



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Façanha, Telma Rejane dos Santos; Garrafa, Volnei
Segurança do paciente e códigos deontológicos em Beauchamp e Childress
Revista Bioética, vol. 27, núm. 3, 2019, Julho-Setembro, pp. 401-408
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273323>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570648004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

**ATUALIZAÇÃO**

Segurança do paciente e códigos deontológicos em Beauchamp e Childress

Telma Rejane dos Santos Façanha¹, Volnei Garrafa¹

1. Programa de Pós-Graduação em Bioética, Departamento de Ciências da Saúde, Cátedra Unesco de Bioética, Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF, Brasil.

Resumo

A segurança do paciente é questão persistente de saúde pública e tem assumido nova conotação no contexto sanitário contemporâneo. Beauchamp e Childress, na obra pioneira "*Principles of biomedical ethics*", abordam a atuação ética dos profissionais de saúde e a influência dos códigos deontológicos na segurança do paciente. Nesse sentido, este estudo procura demonstrar que esses códigos são insuficientes para atender a todos os dilemas éticos e morais relacionados à segurança do enfermo na atualidade. Assim, propõe-se que esse tema não seja somente discutido em conselhos de ética da área da saúde, mas também em comitês interdisciplinares de bioética clínica e assistencial, proporcionando exercício mais ampliado e concreto de reflexão bioética.

Palavras-chave: Bioética. Códigos de ética. Segurança do paciente. Saúde pública.

Resumen**Seguridad del paciente y códigos deontológicos en Beauchamp y Childress**

La seguridad del paciente es una cuestión persistente en salud pública y ha asumido una nueva connotación en el contexto sanitario contemporáneo. Beauchamp y Childress, en la obra "*Principles of biomedical ethics*", abordan la actuación ética de los profesionales de la salud y la influencia de los códigos deontológicos en la seguridad del paciente. En ese sentido, este estudio procura demostrar que los códigos deontológicos son insuficientes para atender a todos los dilemas éticos y morales relacionados con la seguridad del enfermo en la actualidad. Así, se propone que este tema no sólo sea discutido en los consejos de ética del área de la salud, sino también en los comités interdisciplinarios de bioética clínica y asistencial, proporcionando un ejercicio más amplio y concreto de reflexión bioética.

Palabras clave: Bioética. Códigos de ética. Seguridad del paciente. Salud pública.

Abstract**Patient safety and deontological codes in the context of Beauchamp and Childress**

Patient safety is a persistent issue in public health that has taken a new connotation in the contemporary sanitary context. Beauchamp and Childress, in their pioneering work, *Principles of Biomedical Ethics*, address the ethical role of health professionals and the influence of deontological codes on patient safety. The present study seeks to demonstrate that codes of ethics are insufficient to address all ethical and moral dilemmas related to patient safety at present. In this sense, it is proposed that this topic should not be discussed only in the ethics councils of the different professions in the health area, but that the dialogue be extended to the interdisciplinary committees of clinical and healthcare bioethics, providing a broader and concrete exercise of bioethical reflection.

Keywords: Bioethics. Codes of ethics. Patient safety. Public health.

A segurança do paciente é questão persistente no campo da saúde pública, presente desde os tempos de Hipócrates quando pronunciou a célebre frase “*primum non nocere*”: em primeiro lugar não fazer mal¹. No entanto, é evidente que cuidados e práticas das ciências da saúde desde então vêm sofrendo mudanças, em vista dos avanços sociais, científicos e tecnológicos. As práticas abusivas durante a Segunda Guerra Mundial também contribuíram muito para essas transformações no campo da saúde, dando início a novos e complexos dilemas morais.

Entre outras razões, Tom Beauchamp e James Childress² valeram-se da necessidade de discutir a ética na prática clínica e assistencial para publicar, em 1979, o livro “*Principles of biomedical ethics*”. Recomendavam que profissionais de saúde respeitassem a liberdade particular de cada sujeito decidir sobre aspectos de sua condição de vida (autonomia) e se abstivessem de qualquer intervenção que prejudicasse o indivíduo (não maleficência). Além disso, deveriam sempre agir de modo justo³, no sentido de fazer o bem (beneficência), e desenvolver suas práticas sem discriminação.

A partir disso, o objetivo deste artigo foi abordar o tema da segurança do paciente e sua relação com a prática ética dos profissionais de saúde, tendo como base a concepção de Beauchamp e Childress. Propõem-se também, por meio da literatura revisada, possíveis soluções para dilemas morais nesse contexto.

Breve contextualização histórica da segurança do paciente

A complexidade inerente ao sistema de saúde tem sido pensada a partir da perspectiva contemporânea da segurança do paciente, não somente considerando questões éticas e morais dos médicos, mas as diversas competências que devem ser dominadas por outros membros da equipe de saúde. Para isso é necessário compreender adequadamente princípios e conceitos de segurança do enfermo e desenvolver novas habilidades, considerando a intrincada rede de cuidados de saúde contemporâneos e a crescente profissionalização na área⁴.

A análise dos danos causados pelos cuidados de saúde nos pacientes tem se tornado um dos objetivos centrais em eventos inerentes à segurança do usuário do sistema de saúde. Esses danos foram relatados pela primeira vez na literatura no início da década de 1980, coincidindo com a crise

de negligência nos Estados Unidos⁵ e, mais recentemente, com o foco do governo norte-americano em segurança e qualidade de cuidados de saúde e em eventos adversos. A recente atenção a danos causados a enfermos por profissionais da saúde decorre especialmente do “Estudo de prática médica de Harvard”, de 1990, que mostrou a extensão dos eventos adversos em pacientes hospitalizados⁶. Desde sua publicação, pesquisas em países desenvolvidos e em desenvolvimento continuaram revelando taxas inaceitáveis de danos⁷.

Apesar de esse tema fazer parte das discussões no contexto científico nas últimas décadas, ainda há poucas evidências de melhoria nos sistemas de saúde e muitos problemas persistem, mesmo com investidas para aprimorar a segurança e a qualidade dos cuidados⁸. Outro ponto é o fato de haver poucos estudos sobre dificuldades que médicos, em contraste com outras profissões, têm com a notificação. A “cultura da culpa” na medicina afeta todos os médicos, mas particularmente internos e residentes, que muitas vezes relutam em confiar no sistema de relatórios clínicos ou em discuti-los com colegas mais experientes⁹.

Ao contrário de enfermeiros, médicos tendem a relatar com menos frequência erros, e preferem abordagem livre de culpa em conferências de mortalidade e morbidade e processos de revisão de pares (que visam entender melhor como os erros foram cometidos e poderiam ter sido evitados) a notificá-los aos sistemas de gerenciamento de incidentes hospitalares¹⁰. Apesar dos esforços para reduzir eventos adversos e melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, um sistema de saúde mais seguro e confiável centrado no paciente permanece indefinido⁸. Portanto, embora a notificação desses eventos tenha sido ferramenta importante e utilizada atualmente para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados aos pacientes, seu sistema poderia ser melhorado.

Em vista disso, há amplo consenso sobre a responsabilidade por eventos adversos ser principalmente atribuível a sistemas de saúde e não a profissionais que causam danos por erros de omissão ou comissão. Quando equipes hospitalares investigam esses incidentes usando a análise da causa-raiz, geralmente devem também considerar fatores múltiplos que podem ter contribuído para resultados inesperados. O fato de experiências adversas surgirem como consequência da (dis)função dos sistemas de saúde e não do erro ou negligência individual é surpreendente, vez que é grande a quantidade de

profissionais envolvidos nos cuidados de pessoas e comunidades¹¹.

Hoje os pacientes dependem de habilidades e conhecimento dos mais variados profissionais de saúde, que devem ser tecnicamente competentes e capazes de se comunicar efetivamente com o enfermo, cuidadores e outros membros da equipe. Para entender os cuidados de saúde como sistema, é fundamental observar que dependem de comunicação eficiente, precisa e oportuna entre profissionais.

Além disso, ao reconhecer que a melhoria da assistência prestada a pacientes envolve gama de especialistas em determinado ambiente, transfere-se o foco da relação médico-paciente para o sistema de saúde. Desloca-se igualmente o papel e a autoridade de qualquer profissional ou equipe para a integração de diferentes atividades em sistema focado na otimização do atendimento e segurança do doente¹². Essa abordagem e aplicação das melhores práticas em saúde trazem benefícios aos usuários do sistema de saúde, mas vêm acompanhadas de importantes preocupações éticas e morais relacionadas aos profissionais.

A segurança do paciente no juramento hipocrático

Embora o juramento de Hipócrates e o Código de Ética Médica hoje pressuponham que médicos sejam capazes de prejudicar pacientes, esses danos têm outra gênese: os próprios cuidados de saúde¹¹. O médico que atua isoladamente não consegue manter o sistema seguro, pois a garantia dos cuidados da saúde depende de equipe constituída por profissionais trabalhando interdisciplinarmente, em vez de uma única categoria como elemento central e no controle.

Mesmo quando o médico não tem conhecimento necessário ou especializado para tratar o enfermo de maneira ideal, os prejuízos são menos notáveis quando atua com a equipe de saúde. Considerar somente a díade médico-paciente é retrato impreciso e infeliz dos cuidados de saúde contemporâneos, já que raramente o doente depende exclusivamente de um só praticante.

Cada paciente conta com uma rede de médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas de reabilitação, enfermeiros, recepcionistas, funcionários hospitalares, entre outros tantos especialistas. Médicos que se limitam à díade mencionada não só interpretam mal sua posição no sistema de saúde como aumentam a possibilidade de erros de

comunicação com os enfermos. Torna-se, portanto, cada vez mais claro que melhores resultados são alcançados quando esses profissionais de saúde atuam como equipe¹¹.

Infelizmente, alguns médicos entendem mal esse trabalho em conjunto, pensando que ser o “responsável pelo paciente” satisfaz plenamente os requisitos de sua função. Entretanto, atividade em equipe e atendimento multidisciplinar são processos complexos, sustentados pela aplicação de conhecimentos e habilidades específicas de cada categoria profissional¹³.

No juramento, há algo de intuitivo quanto ao respeito à privacidade dos pacientes, assim como às questões de vida e morte e à crença de que o médico não deve assumir o papel de Deus, apropriando-se da autoridade da fé religiosa¹. Humildade, cuidado, responsabilidade e respeito pela confidencialidade e dignidade humana representam valores que qualquer profissional deveria reconhecer e apoiar.

Embora os cuidados de saúde resultem da aplicação do conhecimento biocientífico por especialistas em suas respectivas áreas, fatores sociais e tecnológicos também determinam se o tratamento vai beneficiar ou prejudicar o paciente, independentemente do local de prestação do serviço (ambulatório, enfermaria, consultório, casa ou comunidade). Outros fatores, como conhecimento e experiência do profissional, aspectos ambientais, condições e comorbidades do paciente, também afetam a continuidade do cuidado. Isto significa que resultados seguros dependem da compreensão profunda de organizações, sistemas e fatores humanos; reconhecimento, prevenção e gerenciamento do erro; e disposição e capacidade de usar ferramentas para medir e aprimorar a qualidade dos tratamentos. Trabalho em equipe precário, incapacidade de se comunicar efetivamente com pacientes, entendimento equivocado dos fatores humanos e noção vaga sobre o sistema de saúde são circunstâncias ligadas diretamente à ocorrência de eventos adversos¹⁴.

Não há dúvida de que pacientes preferem a honestidade e podem aceitar a falibilidade de seus médicos. Apesar disso, muitos deles continuam relutantes em ter postura mais aberta em relação a seus próprios erros, talvez por medo de litígios (em grande parte, infundado), culpa e perda de reputação. O juramento moderno alude ao enorme poder do clínico e silencia sobre sistemas de saúde e males evitáveis, assim como a possibilidade de prejuízos ou erros e o dever de impedi-los. Outras barreiras à redução do sofrimento humano causado pelos cuidados de saúde residem no *ethos* médico, nas estruturas hierárquicas institucionalizadas na medicina

acadêmica e nos serviços, que desencorajam o trabalho em equipe, a transparência e os processos claros de prestação de contas⁸.

O enfermo é apresentado como alguém vulnerável que necessita de cuidados especializados, cuja vida pode ser salva ou exterminada pelas ações dos médicos, ou seja, ele raramente é visto como agente ativo. O juramento não menciona desejos do paciente, preferências por cuidados, valores ou capacidade de escolher ou agir. Ignora da mesma forma autonomia, liberdade ou direitos, e não dá espaço para parcerias igualitárias¹¹. Considerando que juramentos, por sua própria natureza, abordam deveres e responsabilidades, estabelecer o médico muito claramente como único ator no centro das atividades é totalmente inconsistente com ideias modernas sobre direitos humanos e a capacidade dos pacientes de conduzir seus cuidados. Desconsiderando o enfermo como indivíduo concreto, o juramento adquire pouca relevância na contemporaneidade e diz mais sobre a hegemonia da profissão e as barreiras para assistência segura e eficaz do que sobre a ética moderna ou os cuidados de saúde¹¹.

Códigos morais em Beauchamp e Childress

Segundo Azambuja e Garrafa¹⁵, normas morais são essenciais no contexto da moralidade comum enquanto produto histórico. Na obra de Beauchamp e Childress² são entendidas como agrupamento de regras e princípios morais que constituem conjunto racional e socialmente estável do que se entende como certo e errado, tão amplamente aceito e difundido que formam verdadeira “instituição social”¹⁵. A moralidade comum contém normas morais abstratas, universais e refinadas (“dizer a verdade”, por exemplo).

Karlsen e Solbakk¹⁶ entendem moralidade comum como teoria aplicável a qualquer pessoa, independentemente de cultura ou tempo. As regras, nesse contexto, são princípios que devem ser sempre seguidos sob risco de punição. Já os ideais morais estimulam a prevenção e o alívio do mal, mas não são obrigatórios. A falta de distinção entre regras e ideais morais é o que se questiona em Beauchamp e Childress², dado que de modo geral seus quatro princípios não são considerados deveres, ora pensados como regras, ora como ideais morais³. Mas isso não diminui a importância da obra no contexto da bioética.

Segundo Beauchamp e Childress, a moral comum contém moralidades particulares, concretas

e não universais, como *fazer divulgações orais conscientes e obter um consentimento informado por escrito de todos os sujeitos de pesquisa humana*¹⁷. No entendimento desses autores, moralidades particulares distinguem-se por normas específicas que, no entanto, não se justificam se violarem preceitos da moralidade comum. Incluem as muitas responsabilidades, aspirações, idealismos, atitudes e sensibilidades encontradas em diversas tradições culturais e religiosas, padrões de prática profissional e guias institucionais.

Os autores apontam que moralidades profissionais, com seus códigos morais e deontológicos, são tipos de moralidade particular. Segundo eles, podem legitimamente variar na forma de lidar com certos conflitos de interesse, revisões de protocolos, diretrizes antecipadas e assuntos semelhantes. Os ideais morais, assim como metas de caridade e aspirações para auxiliar pessoas que sofrem, são exemplo instrutivo do que pode ser parte de determinadas moralidades. Por definição, ideais morais, como caridade, não são obrigatórios. Para Beauchamp e Childress², quem não cumpre seus ideais não pode ser culpado ou criticado por outras pessoas. Contudo, essas aspirações podem ser parte muito importante de moralidades pessoais ou comunitárias.

Todos os moralmente comprometidos compartilham admiração e endossam vários ideais morais de generosidade e serviço, que decorrem de crenças morais associadas à moralidade comum, sendo bem-conceituadas mesmo não universalmente exigidas ou praticadas. Quando esses princípios são considerados deveres (como em algumas tradições monásticas), as obrigações passam a ser parte de moralidade particular, não universal.

Beauchamp e Childress² defendem que indivíduos que aceitam esse tipo particular de moralidade às vezes presumem ter autoridade em relação às demais pessoas, operando sob a falsa crença de que suas convicções particulares têm a legitimidade da moral comum. Essas pessoas podem ter crenças moralmente aceitáveis e até mesmo louváveis, mas quando são individuais não vinculam outras pessoas ou comunidades.

Regras e suas especificações

A especificação pode ser entendida como processo para reduzir a indeterminação de normas abstratas e criar regras com conteúdo orientador de ação. Sem “especificações”, “causar nenhum dano” é

simplesmente ponto de partida para pensar problemas. Não se trata, portanto, de produção ou defesa de normas gerais como as da moralidade comum – permite ao profissional presumir que existem normas relevantes.

Exemplo de especificação envolve a regra de que “médicos devem colocar os interesses de seus pacientes em primeiro lugar”. Em alguns países, enfermos só podem receber o melhor tratamento disponível se os médicos distorcerem informações nos formulários do seguro. No entanto, a necessidade de priorizar as demandas do paciente não implica que o médico deva agir ilegalmente, alterando a descrição do problema nesse tipo de formulário. As normas contra fraude e que garantem a prioridade do paciente são, no sentido kantiano, imperativos categóricos e, quando entram em conflito, é necessária alguma especificação para saber o que se pode ou não fazer².

Todas as regras morais estão sujeitas à especificação e precisam de conteúdo adicional, pois a complexidade dos fenômenos morais ultrapassa nossa capacidade de apreendê-los em normas gerais. Além disso, muitas regras já especificadas devem evoluir para lidar com novas situações conflituosas.

Pessoas e grupos têm especificações conflitantes, o que pode criar múltiplas moralidades particulares. Em qualquer caso problemático, elas provavelmente serão oferecidas por partes razoáveis e justas, todas comprometidas com a moralidade comum. Nada no modelo de especificação sugere ser possível evitar julgamentos discrepantes, e afirmar que uma questão é resolvida por especificação é dizer que as normas foram suficientemente determinadas a ponto de sempre se saber o que deve ser feito.

Obviamente, algumas propostas não serão a solução mais adequada ou justificada. Quando surgem especificações concorrentes, deve-se procurar descobrir a mais apropriada. Ademais, as proposições devem se basear em processos deliberativos para que se tenha métodos e modelos de justificação que deem suporte a algumas especificações e não a outras².

Portanto, algumas normas são praticamente absolutas e não necessitam de mais especificações. Mais interessantes são aquelas intencionalmente formuladas para incluir todas as exceções legítimas. Por exemplo, *obtenha sempre consentimento informado oral ou escrito para intervenção médica com pacientes competentes, exceto em situações de emergência, em exames forenses, em situações de*

*baixo risco ou quando os pacientes renunciam ao seu direito a informações adequadas*¹⁸. Esta norma precisa ser melhor interpretada, detalhando o que é “consentimento informado”, “emergência”, “renúncia”, “exame forense” e “baixo risco”, e seria absoluta se todas as exceções legítimas tivessem sido incorporadas com êxito na formulação. Se essas regras absolutas existem, são raras. À luz dos possíveis conflitos contingentes entre normas, conclui-se que mesmo as mais firmes e detalhadas são suscetíveis a casos excepcionais².

Obrigação residual e arrependimento moral

Segundo Beauchamp e Childress², o agente que aponta determinado ato como o mais adequado em circunstância de obrigações conflitantes pode não ser capaz de cumprir todas as incumbências morais atreladas a ele. Mesmo a ação moralmente mais correta pode ser lamentável e deixar resíduos ou traços morais – o arrependimento, por exemplo, do que não foi feito pode surgir mesmo em ações claras e não contestadas.

Como ressalta Tavares¹⁹, esse pesar predomina em relações mais bem estruturadas. Com humildade, o profissional percebe em sua falha a oportunidade de adquirir mais conhecimentos, recebendo nova chance do paciente. Reuniões de conciliação entre as partes são comuns para evitar processos judiciais: médico e paciente em litígio são colocados frente a frente para solucionarem conflitos sem apelar para demandas no conselho de classe ou mesmo na Justiça.

Por outro lado, em relações pouco consistentes, quando o médico revela traços narcisistas e arrogantes de sua personalidade, ambos passam a ver no “erro” forma de fracasso, intolerável para o paciente, que não vai dar outra chance ou sequer aceitará pedido formal de desculpas. Nesse caso, geralmente o paciente tem a intenção de condenar o profissional por “erro médico” em processo judicial¹⁹.

Obrigações *prima facie* não desaparecem quando substituídas, e geram resíduo moral. Com frequência, quando certas incumbências não são cumpridas, cria-se novo encargo. Às vezes, pode-se compensar a incapacidade de cumprir determinada obrigação notificando com antecedência às pessoas sobre a impossibilidade de cumprir a promessa ou pedindo desculpas de modo a reafirmar o relacionamento e amenizar circunstâncias para que o conflito não ocorra novamente².

Códigos deontológicos e moralidades nas profissões

De acordo com Beauchamp e Childress², a maioria das profissões tem sua própria moralidade implícita, com padrões de conduta geralmente reconhecidos e encorajados por indivíduos moralmente comprometidos. Na medicina, a moralidade profissional especifica normas gerais para instituições e práticas a ela relacionadas.

Por seus papéis especiais e relações, a medicina exige regras próprias. As normas de consentimento informado e confiança médica podem não ser úteis ou apropriadas fora da prática e pesquisa em saúde, mas se justificam por exigências morais de respeito à autonomia das pessoas e de proteção contra danos. Nos últimos anos, assomaram diversos códigos de ética médica e de enfermagem, códigos de ética em pesquisa, políticas corporativas de bioética, diretrizes institucionais sobre conflitos de interesse, relatórios e recomendações de comissões públicas.

Beauchamp e Childress² afirmam que profissionais geralmente se distinguem por seu conhecimento especializado e formação, bem como por seu compromisso em prestar serviços ou informações importantes a pacientes, clientes, estudantes ou consumidores. Existem organizações autorreguladoras que controlam a entrada dos profissionais em funções ocupacionais, certificando formalmente que os candidatos adquiriram treinamento supervisionado e podem fornecer serviço seguro à sociedade.

Para os autores, as organizações ligadas aos cuidados de saúde especificam e fazem cumprir as obrigações de seus membros, procurando assegurar que aqueles que estabelecem relações com estes profissionais os considerem competentes e dignos de confiança². Sendo assim, defendem que esses deveres são determinados por papel aceito e compreendem a “ética” do ofício, embora também possam existir regras ou ideais específicos para cada função. Os problemas da ética deontológica geralmente surgem de conflitos na normalização ou entre compromissos profissionais e pessoais.

Quando aplicadas a profissionais médicos, essas normas e compromissos podem entrar em conflito, causando erros e, conseqüentemente, danos aos pacientes. Exemplo disso são as jornadas diárias mais longas, em diferentes locais, para atender quantidade crescente de pacientes em consultas rápidas. O prontuário médico, que deveria ser a melhor ferramenta do profissional, acaba sendo

preenchido de modo inadequado (com caligrafia incompreensível, por exemplo), incompleto, muitas vezes sem registrar informações relevantes sobre o enfermo e seu adoecimento¹⁹.

É importante observar também que as condições físicas do local de trabalho podem influenciar a conduta da equipe. A interdisciplinaridade e a busca da integralidade no ambiente profissional podem reduzir erros e danos aos pacientes. A justificativa já consagrada de que o médico é humano como qualquer outro profissional e, portanto, passível de falhas, embora pertinente, ainda não tem o devido respaldo social¹⁹.

Como padrões tradicionais de moralidade profissional são muitas vezes vagos, algumas profissões os codificam em documento detalhado. Seus códigos às vezes especificam regras de etiqueta, além de princípios éticos. Por exemplo, a versão de 1847 do Código da Associação Médica Americana²⁰ instruiu médicos a não criticar colegas que tivessem sido responsabilizados por erro². Esses códigos profissionais tendem a reforçar a identificação dos membros com os valores prevalentes do ofício. São benéficos quando incorporam efetivamente normas morais defensáveis, mas alguns simplificam demais as exigências morais, tornando-as muito rígidas ou reivindicando excessiva e injustificadamente sua integridade e autoridade profissional. Como consequência, os profissionais podem supor erroneamente que estão satisfazendo todas as exigências morais relevantes seguindo estritamente as regras do código, assim como muitas pessoas acreditam que cumprem plenamente suas obrigações morais ao preencher todos os requisitos legais relevantes².

Para Beauchamp e Childress², é pertinente questionar se os códigos específicos de medicina, enfermagem e saúde pública são coerentes, defensáveis e abrangentes. Historicamente, poucos documentos tinham muito a dizer sobre as implicações de vários princípios e regras morais como veracidade e respeito à autonomia e à justiça social, que têm sido objeto de grande discussão no campo da ética biomédica.

Desde a Antiguidade, médicos têm criado códigos para si próprios, sem considerar a segurança dos pacientes ou submetê-los à aceitação. Essas normas raramente apelam para padrões éticos gerais ou para fonte de autoridade moral além das tradições e julgamentos dos próprios profissionais. Assim, a articulação de condutas profissionais nessas circunstâncias tem servido muitas vezes mais para proteger os interesses do ofício do que oferecer ponto de vista

moral amplo e imparcial ou tratar da segurança da sociedade em geral.

A ênfase na medicina, ciência e tecnologia e em visões conservadoras sobre o significado da ética influencia grande parte da educação em saúde contemporânea. Em todo o mundo, as grades curriculares das escolas médicas estão cada vez mais sobrecarregadas de disciplinas, sujeitando-se à expectativa de que programas médicos devem produzir, além de praticantes, pesquisadores competentes. As faculdades de medicina se esforçam para atender às exigências impostas pelos avanços da ciência e da biotecnologia, muitas vezes em detrimento das humanidades, da bioética e das ciências sociais, que são deixadas em segundo plano.

Dessa forma, a educação ética atrofia-se, concentrando-se menos em reflexões e sabedoria e mais em governança e tecnicismo. Aprender sobre erros médicos e como geri-los, entender sistemas de saúde, fragilidade humana, valores, limites e habilidades práticas do cuidado interdisciplinar, desenvolver o conceito de parceria com pacientes e a competência para captar a diversidade cultural são pontos raramente encorajados no ensino ou recebem a mesma ênfase que a aprendizagem de conhecimentos técnicos e competências científicas¹¹.

Segurança do paciente e códigos deontológicos contemporâneos

Os códigos de ética e prática profissional podem ser vistos como “marcas da profissão” ou sinais da organização de determinado grupo, que reivindica autorregulação e autoridade epistêmica e moral, definindo suas fronteiras e, portanto, relações com outros grupos, além de declarar o que acredita ser seu dever perante a sociedade. Esses documentos são muitas vezes internos e exclusivos, podendo ser alheios às dimensões sociais e políticas da prática, uma vez que tendem a se voltar mais para a manutenção dos interesses da profissão, quando deveriam enfatizar o bem-estar humano e o funcionamento dos sistemas de saúde, preocupações morais que interessam não apenas a determinada categoria profissional, mas a todos os cidadãos¹¹.

Portanto, é tempo de os códigos éticos e profissionais levarem mais em conta aspectos sociopolíticos dos cuidados de saúde e os papéis de todas as profissões da área. É preciso compreender que os resultados almejados pelos pacientes dependem de complexos sistemas de cuidados e não derivam

apenas das ações de profissionais isolados. Isto não significa que tais normas devem abandonar seu compromisso com valores morais fundamentais, como cuidado, compaixão, integridade, veracidade, confiança, respeito pela autonomia e dignidade humana, mas que precisam ser complementadas por outros princípios.

Assim, os enfermos serão capazes de reconhecer a dinâmica humana e o sistema organizacional que pode aperfeiçoar o atendimento, e que falhas nesse sistema muitas vezes levam a erros e eventos adversos. Propõe-se democratizar o desenvolvimento de códigos de ética, envolver outros profissionais no processo de cuidados de saúde, inseri-los em discussões sobre o *ethos* da medicina e atualizar o papel dos médicos na assistência e no bem-estar humano¹¹.

Em virtude de tal expectativa, compreende-se que tanto o direito médico quanto os códigos deontológicos devem ser revistos periodicamente²¹ para melhor contribuir com a solução de problemas morais emergentes. Da mesma forma, Soares, Shimizu e Garrafa afirmam que *profissionais de saúde no Brasil lidam com revisões periódicas de seus códigos e testemunham revisões de diferentes sistemas de códigos e leis para outros aspectos da vida pessoal e profissional. Essas revisões foram retomadas com o processo de redemocratização do país, e tornadas campo de conflitos em razão do desenvolvimento das profissões, da ciência e da tecnologia, e da hegemonia do capital em sua face atual neoliberal que monetariza a vida. Cada mudança no sistema de códigos profissionais deve refletir, portanto, a maturidade corporativa profissional para compreender as mudanças mais gerais nos códigos de leis que devem proteger toda a nação. Deve também dialogar com conhecimentos oriundos das humanidades para que, em bases democráticas, garanta a constituição do laço social, ampliando os direitos e a proteção necessária dos mais vulneráveis. No entanto, a deontologização do conjunto dos dilemas éticos relacionados ao desenvolvimento acelerado e mercadológico das tecnociências parece exagerada e é criticada como vontade de monopólio da decisão. A redução dos problemas éticos a questões de ética profissional não mais se justifica²².*

Considerando esse cenário, é possível notar que os princípios norteadores dos códigos deontológicos têm se mostrado insuficientes para analisar e julgar erros danosos a pacientes e à sociedade, visto que os cuidados de saúde envolvem não somente aspectos biomédicos, mas também sociopolíticos e culturais, em contexto de valores morais diversos.

Sendo assim, urge expandir seus preceitos, de modo que o julgamento dos deveres profissionais não fique reduzido à esfera individual no âmbito da saúde.

Se em grande parte do século XX as questões éticas e deontológicas que permeavam as práticas de saúde eram de natureza exclusivamente biomédica, hoje adquiriram nova identidade pública. Exemplo regional e geopolítico é a construção das chamadas “bioéticas latino-americanas”, que incorporam a ética biomédica, mas não se limitam a ela e a fronteiras deontológicas próprias das relações entre profissionais e pacientes. Ao contrário, incorporam conceitos mais amplos na sua interpretação de “qualidade da vida humana”^{23,24}.

Entre elas inclui-se a bioética de intervenção, que oferece instrumentos teórico-metodológicos úteis para analisar males causados a pacientes. Além disso, expande-se em contexto global, aplicando categorias mais genuínas como responsabilidade, cuidado, solidariedade, comprometimento, alteridade, tolerância, prevenção de possíveis danos e iatrogenias, prudência em relação a avanços e novidades, e proteção dos excluídos sociais, mais frágeis e desassistidos²³. Portanto, a bioética de intervenção é proposta anti-hegemônica cuja fundamentação epistemológica vai além do proposto pelos códigos deontológicos do século XXI.

Deve-se neste cenário ainda considerar a pluralidade de visões filosóficas, culturais e religiosas da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*²⁵, opção também importante para explorar questões deontológicas, visto que esse documento, segundo Andorno²⁶, defende fundamentação normativa global capaz de transcender essa diversidade. Dessa forma, a atividade biomédica, que trabalha intimamente com a integridade do corpo humano e questões relativas ao direito à vida, deveria passar a beneficiar-se também desse importante e atual recurso normativo universal.

Enfim, mostrar que não há verdade absoluta para solucionar dilemas éticos cotidianos é a maior contribuição que a bioética pode oferecer à evolução da prática médica, assim como preservar o respeito incondicional à dignidade do paciente. Além disso, indica que habilidades pertinentes para tomar decisões devem ser adquiridas com humildade, tolerância e respeito ao pluralismo moral da sociedade²¹. É desse modo que conselhos de ética das profissões de saúde devem se empenhar para aprimorar seus códigos deontológicos.

Considerações finais

Na visão contemporânea, a segurança do enfermo envolve diversos profissionais de saúde, e os resultados dos cuidados prestados dependem também da interação de forças sociais, organizacionais, ambientais, clínicas e econômicas, muitas das quais estão fora do controle individual desses profissionais. Portanto, as discussões éticas e morais ultrapassam a competência de somente uma classe profissional.

O que ocorre com frequência é a punição do profissional e a manutenção de sistemas precários de saúde, o que coloca a população em risco. É claro que violações, sejam elas imprudências, negligências e imperícias devem sofrer medidas legais cabíveis, mas, de certa forma, essa cultura punitiva tem impedido o uso de estratégias corretas e eficazes para a segurança do paciente.

A questão aqui abordada trata especificamente de erros relacionados ao descumprimento de deveres e obrigações morais associados à segurança dos enfermos. Nesse cenário, os danos causados por eventos adversos e que poderiam ser evitados passam a ter maior enfoque, tornando-se questão-chave no monitoramento dos cuidados de saúde e na discussão de dilemas morais.

Os conselhos de ética da área de saúde são insuficientes para julgar deveres e obrigações de seus praticantes quando aplicados à segurança do paciente, pois suas resoluções requerem análise ética além daquelas que constam nos códigos deontológicos. Entender como falhas acontecem e quais são suas implicações éticas e legais não é tarefa fácil. Para isso é necessário ampliar a investigação das situações que envolvem descumprimento dos códigos de ética profissionais e que comprometem a segurança do paciente.

Por fim, é necessário que comitês interdisciplinares de bioética clínica e assistencial dialoguem sobre consequências morais e éticas, tendo em vista a segurança e a qualidade de vida do paciente. A relevância da bioética para as políticas públicas passa a ser reconhecida não somente por grande parte dos países desenvolvidos que contam com influentes comitês, mas também por vários países periféricos que ainda não adotaram esses sistemas, permitindo reflexões mais autênticas no campo da bioética.

Referências

1. Eva KW. Trending in 2014: Hippocrates. *Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 17 jun 2019];48(1):1-3. DOI: 10.1111/medu.12392
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2012.
3. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao princípalismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso 17 jun 2019];25(2):442-51. DOI: 10.1590/S0104-12902016150801
4. Walton MM, Shaw T, Barnet S, Ross J. Developing a national patient safety education framework for Australia. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2006 [acesso 17 jun 2019];15(6):437-42. DOI: 10.1136/qshc.2006.019216
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG *et al*. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* [Internet]. 1991 [acesso 17 jun 2019];324:370-6. DOI: 1056/NEJM199102073240604
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press; 2000.
7. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vicent C, El-Assady R *et al*. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ* [Internet]. 2012 [acesso 17 jun 2019];344:e832. DOI: 10.1136/bmj.e832
8. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J *et al*. Transforming healthcare: a safety imperative. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2009 [acesso 17 jun 2019];18(6):424-8. DOI: 10.1136/qshc.2009.036954
9. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 1999 [acesso 17 jun 2019];5(1):13-21. DOI: 10.1046/j.1365-2753.1999.00147.x
10. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2002 [acesso 17 jun 2019];11(1):15-8. DOI: 10.1136/qhc.11.1.15
11. Walton M, Kerridge I. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? *Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 17 jun 2019];48(1):17-27. DOI: 10.1111/medu.12275
12. James BC, Savitz LA. How intermountain trimmed health care costs through robust quality improvement efforts. *Health Aff* [Internet]. 2011 [acesso 17 jun 2019];30(6):1185-91. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0358
13. Salas E, Dickinson TL, Converse SA, Tannenbaum SI. Toward an understanding of team performance and training. In: Swezey RW, Salas E, editores. *Teams: their training and performance* [Internet]. Westport: Ablex; 1992 [acesso 17 jun 2019]. p. 3-29. DOI: 1992-98450-001
14. Neale G, Woloshynowych M, Vincent C. Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice. *JRSM* [Internet]. 2001 [acesso 17 jun 2019];94(7):322-30. DOI: 10.1177/014107680109400702
15. Azambuja LEO, Garrafa V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2019];23(3):634-44. DOI: 10.1590/1983-80422015233100
16. Karlsen JR, Solbakk JH. A waste of time: the problem of common morality in *Principles of Biomedical Ethics*. *J Med Ethics* [Internet]. 2011 [acesso 17 jun 2019];37(10):588-91. DOI: 10.1136/medethics-2011-100106
17. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 5.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 19.
19. Tavares FM. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2007 [acesso 17 jun 2019];31(2):180-5. DOI: 10.1590/S0100-55022007000200010
20. Riddick FA Jr. The Code of Medical Ethics of the American Medical Association. *Ochsner J* [Internet]. 2003 [acesso 31 jul 2019];5(2):6-10. Disponível: <https://bit.ly/31KhkUt>
21. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Rev. Bioética* [Internet]. 2008 [acesso 17 jun 2019];16(1):85-95. Disponível: <https://bit.ly/2XWfcfj>
22. Soares FJP, Shimizu HE, Garrafa V. Código de Ética Médica brasileiro: limites deontológicos e bioéticos. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2017 [acesso 17 jun 2019];25(2):244-54. p. 246. DOI: 10.1590/1983-80422017252184
23. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* [Internet]. 2005 [acesso 17 jun 2019];13(1):125-34. DOI: 3615/361533241011
24. Rivas-Muñoz F, Garrafa V, Feitosa S, Nascimento WF. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [acesso 17 jun 2019];24(Supl 1):141-51. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01012
25. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos* [Internet]. Paris: Unesco; 2005 [acesso 9 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2kgv9lt>
26. Andorno R. Human dignity and human rights as a common ground for a global bioethics. *J Med Philos* [Internet]. 2009 [acesso 17 jun 2019];34(3):223-40. DOI: 10.1093/jmp/jhp023

Participação dos autores

Ambos os autores conceberam a pesquisa. Telma Rejane dos Santos Façanha elaborou e redigiu o manuscrito. Volnei Garrafa colaborou com revisão final do artigo.

Correspondência

Telma Rejane dos Santos Façanha – Universidade de Brasília. Campus Universitário Darcy Ribeiro. Faculdade de Ciências da Saúde. Cátedra Unesco de Bioética. Caixa Postal 04451 CEP 70910-900. Brasília/DF, Brasil.

Telma Rejane dos Santos Façanha – Doutoranda – telmarejane68@gmail.com

 0000-0001-9445-3147

Volnei Garrafa – PhD – garrafavolnei@gmail.com

 0000-0002-4656-2485

Recebido: 23. 1.2018

Revisado: 10.10.2018

Aprovado: 15. 4.2019