da banalidade que o respeito por si próprio, enquanto pessoa, é condição fundamental para respeitar o Outro. Bem como o sentido ético e moral que respeitar a verdade é importante.

Porquê? Porque nos ensinaram em crianças que mentir era errado? Porque existe uma proibição no código deontológico? Porque mentir é, pela deliberada falta à verdade, uma pretensão de enganar o Outro. E sabemos que diálogos abertos, de informação verdadeira sobre o que está a acontecer, ajudam a pessoa a compreender e a lidar com as situações e ajudam a reforçar os laços de confiança na relação com os profissionais de saúde. Dizer com informação verdadeira é um sinal de respeito ao qual a pessoa tem direito...

Mas a concepção dos enfermeiros e dos médicos é discrepante, nestas matérias. Num estudo de 1999, Fry & Riley, identificaram que os dilemas mais perturbadores para os enfermeiros eram os relacionados com os abusos dos direitos dos doentes; os mais frequentemente encontrados foram: questões relacionadas com o consentimento informado, aderir ou não aderir a diretivas avançadas, informação ou falta de informação acerca de tratamento e uma falta de consideração pela qualidade de vida quando medidas inapropriadas são utilizadas para a prolongar.

Uma revisão histórica de Pellegrino e Siegler<sup>16</sup> mostrou que dizer a verdade raramente aparece nos textos médicos e nem existe uma proibição aberta contra a mentira. O aparecimento da veracidade da informação está ligado ao consentimento informado. Parece acreditar-se<sup>17</sup> que um médico pode mentir ou enganar se a informação causar dano ou remover a esperança; não se trata de dizer que alguém - algum médico - planeie mentir ao doente. Em vez disso, a falta de um forte argumento que suporte «o dizer-a-verdade» aparece como reservando que se possa mentir, **se e quando** - e apenas aqui - se determina que é no melhor interesse do doente.

Ora parece do mais elementar que a relação dos profissionais da saúde com as pessoas assenta, quer no compromisso profissional que assumiram, quer na resposta às necessidades dos doentes, quer no respeito pela sua dignidade, integridade e vulnerabilidades. Estamos obrigados a um serviço de qualidade, justo e realizado com competência.

---

<sup>15</sup> Renaud, M. (1999) A Dignidade do Ser Humano como Fundamentação dos “Direitos do Homem”. Brotéria, 148/1999, pp. 135-154.

<sup>16</sup> Orr RD, Pang N, Pellegrino; Siegler M.(1997) Use of the Hippocratic Oath: a review of twentieth century practice and a content analysis of oaths administered in medical schools in the U.S. and Canada in 1993. J Clin Ethics.8 (4):377-88.

<sup>17</sup> Pellegrino, ED (199) Is truth telling to the patient a cultural artifact? JAMA. Oct 7;268(13):1734-5.

#### 4. A revelação de incidentes

Numa revisão sistemática, *Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review*<sup>18</sup> encontraram-se alguns dados interessantes:

- sobre as perspectivas dos doentes quanto aos incidentes - pois os doentes estão conscientes da segurança como um problema; até 42% experienciaram um incidente ou evento adverso no seu próprio cuidado ou de um membro da família. É importante notar que os doentes definem incidentes de forma mais ampla do que os profissionais de saúde. Geralmente incluem habilidades interpessoais deficientes, má qualidade do serviço e eventos adversos não-evitáveis. Os incidentes que os doentes são mais propensos a ter em conta são os erros de medicação (17%), erros de enfermagem (15%), problemas com equipamentos médicos (10%) e diagnósticos errados (10%). Os fatores que consideram mais contribuir para estes incidentes são a falta de tempo com os doentes, o excesso de trabalho, estresse ou fadiga por parte dos profissionais de saúde, incapacidade de trabalhar ou comunicar como uma equipa de saúde e falta de pessoal;
- sobre o impacto de um incidente - os doentes descrevem uma variedade de emoções negativas, na sequência de um incidente. Saber de um incidente pode causar tristeza, ansiedade, receio de outros erros, demora na recuperação. Ainda assim, os doentes e famílias relatam consistentemente querer saber do incidente.

Já sobre a divulgação de *near-misses* há menos consenso, até porque não há dano para a pessoa e seria um sobressalto desnecessário. Em geral, doentes que relatam uma boa comunicação com o seu prestador de cuidados de saúde passam por menor trauma emocional, aquando da ocorrência de incidentes. Os doentes necessitam de informações para os ajudar a lidar com eventos adversos mas muitas vezes têm grande dificuldade em obtê-las.

Os pedidos de desculpas aparecem como importantes para os doentes e uma parte necessária do processo de resolução - indicam que querem saber que um profissional de saúde e a instituição lamentam o que aconteceu com eles. Se um profissional de saúde revela um evento adverso com honestidade e compaixão e pede desculpas, a angústia do doente é reduzida; por outro lado, explicações incompletas ou evasivas tendem a criar stresse adicional. Os pedidos de desculpas<sup>19</sup> também ajudam os doentes e famílias a manter a confiança no profissional de saúde após um incidente, mas não é só dizer «lamento», é também desencadear ações de reparação ou de proteção, a seguir.

---

<sup>18</sup> O'Connor, E.; Coates, H.M.; Yardley, I.E.; Wu, A.W. (2010) Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Health Care* 22 (5): 371-379. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/5/371>

<sup>19</sup> Idem. - no Reino Unido, 34% dos doentes que tinham experienciado um evento adverso expressou o desejo de um pedido de desculpas ou explicação e outros 23% queriam um inquérito sobre as causas do evento. A garantia de que algo está a ser feito para evitar eventos semelhantes no futuro é importante para os doentes. Alguns doentes endossam medidas punitivas para os profissionais de saúde na sequência de um evento adverso. Mais de 60% dos sujeitos de um estudo nos EUA indicou que gostaria que o profissional envolvido num evento adverso fosse repreendido. As formas de punição propostas incluem multas, liberdade condicional ou suspensão de licença. O desejo de medidas punitivas é mitigado pela abordagem dos profissionais de saúde ao comunicar um evento adverso. Uma abordagem honesta, empática e responsável diminui a probabilidade de fortes sanções contra o profissional envolvido.

Foram documentados uma série de benefícios da revelação de eventos adversos<sup>20</sup>, incluindo obter um tratamento oportuno e adequado para corrigir problemas e fornecer as informações necessárias para tomar decisões informadas. Bem como permitir o consentimento informado para qualquer tratamento adicional que possa ser necessário.

Alguns autores referem os «sete pilares»<sup>21</sup> da comunicação de incidentes:

1. Relatar o incidente é o primeiro pilar e desencadeia o processo;
2. Investigação sobre o incidente - e distinguir se existiu dano ou não ("near miss" para análise posterior na mesma);
3. Comunicação, o terceiro pilar, é a peça central, ligando profissionais, instituição, doentes e família, para resolver ou mitigar o incidente;
4. Desculpas e remediação, como o quarto pilar;
5. Identificar as melhorias a implementar, em termos de sistema da qualidade;
6. Rastrear e analisar os dados;
7. Formação e treino de todo o *staff*, como sétimo pilar.

Uma das questões estudadas é o momento ideal da revelação de um evento adverso - que é, manifestamente, incerto. Porque também depende da circunstância em que o incidente ocorre(u). Muitos especialistas consideram que a conversa deve ser realizada o mais rapidamente possível depois de um evento adverso ter sido descoberto ou detetado; no entanto, estudos também apontam que uma proporção significativa prefere saber sobre um incidente quando a sua extensão é conhecida, quando há menos incerteza.

É claro que os doentes precisam de informações depois de um evento adverso mas divulgações completas e francas do tipo que os doentes desejam são a exceção e não a regra. Parece ser mais comum uma revelação parcial dos eventos adversos. Mesmo quando um evento adverso é reconhecido, não é universal aceitar a responsabilidade, oferecer um pedido de desculpas ou explicar como pode ser evitado no futuro. Investigações<sup>22</sup> recentes indicam que a abertura e participação ativa dos doentes na tomada de decisão quanto aos cuidados tem resultados benéficos (tais como, reduzir dor, melhorar resultados e mais satisfação com os cuidados).

Finalmente, algo que parece claro é investir na prevenção dos incidentes, no estudo dos *near-miss*, num clima organizacional que promova a segurança. E contar com os doentes como parceiros, como interessados, como ativos, quando as suas condições de saúde permitem.

Devemos ser diligentes em procurar caminhos que aumentem o respeito pela dignidade e pela autonomia dos doentes - com veracidade enquanto fundamento da interacção profissional-doente.

Uma relação de qualidade no quotidiano, um diálogo aberto entre profissionais.

---

<sup>20</sup> Cf. Australian Commission of Safety and Quality in Health Care (2012) Open Disclosure Standard. Disponível em <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/05/Open-Disclosure-Standard-Review-Report-Final-Jun-2012.pdf>

<sup>21</sup> McDonald, TB; Helmchen, LA; Smith, KM; Centomani, N; Gunderson, A; Mayer, D; Chamberlin, H (2010) Responding to patient safety incidents: the "seven pillars" Qual Saf Health Care doi:10.1136/qshc.2008.031633

<sup>22</sup> Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers, & Ware (1996) Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. Ann Intern Med. 1996 Mar 1;124(5):497-504.

Uma comunicação sensível, focada na resolução que beneficie todos os envolvidos será uma passada larga na prestação de um cuidado excelente.

Sim, porque não se trata de singularizar numa situação de incidente mas de, em equipa, analisar e desenvolver-se; em muitos incidentes, pese embora a tradicional tentação de «apontar o dedo», é a discussão do caso e a procura de medidas preventivas que mais importa - daí que discutir os near-miss seja relevante. E entendermos o incidente como uma possibilidade que pode afetar qualquer um de nós, na equipa...

Qual era o *meu* título? Comunicação de Incidentes ao Doente/Família: Aspetos Éticos

podíamos transformar em

aspetos éticos da comunicação com o doente e a família.

Porque os princípios não parecem ser outros conforme se verifica a presença ou ausência de um incidente. Mais, se anteciparmos, se prevenirmos, a participação real e efetiva dos doentes em todos os processos, ajuda a reduzir o risco de incidentes.

Um doente que sabe, que pergunta, que está atento, não é um incómodo. É uma preciosa ajuda para a segurança. Um doente que conhece a sua medicação estará mais preparado para ajudar a detectar erros de terapêutica, por exemplo.

Uma vez ocorrido um incidente, a informação sobre a ocorrência é um imperativo - comunicar o que aconteceu, reconhecer o erro ou a falha, informar o doente.

Uma ética de revelação de incidentes inclui a consciência/ identificação do incidente, ajuizar do risco, desencadear medidas protetoras, fornecer os cuidados necessários para minimizar ou reverter o dano, explicar as medidas adotadas para minimizar o dano e os próximos passos (terapêutica, prognóstico) bem como verificar a necessidade de suporte ao doente e familiares.

E, como antes, o foco é a capacitação das pessoas doentes, melhorar a informação de que dispõem, desenvolver processos de comunicação e diálogo aberto, inclui-los no processo de cuidados pois mais informados e mais preparados podem ser ajuda preciosa no que diz respeito à segurança.

E se ocorrerem incidentes, informar e incluir, fortalecendo a aliança e a relação terapêutica.

Colocar «nevoeiro» sobre os incidentes (uma espécie de "brumas de Avalon" como se diz da "conspiração do silêncio" em cuidados paliativos), com o intuito equívoco de "poupar" as pessoas a preocupações é uma estratégia tão votada ao fracasso como a do Rei, na história da Bela Adormecida, com que começámos.

Voltando a essa metáfora, não façamos a exclusão de rocas e de fusos dos «nosso» reino, pois tal não é possível - mas ensinemos todos a identificar os riscos e a serem capazes de se constituírem como agentes na segurança do ambiente que as rodeia.