

(Des)informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais*

(Mis)information in health services in times of COVID-19 pandemic: an ethical issue and a skewed request to the work of social workers

Maurílio Castro de Matos**

Resumo – O artigo reflete sobre os desafios éticos que a pandemia da Covid-19 evidencia. No contexto de uma doença provocada por um vírus, que ainda não possui cura e nem vacina para todas as pessoas, a luta pelo acesso aos serviços de saúde e direito a vida é uma questão ética. No trabalho nos serviços hospitalares, nos tempos da pandemia, têm surgido requisições de cunho administrativo e burocrático para o trabalho de Assistentes Sociais, que gravitam em torno do direito a informação. Tal questão, ainda que não seja na sua maioria, de competência desses profissionais, expressa uma requisição ética posta para o trabalho coletivo em saúde.

Palavras-chave: covid-19; saúde, serviço social; ética; informação.

Abstract – This article reflects on the ethical challenges brought about by the COVID-19 pandemic. In the context of a disease caused by a virus, which still has no cure or vaccine for everyone, the struggle for access to healthcare services and the right to life is an ethical issue. At work in hospital services, in pandemic times, administrative and bureaucratic requests for social workers have arisen that revolves around the right to information. Such an issue, even though it is not, for the most part, within the competence of these professionals, expresses an ethical question posed to the whole of healthcare workers.

Keywords: COVID-19; healthcare; social work; ethics; information.

* Uma versão preliminar desse texto foi socializada em 11 de agosto de 2020, em versão mimeo, como parte da atividade de assessoria do projeto de pesquisa e extensão *Pela Saúde da Uerj*, para trabalhadores/as e militantes da saúde. Para essa publicação foram realizadas diversas atualizações.

** Assistente Social. Professor da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social/Pela Saúde. Mestre (UFRJ) e doutor (PUC-SP) em Serviço Social. Pós-doutor em Política Social (UnB). Pesquisador do CNPq. E-mail: mauriliomatos@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2425-9802>

O medo do contágio, as reduções de salários, a discussão absurda de prioridades para o uso de UTI, o número de mulheres violentadas em seu domicílio, as vizinhanças que ameaçam profissionais de saúde, as falas amedrontadoras do presidente de naturalização das mortes, os bares cheios com pessoas aglomeradas e sem máscaras, a negociação do setor empresarial para a compra de vacinas, os critérios para as prioridades quando da vacinação e muitos outros exemplos mostram que, seja “pela janela do quarto, / pela janela do carro / pela tela / pela janela”¹, desde que a pandemia do novo coronavírus surgiu tem sido a ética um assunto permanentemente discutido.

Para uma vida em sociedade, é necessária a instituição de parâmetros de convivência, o estabelecimento do que pode ser feito, do que é legítimo, do que é justo; enfim, do que é socialmente definido como adequado naquela cultura e naquele momento histórico. A moral surge aí. Logo, é construção humana e histórica, portanto está em movimento.

É no processo de humanização, quando homens e mulheres transformam a natureza para dar resposta às suas necessidades, que esses seres desenvolvem um conjunto de potencialidades: a teleologia (capacidade de projetar idealmente uma ação que ainda vai ocorrer ou que está em processo), a linguagem (como o trabalho, sempre é coletiva, então se faz necessário o intercâmbio entre os seres), a liberdade (a possibilidade da realização de escolhas), a moral (ao ser o trabalho coletivo, homens e mulheres vivem juntos não mais apenas por instinto, mas sim em sociabilidade, e para isso precisam estabelecer parâmetros de convivência, sendo a liberdade a matéria da moral), dentre outras. Todas essas potencialidades exemplificam a diferença da evolução dos homens e mulheres em relação aos outros animais.

Nesse processo, esse ser, em constituição pelo trabalho, é dotado da consciência de pertencimento à humanidade, é o “ser social”. Tal consciência, como se vê, não surgiu abstratamente; ao contrário, foi construída material e processualmente, em determinadas condições objetivas.

São as potencialidades humanas, para Heller (1992), a essência humana. O ser social na sua plenitude. Como adverte a autora: “A essência humana, portanto, não é o que ‘esteve sempre presente’ na humanidade (para não falar mesmo de cada indivíduo), mas a realização gradual e contínua das *possibilidades* imanentes à humanidade, ao gênero humano” (HELLER, 1992, p. 4 – grifo original). Assim, a essência humana não tem sua origem numa concepção abstrata ou irracional do ser. É fruto das suas capacidades humanas, originadas pelo intercâmbio com a natureza.

Nessa direção, cabe ressaltar que a moral também surge de um problema real, do processo de humanização. A constituição de valores, e consequentemente dos seus antônimos, os desvalores, são projeções ideais

¹ Trecho da música *Esquadros*, composta por Adriana Calcanhotto em 1992.

dos seres, que visam a orientar a ação humana. Por essa lógica, a moral em si não é conservadora, uma vez que é “apenas” uma estratégia de convivência em sociedade, onde se estabelecem códigos de convivência.

Barroco (2008) considera que a moral se objetiva fundamentalmente com duas características. Uma refere-se à constituição de um “sistema normativo reprodutor dos costumes”; outra, “como conexão entre motivações do indivíduo singular e exigências éticas humano-genéricas” (BARROCO, 2008, p. 59).

Na sociedade de classes em que vivemos, homens e mulheres, para a naturalização da desigualdade de classes, não podem se ver como sujeitos de suas vidas. De alguma maneira não são, uma vez que não se identificam naquilo que constroem. O trabalho alienado – aquele em que homens e mulheres vendem, para sobreviver, a sua força de trabalho a fim de produzir algo alheio à sua necessidade e do qual não dominam o processo como um todo; além disso, o resultado não lhes pertence – gera um estranhamento do sujeito sobre as suas potencialidades humanas. Afinal, o “trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma *mercadoria*, e isto na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral” (MARX, 2004, p. 80 – grifo original).

Assim é que, na sociabilidade capitalista, a moral – como conjunto das habilidades humanas, das quais enumeramos algumas – está distante das potencialidades humanas, e por isso é reduzida apenas a um conjunto de normas que devem ser seguidas. Isso porque, em “geral a questão de o homem estar estranhado do seu ser genérico quer dizer que um homem está estranhado do outro, assim como cada um deles [está estranhado] da essência humana” (MARX, 2004, p. 86). Frases como “foi assim, sempre será” buscam apequenar as pessoas das suas possibilidades de escolhas, sendo funcionais às necessidades da acumulação capitalista.

A moralidade conservadora capitalista, extremamente cruel para quem sofre com as suas normas, a classe trabalhadora na sua heterogeneidade e diversidade, não é estática. Muitas contestações na história, vitoriosas ou derrotadas, expressam que pode e deve ser questionada a moralidade funcional à sociabilidade capitalista. Já a ética envolve uma reflexão teórica livre sobre a moral, que visa a afirmar o humano genérico, que é o ser na sua potência, ou a sua essência humana, nos termos de Heller (1992), que se originou pelo trabalho criativo. Por isso, afirma Barroco (2001) que o fundamento da ética é o ser social, o ser que se constituiu pelo trabalho.

A ética, assim como a cultura grega e as crianças, aos nos indagar “por quê?”, possibilita desvelar o arcaico da moralidade conservadora capitalista. Claro que estamos nos referindo a uma determinada ética, aquela que não se conforma com a sociedade de classes e visa não apenas a criticá-la, mas a superá-la. Estamos falando da ética marxista, especialmente da contribuição seminal de Lukács (2013) e seguidores/as. Nessa concepção,

naturalmente, a ética é materialista. Os valores não estão apenas na cabeça das pessoas, pois se materializam nas respostas que essas dão no dia a dia do seu agir. Por isso, toda ação tem uma dimensão ética, ainda que algumas sejam insignificantes para a vida deste ou desta ou para a humanidade.

Homens e mulheres na vida cotidiana tomam muitas decisões. Estas se dão, em geral, a partir das alternativas existentes em resposta às necessidades do momento. Tais decisões podem ter pouca relevância (dormir mais e não tomar o café da manhã, por exemplo) ou podem ser vitais para a história (como denunciar uma ação racista). Escolhas mais complexas, em geral, exigirão uma reflexão mais aprofundada. Cada vez que nos posicionamos sobre algo em detrimento de outro, estamos agindo eticamente. Somos responsáveis por essa escolha, pois, ao optar por “a” e não por “b”, não saberemos como seria o resultado se a escolha fosse o contrário. Porém, seja qual for o nível de complexidade, a escolha será um exercício da liberdade e uma expressão aproximada da consciência daquele/a que age.

Conforme afirmamos inicialmente, a pandemia da Covid-19 tem gerado uma ebulição de debates éticos, porque neles estão postos temas, que são valores éticos, costumeiramente referendados na sociedade em que vivemos: direito à vida, à saúde e ao trabalho, bem como valorização da ciência em detrimento do obscurantismo, os direitos humanos etc. Esses assuntos estão nas ruas, ou melhor, nas telas e nas janelas, uma vez que em tempo de distanciamento social esse tem sido o contato com o mundo, pelo menos para aqueles/as que assim podem ficar nos seus domicílios. Recuperam temas que já foram discutidos em momentos anteriores da humanidade, ao mesmo tempo em que emergem outros vinculados diretamente com a realidade atual.

Antecedentes do debate sobre ética na saúde

Na história, a preocupação com a dimensão da ética na saúde tem sua origem no final da Segunda Guerra Mundial, com a divulgação dos experimentos nazistas nos campos de concentração². Cabe, ainda, lembrar que, durante a mesma guerra, o Japão também usou armas biológicas na ocupação da China e da Coreia. A diferença é que atingia a sociedade civil, propiciando epidemias e gerando uma guerra biológica. Com o fim da guerra, iniciaram-se os julgamentos dos crimes de guerra e, posteriormente, foi promulgado, em 1947, o “Código de Nuremberg”.

Durante algum tempo, manteve-se a compreensão de que a violação dos direitos dos sujeitos nas pesquisas se dava apenas em contextos de guerra. No entanto, na década de 1960, vieram à tona, nos Estados

² Estamos tratando do fenômeno como expressão na história, pois, provavelmente, é possível que tenha havido pessoas que, anteriormente, se preocupavam com a ética na saúde. Por exemplo, Hipócrates, na Grécia Antiga, já se manifestava preocupado com a mercantilização da prática médica.

Unidos, várias denúncias. Destas, traremos como exemplos duas, que tiveram ampla repercussão. A primeira foi a divulgação do artigo *Eles decidem quem vive, quem morre*, da jornalista Shana Alexander, na revista *Life*, em 1962, que relatou o caso do “comitê de Seattle”, composto na sua maioria por leigos da medicina. Nesse caso, em virtude da incapacidade do recém-inaugurado serviço de hemodiálise de atender a totalidade de pacientes renais crônicos, os critérios de seleção de atendimento foram delegados aos seus componentes (DINIZ; GUILHEM, 2006; MELO, 2009).

A segunda foi o artigo escrito em 1966 por Henry Beecher, em *Ethical and clinical research*, que estudou 50 relatos de pesquisas conduzidas nos EUA Pós-Segunda Guerra, tendo como análise as seguintes seções dos artigos: objetivo da pesquisa, população envolvida, financiadores e resultados. Destes, o autor identificou que 22 relatos de pesquisa – todos extraídos de fontes de referência, financiados por instituições do governo e companhias de medicamentos – tinham como participantes da pesquisa internos em presídios e instituições asilares, crianças com deficiência mental, idosos com demência etc., enfim, pessoas vulneráveis e com dificuldades de assumir uma postura ativa frente à equipe de pesquisa (GUILHEM; DINIZ, 2008; MELO, 2009).

No início dos anos 1970, foi publicado o livro *Bioética: uma ponte para o futuro*, de Van Rensselaer Potter, que se tornou um marco histórico, ainda que haja alguma polêmica sobre quando o termo bioética foi empregado pela primeira vez. Nos textos do livro de Potter já estão presentes a importância de associar o conhecimento biológico com os valores humanos (DINIZ; GUILHEM, 2006; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

Contudo, no decorrer da década de 1970 houve uma nova onda de denúncias de diversas pesquisas, a exemplo do emblemático Estudo Tuskegee, que se trata de uma pesquisa realizada com 600 homens negros do Alabama, entre 1932 e 1972, com o objetivo de conhecer o ciclo natural da sífilis. Metade dos homens recebeu uma medicação e outra metade placebo. Mesmo com a descoberta da penicilina, dez anos depois, o estudo não foi interrompido. Quando do seu término, havia apenas 74 sobreviventes (GUILHEM; DINIZ, 2008).

A divulgação dessas pesquisas reabriu o debate nos Estados Unidos, sendo instituída a Comissão Nacional para Proteção dos Sujeitos Humanos em Pesquisas Biomédicas e Comportamentais, que publicou o *Relatório Belmont*, em 1978. Esse documento propõe três princípios para nortear a pesquisa: respeito pelas pessoas, compreendendo que os indivíduos são autônomos e devem ter liberdade e independência; beneficência, com vistas a maximizar os benefícios e não causar danos; e justiça, com a igual distribuição de riscos e benefícios.

No final da década de 1970, foi publicado o livro *Princípios da ética biomédica*, escrito por Tom Beauchamp, filósofo (que participou da

comissão de Belmont), e James Childress, teólogo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). Esse texto amplia os princípios para: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. O livro é considerado a gênese da teoria principialista, uma referência para a emergência da bioética (GUILHEM; DINIZ, 2008; GARRAFA; MARTORELL; NASCIMENTO, 2016).

A partir daqui estão postas as bases para a bioética, muitas vezes reduzida apenas à abstrata concepção principialista, expressa no *Relatório Belmont*, bem como no livro de Beauchamp e Childress (2002). Cabe ressaltar que a antiga Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, datada de 1996, ao regular a ética em pesquisa com seres humanos no Brasil também se pautava na concepção principialista³ (BARROCO, 2005; MELO, 2009).

No entanto, a preocupação de refletir eticamente sobre os desafios postos na assistência em saúde e na pesquisa com seres humanos pode ser desenvolvida a partir de diferentes concepções éticas, o que, aliás, tem sido a tônica dos rumos da bioética na atualidade. Por exemplo, Diniz e Guilhem (2006) indicam a pertinência da construção de uma bioética feminista, e Garrafa, Martorell e Nascimento (2016) apontam a importância de uma bioética que pense o Sul-Sul, na linha de uma discussão decolonial inspirada em Aníbal Quijano.

De fato, a origem da bioética e o seu desenvolvimento são atravessados por uma perspectiva estadunidense e eurocêntrica, marcada por intentos de universalizar uma dada perspectiva de análise para fenômenos e realidades tão diversos. Assim, concordamos com as críticas ilustradas acima. No entanto, também agregamos a elas algo que para nós é fundante, que é a concepção ético-política e teórica para se pensar os fenômenos que a bioética se propõe a desvelar. Entendemos que, para tal, faz-se necessário o recurso a uma concepção que faça a crítica radical, no sentido de ir às raízes, para análise desses ditos fenômenos. Como estes não estão soltos no espaço, mas são produtos históricos, entendemos que somente uma perspectiva crítica, como o marxismo, pode possibilitar essa radicalidade.

A tradição marxista, que significa o debate para além de seus autores seminais – Marx e Engels –, existe há mais de um século. Entretanto, uma reflexão sobre a ética marxista é relativamente recente. Em 1969, numa entrevista concedida a Leandro Konder, publicada no *Jornal do Brasil*, Gyorgy Lukács chamou atenção para a urgência da construção de uma ética marxista. Tal demora se deu, em nossa opinião, devido ao aprisionamento do pensamento dessa tradição na experiência do socialismo soviético. Afinal, não se pode fazer o debate da ética sem o exercício da liberdade (MATOS, 2013). Cumprindo o chamamento para a sistematização de uma ética marxista, Lukács escreveu a *Ontologia do ser social*, que se trata de

³ Tal resolução foi substituída pelas resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Fruto de um longo debate que resultou numa perspectiva de ética em pesquisa mais pluralista (BRASIL, 2012; 2016).

um salto na construção de uma ética marxista. As suas elaborações e de outros/as intelectuais, no que se convencionou chamar da Escola de Budapeste, são fundamentais.

Hoje, existe já uma alargada contribuição na esteira de Lukács, a exemplo de vários/as pensadores/as estrangeiros/as e brasileiros/as. Entendemos que as ideias do autor da *Ontologia do ser social* e dos/as que seguiram nessa perspectiva podem ser importantes como veio de análise das questões postas para a bioética. É nessa direção que consideramos importante o aprofundamento de reflexões que articulem o pensamento decolonial, a defesa da diversidade humana e a ética marxista.

Assim, a bioética é um campo que busca entrelaçar uma análise ética dos fenômenos postos na saúde e na vida, num sentido mais amplo, da humanidade. Se vivemos numa sociedade de classes, marcada pela contradição central de que uma determinada classe (capitalista, burguesa) explora outra (trabalhadora), os fenômenos que envolvem a luta pela vida e pela saúde não estão fora dessa contradição. Ao contrário, são determinados por essa sociabilidade. Portanto, somente uma ética desveladora, a ética marxista, poderá desvendar os fenômenos que a bioética se propõe a analisar e responder⁴.

No início deste texto realizamos ponderações sobre a ética; essas foram realizadas a partir da nossa leitura da proposição lukácsiana em diálogo com outras autoras, em especial, Agnes Heller (1992) e Lúcia Barroco (2001; 2008). Assim, o fio condutor da nossa discussão aqui é esse fio vermelho da ética marxista, que entendemos ser útil – melhor seria dizer necessário – na análise dos fenômenos que a bioética se propõe a desvelar, bem como para os desafios postos também para o Serviço Social.

Se começamos esse texto afirmando que no contexto da pandemia têm sido discutidos cada vez mais assuntos éticos, não temos dúvidas de que no trabalho em saúde – seja na assistência, na pesquisa etc. – tais conteúdos se impõem como exigência. No momento, talvez a melhor expressão seja sobre a condução das pesquisas e a distribuição das vacinas contra a Covid-19, a exemplo dos debates referentes à liberdade dos sujeitos em participarem das pesquisas, à autonomia dos Estados nacionais na condução da pesquisas, ao acesso universal às vacinas, ao direito sobre a quebra de patentes, à existência de um plano de vacinação, ao estabelecimento de critérios etc.

No entanto, como o presente texto pretende contribuir para o trabalho de assistentes sociais, privilegiaremos, daqui para frente, reflexões sobre os desafios éticos que estão postos diretamente ao exercício desses

⁴ Ressaltamos reflexões que buscam esse entrelaçamento. Barroco (2005; 2009) critica a bioética principialista e indica, com ilustrações do Código de Ética, como a ética marxista pode contribuir para a bioética. Já Melo (2009) ressalta que a preocupação com a bioética não deve ser apenas para os assistentes sociais que trabalham na saúde, já que ela trata de questões importantes para quaisquer espaços de trabalho que lide com esses dilemas.

profissionais que trabalham na área saúde em tempos de pandemia da Covid-19.

Questões éticas no cotidiano de trabalho de assistentes sociais na saúde durante a pandemia da Covid-19

Assistentes sociais que trabalham na área da saúde vêm informando sobre reiteradas requisições de cunho burocrático-administrativo formuladas por gerentes e colegas de trabalho. Tais requisições, quando exemplificadas, gravitam, em geral, em torno das seguintes questões: informações para familiares ou amigos/as sobre quadro clínico, informe sobre a transferência de unidade de saúde, comunicação de evasão de pessoas que estavam internadas, solicitação para que familiares compareçam à unidade a fim de que sejam informados sobre óbito ou a própria comunicação de óbitos. Todos os exemplos referem-se à informação, uma questão que tem se mostrado confusa ou escassa na realidade de quem acompanha a internação de alguma pessoa, uma vez que, pelas características da Covid-19, não se tem podido fazer o acompanhamento, e as visitas, em geral, foram suspensas.

Possivelmente, em virtude da nova rotina imposta pelas características do tratamento da Covid-19, bem como pela intensificação da força de trabalho com o avolumar de atendimentos (em consequência da pandemia), muitas vezes não há um fluxo estabelecido para a prestação de informações para familiares e amigos/as dos/as usuários/as em tratamento de saúde. Nesse contexto turbulento, tem havido, em algumas instituições hospitalares, uma tendência de associar a resposta a esse problema (a necessidade de informar familiares e amigos/as sobre a situação de saúde) como uma “contribuição” de assistentes sociais.

Porém, isso não costuma ser tratado como algo da competência de assistentes sociais, mas como uma “colaboração” nesse momento tão específico. Ou, num discurso mais elaborado: faz-se necessário o acolhimento aos familiares e amigos/as que buscam informações ou que receberão notícias desconfortáveis, tristes, e, na atual estrutura do trabalho coletivo em saúde, seriam os/as assistentes sociais os/as melhores profissionais para garantirem esse acolhimento.

O problema da desinformação existe e é sério. Não se pode negar o quanto é sobre-humano conviver com alguém que está passando por um tratamento de saúde mas que não pode receber visitas, e ainda mais tendo pouca ou nenhuma notícia sobre o tratamento. Se essa pessoa está em estado grave, tal situação se complexifica, uma vez que ela está sozinha e sem condições de exercer sua liberdade. De acordo com Berlinguer (2015, p. 220):

De fato, a liberdade substancial fica reduzida quando a doença predomina: a) porque o indivíduo normalmente fica impedido em uma ou mais das suas faculdades de decidir e de agir; b) porque a sua sorte é confiada a poderes estranhos, sobretudo se ele não é mais considerado, enquanto doente, um cidadão detentor de direitos; c) porque a doença quando é grave e persistente, freqüentemente lança o indivíduo (assim como as nações) para baixo, para um ciclo vicioso de uma regressão que pode se tornar irreversível.

Como abordado, o agir ético começou quando da sociabilização de homens e mulheres pelo trabalho, ao transformarem a natureza para dar resposta às suas necessidades, desenvolvendo capacidades fundamentais que os/as diferenciaram dos outros animais e que contribuíram para a evolução da espécie (MARX; ENGELS, 2007; LUKÁCS, 2013). Dentre essas capacidades, a linguagem e a moral nos interessam aqui para a reflexão.

Como o trabalho é fundamentalmente coletivo, foi necessário estabelecer uma comunicação entre esses seres; assim surge a linguagem⁵, para que se pudesse organizar aqueles que iriam à caça ou os que cuidariam dos víveres, as pessoas que iriam para a coleta ou as que cuidariam do plantio, os/as que protegeriam a aldeia, os/as que preparariam a refeição, os/as que cuidariam dos/as mais frágeis etc. Observamos que, nesses exemplos, todas as questões indicam valor de algo em relação a outro. O trabalho criativo implica o desenvolvimento de várias capacidades do ser social, construídas pelos próprios homens e mulheres. Certamente, quando alguém se atrasava no regresso à aldeia, quem nela estava buscava informação para saber o porquê.

A vida na coletividade, seja criativa ou alienada, implica a necessidade de informação sobre determinada realidade e a comunicação entre os seres. Aqui, podemos ressaltar, com auxílio de Figueiredo (2018), que comunicar é mais que informar, pois requer uma troca e compartilhamento de informações com o outro. Desse modo, podemos dizer que o direito à comunicação é um direito humano.

Num momento de agravo da saúde de uma pessoa, a informação sobre ela se torna uma questão muito importante. Mais que isso, a possibilidade de se *comunicar* com a equipe de saúde sobre o quadro do paciente é fundamental, e os serviços de saúde possuem responsabilidade nessa questão. Ainda que as instituições hospitalares estejam lotadas e a força de trabalho esteja preocupada e tomada com o tratamento da Covid-19, não se pode pensar saúde de forma restrita, apenas como enfrentamento da doença. A concepção de saúde posta na legislação brasileira tem ampla aceção, e sabe-se que os determinantes sociais influenciam no processo saúde-doença.

⁵ “A linguagem é tão antiga quanto a consciência – a linguagem é a consciência real, prática, que existe para os outros homens e que, portanto, também existe para mim mesmo; e a linguagem nasce, tal como a consciência, do carecimento, da necessidade de intercâmbio com outros homens” (MARX; ENGELS, 2007, p. 34-35 – grifo original).

Mas, ao se colocar para o Serviço Social a atribuição da prestação das informações exemplificadas no início desse item, ou até mesmo a resolução do problema da (des)informação em geral, se reiteram duas características históricas do trabalho em saúde no contexto hospitalar e sua requisição ao Serviço Social: a primeira, despersonalização do sujeito dito como paciente, uma vez que este seja compreendido como se não tivesse uma vida antes e depois da internação, um ser reduzido, muitas vezes, ao problema de saúde. A segunda é responsabilizar, exclusivamente, assistentes sociais pelo estabelecimento de contato, pela necessidade de ser uma ponte entre a instituição hospitalar e os familiares e amigos/as da pessoa internada para tratamento de saúde (MATOS, 2013).

Conforme indica Costa (2000), o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema inconcluso, demandando enormes avanços e possuindo persistentes problemas que precisam ser superados. Desse modo, os profissionais de Serviço Social são requisitados para, no seu trabalho cotidiano, atuarem nas lacunas do sistema de saúde, estabelecendo, assim, os elos invisíveis do SUS. Pensamos que o achado de Costa (2000) nos ajuda a reconhecer que é, possivelmente, o Serviço Social a profissão que melhor conhece as necessidades da população usuária não respondida pelo SUS, uma vez que parte do seu trabalho é o atendimento a essa população em busca de orientações para resolução de problemas originados das lacunas do próprio sistema de saúde.

Assistentes sociais têm por objetivo na saúde identificar os aspectos econômicos, culturais, políticos e sociais que atravessam o processo saúde-doença, buscando para os seus enfrentamentos uma prática educativa emancipatória e a mobilização, quando existentes, dos recursos institucionais e comunitários (BRAVO; MATOS, 2004). Nessa direção está o compromisso, naturalmente, com a complementação do direito constitucional à saúde, conforme proposto pelo movimento sanitário. Entretanto, não é nenhuma profissão a responsável pela materialização de uma política pública.

Não são todas as “lacunas” do SUS espaços de atuação para os quais assistentes sociais são capazes de contribuir, pois para isso necessitam estar competentemente habilitados. Assim, as questões indicadas no início desse item – como comunicação de óbito, informe sobre quadro clínico, comunicado sobre a transferência de unidade de saúde ou comunicação de evasão de pessoas – colocam, inclusive pensando no direito humano à comunicação (que implica a troca, sendo mais que o repasse da informação), a manipulação de conhecimentos que não estão previstos na formação profissional de assistentes sociais; não é, portanto, de sua competência profissional.

Por trás dessas insistentes requisições está a compreensão de parte da gestão da saúde de que a população seja apenas um receptáculo de informação, não sendo necessário o intercâmbio de ideias. Expressa-se, dessa maneira, uma antiga reprodução de que saúde é matéria apenas para

os profissionais de saúde. Entretanto, saúde é um direito e a comunicação é parte da materialização desse direito, devendo ser prestada – a depender do conteúdo da informação – por profissionais competentes para tal.

Enfim, afirmamos que o acesso à informação sobre os procedimentos adotados nos serviços de saúde é um direito humano a ser garantido ao/à usuário/a, e, dependendo da sua capacidade de discernimento, estendido a familiares e amigos/as. Essa informação precisa ser garantida pelo serviço de saúde. Neste serviço, é engendrado um trabalho coletivo em saúde que visa à atenção à saúde, sendo composto por diferentes profissionais.

A comunicação a ser estabelecida deverá ser realizada por aqueles/as que, na divisão do trabalho, dominam em profundidade as informações que serão abordadas na referida comunicação. Portanto, está nítido que existem diferentes necessidades de comunicação sobre saúde e que cada uma delas poderá ser executada por profissionais que detêm o conhecimento, que é um reflexo da sua atribuição na divisão social e técnica do trabalho.

Assistentes sociais, por terem informações privilegiadas sobre as lacunas do SUS via amplo conhecimento sobre as condições de vida e de trabalho da população usuária, podem, como parte constitutiva do seu fazer profissional, apresentar proposições para o aprimoramento do serviço de saúde, ainda que não seja de sua responsabilidade a execução de determinadas atividades, como os exemplos elencados no início desse item. Tal concepção de Serviço Social tem respaldo nos *Parâmetros para atuação de assistentes sociais*, editado pelo CFESS (2010). Esse documento indica o trabalho de assistentes sociais em diferentes eixos na saúde para além do – necessário e fundamental – atendimento direto à população, prevendo também o trabalho de assistentes sociais na pesquisa, gestão, assessoria, planejamento, controle social democrático etc.

Por entendermos que a desinformação é um ponto nevrálgico na atualidade e a comunicação é um direito humano, pensamos que assistentes sociais, ao mesmo tempo em que não podem assumir atribuições que não constam nas finalidades da sua profissão, podem contribuir para que essa questão confusa sobre as informações seja encaminhada. A informação, como tratada, é muito importante, faz parte da sociabilidade humana e também da profissão, tanto que está inscrito no Código de Ética de assistentes sociais o compromisso com a socialização das informações. Essa socialização se dá, inclusive, em matérias nas quais não temos competências, a exemplo de quando orientamos sobre direitos sociais cuja operacionalização não é responsabilidade dos assistentes sociais.

Assim, está nítido que, ao ter contato com requisições de informação necessária para a população usuária que atendemos, além de orientação sobre onde acessar tais informações, podemos socializar essa re-

quisição aos empregadores e outros/as colegas de trabalho, tanto indicando um problema quanto apresentando alguma proposição.

Retomando os exemplos que abrem esse item, podemos pensar que mesmo sendo nítido que a maioria das informações seja da competência do profissional da medicina, a exemplo das informações referentes ao quadro clínico, transferências e óbitos, talvez a profissão possa apresentar – exatamente por conhecer de perto as condições de vida e trabalho da população – uma proposição para o enfrentamento desse problema, como apresentação de fluxos, melhores horários para contato, termos a serem priorizados, dentre outros. Agindo assim, o Serviço Social não ficará omissos frente a uma necessidade que lhe é conhecida dos/as usuários/as da instituição, e nem será incompetente ao assumir tarefas que só podem ser executadas na sua forma mais alienada (o repasse de informações).

Ainda assim, é possível haver, nos exemplos citados no início do parágrafo anterior, requisições da população usuária do Serviço Social e que devem ser atendidas pelos/as assistentes sociais (naturalmente com os cuidados de proteção e higienização que a Covid-19 exige), mas estas, pela sua natureza, são complementares. São também questões importantes, porque contribuem para a concepção ampliada de saúde.

Considerações finais

Conforme pode ser percebido, entendemos que todo agir humano encerra uma questão ética, já que, ao realizar escolhas, ainda que com diferentes níveis de complexidade, estamos exercendo a liberdade, substância do agir ético. Mais ainda, a pandemia da Covid-19 nos convida ao debate da ética, na medida em que põe na ordem do dia temas fundamentais para a nossa reprodução, que é a saúde e, no limite, a vida. Como não se vive no abstrato (e sim em determinada sociedade e em dado momento histórico), daí derivam questões como desigualdade social, preconceito, (não) acesso ao direito etc.

O contexto do atendimento nos serviços de saúde tem tido muitos problemas vinculados à pouca ou nenhuma informação sobre o quadro clínico de pessoas internadas. Ainda que o trabalho na saúde esteja bem tenso e intensa tenha sido a carga de trabalho, não se pode desmerecer tal questão. Assim, vinculando à defesa da concepção ampla de saúde e também buscando explicar o quanto a informação (e a comunicação) são partes intrínsecas das necessidades humanas, procuramos pensar que não se trata de um problema acessório: é uma questão que merece uma resposta do serviço de saúde.

A preocupação com o acesso à informação está presente desde as origens da bioética, tanto que o primeiro artigo do Código de Nuremberg (1947) afirma que, para a participação de pessoas em pesquisa, o

consentimento é absolutamente essencial. Para que haja o consentimento consciente, faz-se necessário o acesso à informação da forma mais ampla possível.

A comunicação também tem uma função muito importante para o Serviço Social, tanto que está inscrito no Código de Ética o compromisso de socialização das informações. Isso decorre de uma característica importante da profissão, sendo inclusive um componente intrínseco ao seu trabalho profissional, que é a dimensão educativa. O Serviço Social tem como instrumento de trabalho a linguagem, e esta tem em seu núcleo duro a informação, conteúdo da dimensão educativa.

Assistentes sociais podem, cotidianamente, construir, em conjunto com usuários/as, a dimensão educativa que os/as fortaleçam com vistas a ampliar sua percepção como integrantes da classe trabalhadora. Podem, também, apresentar proposições para o aprimoramento das políticas sociais e dos seus serviços. Desse modo, reconhecer a existência de um problema pode ser um passo importante para a apresentação de proposições elaboradas coletivamente em articulação com a dimensão investigativa do trabalho profissional. Isso, certamente, será mais relevante que assumir, ainda que em momentos atípicos de calamidade, atribuições para as quais não se tem competência profissional. Se tal ocorrer, quem se prejudicará, em primeiro lugar, serão os usuários das instituições em que trabalhamos, integrantes da classe trabalhadora.

Referências

BARROCO, M. L. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.

BARROCO, M. L. Reflexões sobre ética, pesquisa e Serviço Social. *Temporalis*, Brasília, n. 9, 2005.

BARROCO, M. L. *Ética: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo: Cortez, 2008.

BARROCO, M. L. Serviço Social e pesquisa: implicações éticas e enfrentamentos políticos. *Temporalis*, Brasília, n. 17, 2009.

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

BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Brasília: Editora UnB, 2015.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466 de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 510 de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). *Serviço Social e saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, 2004.

CFESS. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

CÓDIGO NUREMBERG. 1947. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_nuremberg.pdf. Acesso em: 01 jul. 2021

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 62, 2000.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. *O que é bioética*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

FIGUEIREDO, K. A. *Comunicação pública e assistência social: conexão entre direitos humanos e a democracia*. São Paulo: Biografia, 2018.

GARRAFA, V.; MARTORELL, L. B.; NASCIMENTO, W. F. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200442&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jul. 2020.

GUILHEM, D.; DINIZ, D. *O que é ética em pesquisa*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

LUKÁCS, G. *Para uma ontologia do ser social II*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Boitempo, 2007.

MATOS, M. C. *Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional*. São Paulo: Cortez, 2013.

MELO, L. M. C. *Bioética no exercício profissional do serviço social: uma análise sob a ótica da ontologia social de Marx*. Tese (Doutorado em Serviço Social) – PUC-SP, São Paulo, 2009.

DOI: 10.12957/rep.2021.60300

Recebido em 27 de novembro de 2020.

Atualizado em 03 de maio de 2021.

Aprovado para publicação em 18 de dezembro de 2020.



A Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.