

Texto Referência: “Cuidado de enfermagem, ética e inovação”

Rosemary Silva da Silveira ¹

Valéria Lerch Lunardi²

O mundo moderno possibilitou aos seres humanos um elevado acúmulo de conhecimentos, avanços tecnológicos e informações por meio de um fluxo intenso de capitais, produtos, transformações; produzindo a exclusão e a marginalização, em decorrência de um modelo econômico que tem privilegiado o acúmulo de riquezas por meio de relações de produção e de inovações: “mercantilizam-se a vida e as relações humanas mediante um processo de globalização que tem como objetivo a integração de mercados consumidores e produtores” (AHLERT, 2003, p.27; DINIZ, 2001).

A sociedade, nesta época de complexidades, vem passando por múltiplas transformações e a ciência vem se desenvolvendo de um modo extremamente rápido, sem que as implicações éticas destes avanços sejam suficientemente discutidas e analisadas. De modo semelhante, “a incorporação tecnológica no campo da saúde vem sendo feita muitas vezes, de forma acrítica”, sem avaliar sua eficácia, sua efetividade e eficiência, o que pode reproduzir uma aguda crise de qualidade e de valores (SCHRAMM & ESCOSTEGUY, 2000, P.952).

Neste momento, em que se verifica um vertiginoso avanço no desenvolvimento da ciência e no processo de globalização, em que as conseqüentes mudanças atingem os mais diversos âmbitos da sociedade, como, então, o trabalhador de enfermagem pode situar-se, ocupar seu espaço e exercer sua autonomia para prestar um cuidado com qualidade, fortalecendo o campo de conhecimento próprio da enfermagem? Como estabelecer o que é ético e o que não é?

¹ Enfermeira. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande- FURG. Doutora em Enfermagem da UFSC. Membro do NEPES e do GIATE. Rua Lino Neves, 677 - Bairro Salgado Filho - Rio Grande/RS, Fone: (53) 3232 1740 . E-mail: anacarol@mikrus.com.br.

² Enfermeira. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Doutora em Enfermagem da UFSC. Membro do NEPES.

É nesse ambiente de grandes transformações, complexidades e sentimentos contraditórios que emerge a relevância da bioética, que etimologicamente significa ética da vida. A bioética aponta “o conjunto das reflexões e trocas, das decisões e normas, implicando estruturas institucionais de Comitês e difusão midiática, visando às condições de melhor procedimento técnico e ético almejando proteger a vida humana, restabelecer ou fortificar a saúde, labutar para otimizar as condições ecológicas, ambientais, para os indivíduos e as coletividades” (LEPARGNEUR, 2002, p. 102).

Nesta época de mudanças e incertezas crescentes que se atravessa, torna-se mais premente a necessidade de buscar novas formas de agir e de pensar tanto para a produção de novas tecnologias quanto para avaliar a performance da tecnologia, na qual “o objeto primário da avaliação da qualidade é o cuidado (ou assistência)” (SCHRAMM & ESCOSTEGUY, 2000, P.953).

Trabalhadores, cotidianamente, enfrentam situações dilemáticas referentes às tomadas de decisão quanto ao *que fazer como fazer, porque fazer ou não fazer*, que podem ter inúmeras implicações éticas tanto para si próprias, quanto no que se refere aos gastos públicos com os serviços de saúde, bem como, nas mudanças esperadas no estado de saúde dos usuários e na qualidade do cuidado prestado.

Estudos que abordam questões éticas relacionados ao uso de tecnologias, predominantemente, tratam dos dilemas e implicações vivenciadas nos ambientes de “terapia intensiva”, de aplicações de tecnologias e de inovações de “alta complexidade”, de “aplicações de tecnologias genéticas e de reprodução assistida” (SCHRAMM & ESCOSTEGUY, 2000, p. 956). Questões éticas também dizem respeito aos “problemas éticos encontrados na tomada de decisão perante os usuários e/ou famílias”, decorrentes de divergências entre os profissionais da equipe, da falta de participação “dos usuários nos processos de decisão acerca de sua saúde e, ainda, de rotinas administrativas que potencializam tais problemas” (ZOBOLI & FORTES, 2004, p. 1692).

A maioria das publicações encontradas na literatura refere-se ao caráter “técnico” e “científico” das tecnologias, baseadas em “evidências

científicas”, sem uma ênfase “às motivações morais e as repercussões sociais dessa atividade” (SCHRAMM & ESCOSTEGUY, 2000, p. 956).

Nesse sentido, a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S), parte da Política Nacional de Saúde, alicerçada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inclui como competências do SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação. O SUS fundamentado em princípios como a universalização do atendimento à saúde, a descentralização de ações, a equidade no acesso aos serviços enfoca o atendimento integral à saúde da população e sua participação no controle social (BRASIL, 2008; LABRA, 2005).

A aplicação desses princípios do ponto de vista da ciência e da tecnologia “deve corresponder ao compromisso político e ético com a produção e apropriação de conhecimentos e tecnologias que contribuam para a redução das desigualdades sociais em saúde, em consonância com o controle social” (BRASIL, 2008, p. 5).

Assim, o processo de inovação como consequência do acúmulo de conhecimentos pode ser questionado, pois existe uma baixa utilização do conhecimento produzido, o que parece contribuir e não dar conta de uma “visão ampliada dos campos do saber científico e tecnológico aplicados à saúde”, sobretudo no que se refere a “escassez de centros de excelência, profissionais e instituições capacitados para a gestão de processos de inovação que se ajustem às exigências de qualidade e segurança dos órgãos reguladores” (BRASIL, 2008, p. 8).

Nesse íterim, os efeitos sociais das inovações tecnológicas dependem dos sistemas de valores morais e políticos e “as implicações éticas da incorporação tecnológica vão desde as questões relativas à licitude moral das tecnologias em si” e podem estar também relacionadas à ponderação da relação entre “os indicadores dos cuidados (meios) e, apenas de forma indireta, a qualidade do cuidado (os fins)”, pois as implicações morais podem ser “resultantes de seu acesso reduzido e da perda de efetividade” dos investimentos tecnológicos, os quais podem ser utilizados e não atingir os resultados esperados (SCHRAMM & ESCOSTEGUY, 2000, P.953, 954 e 956).

Nessa perspectiva, a necessidade de avaliar a qualidade dos

investimentos tecnológicos, do cuidado e de vida dos usuários possui uma relevância moral. O conceito de qualidade é repleto de valores sociais e subjetivos, englobando, ainda, uma multiplicidade de fatores como modalidades de acesso, eficiência, efetividade, equidade, custos e satisfação dos usuários (SCHRAMM & ESCOSTEGUY, 2000). Do mesmo modo, pode-se dizer da necessidade de investimentos e esforços, na área da Enfermagem, para a produção de tecnologias de cuidado e de gerenciamento do cuidado, como expressão de compromisso com a profissão e sua sustentabilidade.

Ainda, parece ser imprescindível a interiorização de valores morais, por parte dos trabalhadores da saúde, e da enfermagem em particular, para guiar a sua compreensão de mundo e de si próprios e servir de parâmetros para avaliar, julgar as ações frente ao que pode, ao que deve, ao que não pode e ao que não deve ser realizado, podendo sustentar tomadas de decisões e ações em relação ao cuidado a ser prestado e ao necessário desenvolvimento de tecnologias de cuidado. Nessa concepção, "cuidar significa gostar de, ter um compromisso emocional com e ter disposição para agir em benefício das pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 106).

Parece fundamental, portanto, para favorecer e alcançar as mudanças desejadas, a priorização de estudos e pesquisas em inovações tecnológicas que qualifiquem as ações de cuidado, produza bem-estar, mecanismos para superação das desigualdades sociais, maior participação dos usuários no controle social, assim como para a própria difusão dos avanços tecnológicos e inovações.

Referências do texto base:

AHLERT, Alveri. *A eticidade da educação: o discurso de uma práxis solidária/universal*. Ijuí: Unijuí, 2003.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p.

DINIZ, D. As fronteiras da pesquisa antropológica: Ética, Autonomia e Tráfico de Órgãos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (1): 215-219, jan-fev, 2001.

LABRA, M.E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Greschman S, Elder FC. *Saúde e democracia*. Ed. Fiocruz. 2005, 404p.

LEPARGNEUR, H. Alguns conceitos bioéticos fundamentais. *Revista O mundo da saúde*, São Paulo 2002 jan/mar; 26(1):101-108.

ZOBOLI, E. L. C. P; FORTES, P. A. C. Bioética e Atenção Básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (6): 1690-1699, nov-dez, 2004.