

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SARAH LINS DE BARROS MOREIRA

**HISTÓRIAS CONTADAS A PARTIR DO USO DE TECNOLOGIAS DA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE COVID-19**

Maceió/AL
2023

SARAH LINS DE BARROS MOREIRA

**HISTÓRIAS CONTADAS A PARTIR DO USO DE TECNOLOGIAS DA
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas - PPGI/UFAL como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes.

Linha de Pesquisa 2: Saúde, Clínica e Práticas Psicológicas.

Maceió/AL
2023

Catálogo na fonte
Biblioteca Virtual da Unidade de E-Saúde/Gerência de Ensino e Pesquisa
Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
Universidade Federal de Alagoas/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Bibliotecária Responsável: Maria Isabel Fernandes Calheiros CRB4/1530

M838h Moreira, Sarah Lins de Barros

Histórias contadas a partir do uso de tecnologias da informação e comunicação em uma Unidade Covid-19 / Sarah Lins de Barros Moreira. – 2023.
91 f. : il.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.
Dissertação (mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 76-84
Anexos: f. 85-90.

1. Tecnologias da Informação e Comunicação (TICS). 2. Covid-19. 3. Sentidos. 4. Humanização da Assistência.

CDU 004.7: 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

SARAH LINS DE BARROS MOREIRA

Título do Trabalho: **HISTÓRIAS CONTADAS A PARTIR DO USO DE TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE COVID-19.**

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (PPGP/UFAL)

Examinadores:

Prof. Dr. Guilmer Brito Silva (HU/UFAL)

Profa. Dra. Telma Low Silva Junqueira (IP/UFAL)

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 02 de março de 2023.

Dedico a todos os/as usuários/as e familiares que ficaram internados/as, durante a pandemia, na Unidade Covid-19 do hospital lócus da pesquisa, assim como a todas/os as/os profissionais que fizeram parte da equipe da Unidade Covid e do Grupo de Trabalho de Humanização.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me mantido firme nesta jornada; a Ele, toda a honra e glória.

A mim mesma, por não ter desistido, mesmo nos momentos mais difíceis durante a pandemia de Covid-19. Trabalhando em dois empregos, consegui manter minha lucidez durante esse período de mestrado e não surtar, e por ter aprendido com cada experiência vivida durante as aulas, no grupo de pesquisa e no campo-tema.

Aos meus pais, Teogenes Augusto e Maria Madalena, e minha avó Miriam Lins, que sempre foram meu apoio, contribuíram na construção do meu caráter, me ajudaram a ter persistência e força de vontade para ir em busca dos meus sonhos. Obrigada por nunca me deixarem faltar nada. Serei sempre grata. Sem a ajuda da minha família, eu não seria nada na vida.

Ao meu filho querido, Paulo Augusto, pelo apoio e compreensão devido a minha ausência nessa trajetória profissional. Você é a fonte da minha força para buscar vencer na vida e te proporcionar o melhor.

Aos meus irmãos, Gabriel Barros e Thiago Augusto, que sempre estiveram presentes torcendo por cada conquista e incentivam minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional.

Às minhas tias Regina, Rose e Vivian, ao tio Carlos Augusto, às primas Alana, Adriana, Ananda e Luiza, aos primos André e Rodrigo, que de alguma forma me ajudaram e me incentivaram. Obrigada por terem acreditado em mim.

A todas as pessoas da minha família que me ensinaram a valorizar cada conquista e entender que a maior riqueza que eles poderiam me deixar era a possibilidade de estudar.

Aos meus gatinhos, Rick, Riana e Besouro por ajudarem na manutenção da minha saúde mental e encherem meu coração de amor e alegria nos dias difíceis.

Ao meu orientador, Jefferson de Sousa Bernardes, não só pela sua paciência e dedicação para comigo, mas também por ser essa pessoa humana e educador por excelência, detentor de uma trajetória no ensino e pesquisa inspiradora e de um vasto conhecimento que sempre está disposto a compartilhar. Vou considerá-lo sempre como meu mestre por sua sabedoria em me conduzir neste caminho da pesquisa.

Aos meus colegas de turma cuja troca e construções coletivas me possibilitaram um grande enriquecimento profissional e pessoal. Em especial, à minha amiga e companheira de trabalho e de turma Adriana Rêgo Lima Costa e ao meu amigo Luciano Domingues Bueno.

Às minhas colegas do Grupo de Pesquisa do Prosinha, que me ajudaram e ampararam durante esse período de produção da dissertação.

Às minhas queridas amigas e parceiras no trabalho e na vida Vanessa Ferry de Oliveira Soares e Maria Isabel Fernandes Calheiros. Juntas, somos mais fortes. Conhecidas como as Meninas Superpoderosas do hospital, elas estiveram comigo em todos os momentos de alegria e dificuldade desde o início do meu trabalho no hospital, me aconselhando e ajudando, buscando me dar forças e não me deixando desistir mesmo nas adversidades. Obrigada irmãs, que a vida me deu de presente! Amo vocês.

À toda a equipe multiprofissional da Clínica Pediátrica pelo apoio, pela contribuição e participação. Em especial, Rosimeire, Isabel, Betânia, Fernanda, Mabely, Kludson, Gustavo, Clessia, Dra. Lanusia, Conceição, Larissa e Kadja.

Às minhas companheiras da comissão de humanização, que lutam tanto junto comigo para implantar a PNH e melhorar a humanização na assistência do hospital.

Aos meus amigos do NASF-AP e à minha equipe do NASF-AP 02, Kaline, Joselia, Tobias e Kamila, sou grata por todo apoio, risos, tristezas e alegrias compartilhadas. Reconheço que nunca estive sozinha e que meu maior presente antes de qualquer conquista é a amizade de vocês. Muito bom trabalhar com pessoas maravilhosas e que admiro e quero muito bem. A todos/as da coordenação do NASF-AP, em especial Lúcia, Kelly e Berto, obrigada por todo o apoio e ajuda nesses três anos de mestrado.

Ao Grupo de Trabalho de Humanização na Unidade Covid-19 e às residentes Estefane e Rose, da Residência Multiprofissional do hospital, que desenvolveram um trabalho inovador e sensacional com as visitas virtuais e prontuários afetivos.

Gratidão aos/às profissionais e aos/às residentes que aceitaram participar da roda de conversa da pesquisa.

Às minhas estagiárias e meus estagiários de terapia ocupacional e psicologia, gratidão por tanta troca de afetos e conhecimento. “Aqueles que passam por nós não vão sós e não nos deixam sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós” (O Pequeno Príncipe). Vocês são especiais e torço muito por cada um.

Ao meu atual companheiro Tulio, seu colo é refúgio e seus carinhos combustível para continuar nessa jornada. Nossa convivência contribui para me tornar uma pessoa melhor e mais humana.

Agradeço, enfim, aos funcionários e professores do Mestrado Acadêmico em Psicologia da Ufal pelo suporte e os ensinamentos. Em especial, aos meus professores Marcos, Saulo, Marília, Simone e Sheila, gratidão pela troca e compartilhamento de tanto conhecimento.

*O cérebro eletrônico faz tudo
Quase tudo
Quase tudo
Mas ele é mudo*

*O cérebro eletrônico comanda
Manda e desmanda
Ele é quem manda
Mas ele não anda*

*Só eu posso pensar
Se deus existe, só eu
Só eu posso chorar quando estou triste
Só eu
Eu cá com meus botões de carne e osso
Eu falo e ouço...*

(Gilberto Gil)

RESUMO

Abordo, neste estudo, os sentidos produzidos a partir do uso de tecnologias para os processos comunicativos entre equipe, usuário/a, familiares e amigos/as durante o período de isolamento e da hospitalização em uma Unidade Covid-19 de um hospital público de ensino e assistência. Fundamento a pesquisa no Construcionismo Social, tomando como base de apoio a análise das práticas discursivas e produção de sentidos. Para tanto, recorri a uma roda de conversa para reunir os diálogos entre profissionais e residentes que integraram a equipe de humanização responsável pela realização de videochamadas para visita virtual. A partir de então, construí mapas dialógicos, visando identificar os repertórios linguísticos utilizados. A análise dos mapas apontou para três categorias: “Afetações”, “Desafios” e “Potencialidades”. Para além das categorias, recorri a algumas histórias contadas na roda ou nas conversas cotidianas com a equipe durante a realização das visitas virtuais. Os resultados me fizeram refletir sobre a importância da visita virtual para reduzir o isolamento social e promover a aproximação família-usuário/a como estratégia no suporte emocional durante o período de hospitalização. Através do uso da tecnologia, as pessoas internadas tiveram a oportunidade de receber o afeto e apoio da família, que contribuiu significativamente para sua recuperação, ajudando na elaboração do luto, diminuição da ansiedade, medo da morte e sensação de solidão numa situação de vulnerabilidade e melhora de seu quadro clínico. Constatei também que a equipe do Grupo de Trabalho de Humanização procurava levar em consideração nas práticas de cuidado a singularidade dos sujeitos. As histórias contadas também apontam para as diversas realidades atendidas, desde situações adversas até casos cômicos. A tecnologia dura passou a configurar um acesso à rede de afetos. Poder ver e conversar com familiares e amigos/as; manter vínculos; proporcionar o primeiro contato mãe-bebê; a esperança retomada por uma conversa após a extubação; uma avó que conheceu sua neta durante as visitas virtuais; e até mesmo a integração e o compartilhamento de notícias difíceis pertinentes à família durante o boletim médico. A boa aceitação do serviço de visita virtual e o ganho emocional alcançado por parte de pessoas internadas e suas famílias emergiram em diversos momentos no decorrer da pesquisa. Com a experiência da pesquisa, acredito ser necessário seguir com o uso da tecnologia de comunicação não só para a assistência de pacientes acometidos por Covid-19, mas ampliada para a proposta de implantação de um serviço de visita virtual permanente nos diversos setores hospitalares, em especial para pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva e usuários/as em precaução de contato internados/as nas clínicas. Sugiro que o tema siga sendo estudado em futuras pesquisas no contexto pós-pandemia.

Palavras-chave: tecnologia da informação e comunicação; roda de conversa; humanização da assistência; Covid-19.

ABSTRACT

In this study, I approach the meanings produced from the use of technologies for the communicative processes between the team, user, family and friends during the period of isolation and hospitalization in a Covid-19 Unit of a public teaching and care hospital. The research is based on Social Constructionism, based on the analysis of discursive practices and production of meanings. To do so, I resorted to a conversation wheel to collect the dialogues between professionals and residents who were part of the humanization team responsible for conducting video calls for virtual visits. From then on, I built dialogical maps, aiming to identify the linguistic repertoires used. The analysis of the maps pointed to three categories: “Affectations”, “Challenges” and “Potentialities”. In addition to the categories, I resorted to some stories told in the circle or in daily conversations with the team, during the virtual visits. made me reflect on the importance of virtual visits to reduce social isolation and promote family-user rapprochement as a strategy for emotional support during the hospitalization period. Through the use of technology, hospitalized people have the opportunity to receive affection and support from the family that contributed significantly to his recovery, helping to work through grief, reducing anxiety, fear of death and feeling lonely in a situation of vulnerability and improvement of his clinical condition. consideration in care practices the uniqueness of the subjects. The stories told also point to the different realities assisted ranges, from adverse situations to comic cases. Hard technology began to configure access to the network of affections. Being able to see and talk to family and friends, maintain bonds; provide the first mother-baby contact; hope resumed by a conversation after extubation; a grandmother who met her granddaughter during virtual visits; and even the integration and sharing of difficult news pertinent to the family during the medical bulletin. The good acceptance of the virtual visit service and the emotional gain achieved by hospitalized people and their families emerged at different times during the research care for patients affected by Covid-19, but expanded to the proposal to implement a permanent virtual visit service in the various hospital sectors, especially for people hospitalized in the Intensive Care Unit and users in contact precaution hospitalized in clinics. I suggest that the topic continues to be studied in future research, in the post-pandemic context.

Keywords: information and communication technology; conversation wheel; humanization of assistance; Covid-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Prontuário afetivo	71
Quadro 1 –	Resultado das buscas abordando o uso das TICs na assistência hospitalar	25
Quadro 2 –	Sentidos produzidos a partir dos repertórios	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
- CH – Comissão de Humanização
- EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EPIs – Equipamentos de Proteção Individual
- GT – Grupo de Trabalho
- IA – Inteligência Artificial
- ICFs – Formulários de Consentimento Informados
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PNH – Política Nacional de Humanização
- POP – Procedimento Operacional Padrão
- SIS – Sistemas de Informação em Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Teca – Território Encantado de Crianças e Adolescentes
- TI – Tecnologia da Informação
- TICs – Tecnologias da Informação e Comunicação
- Uasca – Unidade de Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes
- UC – Unidade Covid-19
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
- Ufal – Universidade Federal de Alagoas
- Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva
- UTIs – Unidade de Terapias Intensivas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	A HISTÓRIA QUE NINGUÉM NUNCA IMAGINO: O CONTEXTO DE UMA PANDEMIA.....	16
2.1	Projeto de humanização na Unidade Covid-19 – Implantação das visitas virtuais.....	18
3	AS HISTÓRIAS QUE LI: REVISÃO DE LITERATURA EM BASE DE DADOS.....	24
4	ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	31
4.1	Em que nos baseamos para contar essa história.....	31
4.2	Roda de conversa: contar e ouvir histórias.....	32
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
5.1	Compreendendo as histórias: análise das informações produzidas.....	36
5.2	Desfecho: entrando no mundo das histórias sem fim.....	37
5.2.1	As afetações no uso da tecnologia de informação e comunicação nas práticas de cuidado.....	37
5.2.2	Desafios no uso das tecnologias de comunicação enquanto prática humanizada em saúde em uma unidade hospitalar de tratamento da Covid-19.....	44
5.2.3	Potencialidades no uso das tecnologias de comunicação enquanto prática humanizada em saúde em uma unidade hospitalar de tratamento da Covid-19...	54
5.3	Histórias pra que te conto!.....	62
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
	REFERÊNCIAS.....	77

ANEXO A.....	86
ANEXO B.....	91

1 INTRODUÇÃO

Contar a minha história foi a maneira que encontrei para começar o processo de construção desta pesquisa. Durante muitos anos, hesitei em compartilhar histórias pessoais nas produções científicas, adotando um modelo impessoal e racionalista, com a valorização da objetividade, premissa da ciência hegemônica. Assim como bell books (1952-2021) também foi treinada para acreditar na neutralidade e que quem apoia uma história pessoal para defender uma ideia, ou produzir um conhecimento, jamais poderia ser acadêmica e/ou intelectual de acordo com o pensamento dominante na universidade. Sou grata por ter entrado no mestrado em Psicologia e estar desconstruindo tudo que aprendi com essa ciência moderna, dura e autoritária.

Desse modo, este estudo nasce da minha história permeada pela vivência na minha vida pessoal de mulher branca, cis, filha de pais divorciados, mãe solteira de um homem de 22 anos, recém-casada, amiga, trabalhadora da saúde, servidora pública de dois vínculos, um na área da saúde coletiva e outro no contexto hospitalar, cidadã, apoiadora da PNH e militante do SUS. Todas essas dimensões contribuíram de modo interseccional, na minha práxis como terapeuta ocupacional e na escolha do campo-tema. Meu percurso como profissional de saúde no Hospital Universitário começou na extinta Unidade de Reabilitação, que atualmente foi incorporada à Unidade Multiprofissional. Quando iniciei minha atuação como terapeuta ocupacional na Unidade de Atenção à Saúde de Crianças e Adolescentes (UASCA), contava com minha experiência de sete anos de exercício profissional em centros de reabilitação neurológica intervindo junto às crianças com deficiência e suas famílias. Há mais de 8 anos, quando lá assumi, meu primeiro desafio profissional foi buscar a humanização nos modos de cuidar nos setores da Clínica Pediátrica e Unidade Neonatal. Durante o ano que permaneci na Unidade Neonatal, tive meu primeiro contato com um projeto de extensão, o qual era voltado para a implantação do Método Canguru¹ na atenção humanizada ao/a recém-nascido/a prematuro/a e sua família, chamado “Amar é... Ser família Canguru”. No ano de 2016, consegui, apoiada pela minha chefia, direcionar minha prática profissional exclusivamente ao setor pediátrico e assim focar minha atenção e energia na implantação de ações de humanização na pediatria. Desse modo, junto à psicóloga do setor, desenvolvemos diversas atividades, entre estas, o início das atividades lúdicas em grupo com as crianças e oficinas terapêuticas com as acompanhantes no espaço do refeitório.

¹ O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do /a recém-nascido /a prematuro que implica colocar o/a bebê em contato pele a pele com sua mãe (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Nosso desafio iniciou-se em outubro de 2015 com a realização de uma campanha de doação de brinquedos junto à comunidade do hospital e seu entorno. Em 2016, a brinquedoteca ganhou seu próprio espaço físico e recebeu o nome de Teca – Território Encantado de Crianças e Adolescentes.

Durante esses anos, adentrei no universo das extensões universitárias para implementar o funcionamento da brinquedoteca, da classe hospitalar e estruturar as práticas de contações de histórias nesse hospital de ensino e assistência. Nesse ínterim, a compreensão de que o desenvolvimento da humanização no ambiente hospitalar perpassa pelo acolhimento das pessoas que estão em adoecimento e dos/as familiares fragilizados/as cada vez mais se arraigou na minha prática diária.

Durante minha trajetória profissional, assumi uma postura crítica que transgride o modelo biomédico de ciência tradicional, que ainda insiste na neutralidade, separando o pessoal-profissional. Defendo em meu cotidiano de trabalho no contexto hospitalar um compromisso em defesa da qualidade da atenção à saúde a partir das orientações políticas do SUS, da PNH e dos princípios que norteiam o SUS, que são: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade, equidade, clínica ampliada, acolhimento, preservação da autonomia e a garantia dos direitos (BRASIL, 1990).

A PNH foi constituída em 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, fazendo-se presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores/as trabalhadores/as e usuários/as. Ao promover a comunicação entre estes três grupos, a PNH pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013).

Com intuito de ampliar as ações de humanização para além da Clínica Pediátrica, ingressei no primeiro grupo para formação da Comissão de Humanização - CH do hospital, instituída pela Portaria nº 272 de 12 de setembro de 2016, de natureza técnico-científica permanente, regulamentada por um regimento interno. A Comissão de Humanização (CH) adota as seguintes diretrizes para todas as práticas de atenção e gestão: acolhimento, gestão participativa, valorização do/a trabalhador/ar e defesa dos direitos dos/as usuários/as.

No presente momento, de acordo com a Portaria-SEI nº 376/2022 a comissão de humanização deste hospital é composta por uma equipe multidisciplinar com 20 profissionais, sendo em sua maioria mulheres que atuam nas áreas de enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, nutrição, fisioterapia, biblioteconomia e uma ouvidora. A CH realiza reuniões mensais com registro das atas de presença e pautas, conforme previsto no regimento interno. Durante os anos de 2019 a 2022 atuei como presidenta eleita da comissão de humanização e nesses seis anos, a CH desenvolveu e apoiou diversas atividades de humanização realizadas dentro do hospital, inclusive três Seminários de Humanização em 2017, 2018 e 2019.

Em 2020, com o cenário caótico dos serviços de saúde durante a pandemia do coronavírus, nós, da comissão, enfrentamos mais um desafio no hospital: implantar ações de humanização na Unidade Covid-19 utilizando como ferramentas as tecnologias da informação e comunicação. Inaugurada em abril de 2020, esse novo serviço foi criado para atender aos casos graves e complexos suspeitos ou confirmados de infecção por coronavírus (SARS-CoV-2) no estado de Alagoas.

Assim, a PNH é tida como referencial transversal e que norteia as práticas humanizadas desenvolvidas no hospital público em questão, as quais visam contemplar os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade. As ações de humanização realizadas na Unidade Covid, utilizando como instrumento as tecnologias da informação e comunicação, possuem como principais diretrizes da PNH o acolhimento, a clínica ampliada e compartilhada, a garantia do direito do/a usuário/a e promoção de novas práticas de cuidado em meio à pandemia (BRASIL, 2004).

A motivação para apoiar a implantação da PNH no contexto hospitalar foi meu estranhamento como pesquisadora e profissional que a academia convencional constrói com a população, com os sujeitos da pesquisa ou com os/as “pacientes”. Ao entrar na universidade nos cursos da área da saúde, os princípios cartesianos enrijecem as relações, tornando-as frias e duras, focando os processos de trabalho no tecnicismo, no método ou na doença. É importante ressaltar a necessidade de problematizarmos essa academia os aspectos físicos/biológicos do sujeito, desconsiderando os aspectos sociais, culturais, emocionais, psíquicos e espirituais; isolando o sujeito e estudando seus fenômenos de forma fragmentada, distante do seu meio social e cultural, adotando uma postura autoritária, verticalizada e hegemônica.

Como no construcionismo², mantenho uma postura reflexiva (sempre me reinventando), proativa diante das realidades manicomial das instituições totais que me deparo nos serviços públicos. Minha inquietação e meu desejo de mudança me movem para a transformação das realidades desses ambientes de saúde, mobilizando o coletivo para desencadear as microrevoluções nessas instituições, gerando mudanças nos processos de cuidado e empoderamento dos/as usuários/as do serviço. Busco construir uma relação horizontal entre profissional/usuário/a/família através da comunicação verbal e não verbal, estabelecida pelo acolhimento, vínculo terapêutico, afetos e sensibilidade em perceber o contexto do/a usuário/a na sua totalidade, na tentativa de ofertar uma atenção integral à saúde. Como conseguir atuar/pesquisar sem produzir afetos, acreditando na suposta neutralidade científica?

Afinal, eu estou ali diariamente nesse campo-tema observando, escutando, atuando, cuidando. Muitas vezes trazendo comigo as emoções, angústias, dores, inquietações e anseios ali vivenciados.

² O conceito de construcionismo social será definido e explicado mais adiante no texto.

Por isso, não acredito na neutralidade no campo da pesquisa e no cuidado em saúde. A dedicação ao estudo desse tema e realização dessas práticas humanizadas no meu cotidiano são motivadas e alimentadas pelo amor à minha profissão, aos meus campos de atuação, aos/as meus/minhas colegas de trabalho, aos/às usuários/as que atendo e seus/suas familiares e, principalmente, ao que acredito, aos meus valores éticos e à minha ideologia política.

Portanto, o tema escolhido e a metodologia são opções dadas por me entender como uma pesquisadora ativa, que vivencia intimamente a realidade pesquisada. Atualmente, sinto a necessidade de aprofundar meus estudos com vistas ao fortalecimento dos princípios do SUS, principalmente para ações que apontem para a implantação da PNH nos serviços onde atuo como membra fundadora da Comissão de Humanização. Por acreditar na possibilidade de pensarmos e construirmos uma academia mais amorosa, com a não cisão da teoria-prática, sujeito-objeto, razão-afeto e uma ciência ética e politicamente implicada. Ciente da potência de estudar e escrever sobre um campo-tema que toca, marca e emociona, escolhi contar as histórias vivenciadas a partir do uso de tecnologia da informação e comunicação (TIC) como práticas humanizadas e os sentidos que foram produzidos dentro de uma Unidade Covid no contexto hospitalar como objeto da minha pesquisa de mestrado.

O interesse pelo tema desta pesquisa surgiu da minha experiência nas atividades do Projeto de Humanização na Unidade Covid de um hospital público do Nordeste e possui como temática central o uso das tecnologias da informação e comunicação no cuidado humanizado junto aos/as usuários/as e familiares da Unidade Covid. Tomei como objetivo geral compreender os sentidos produzidos a partir do uso de tecnologias para os processos comunicativos entre equipe, usuário/a, familiares e amigos/as durante o período de isolamento e da hospitalização neste setor. Os objetivos específicos foram: investigar as relações de acesso e uso de novas tecnologias da comunicação na instituição e nos grupos envolvidos na pesquisa; compreender os efeitos produzidos nas práticas de cuidado a partir do uso das novas tecnologias na saúde dos/as usuários/as, familiares e equipe profissional; e, por fim, compreender as potencialidades e desafios no uso das tecnologias de comunicação no cotidiano das práticas humanizadas no ambiente hospitalar em meio à pandemia.

Assim, o texto foi dividido em cinco seções: início contextualizando a pandemia vivenciada entre os anos 2020 e 2021; em seguida, explico e reflito sobre o projeto de humanização na Unidade Covid-19, no qual atuei através do uso de TICs; sigo com uma revisão de literatura construída a partir de pesquisa em bases de dados; abordo os aspectos teórico-metodológicos dialogando com o Construcionismo Social (SPINK, M., 2010); e, então, disponho a análise dos discursos emergidos em uma roda de conversas e das histórias contadas na experiência do projeto em questão.

2 A HISTÓRIA QUE NINGUÉM NUNCA IMAGINOU: O CONTEXTO DE UMAPANDEMIA...

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que a epidemia de Covid-19 foi constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em 30 de janeiro de 2020 (WORLDHEALTH ORGANIZATION, 2020). No Brasil, a epidemia foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020b). O Ministério da Saúde apresentou um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela Covid-19 e declarou que já havia a transmissão comunitária da Covid-19 em todo o território nacional (BRASIL, 2020a).

A introdução e a transmissão precoce da COVID-19 no Brasil configuram-se como um grande desafio, principalmente no aspecto econômico e social, tornando emergencial a adoção de políticas públicas em prol dos grupos e classes mais vulneráveis em meio à pandemia. O primeiro caso do vírus foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, no maior centro econômico e populacional, São Paulo. E em 08 de março de 2020 foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 na capital e maior cidade do Estado de Alagoas, Maceió (AMORIM, 2020)

A situação da pandemia em Maceió configurou-se em meio a indicadores de desigualdade social alarmantes. De acordo com os resultados da sua pesquisa de Amorim (2020) mostraram que o comportamento espaço-temporal da COVID-19 entre o período analisado se caracterizou por alta incidência e persistência nos distritos sanitários de menor renda no município de Maceió. O Distrito Sanitário 07 foi o que mais cresceu com casos registrados para COVID-19 no período analisado (14/04/2020 e 20/05/2020) – 671 confirmações e 31 óbitos, causando interferência direta entre os bairros adjacentes. Também se observou que o vírus acomete, principalmente, negros e pardos em Maceió.

A vulnerabilidade de uma larga camada social logo se contrastou com alta concentração de renda por poucas pessoas, implicando diretamente nos recursos de enfrentamento à doença. No estudo de Alencar (2007), observou-se que 10% da população corresponde a 41% de toda a renda de Maceió. Outro destaque dar-se-á com relação ao indicador social relativo ao esgotamento sanitário, a partir do qual constatou-se que, até 2004, somente 24% da população da cidade era atendida, de acordo com a Companhia de Saneamento de Alagoas (CASAL), revelando um agrupamento de fatores na capital, que contribuem incisivamente na leitura de uma cidade marcada por graves contrastes sociais e econômicos. Outros problemas também emergiram: a expansão da pandemia para o interior do estado, o grande número de contaminados/as e mortos/as, a pressão pelaretomada das atividades econômicas e a baixa adesão da população às medidas de isolamento social (PEREZ; SANTANA, 2020). Nessa conjuntura podemos constatar de acordo com o painel Covid-19 em Alagoas (atualizado em 03 de junho de 2023), um elevado número de casos confirmados cerca de 337.571 e um número de 7.802 de óbitos.

Diante desse novo cenário sanitário, impactos econômicos e psicossociais da Covid-19 foram se delineando, como a alta velocidade de transmissão do vírus, cujo pico de contágio desencadeou colapso nos serviços de saúde e os limites de abrangência do sistema público de saúde. A implementação das medidas de controle da disseminação do vírus foi de difícil aplicação e mobilizou resistências frente aos discursos contraditórios oriundos do período político marcado pela necropolítica³ (MBEMBE, 2018) e pelo negacionismo da ciência. Por outro lado, o isolamento social, principal medida de prevenção de contágio adotada pela maioria dos países acometidos e recomendada pela OMS, também trouxe uma rotina de estresse e ansiedade, decorrente da redução da mobilidade relacional (YUKI; SCHUG, 2020).

Além disso, o contexto de pandemia desencadeia maior risco à saúde mental. Segundo Zhang *et al.* (2020), as consequências psicológicas e emocionais se intensificam ainda mais no período de hospitalização, sobretudo nos casos mais graves da Covid-19, que necessitam ser submetidos a procedimentos invasivos como a ventilação mecânica, com risco de complicações. Os/as usuários/as geralmente apresentam dor, medo, ansiedade, confusão mental, isolamento social durante longo período de internação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Além de impactar na progressão da patologia, o adoecimento por coronavírus pode causar morbidades psicológica e psiquiátrica, aumentando o risco de suicídio. Em situações de doenças infectocontagiosas de fácil transmissibilidade, as medidas de biossegurança acabam por segregar o/a paciente para se evitar que outras pessoas sejam infectadas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Por esses motivos, os/as usuários/as com suspeita ou confirmação do diagnóstico da Covid-19 podem apresentar as seguintes manifestações clínicas:

[...] sensação de privação de liberdade; aumento de estresse; aumento de ansiedade; aumento de desesperança; humor deprimido; medo de infectar outras pessoas; questionamentos sobre o sentido da vida; estado de choque; apatia; irritabilidade; tédio; insônia; inapetência; fraca adesão a tratamentos hospitalares; agitação; dificuldade de compreensão do diagnóstico e do prognóstico; limitação de estímulos sensorio-motores; limitação de acesso à rede de apoio e, conseqüente, aumento da sensação de isolamento e das demandas emocionais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020, p. 9-10).

As relações atípicas de saúde-doença trazidas pela Covid-19 também fazem repensar nossas práticas como profissionais de saúde, de forma a reinventar a oferta de cuidado humanizado aos/às usuários/as e familiares (MARTINS *et al.*, 2020).

³ O conceito de Necropolítica segundo Mbembe (2018) descreve como, nas sociedades capitalistas, instituições — como governos — promovem políticas que restringem o acesso de certas populações às condições mínimas de sobrevivência. Criam regiões onde a vida é precária e onde a morte é autorizada. Ao fazer isso, definem que indivíduos devem viver, e quais devem morrer — e como deve ser sua morte.

A assistência humanizada no contexto da pandemia consiste em cuidados abrangentes que considerem as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, estando alinhadas com a melhoria da qualidade de vida e processo de finitude. Dessa forma, viabilizar momentos de contato com a família é extremamente necessário para facilitar esse processo de finitude e de luto (CUSSO; NAVARRO; GALVEZ, 2020).

2.1 Projeto de humanização na Unidade Covid-19 – Implantação das visitas virtuais

O uso de novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em saúde tem crescido nas últimas décadas, contribuindo para os processos de cuidado. Alguns fatores contribuem para o uso das TICs nessa área: qualidade da interface com o/a usuário/a, usabilidade, funcionalidade dos recursos, qualidade dos dados e integração com sistemas externos, novos meios de efetivar as trocas de informação com velocidade e dinamismo (SANTOS *et al.*, 2017).

Tecnologias da Informação e Comunicação podem ser definidas como o conjunto total de tecnologias que permitem a produção, o acesso e a propagação de informações, assim como tecnologias que permitem a comunicação entre pessoas. A existência de computadores, *tabletse smartphones*, por exemplo, permite a comunicação instantânea entre diferentes pessoas e instituições nos mais distantes recantos do planeta pelo uso da internet, sem qualquer prejuízo da informação, congregando indivíduos de origens diversas e distantes uns dos outros não apenas num efetivo inter-relacionamento, mas em uma nova dinâmica para alcance de objetivos em suas atividades (PACHECO *et al.*, 2005).

Atualmente, as TICs estão sendo utilizadas de forma crescente na área da saúde com o intuito de auxiliar na tomada de decisões dos/as profissionais de saúde e de estratégias pelos/as gestores/as, contribuir na qualidade da assistência, no desenvolvimento científico e tecnológico de novas práticas e na melhoria das políticas de desenvolvimento econômico do país (CAMARGO; ITO, 2012).

O uso de tecnologias na área da saúde volta-se para a expressão do conhecimento e comunicação, bem como para a proposição de novos protocolos, rotinas e modos de cuidar. Então, a Comissão de Humanização do referido hospital durante a pandemia sentiu a necessidade de recorrer às tecnologias de informação e comunicação também para criar alternativas que minimizassem os impactos desse isolamento social imposto ao/a usuário/a internado/a na Unidade Covid de acordo com a realidade local.

Seguimos como exemplo a iniciativa de outros hospitais de referência para o atendimento de usuários/as com Covid-19 no Brasil, onde esses serviços se organizaram com criação de canais de comunicação entre profissionais, familiares e usuários/as. Inicialmente, as propostas se voltavam para o acesso da família às informações de quadro clínico, a chamada transmissão do boletim médico diário, que começou a ser realizada em modo virtual. Em seguida, as tecnologias passaram a ser vistas como alternativas para a realização de visita

virtual, propiciando a comunicação entre paciente e família, via celular ou *tablet*, por meio de chamadas de vídeo. Mensagens de apoio e carinho também eram transmitidas àqueles/as em estado mais crítico, considerando que a audição é um dos últimos sentidos preservados, mesmo no estado de coma, trazendo consolo ao/à familiar que está distante, na possibilidade de poder despedir da pessoa hospitalizada ainda em vida (FRANCISCO; MANSO; TOBASE, 2020).

Com a pandemia, o hospital público de ensino e assistência que é cenário deste estudo passou por grande reestruturação dos serviços já existentes, por exemplo, o setor de endoscopia e oftalmologia localizado no térreo, se reconfigurou para atender a necessidade de implantação da Unidade Covid-19, com uma estrutura de doze leitos de UTI e sete de leitos de cuidados semi-intensivos UCI. Para viabilizar o funcionamento, foram contratados/as profissionais que compuseram a equipe mínima (inicialmente, médicos/as, fisioterapeutas, enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem, posteriormente se estendendo fonoaudiólogos/as e assistentes sociais) por meio de editais emergenciais. Os/as profissionais de psicologia e terapia ocupacional não foram incluídos nesse edital de contratação temporária, mesmo com o aumento das demandas de saúde mental e incapacidades devido a sequelas de Covid-19. Por esse motivo essas categorias tiveram que reorganizar seus processos de trabalho para atender as demandas dessa nova Unidade e outras que emergiram durante esse período de pandemia.

Em janeiro de 2021, a rede pública de saúde do estado do Amazonas entrou em colapso em sua capital, Manaus, com avanço dos casos, aumento das internações, falta de leitos e escassez de oxigênio. O Ministério da Saúde solicitou aos hospitais federais em todo o país a disponibilização de leitos aos/às usuários/as que aguardavam na fila de espera por internação em Manaus. Então, a gestão do hospital onde se deu a pesquisa transferiu a Clínica Pediátrica para uma ala da Clínica Cirúrgica, situada no 5º andar, fechando a brinquedoteca hospitalar, e adequou o 3º andar, então com 24 leitos, para acolher os/as usuários/as transferidos/as de Manaus. A Unidade Covid-19 passou então a figurar em dois espaços (térreo e 3º andar), sendo ampliado o número de leitos destinados à enfermagem.

Referência para usuários/as de alta complexidade da pandemia, a lotação dos leitos e óbitos frequentes apontou pelo menos dois momentos de pico da Covid-19: meados do ano de 2020 e primeiro trimestre de 2021. O prolongamento da pandemia para além de seu ano inicial fez emergir a necessidade de incluir outros/as profissionais na equipe para atender às demandas que o serviço exige e ofertou um atendimento humanizado ao/à paciente e à família. Por isso, foram implantados os serviços de: atendimento psicossocial por teleatendimento e comunicação de notícias difíceis aos/à familiares, atendimento psicológico *online* e televisita para os/as usuários/as com Covid-19 hospitalizados/as.

A chegada do novo coronavírus também impactou no recebimento de visitas durante a internação hospitalar. Desde a publicação da Portaria-SEI nº 74, de 17 de março de 2020, estabeleceu-se a suspensão das visitas enquanto persistisse o estado de alerta para enfrentamento da pandemia. Na Unidade Covid-19 do hospital, foram proibidas, por medida de

segurança e controle de infecções, a permanência de acompanhante, a entrada de visitantes e o uso de celular. Com isso, a apreensão dos/as próprios/as usuários/as e familiares mais próximos/as é muito grande, fragmentando o trânsito de informações e a ansiedade em torno destas.

As equipes multiprofissionais das Unidades Covid-19 decidiram não manter os/as usuários/as com seus próprios aparelhos telefônicos durante a internação. Alegam não ser uma opção viável para evitar a exposição da equipe em produção de vídeos e fotos durante procedimentos invasivos e durante as manobras de reanimação cardiorrespiratória, em ambiente caótico e movimentado. No entanto, senti-me desconfortável frente à decisão tomada e questionei enquanto presidente da CH na época, essa norma institucional que viola o acesso de usuários/as à sua privacidade, restringindo o uso de um aparelho telefônico, que é de sua propriedade. Considero, na experiência que tive, que esta norma impactou no aumento da sensação de vulnerabilidade e isolamento nas pessoas internadas.

A suspensão das visitas aos/às usuários/as com Covid-19 vem produzindo um isolamento social forçado durante o período de hospitalização, que implica, para o/a paciente, em sentimentos de saudades da rotina, da socialização e dos/as familiares e amigos/as. Entendemos, assim, que foi necessário pensar estratégias de cuidado humanizado, bem-estar psicossocial e prevenção para questões de saúde mental, destinadas aos/às usuários/as internos/as na Unidade Covid-19.

Pensando nisso, buscamos fortalecer ações de acolhimento, visitas virtuais e escuta terapêutica nesse período de pandemia. A tecnologia digital de informação e comunicação foi um instrumento muito útil para diminuir o sofrimento de usuários/as internados/as e seus/as familiares. Com um celular, a visita virtual era feita com a mediação de profissionais de saúde nas áreas da psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Foi construída uma escala mensal em que cada profissional realizava a visita duas vezes por mês. Essas profissionais tinham a função de agendar as visitas virtuais com os/as familiares e auxiliar na comunicação com os/as usuários/as. Inicialmente, essa assistência foi ofertada para os/as internos/as da semi-intensiva. No entanto, a visita virtual também foi estendida aos/às usuários/as da UTI utilizando áudios com as famílias, mas somente com autorização médica, dependendo do estado de saúde de cada paciente. A Unidade Covid do 3º andar possuía uma psicóloga de referência que realizava visitas virtuais duas vezes na semana. Quando surgia uma demanda da família ou do/a usuárias, as assistentes sociais plantonistas realizavam as visitas virtuais durante os fins de semana.

Além das visitas virtuais, as ações envolviam o contato telefônico com as famílias para proporcionar escuta e identificar características e necessidade dos/as usuários/as, fortalecendo o vínculo família-equipe-usuários/as. A partir da escuta, eram propostas atividades semanais junto aos/às usuários/as por meio de iniciativas de telessaúde que podiam ser modificadas conforme planejamento e novas admissões (vídeos da família; exibição de fotos de bilhetes ou desenhos das crianças e/ou de familiares; realização de momento musical a partir da escolha de

músicas marcantes dentro das histórias de vida dos/as usuários/as informadas pela família; escrita, gravação de vídeos e/ou ditado de cartas/mensagens respostas das intervenções ou em iniciativa de resolução de assuntos inacabados e/ou relações mal resolvidas; carimbos de mãos/pés para cartões destinados à família; prontuário afetivo etc.). O/A usuária então, recebia visita da profissional devidamente paramentada e com acesso a dispositivos tecnológicos (celular) para execução da atividade programada em duas visitas semanais. Seguiam, então, os ciclos de contato com as famílias, planejamento e execução de atividades semanais.

O projeto de humanização na Unidade Covid foi desenvolvido em parceria com a Unidade de Atenção Psicossocial (composta por psicólogos e psiquiatras), a Unidade de Serviço Social (composta por assistentes sociais) e a Comissão de Humanização, formando uma equipe multiprofissional composta por quatro psicólogas, seis assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e psicólogas da residência multiprofissional de saúde do adulto e idoso destinada à realização dessas atividades, com a formação de um grupo de trabalho e a elaboração um Procedimento Operacional Padrão para Humanização da Relação Família-Equipe-Paciente Internado/a na Unidade Covid-19.

As visitas virtuais ocorriam em média duas vezes na semana, geralmente nas segundas e quartas-feiras, na Unidade Covid do térreo. Foi realizada pela equipe do grupo de trabalho do projeto de humanização da Unidade Covid que não estava lidando diretamente com os cuidados desses/as usuários/as dentro do setor.

O procedimento operacional padrão da enfermagem Covid-19 adotado nas televisitas consistia em: 1. As assistente sociais fazerem o ecomapa⁴ de cada usuário/a admitido/a, identificarem o/a cuidador/a principal de referência, sendo este/a o responsável por reunir os demais para as visitas e/ou transmitir os informes a eles/as; essas profissionais colocavam as informações e contatos telefônicos, incluindo o WhatsApp, no prontuário eletrônico e explicava a rotina de comunicação, horários das visitas virtuais, funcionamento dos boletins médicos com horários, fluxo de dúvidas e notícias inesperadas para o/a cuidador/a principal; 2. O/A profissional escalado/a para o dia de visita acessava o prontuário eletrônico e fazia uma classificação dos/as usuários/a sem “com capacidade” ou “sem capacidade” para comunicação efetiva, salvava os contatos das famílias no aparelho telefônico que ficava guardado na sala da unidade psicossocial, entrava em contato com as famílias para se prepararem para a visita virtual; 3. O/A profissional realizava a paramentação conforme protocolo, utilizando proteção completa para aerossóis; 4. Entrava na Unidade Covid para executar a “visita virtual” com videochamada para usuários/as com capacidade verbal efetiva e realizava a os atendimentos nos leitos;

⁴Ecomapa é uma re-presentação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, desenhando, poderíamos assim dizer, o seu «sistema ecológico». Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades os recursos da família.

5. Realizava chamada de vídeo para o número do/a cuidador/a principal, posicionava o aparelho a uma distância adequada que permitia a boa visão e audição do paciente; o tempo da ligação era, em média, de cinco a dez minutos por paciente. Existiram situações em que a conexão da internet era ineficiente; neste caso, realizávamos chamada de voz ou ligação em viva-voz. Não enviávamos fotos, mensagens de texto ou dados clínicos pelo aplicativo; 6. Após a visita, era oferecido acolhimento psicológico ao/à paciente e a seus/suas familiares presencial ou *online*; 7. Deixávamos agendada com a família nova visita virtual e realizávamos registro em prontuário com hora da chamada e pessoas contatadas.

De acordo com Crispim *et al.* (2020), existem recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia para realização das visitas virtuais como: providenciar aparelhos com boa conectividade, *chips* específicos para uso durante a pandemia. Recomenda-se sinal 4G e instalação do aplicativo WhatsApp. O aplicativo deve estar instalado em um aparelho para visitas (dentro da unidade) e outro para agendamentos (fora da unidade) na versão web simultânea.

Nossa realidade era bem diferente. Já na fase de implantação, ocorreram algumas dificuldades com relação aos aparelhos de *tablet* defasados, que não suportavam baixar os aplicativos para videochamadas e a inexistência de acesso ao *wi-fi* na instituição. Tínhamos um aparelho com um plano institucional que foi utilizado durante dois meses e o plano foi suspenso e o aparelho recolhido por decisão da gestão do hospital. O grupo buscou alternativas e conseguiu a doação de um aparelho celular para realização das atividades e custeamos o plano de internet do celular. Mesmo com a pressão sobre a gestão para implantação do projeto, a instituição não forneceu as mínimas condições necessárias para sua execução. Então, ao final de 2020, a equipe informou a suspensão dos atendimentos de visita virtual por falta de equipamentos e internet. A partir daí, a gestão do hospital providenciou um aparelho telefônico e recurso financeiro mensal para aquisição de créditos de internet para darmos continuidade ao projeto. No entanto, um aparelho telefônico foi insuficiente para atender à demanda das duas Unidades Covid-19. Além disso, a conexão da internet na Unidade Covid-19 era deficiente; por muitas vezes não conseguimos realizar as videochamadas para a família. Para evitar gerar sentimento de frustração e angústia para os/as usuários/as e familiares, algumas profissionais utilizavam o próprio aparelho celular.

Uma prática humanizada junto aos/as usuários/as com suspeita ou confirmação de infecção por coronavírus hospitalizados/as e seus/suas familiares exige um cuidado integral, visto que é imprescindível enxergar além da patologia inerente ao indivíduo, a compreensão das condições psicológicas, sociais e familiares envolvidas no contexto, a fim de que se possa realizar um atendimento pautado na integralidade, um dos pilares de sustentação do SUS. O processo de implantação do projeto de humanização na Unidade Covid-19 com o uso de tecnologias de informação e comunicação requereu uma gama complexa de abordagens

e processos subjetivos de cuidado e que sofreram influência de inúmeras variáveis entrelaçadas. Assim, impactou fortemente nos sentidos produzidos pelos/as profissionais, gestores/as usuários/ase familiares, assumindo um lugar prioritário de política pública no âmbito do SUS.

Com o avanço da vacinação e da redução dos casos de morbidade e mortalidade por coronavírus, em agosto de 2021 o serviço de humanização na Unidade Covid com o uso de tecnologias da informação e comunicação foi encerrado e a unidade foi fechada no mês de outubro de 2021, com os desligamentos dos/as profissionais contratados/as temporariamente para atuar nesse setor.

Considero um desafio estudar o uso de TIC como ação de humanização em um hospital público no cenário político de desmonte do SUS, redução de investimentos na ciência e na saúde, nas medidas de prevenção e condições dignas de tratamento da Covid-19 no Brasil em meio a uma pandemia. Porém, é motivo de orgulho e honra pesquisar sobre as práticas exitosas realizadas nos serviços públicos de saúde e como essas ações podem contribuir para o fortalecimento do SUS, com vistas a uma sociedade com acesso aos serviços de saúde de qualidade e de forma mais igualitária e humanizada. Assim, as contribuições acadêmicas, além de agregarem experiência à minha prática profissional, podem levar a reflexões que consubstanciam melhorias nos modos de cuidado à população atendida pelo SUS.

Por fim, a presente pesquisa partiu do contexto do uso de tecnologias da informação e comunicação para implementar as ações de humanização na Unidade Covid-19 de um hospital de ensino e assistência para propor uma análise das práticas discursivas e produção de sentidos sobre o uso dessa tecnologia, com fins de auxiliar nas ações de acolhimento, clínica ampliada e garantia dos direitos dos/as usuários/as. A pergunta que norteou a pesquisa foi: quais as potencialidades e desafios no uso das tecnologias da informação e comunicação enquanto prática humanizada em saúde em uma unidade Covid-19 hospitalar? Partiu-se do princípio de que o uso dessas tecnologias pode minimizar os impactos negativos decorrentes do adoecimento, tratamento, isolamento social e hospitalização e favorecer a comunicação entre paciente e sua rede de apoio.

3 AS HISTÓRIAS QUE LI: REVISÃO DE LITERATURA EM BASE DE DADOS

Várias foram as pesquisas realizadas na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde/BVS Salud sobre o uso de tecnologias da informação e comunicação - TICs durante a pandemia de coronavírus e sobre os cuidados oferecidos aos/às usuários/as com Covid-19. Elas permitiram apontar que vêm sendo realizados diversos estudos no Brasil e no mundo sobre os usos das TICs como estratégia no enfrentamento da pandemia, descrevendo sobre: telessaúde na educação permanente de profissionais de saúde; telemedicina na triagem e atendimento *online* de usuários/as; realização de teleconsultas das pessoas em isolamento; realização de telemonitoramento remoto dos casos de Covid; realização de estudos de vigilância epidemiológica, dentre outros enfoques.

Para situar a experiência das ações de humanização frente às discussões sobre o uso de tecnologias da informação e comunicação na saúde no contexto da hospitalização de usuários/as com Covid-19, realizei uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde/BVS Salud no mês de julho de 2022 com os seguintes descritores: tecnologia da informação e comunicação em saúde; humanização da assistência hospitalar; coronavírus, não encontrando nenhum resultado. Então, utilizei para busca do levantamento bibliográfico os seguintes descritores nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola: tecnologia da informação e comunicação em saúde; coronavírus, os quais retornaram 329 resultados. Como critério de exclusão, estabeleci o uso da tecnologia da informação e comunicação em contexto hospitalar como prática de cuidado aos/às usuários/as com coronavírus no período de 2020 a 2022. Desse modo, foram encontrados sete estudos científicos que abordam o uso de novas tecnologias de comunicação e informação na assistência hospitalar. Porém, não encontrei estudos relacionados ao uso das práticas humanizadas por meio da visita virtual ou teleconsulta com os/as usuários/as e familiares. Os resultados seguem conforme apresentados no quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Resultado das buscas abordando o uso das TICs na assistência hospitalar

Descritores: Tecnologia da informação e comunicação em saúde e Coronavírus. BVS Salud - Retornou 329, após uso dos critérios de exclusão, restaram 7, que estão descritos abaixo - Data: 16/07/2022				
Título	Ano	Link	Autores/as	Palavras-chave
Digital health and care in pandemic times: impact of COVID-19 Saúde e cuidado digital em tempos de pandemia: impacto do COVID-19	2020	http://saúde digital e cuidados em tempos pandêmicos: impacto do COVID-19 - PMC (nih.gov)	Niels Peek; Mark Sujan; Philip Scott	

<p>Using Information Technology To Improve COVID-19 Care At New York City Health + Hospitals</p> <p>Usando tecnologia da informação para melhorar o cuidado COVID-19 na New York City Health + Hospitais</p>	2020	<p><u>Using Information Technology To Improve COVID-19 Care At New York City Health + Hospitals. Health Aff (Millwood);39(9): 1601-1604, 2020 Sep. MEDLINE (bvsalud.org)</u></p>	<p>R. James Salway; David Silvestri; Eric K. Wei; Michael Bouton</p>	
<p>Active surveillance for suspected COVID-19 cases in inpatients with information technology</p> <p>Vigilância ativa para casos suspeitos de COVID-19 em pacientes internados com tecnologia da informação</p>	2020	<p><u>Active surveillance for suspected COVID-19 cases in inpatients with information technology. J Hosp Infect;105(2): 197-199, 2020 06. MEDLINE (bvsalud.org)</u></p>	<p>C-Y. Lin; C-H. Cheng; P-L. Lu; D-C. Shih; C-T. Hung; H-H. Lo; M-J. Tsai; J-Y. Hung</p>	
<p>How hospitals in mainland China responded to the outbreak of COVID-19 using information technology-enabled services: An analysis of hospital news webpages</p> <p>Como os hospitais da China continental responderam à surto de COVID-19 usando tecnologia da informação – serviços habilitados: uma análise das páginas de notícias do hospital</p>	2020	<p><u>How hospitals in mainland China responded to the outbreak of COVID-19 using information technology-enabled services: An analysis of hospital news webpages. J Am Med Inform Assoc;27(7): 991-999, 2020 07 01. MEDLINE (bvsalud.org)</u></p>	<p>Aihua Yan; Yi Zou; Dinesh A Mirchandani</p>	<p>COVID-19 Pandemic, IT-enabled Services, hospital responding strategy, Mainland China</p>
<p>Deployment of information technology to facilitate patient care in the isolation ward during COVID-19 pandemic</p> <p>Implantação de tecnologia da informação para facilitar atendimento ao paciente na enfermaria de isolamento durante Pandemia do covid-19</p>	2020	<p><u>Deployment of information technology to facilitate patient care in the isolation ward during COVID-19 pandemic. J Am Med Inform Assoc;27(11): 1819-1820, 2020 11 01. MEDLINE (bvsalud.org)</u></p>	<p>Ming-Ju Tsai; Wen-Tsung Tsai; Hui-Sheng Pan; Chia-Kuei Hu; An-Ni Chou; Shian-Fei Juang; Ming-Kuo Huang; Ming-Feng Hou</p>	

Information Technology–Based Management of Clinically Healthy COVID-19 Patients: Lessons From a Living and Treatment Support Center Operated by Seoul National University Hospital Gestão baseada em Tecnologia da Informação de Pacientes COVID-19 Clinicamente Saudáveis: Lições de um Centro de Apoio à Vida e ao Tratamento Operado pelo Hospital Universitário Nacional de Seul	2020	<u>Information Technology–Based Management of Clinically Healthy COVID-19 Patients: Lessons From a Living and Treatment Support Center Operated by Seoul National University Hospital - PMC (nih.gov)</u>	Ye Seul Bae; Kyung Hwan Kim; Sae Won Choi; Taehoon Ko; Chang Wook Jeong; BeLong Cho; Min Sun Kim; EunKyo Kang	
De la presencialidad a la virtualidad en tiempos de pandemia: la experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires Do presencial à virtualidade em tempos de pandemia: a experiência do Hospital Italiano de Buenos Aires	2021	<u>127282_90-96-13-12-21-Gimenez-A.pdf (hospitalitaliano.org.ar)</u>	Cintia L. Giménez, Diego A. Rabinovich, Giuliana C. Colussi, Carlos M. Otero, Fernando Plazzotta, Sonia E. Benítez y Daniel R. Luna	Pandemia; Adaptación Digital; Transformación Digital; Sistemas de Información en Salud.
Contributo das TICs para a enfermagem na pandemia por covid-19: percepção dos enfermeiros gestores Contribution of ict to nursing in the pandemic by covid-19: perception of managing nurses	2021	<u>Contributo das TIC para a enfermagem na pandemia por COVID-19: Percepção dos enfermeiros gestores Porto; s.n: 20220222. tab.. BDENF BDENF (bvsalud.org)</u>	Cátia Andreia Martins Pinto	Tecnologia da Informação e Comunicação; Enfermagem; Enfermeiro Gestor; COVID-19

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A pesquisa em base de dados aqui proposta buscou demonstrar a produção discursiva sobre o uso das TICs durante a pandemia de Covid-19 e compreender o modo como vêm sendo pautadas as publicações científicas. Como podemos observar no quadro 1, todas as publicações são internacionais, de países da Europa (Portugal), América do Norte (EUA), América Latina (Argentina) e Ásia (China e Coreia). Não foi encontrado na busca nenhum estudo nacional. Alguns textos citam de forma superficial o uso da tecnologia da informação e comunicação para realização das visitas virtuais. Portanto, a pesquisa evidenciou a escassez quanto às publicações envolvendo este tema nesta área hospitalar e a relevância deste estudo, que se propôs a fazer uma narração das histórias contadas a partir do uso dessas tecnologias, principalmente durante o serviço de teleconsulta. A maioria dos artigos abordam outra forma de utilização dessas tecnologias como estratégia de enfrentamento da pandemia da Covid-19. A seguir, apresento os apontamentos dos estudos encontrados.

Uma pesquisa realizada nos EUA provocou uma reflexão sobre a evolução da prestação

de serviços, inteligência artificial (IA) e compartilhamento de dados incutidos pela crise da Covid-19. Enfatiza o potencial das tecnologias digitais de saúde para proteger pacientes, médico/as e a comunidade da exposição; muitos países adotaram estratégias digitais, plataformas de monitoramento remoto e telessaúde para permitir a prestação de cuidados de saúde sem interações físicas. A gestão remota é possível para muitos/as pacientes atendidos/as na atenção básica e nos ambulatórios hospitalares e tem sido sugerida como uma forma de equipamento eletrônico de proteção individual (EPI), que pode ser utilizado por médicos de atenção aguda para avaliar pacientes hospitalizados/as, evitando a proximidade física. De fato, a telessaúde já foi descrita como uma “solução virtualmente perfeita” para a Covid-19 (PEEK; SUJAN; SCOTT, 2020).

Nos hospitais em Taiwan, mesmo com medidas rigorosas de quarentena para pacientes e visitantes que entram no hospital, permanecia o risco de Covid-19. Então, para identificar pacientes internados/as, cuja pneumonia não mostrou melhora acentuada com o tratamento com antibióticos e alertar diariamente as equipes médicas, foi desenvolvido um sistema de vigilância ativa em potencial com os serviços de tecnologia da informação. A identificação precoce de casos não diagnosticados pode facilitar a ação imediata para minimizar a disseminação da infecção por coronavírus, protegendo, assim, a equipe e os/as pacientes (LIN *et al.*, 2020).

Em outro hospital de Taiwan, pacientes com provável confirmação de infecção por Covid-19 foram admitidos/as em enfermarias de isolamento. Um estudo descreve as estratégias implementadas utilizando a tecnologia da informação diante da escassez de EPI no início da pandemia, como, por exemplo: introdução de equipamento de videomonitoramento e um sistema de monitoramento contínuo sem contato na ala de isolamento que monitora a frequência cardíaca, respiração e estado postural e temperatura do corpo; os módulos de monitoramento e controle dos ventiladores foram colocados fora da sala de isolamento, os/as terapeutas respiratórios/as e médicos/as foram capazes de ter os dados de monitoramento em mãos e ajustar as configurações do ventilador fora da sala de isolamento; o atendimento psicológico era prestado por psiquiatras por meio de sistema de teleconferência; os/as pacientes conversavam com seus/suas familiares e amigos/as com *software* de videoconferência; adoção de um sistema de assinatura eletrônica para que os/as pacientes pudessem assinar formulários de consentimento informados (ICFs) em um *tablet* em seus quartos. Esse estudo demonstrou que, com o auxílio da tecnologia da informação moderna, pode-se prestar um atendimento melhor e eficiente aos/às pacientes com Covid-19 na ala de isolamento de pressão negativa com consumo limitado de materiais de prevenção epidêmica, especialmente EPI.

Outro texto destaca que a tecnologia da informação melhorou efetivamente o atendimento aos/às pacientes e estabeleceu as bases para uma resposta mais otimizada do sistema durante um momento de crise gerado pela pandemia da Covid-19 no sistema hospitalar público da cidade de Nova York. Foram adotadas estratégias com uso da tecnologia da informação e comunicação como: a unificação do prontuário eletrônico em todos os hospitais;

uso de *smartnotes* para melhor monitoramento de sinais vitais; padronização trabalho do/a paciente usando conjuntos de pedidos específicos para especialidades; criação de painéis de controle para dar uma visão sobre a disponibilidade de leitos em toda a empresa; facilitação das transferências dos hospitais mais atingidos; e melhoria da experiência do/a paciente usando *tablets* para conectar pacientes com entes queridos/as. A rapidez na tomada de decisão foi essencial e exigiu comunicação incorporada com a equipe da linha de frente envolvida no atendimento direto ao/às paciente. Uma série de barreiras teve que ser superada, mas os dados foram utilizados efetivamente para atender às necessidades da população e do/a paciente individual (SALWAY; SILVESTRI; WEI; BOUTON, 2020).

Um estudo na Coreia do Sul descreve a implementação e a experiência da aplicação de um sistema remoto de gerenciamento de pacientes baseado em tecnologia da informação e comunicações no Centro de Apoio à Vida e ao Tratamento, afiliado ao Hospital Universitário Nacional de Seul, para o gerenciamento de pacientes Covid-19 clinicamente saudáveis. Um painel foi criado para que a equipe médica visse os sinais vitais e sintomas de todos/as os/as pacientes. Os/As pacientes utilizaram um aplicativo móvel para consultar seu/suas médico/a ou enfermeiro/a, responder a questionários e inserir sinais vitais automedidos. Os resultados foram enviados para o sistema de informações hospitalares em tempo real. O compartilhamento de imagens baseado em nuvem permitiu a interoperabilidade entre instituições médicas. A estratégia coreana de mitigação agressiva “achatou a curva” da taxa de infecção. Uma abordagem multidisciplinar foi fundamental para desenvolver sistemas de apoio ao atendimento e gestão do paciente no centro de apoio ao paciente o mais rápido possível (BAE *et al.*, 2020).

Outro estudo investigou como a tecnologia da informação (TI) ajudou os hospitais da China continental a responder melhor ao surto da pandemia. Realizam uma análise de conteúdo de páginas publicadas nos sites dos 50 maiores hospitais da China continental entre 22 de janeiro e 21 de fevereiro de 2020. No total, foram analisadas 368 páginas que os hospitais publicaram nos primeiros dias da pandemia de Covid-19. Identificaram cinco temas focais nas páginas web publicados pelos hospitais durante o período de estudo, envolvendo o uso da TI incluindo educação científica médica popular, processos hospitalares digitalizados, gestão do conhecimento para profissionais médicos, telemedicina e novas iniciativas de TI para serviços de saúde. A análise dos resultados revelou que os hospitais chineses gastaram maior esforço na promoção da educação científica popular nos estágios iniciais do período de estudo e mais na telemedicina nas últimas etapas (YAN; ZOU; MIRCHANDANI, 2020).

Um trabalho realizado no Hospital Italiano de Buenos Aires, que possui uma história de mais de 20 anos em implementações e inovações tecnológicas, descreve o processo de adaptação digital de março a dezembro de 2020 devido à pandemia e identifica os principais resultados usando um modelo sociotécnico. Os/As autores/as apontam que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) tiveram de se adaptar rapidamente para abraçar a transformação

digital. Surgiu a necessidade de explorar as tecnologias digitais usadas durante a pandemia e considerá-las para uso contínuo ao longo do tempo ou ciclicamente em caso de surtos recorrentes. Ferramentas informáticas têm sido utilizadas para fornecer serviços de telemedicina, monitoramento remoto de usuários/as, comunicação digital entre líderes políticos/as e autoridades científicas para monitoramento de dados a fim de analisar a propagação e evolução da Covid-19 (GIMÉNEZ *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada em Portugal teve por objetivo analisar a utilização das TICs pelos/as enfermeiros/as, gestores/as dos cuidados em contexto pandêmico. Tais profissionais identificaram a utilização de várias ferramentas e estratégias digitais durante a pandemia, nomeadamente, o WhatsApp, a plataforma Teams, *e-mail* e intranet. Sua utilização teve um papel fundamental na formação dos/as enfermeiros/as, na partilha de informações entre equipas, na gestão de recursos, na consulta de documentação e na comunicação interprofissional, inclusive entre os hospitais da rede em que a pesquisa foi realizada. Salienta-se, ainda, a relevância que as estratégias tiveram na comunicação entre os/as pacientes internados/as e a família (PINTO, 2021).

Podemos observar na discussão dos textos que a pandemia de Covid-19 criou muitos desafios para os serviços de saúde e assistência em todo o mundo. As TICs assumiram um carácter estratégico e facilitador na veiculação da informação e comunicação essencial aos processos de trabalho, educação permanente em saúde, vigilância em saúde e novas práticas de cuidado. Temos agora a oportunidade de usar as lições aprendidas durante essa crise sanitária para fazer melhorias revolucionárias na prestação de cuidados aos/às usuários/as do sistema de saúde com o avanço das tecnologias em saúde. Esperamos que o poder público e gestores/as invistam e continuem apoiando esses serviços e sua expansão no período pós-pandemia.

4 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 Em que nos baseamos para contar essas histórias...

A fundamentação teórico-metodológica aproxima-se do movimento construcionista social. Adoto a noção de pesquisa como prática social que se dá em processos envolvendo questões políticas, éticas e culturais.

O construcionismo social afirma que os critérios e conceitos que utilizamos para descrever, explicar, escolher entre as opções que se apresentam são construções humanas, produtos de nossas convenções, práticas e peculiaridades. A pesquisa construcionista é um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar a nossa imaginação e a participar ativamente dos processos de transformação social (SPINK; FREZZA, 2013). Assim, faço-me pesquisadora por meio dos posicionamentos políticos e éticos que assumo.

O construcionismo é uma postura ético-política que atua tanto na pesquisa como na prática em saúde por ser uma postura que se preocupa, sobretudo, com “[...] a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo em que vivem, incluindo a si mesmas” (GERGEN, 1985, p. 266). Existe uma preocupação com as conversas no cotidiano, com a valorização dos espaços de convivências, de alteridade, de diversidade, das relações horizontalizadas, com estudo do diálogo das pessoas comuns (marginalizadas) da sociedade e em posicionar essas pessoas como protagonistas na construção do conhecimento. No construcionismo, o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças de forma individualizada, como sustenta o Iluminismo e, sim, algo que constroem juntas por meio das interações e práticas sociais.

Focamos este estudo nas práticas discursivas e na produção de sentidos. São práticas sociais, dialógicas, focadas na linguagem em uso. São tomadas como um fenômeno sociolinguístico, uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido e busca compreender tanto como as práticas discursivas constituem o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo) como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK; MEDRADO, 2013). As práticas discursivas se dão através da linguagem na interação social, nas maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais (SPINK, M., 2010).

Diante dessas reflexões, ao longo de meu processo de conhecimento no mestrado em Psicologia, me produzi construcionista. Como terapeuta ocupacional, é necessário na minha prática profissional produzir intervenções e dispositivos de cuidado que considerem a

complexidade do cotidiano, suas significações e ações que permitem aos sujeitos serem, fazerem e estarem no mundo de modo singular. Há uma linguagem própria a cada um/a, a cada grupo familiar, cultural e social, que se traduz pelos objetos, modos de dizer e de agir, de confraternizar, trocar e compartilhar afetos (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012).

Dentre as atividades humanas, está a comunicação, o uso da linguagem, que, para o construcionismo, deixa de ser considerada como um simples meio para traduzir ou expressar as ideias/realidade, para ser considerada um fim em si mesmo. Ela formata e produz pensamento, ideias, faz coisas, ação/práxis, adquire caráter produtivo (produz sentidos) e apresenta como um elemento formativo de realidades.

A pesquisa social construcionista utiliza a conversa no cotidiano como um dos métodos de pesquisa, até porque as conversas são protagonistas relevantes e ativas na produção de conhecimento (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014).

Sendo assim, a pesquisa propôs-se a estudar as conversas no cotidiano, compreendidas como recurso importante para a produção de sentidos, gerando uma interação social do/a pesquisador/as com os/as participantes da pesquisa, com relações horizontalizadas e possibilidades de construir metodologias leves, porém éticas e políticas. Na adoção de um posicionamento implicado e crítico, propôs refletir sobre as rotinas, interações, relações de poder, diálogos, ambiência de microlugar, com a pretensão de valorizar as afetações, o olhar, os encontros e conversas no cotidiano no campo-tema.

Peter Spink (2003) contribui com uma discussão sobre o “campo” da pesquisa, em que propõe uma compreensão acerca de um campo-tema, entendendo-o como um território existencial que define o campo da pesquisa suscetível ao tema dela. Sendo assim, o tema dá possibilidades ao/às pesquisador/as para construir um campo, e isso se dá através de um processo contínuo, dialógico e multitemático.

Batista, Bernardes e Menegon (2014, p. 108) referem que “[...] o campo é nosso próprio tema, por isso estamos em campo o tempo todo”. É assim que me sinto desde que iniciamos o projeto de humanização na Unidade Covid e aceitei o desafio de pesquisar sobre essa temática.

As questões do uso de tecnologias durante a pandemia dominaram o nosso cotidiano. Com a necessidade do isolamento social, nossas rotinas foram modificadas, por exemplo: o trabalho agora em *home office* e/ou com reuniões remotas; nos estudos com as aulas *online*, cursos a distância, eventos científicos por plataformas virtuais; nas relações sociais, utilizamos os aplicativos para facilitar a comunicação e estreitar o distanciamento. Nesse contexto, fica evidente a necessidade de mudanças nas práticas em saúde, com a necessidade do uso da tecnologia de informação e comunicação como estratégia de cuidado.

A base teórico-metodológica de estudo da produção de sentido, a partir das práticas discursivas e produção dos sentidos, é o solo que dá sustentação e possibilita seus desenvolvimentos. A escolha do objeto e metodologia deste estudo é baseada na minha experiência como profissional de saúde e pesquisadora ativa que vivencia intimamente a realidade pesquisada. Não pretendo, portanto, encontrar verdades ou mostrar-me neutra no processo de pesquisa, uma vez que estou implicado no contexto e quero estudá-lo para melhor entender meu lugar nesse processo.

Propus utilizar como base metodológica as práticas discursivas e produção de sentidos (SPINK; MEDRADO, 2013) para analisar os repertórios linguísticos identificados a partir da realização de uma roda de conversa (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015). A seguir, descrevo os caminhos metodológicos trilhados para elaboração desta pesquisa.

4.2 Roda de conversa: contar e ouvir e histórias...

Após a devida apreciação da pesquisa pelo Comitê de Ética, etapa entendida como indispensável por se tratar de pesquisa com humanos, foi realizada a roda de conversa como estratégia metodológica para construção de sentidos, envolvendo profissionais e residentes que atuaram no projeto de humanização da Unidade Covid.

Ao pensar no instrumento metodológico da minha pesquisa, busquei refletir qual seria o que teria mais afinidade com minha história de vida; então, escolhi a roda de conversa, pois adoro “jogar conversa fora”. Creio que as conversas informais durante a roda facilitaram a criação de uma atmosfera mais favorável e confortável para os/as participantes, que puderam se sentir mais à vontade e contar um pouco de si, trocar informações, ideias, experiências e relembrar as histórias que vivenciaram com o uso da tecnologia para facilitar a comunicação dos/as usuários/as e familiares na Unidade Covid do hospital.

A roda de conversa como ferramenta metodológica proporciona um processo dialógico complexo entre objetividade e intersubjetividade (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014). Bernardes, Santos e Silva (2015) a consideram um dispositivo ético-político na construção do conhecimento. Caracteriza-se por um dispositivo que facilita e promove a conversa e a interação social, permitindo, assim, a alguns grupos novos sentidos e implicações dos/as participantes como protagonistas nas conversas. Um espaço onde a palavra circula livremente e os sujeitos ali presentes negociam sentidos, considerando a polissemia dos processos de interanimação dialógica, a democratização dos saberes e a horizontalidade das relações, havendo abertura para novas análises da realidade, além da observação no cotidiano;

por isso, constitui-se uma estratégia metodológica de pesquisa (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015).

A roda de conversa é uma das metodologias de intervenção em contextos institucionais que pautam a proposta desta pesquisa, pois se constituem como espaços nos quais os/as profissionais e residentes puderam compartilhar, entre os pares, o que pensam e sentem sobre suas experiências com o uso de tecnologias de comunicação nas unidades Covid no contexto hospitalar, de forma a propiciar maior compreensão a respeito das demandas apontadas, no tocante aos desafios e potencialidades dessa prática humanizada. Desse modo, tornou-se possível fomentar a reflexão acerca das possibilidades de atuação frente a tais necessidades por parte da instituição e dos usuários e familiares.

A proposta das rodas foi promover a reflexão a respeito das relações institucionais durante o período de pandemia de Covid-19, as quais muitas vezes produzem sofrimento, promovem a desumanização na assistência e atuam nos modos como se configuram as relações e os sentidos produzidos pelo grupo de profissionais do projeto de humanização nas unidades Covid.

Participaram da roda de conversa profissionais e residentes que atuavam no serviço de visita virtual e outras práticas humanizadas na Unidade Covid. Foram convidados/as quinze participantes, número total de profissionais que compõem o grupo de trabalho de humanização na referida unidade, por meio de um grupo formado no *WhatsApp*. Compareceram apenas sete profissionais, pois alguns não estavam de plantão e outros o contrato de vínculo temporário com o hospital já havia encerrado.

Para nomear carinhosamente todas as participantes da pesquisa coloquei uma característica da personalidade de cada uma que foi marcante no enfrentamento da pandemia no hospital. Descrevo algumas informações importantes sobre as participantes para entendermos os diálogos e sentidos produzidos no contexto da pesquisa. A primeira é “Empatia” – mulher branca, cis, 41 anos, psicóloga, empregada pública há 7 anos no hospital. “Ternura” - mulher branca, cis, casada, dois filhos, 48 anos, psicóloga, empregada pública há 7 anos no hospital. “Fortaleza” - mulher negra, casada, três filhos cis, 50 anos, psicóloga, empregada pública há 7 anos no hospital. “Serena” - mulher negra, solteira, cis, com 58 anos, psicóloga, servidora pública há 20 anos no hospital. “Esperança” – mulher negra, casada, cis, 28 anos, psicóloga estava no segundo ano de residência multiprofissional. “Luz” - mulher parda, solteira cis, 27 anos, psicóloga, estava no segundo ano de residência multiprofissional. “Amizade” – mulher branca, cis, casada, dois filhos 60 anos, assistente social contratada temporariamente durante a pandemia para atuar na Unidade Covid- 19. “Confiança” – mulher branca, cis, divorciada, um filho, com 40 anos, terapeuta ocupacional, empregada pública há 7 anos no hospital.

A roda aconteceu no dia 7 de dezembro de 2021 na sala de aula do centro de estudos do hospital, um local reservado que permitiu manter o distanciamento adequado entre os/as participantes, sendo disponibilizado álcool a 70%, e cuja durabilidade foi de duas horas. Inicialmente, agradei aos/às participantes pela presença e então foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando abordamos os temas relacionados ao objetivo da pesquisa.

A participação dos sujeitos da pesquisa ocorreu de forma voluntária e, após a leitura, o TCLE foi assinado pelas participantes em duas vias, conforme a Resolução CNS/MS nº 466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013), que menciona que toda pesquisa contorna risco. A pesquisadora repassou ao grupo os riscos e benefícios da pesquisa e enfatizou a importância de manter o sigilo e anonimato dos/as participantes e ainda se comprometeu a manter o sigilo da transcrição da roda de conversa, com o áudio da gravação sendo armazenado no Google Drive de acesso privativo da pesquisadora pelo período de cinco anos, em pasta sigilosa em arquivo do Word.

A roda operacionalizou-se a partir da problematização de temas geradores produzidos no percurso da pesquisa, com objetivo de formular deliberações conceituais num exercício democrático de negociação de sentidos com centralidade na palavração, na cooperação e nas narrativas (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015). As perguntas disparadoras para o grupo foram: quais as histórias que mais marcaram vocês? Como o uso dessa tecnologia facilitou a comunicação com a família? Quais as dificuldades e potencialidades encontradas no uso dessa tecnologia? O uso de tecnologia foi uma nova forma de cuidado?

Busquei produzir uma roda de conversa leve, acolhedora e terapêutica com os/as participantes para conhecer os sentidos produzidos durante o uso de tecnologia de comunicação, respeitando o fluxo conversacional do grupo.

A roda foi muito produtiva. A roda de conversa foi facilitada pela pesquisadora e por uma colaboradora do hospital (bibliotecária) que auxiliou na gravação e registros dos diálogos. Tivemos a oportunidade de diálogos, desabafos, compartilhamento de sentidos e afetações, favorecendo a contação de histórias marcantes vivenciadas pela equipe e troca de experiências. No final da roda foi solicitada a avaliação das participantes sobre a atividade realizada, sendo essa aprovada e elogiada por todas.

Há tempos histórias são contadas em rodas de conversa. As histórias constituem ferramentas para recuperar a memória individual e grupal, construídas discursiva e coletivamente (CARVALHO, 2003). As histórias que foram contadas dentro da Unidade Covid durante um período crítico da humanidade não ficaram restritas à memória das profissionais de saúde que atuaram na linha de frente; incubimo-nos do compromisso de narrar essas histórias plenas de afetações e sentidos, que puxaram umas às outras e criaram a roda de sentidos, na linha do que afirma Sisto (2012).

A roda de conversa foi registrada em áudio através do uso de recursos tecnológicos dos

gravadores de voz de dois aparelhos celulares, dispostos em pontos estratégicos entre as pessoas de modo a possibilitar a posterior transcrição integral dos discursos construídos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Compreendendo as histórias: análise das informações produzidas

A partir da transcrição da roda de conversa, foi produzido um mapa dialógico buscando identificar os repertórios linguísticos utilizados nas conversas. Os mapas dialógicos são instrumentos criados com o objetivo de garantir a visibilidade da organização das informações, permitindo ao/à leitor/a o acompanhamento sistemático e crítico do produto do trabalho de pesquisa (SPINK; LIMA, 1999). Constituem ferramentas de análise das práticas discursivas que buscam aspectos formais da construção sociolinguística, seus repertórios e da dialogia que permeia a produção de sentidos (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014).

Os repertórios linguísticos definem as possibilidades de produções discursivas. São unidades analíticas que dependem dos contextos. Só se compreende o sentido produzido pela fala quando se analisa o contexto mais amplo de perguntas, respostas e intervenções (SPINK, M., 2010). As análises das práticas discursivas auxiliarão na identificação e reflexão sobre a produção de sentidos.

O registro da atividade foi realizado de forma rigorosa, iniciada na transcrição geral e seguida pela organização das conversas em três categorias a fim de identificar repertórios linguísticos para visibilizar as dinâmicas e posicionamentos das participantes envolvidas na compreensão dos desafios e potencialidades no uso das tecnologias da informação e comunicação - TICs no cotidiano das práticas humanizadas no ambiente hospitalar em meio à pandemia e aos efeitos produzidos nos/as usuários/as, familiares e equipe profissional por meio de histórias contadas durante a roda de conversa.

Foi realizada leitura flutuante e reflexiva das transcrições visando à construção de categorias que nortearam a análise das informações. Utilizei o recurso de marcação com cores diferentes no texto distribuídas nas três categorias: as afetações (cor amarela), desafios (cor vermelha) e potencialidades (cor verde) no uso das tecnologias de informação e comunicação nas práticas de cuidado humanizado em uma unidade hospitalar de Covid.

Após finalizar a leitura e demarcação, fiz um arquivo no Power Point separando os discursos nas três categorias em cada slide e fui agregando trechos das conversas que formavam o mapa dialógico. Reli cada conjunto de discursos nas categorias, identifiquei os repertórios linguísticos e construí um quadro (2), separando as categorias com a finalidade de visibilizar a interanimação dialógica e o processo de produção dos sentidos.

Quadro 2 – Sentidos produzidos a partir dos repertórios

AFETAÇÕES	DESAFIOS	POTENCIALIDADES
Redução do isolamento social e familiar oriundo da internação hospitalar	Estranhamentos/Aproximações às novas tecnologias	Produção do vínculo paciente-profissional-família – suporte emocional para recuperação
Produção de empatia	Precariedade nas condições de trabalho	A diferença na vida das famílias e pacientes
Medo da contaminação	Pouca disponibilidade de profissionais do grupo de trabalho da humanização na UC	Participação da equipe da UC nas visitas virtuais
Reconhecimento do trabalho pelos/as usuários/as, familiares e equipe da Unidade Covid	Sobrecarga de trabalho das equipes/adoecimento do/a trabalhador/a	Flexibilização das regras/singularidade
	Desvalorização profissional	Atuação da residência multiprofissional na UC
	Problemas nos processos de comunicação	Melhora nas parcerias entre membros da equipe
	Diferentes processos de trabalho na realização da visita virtual	Realização das visitas presenciais de despedidas
	Dilemas éticos: normas institucionais X humanização na pandemia	Extensão do uso das tecnologias para outros ambientes como Unidade Neonatal e UTI
	Imprevisibilidade no cuidado	Novas possibilidades de realizar cuidado
		Novos sentidos sobre o uso das tecnologias de comunicação

Fonte: elaborado pela autora (2022).

5.2 Desfecho: entrando no mundo das histórias sem fim

Apresentaremos, brevemente, a discussão para cada uma dessas categorias identificadas. Em seguida, apresentaremos histórias que marcaram o cotidiano da Unidade Covid-19 e que apresentam várias das questões trazidas pelas categorias.

5.2.1 As afetações no uso da tecnologia de informação e comunicação nas práticas de cuidado

A implementação do uso de tecnologia como ferramenta de trabalho por profissionais de saúde recebeu incentivo em todo em alguns serviços de saúde, auxiliando a ultrapassar barreiras que inviabilizaram atendimento presencial do/a usuário/a. Poder prestar a assistência mesmo a distância, oferecendo cuidados em saúde em menor tempo, mostrou ser caminho

viável que se refletiu na redução de custos e da carga de trabalho (CATAPAN, 2020).

Durante a pandemia, tornou-se uma estratégia de atenção viável e necessária para melhorar o acesso ao atendimento, aproximar usuários/as e familiares e reduzir a circulação de pessoas no setor de contaminação. Processos de trabalho, como a passagem do boletim médico e a comunicação de notícias difíceis para familiares, foram diretamente atravessados pelas tecnologias durante esse período. A restrição do contato foi necessária. Com as novas tecnologias, foi possível reduzir as angústias e ansiedade geradas pelo isolamento social e familiar em função da internação hospitalar. Vejamos trechos dos depoimentos:

Empatia: “Na pandemia houve essa restrição de contato, eu vi o tanto que foi importante ter tecnologias disponíveis, o tanto que ajudou.”

Amizade: “Eu fiquei maravilhada porquê de qualquer forma aproximava o outro, era um canal.”

Ternura: “Eu percebi que mesmo por telefone as famílias se vinculavam à gente e ficavam esperando a nossa ligação. Eles diziam: ‘nossa, que bom que você ligou’ ou ‘senti falta porque você não ligou’, para ofertar escuta e dar aquele acolhimento.”

Amor: “Foi importante esse projeto com o uso de tecnologias. As assistentes sociais diziam à família: ‘tem que entrar na Unidade Covid’, aí entra uma, entra duas, entra três, com esse famigerado vírus desconhecido. Não precisa entrar e colocar mais pessoas em risco ao vírus, então aquele telefone, aquele bendito telefone...”

Fortaleza: “Na hora da comunicação da má notícia, era uma dor. Ao mesmo tempo que o familiar reconhecia que eu era aquela pessoa que ligava todos os dias que estava aceitando a família mesmo sendo um momento muito difícil, eu sentia. Acho que a tecnologia unia até nessa hora, nesse momento de dor, porque era alguém que ligou para você que estava com você, que passou aquele processo com o seu familiar, então de certa forma é aquela pessoa que estava ali naquele momento em que seu familiar estava passando, fazendo a passagem dele.”

Esse processo ajudou em parte às equipes, pois havia certo clima de pânico com as notícias negativas e registro de inúmeros óbitos, inclusive de profissionais de saúde. O medo de contaminar a si e seus/suas familiares era grande. No início, a escassez de EPI acirrava ainda mais o medo. Inicialmente, entrei nesse clima de pânico. Mas, à medida que buscava elaborar tais questões, o medo foi dando espaço à motivação. Meu pensamento se voltou à práxis em ajudar e fazer diferença na vida da comunidade do hospital (profissionais, usuários/as e familiares); afinal, estávamos atravessando um momento único, histórico, mas difícil.

Para isso, era necessário lançar mão de estratégias diversas no intuito de se manter motivada e conseguir trabalhar de alguma forma. Uma querida amiga e parceira de trabalho me ajudou neste processo, dizendo: “Você tem uma empatia genuína!”. Essa não se aprende em livros ou na formação acadêmica, vamos desenvolvendo essa sensibilidade no decorrer da vida, no enfrentamento das situações difíceis e de muita dor, adquirindo um olhar mais amoroso e acolhedor.

Quando recebi a notícia que iriam implantar uma unidade de Covid-19 no hospital em que trabalho e que os/as usuários/as iriam ficar isolados/as, sem acompanhante e sem acesso ao telefone, a primeira coisa que veio na minha cabeça foi: “Meu Deus, as pessoas vão morrer e não vão ter a oportunidade de se despedir das suas famílias”. Senti uma angústia e incômodo muito grandes, me coloquei no lugar do/a outro/a, caso fosse alguém da minha família, meu pai, minha mãe que estivessem internados/as e eu não tivesse a oportunidade de dizer um adeus, de me despedir. Respondi a ela que isso não poderia acontecer: “Precisávamos inventar algo, precisávamos fazer alguma coisa”. Foi desse diálogo e de nossas inquietações que surgiu o Projeto de Humanização da Unidade Covid.

Identificamos nas conversas – relacionadas abaixo – questões que remetem à empatia e à compaixão entre os/as profissionais do grupo de humanização da Unidade Covid durante a análise das práticas discursivas. A empatia é uma habilidade de interação social constituída por componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. No componente afetivo, há uma tendência de experimentação de sinais de simpatia e de compaixão. No cognitivo, há concepção da capacidade de interpretar e compreender a perspectiva do/a outro/a (OLIVEIRA; FONTES, 2021).

Amizade: “Agora essa ideia, essa coisa que surge dessa realidade, de usar tecnologia para aliviar a dor, do amor, do cuidado, da solidariedade, é fantástico. Eu não conhecia aquela família, mas eu me vejo nela.”

Empatia: “Eu só soube da importância das visitas virtuais e teleatendimentos na passagem do boletim médico quando estava do outro lado da moeda. Meu pai estava doente, internado com Covid e às três horas da tarde eu ficava na expectativa e não me concentrava mais em nada, porque era o horário das ligações e tinha dias que dava 7h da noite e nada. Euficava: ‘Meu Deus, vai virar o plantão e não vão me ligar’, porque eu já sabia da rotina do hospital de lá. Então, para mim foi quando eu entendi o quanto que era angustiante para as famílias; eu tinha noção que era angustiante, que sente falta, que sente saudade, mas eu não tinha a dimensão.”

Ternura: “Na minha família, teve um primo meu que também ficou internado e eu vivenciei todo o sofrimento da minha tia, e de como era importante pra minha tia as ligações, poder ver, de poder ter aquele momento. Porque uma coisa é receber o boletim médico e outra coisa é você ver o seu familiar.”

Amizade: “É... você ouviu, você estar no outro, você se aliar ao outro. Não era minha família, não era meu pai, não era minha mãe, meu irmão, mas era a irmã do outro, a mãe do outro, era o pai do outro e isso... aconchegava!”

Ternura: “Saber que ali é um alguém, ou o amor de um alguém, que está ali sob o cuidado de uma pessoa que você não conhece e eu acho que deve ser uma dor tamanha simplesmente a hora do tchau e o até amanhã. Um amanhã que não lhe pertence e que você não tem o controle e que você tem que depositar a confiança numa equipe sem nem sequer conhecer. Eu acho que isso deve ser uma dor tamanha, chegar, ter que olhar e dizer ‘nós estamos fazendo tudo o que é possível’, porque também o impossível não nos cabe fazer, mas o que é possível de acolhimento, de cuidado, de medicação, de exame para tentar minimizar um pouco daquela angústia que é tamanha, né, e assim a gente só imagina.”

Nas atuais circunstâncias de sobrecarga de trabalho provocada pela pandemia, as participantes da pesquisa tiveram muita sensibilidade no cotidiano das práticas de cuidado. Vivenciaram ativamente os diálogos das histórias de adoecimento de seus/suas entes queridos/as, entendendo melhor a angústia e o sofrimento dos/as familiares dos/as usuários/as internados/as devido às complicações por infecção da Covid-19. Buscávamos, como profissionais de saúde, exercitar a integralidade, diminuindo a sensação de sobrecarga no trabalho. Para tal, foi necessário buscar novas formas para a manifestação de atitudes humanísticas (SONIS *et al.*, 2020). Esse movimento gerava algum tipo de satisfação profissional e de cidadania.

Identificamos, também, o reconhecimento dos/as usuários/as, familiares e equipe da Unidade Covid pelo trabalho desempenhado pela equipe de humanização nos diálogos das participantes da pesquisa, como demonstram os depoimentos a seguir:

Empatia: “Sem falar que alguns pacientes não viam que essa função era nossa atribuição. Ficavam agradecidos de uma forma... não sei se vocês sentiram isso, eu senti demais. Por exemplo, eu atendi uma moça no pós-parto na UCI Covid e a mãe dela ligou para o telefone institucional para saber quem eu era, para agradecer porque eu ajudei a filha dela, porque eu liguei para o marido e para mãe, mas eu falei que só fiz minha função e ela disse: ‘Não, você poderia ter ligado para um de nós e você ligou para os dois.’ Eles não entendiam que era a nossa obrigação, era o que a gente poderia contribuir, mas eles ficavam tão agradecidos que isso voltava para gente de uma forma tão inesperada.”

Ternura: “Como eu me sentia quando entrava e saía da Unidade Covid, eu entrava pesada lá dentro porque a gente tinha muito medo, só de ir alinaquele lavatório na entrada que você lavava as mãos, você ia paramentada e terminava de se paramentar lá dentro e eu me sentia muito pesada ao entrar, por tudo que estava usando: capote, luva, face-shield e pesada emocionalmente porque era um ambiente pesado. Eu saía leve lá de dentro porque era muito recompensador como a gente era bem recebido tanto pela equipe como pelos pacientes. Tudo que a gente podia fazer por eles ali com um pequeno aparelho de telefone, aproximando tanto as pessoas, aliviando tantas angústias, então saía muito leve; eu gostava muito desse sentimento, eu saía feliz.”

Empatia: “Eu levei isso para terapia até, porque eu era muito pesada. Eu ia lutando contra mim mesma, porque eu não queria estar lá dentro. Quando eu entrava lá, que eu fazia as videochamadas, eu saía tão agradecida, tão bem, tão assim ‘cumpri minha missão’. Mas eu sempre tinha essa angústia para entrar lá e saía muito feliz.”

Ternura: “Quando eu entrava lá na Unidade Covid, percebia o quanto os profissionais acolhiam bem. E, assim, procurando ajudar falando: ‘Olha, o fulano de tal está precisando por isso e por isso.’ Assim, sempre chegava junto da gente, facilitando as coisas para gente, né. Então, assim, eu percebi que ali dentro eles estavam bem agradecidos com o nosso trabalho e eles reconheciam o que a gente estava fazendo.”

Amizade: “Eu nunca fui de receber elogio de ninguém, nem espero por isso. Elogio, digo de reconhecimento, melhor dizendo, mas eu nunca vi a ouvidoria falar tanto de mim na minha vida toda nesse hospital. Eu nunca vi a ouvidoria falar tanto, eu ficava tão feliz que era a família de fulano.”

Amizade: “Então essas coisas a gente entra para história. Você participou do pior momento, daquilo que assolava a humanidade, que destroçava, e você contribuiu até quando? Você contribuiu de fato! Assim, a gente se vê no outro, como tantas falas aqui. Quer dizer, que Deus nos dê forças e a gente continue lendo, estudando para gente fazer o melhor da gente, a serviço da sociedade, da população, né.”

No contexto caótico do cotidiano da pandemia mundial, a satisfação profissional e o reconhecimento podem ser considerados condição imprescindível para o bom desempenho no trabalho. Como pudemos observar nas histórias, todas as afetações negativas ao entrar no setor eram transformadas em positivas, com sensação de satisfação do dever cumprido.

A falta de estrutura de trabalho (o que inclui desde recursos tecnológicos até EPIs) afetou negativamente a saúde mental dos sujeitos da pesquisa, especialmente os que ficavam na linha de frente assistencial. Uma amostra disso são os discursos comparando o cotidiano de trabalho no enfrentamento da Covid-19 a questões bélicas. Pois passaram diariamente situações, tais como: o medo de infecção e contaminação de familiares, o adoecimento, o estresse, o sofrimento, a dificuldade no acolhimento e consolo e os óbitos frequentes.

Com a disseminação do vírus e grande demanda sob a rede de assistência para os casos graves, os/as profissionais da área da saúde foram reconhecidos/as como um grupo fortemente exposto ao risco de adquirir a infecção. Ser da linha de frente, ter contato direto com pessoas infectadas trazia medo à rotina de trabalho. Se, de um lado, as instituições e a mídia ressaltavam os “heróis da saúde”, por outro chegávamos a discutir entre nós o estigma, os olhares de vizinho/as e pessoas na rua, que chegavam a se afastar quando passávamos fardadas. “Era como se a gente fosse o próprio vírus ambulante”, disse uma colega certa vez. Os riscos diários, portanto, versavam não só sobre a exposição a patógenos, longas horas de trabalho, mas a sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigma e violência física e psicológica (KOH, 2020).

Empatia: “E no dia que eu tirei as luvas, descartei, o paciente pegou na minha mão. Todas as vezes era: ‘estamos indo pro abate [risos]’. Será que eu saio de lá contaminada ou não? E eu lembro, a assistente social que não está aqui hoje, ela se contaminou e a gente estava brincando muito no dia que provavelmente ela se contaminou, que ela disse assim: ‘eu não pego mais esse vírus, não.’ Aí ela abriu a boca, baixou a máscara e disse assim: ‘vem vírus, vem vírus’ [risos], ela brincando. Quando, no final do dia, ela disse: ‘P1, tu não vai acreditar! Eu estou mole! Será que eu me contaminei com o vírus?’”

Amizade: “E a família vinha sem saber do óbito... lidar com aquilo, né, como preparar? Como é que dá a notícia? Já ali parecia que você queria proteger, mas como eu abraço? O que é que eu faço? E não podia. Eu nunca esqueço de um rapaz que correu tanto naquele corredor. Ele correu tanto, ele gritou tanto naquele corredor que eu fiquei lá parada, eu não sabia nem como fazer, me deu vontade de pegar ele, mas eu não podia pegar ele...”

Empatia: “Uma assistente social, em outra roda de conversa, disse: A gente sai de casa com a sensação de que ia pra guerra, que era um soldado ali... que ia pra guerra.”

Amizade: “Só que a guerra a gente ainda estava ali junto deles, pegando neles, conversando com eles... nada, nem para gente pegar, nem para gente chegar. Às vezes, no máximo, a gente fazia era um carinho, né... Alguma coisa assim no cabelo, nem isso a gente podia. Toda aquela loucura de paramento, vixe! E veste, e tira! Por mais que você tirasse, parecia que o vírus estava ali, lhe seguindo.”

Empatia: “Eu sei que existe muita crítica à equiparação de serviços de saúde com questões bélicas, mas eu acho que só quem está aqui sabe. Porque a sensação era de uma guerra todo dia. Não sei se vocês conhecem as esculturas do soldado desconhecido, tem em vários lugares pela Europa, tem estátuas em homenagem aos soldados desconhecidos da guerra. Eu me senti o soldado desconhecido. Porque quantas pessoas morreram na guerra que... tendo seus sonhos cortados, ceifados? Quantas pessoas estavam ali na luta sem nem olhar para as próprias questões? Eu me senti um soldado desconhecido. Era como se eu fosse mais uma anônima. Trabalhadora da saúde anônima que estava ali renunciando à minha vida pessoal para estar aqui no

hospital tentando fazer algo pelo coletivo.”

Serena: “Nunca esqueço da cena dos pacientes de Manaus chegando no hospital, parecia cena de guerra, muitos cansados, a equipe naquela movimentação nas enfermarias do 3º andar, e assim tinha pacientes jovens, quatro mulheres e elas todas jovens, e elas choravam e você via o medo, tudo muito diferente para elas, porque era tudo isso, de estar num lugar que era totalmente desconhecido, mas tiveram a oportunidade de estar num lugar onde teriam assistência.”

Amizade: Foram os corpos de Manaus, eu vou dizer corpos porque não eram nomes que estavam ali, não eram vidas, não eram os nomes... Aqui, a gente tinha a necessidade de acolher cada um até melhor porque eles vinham de tão longe, né? Mas quantas vidas desceram daquele avião. Se a gente pudesse ter filmado o olhar... uns já vinham na maca, porque não conseguiam, outros desciam ajudados, sentavam na cadeira assim, tão assustados, era tudo amedrontado. Mas, assim, os que se foram, eu acho que o pior de tudo era quando iam embora. Era quando ia embora, porque eu não vi nenhuma família acalmada... eu sei que é pedir demais se acalmar diante da morte, né, mas a dor deles era algo assim, eu não sei se era porque não estavam junto, não puderam cuidar no final da vida.

É alarmante o número de vítimas fatais da Covid-19 no Brasil, podendo ser comparado com muitas guerras, pois ocorreu um verdadeiro genocídio. Não que todas essas mortes pudessem ter sido evitadas, mas o número poderia ser bem menor se não houvesse o negacionismo das autoridades e não se colocasse os interesses econômicos acima da vida da população (KAEFER, 2021). Não custa lembrar que, de acordo com a Constituição brasileira, a saúde é direito de todos/as e dever do Estado.

Sempre me questionava se estávamos vivendo numa guerra ou num pesadelo. Em janeiro de 2021, quase um ano depois do início da pandemia, todos os jornais noticiavam a falta de oxigênio nos hospitais de Manaus e os/as usuários/as das UTIs morrendo asfixiados, doentes levados/as a outros estados, cemitérios sem vagas e toque de recolher. Realmente eram apenas corpos quando vieram transferidos de Manaus para os hospitais federais um tratamento desumano e um descaso com a vida de milhares de brasileiros/as.

Por isso, fica visível nos depoimentos que, durante a pandemia, o hospital foi transformado em cenário de guerra, onde os/as profissionais de saúde eram os/as soldados/as que lutavam contra o inimigo invisível. Apesar de não ser realmente uma guerra, pode-se dizer que o atual momento é caracterizado por uma guerra biológica contra o coronavírus, microrganismo tão potente quanto armas utilizadas por soldados/as em campos de batalha. Assim, compreende-se que, mesmo em contextos distintos, existem semelhanças quanto à luta nas duas guerras referidas, tanto pela manutenção da saúde quanto da vida (FERNANDES; RAMINELLI, 2020).

Percebemos nos diálogos a presença do medo de contaminação ao entrar no setor, o relato do contágio e adoecimento da colega no ambiente de trabalho e a angústia da

impossibilidade de poder tocar e abraçar para acalantar as famílias durante a comunicação da má notícia. Os/AS autores/as descrevem o quanto é perturbador cuidar de usuários/as que sequer conseguem ver os rostos de seus/as cuidadores/as parentados/as com seus equipamentos de proteção individual ou presenciar suas mortes solitárias pela impossibilidade da presença dos/as familiares, os/as quais não tiveram a oportunidade de despedir-se de seus/suas entes queridos/as, nem mesmo mediante a realização de rituais funerários (BENEDETTO; MORETO; VACHI, 2020).

5.2.2 Desafios no uso das tecnologias de comunicação enquanto prática humanizada em saúde em uma unidade hospitalar de tratamento da Covid-19

Durante a conversa na roda, pudemos constatar inicialmente que as participantes apresentavam certo estranhamento devido à falta de habilidade no uso das tecnologias e alguma desconfiança fundamentada na crença de que o teleatendimento seria um obstáculo no processo da formação de vínculo entre terapeuta e paciente.

Empatia: “Para mim, foi super diferente. Eu tinha muita desconfiança trabalhar por telefone, atendimento online. Nossa! Eu via com maus olhos. Quando saía o parecer do CRP cogitando a possibilidade de trabalho remoto antes da pandemia, eu era contra, porque existe a necessidade de vínculo e não tem como estabelecer o contato, olho a olho, pelo aparelho.”

Amizade: “Eu era um dinossauro, com uma grande resistência com uso da tecnologia. Tenho muito medo do que vai acontecer porque tem um lado muito bom e um lado perverso e cruel, em que criança já nasce mexendo com isso e os adolescentes estão tão doentes.”

Ternura: “A gente, como psicólogo, sempre trabalhando com vínculo que acoisa tem que ser próxima; eu também tinha muita resistência.”

Esperança: “O uso da tecnologia, que eu também considerava algo distante...a importância do estabelecimento do vínculo com aquela pessoa a quem estava sendo prestada assistência era muito importante. O toque e o olhar. A partir de então, com a pandemia, tudo isso ficou proibido.”

Com o avanço da pandemia e implantação dos serviços de teleatendimento e televisitais na Unidade Covid-19, os/as profissionais que faziam parte do projeto foram se familiarizando com os recursos e agregando novas práticas de cuidado e produzindo outros sentidos ao uso dessas tecnologias em saúde. A falta de familiaridade dos/as profissionais com a nova tecnologia foi uma pequena barreira superada.

Certamente, é importante a formação qualificada dos/as profissionais de saúde em habilidades quanto ao uso de tecnologias de informação e comunicação. A formação de equipes

interprofissionais na assistência hospitalar passou a incluir não só diversas profissões da saúde, mas se abriu para especialistas em tecnologias e segurança da informação. Na pandemia, tais profissionais foram de fundamental importância para superar as lacunas digitais que surgiram. Notei que a grande inovação em serviços de saúde não estava na tecnologia em si, mas nas novas formas de articulação entre as/os envolvidas/os que transformaram os processos, ajustando expectativas e necessidades. A implementação de um programa de tecnologias em saúde encontra seu maior desafio na mudança cultural e no contexto pandêmico. Frente às demandas de adaptações dos processos para a contingência vigente, tal mudança emergiu de forma rápida (SAISO *et al.*, 2021).

Nesse contexto, de um lado estava a dedicação máxima, a atuação de acordo com nossas melhores possibilidades, do outro lado as confusões e desordens em que estávamos inseridos/as. Os noticiários bombardearam uma grande quantidade de más notícias. Sofrimento, déficits a serem sanados e crises assolando diversos setores da sociedade configuraram o cenário da pandemia (BENEDETTO; MORETO; VACHI, 2020). No hospital, a situação não era diferente. A implantação do serviço da Unidade Covid foi feita em caráter emergencial, com contratação temporária de profissionais. A reorganização de protocolos de atuação, estruturas e serviços ocorria, muitas vezes, ao tempo em que os/as usuários/as já estavam internados/as. Por consequência, as condições de trabalho dos/as profissionais de saúde foram afetadas.

A pandemia proporcionou transformações massivas nos usos das TICs (VELOSO, 2017). Com base na revisão bibliográfica, pudemos verificar que a prática na área da saúde foi transformada a partir de março de 2020. A telessaúde foi rapidamente incorporada aos cuidados da população em todos os níveis de serviços de saúde em alguns países do mundo. No hospital, a adoção das TICs foi lenta, precária e atravessada pela falta de políticas governamentais federais e investimentos para promover mudanças, mesmo diante da urgência na implantação da saúde digital/remota para proporcionar maior segurança aos/as profissionais de saúde, usuários/as e seus familiares.

Empatia: “Apesar da gente não ter avanço tecnológico no hospital, que está ainda muito carente, conseguimos dois tablets para as visitas virtuais, sendo que os tablets não conectavam a internet e durante muito tempo utilizamos o nosso telefone. Mesmo chegando um telefone institucional, a internet não funcionava. P2 vinha me dizer: ‘P1, o telefone não pegou hoje, não’.”

Serena: “O quanto que para eles o visual, ver o outro era importante, não só ter a informação do boletim médico, que era uma dificuldade muito grande, a gente batia muito nessa tecla, que era muito falho essa passagem das informações.”

Esperança: “Então eu já tinha toda essa vontade de fazer uso da tecnologia e as dificuldades que eu encontrei foi justamente essa questão do aparelho, porque na época eu dividia com a outra psicóloga, então qualquer demanda que eu tivesse no horário da manhã

a gente tinha que se articular entre a gente para poder dar conta de atender tanto à demanda da UTI quanto à da enfermaria. E também o acesso à internet lá não era bacana. Você tinha que estar roteando a internet do próprio celular. Em muitos momentos, eu fiz ligação do meu, sempre conversando com a família também pra dizer “olhe, esse é o meu telefone, o institucional é esse.”

Ternura: “Teve uma vez que eu entrei que a gente não tinha conseguido, acho que colocar saldo, e eu não levava o meu celular, eu entrava só com o celular do setor. E aí, né, medo, tudo é medo, medo, eu vou levar o menos possível e tal e ia só com o celular. Também não tinha nem lugar pra guardar porque eu não entrava de jaleco, né. E aí, é... aí eu acho que não pegou porque eu acho que não tinha crédito, aí veio a enfermeira e falou: ‘Não, não seja por isso. Faça do meu’, sabe?”

Com os crescentes cortes de verbas públicas, desmonte do SUS e a necropolítica do governo federal durante a pandemia, muitas instituições hospitalares enfrentaram/enfrentam dificuldades para prestar um serviço eficiente e com qualidade. O quadro profissional limitado, a deficiência de recursos materiais, as condições insalubres de trabalho e a falta de investimento nas novas e contínuas demandas tecnológicas resultam em uma assistência desfragmentada e desumanizada (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006). Os relatos acima apontam que, durante a prestação de serviço com o uso das tecnologias em saúde, os desafios remetiam à falta de investimento em recursos tecnológicos. Não havia aparelhos de telefone celular ou *tablet*, nem pedestais ou suporte para garantia institucional das condições de trabalho; e a qualidade da internet era instável, gerando mais um obstáculo aos atendimentos.

Considero relevante refletirmos sobre a responsabilidade da gestão dos serviços na superação das dificuldades na utilização das TICs. Para desenvolver um plano estratégico de promoção do uso de tecnologias, é necessário haver investimento na aquisição dos materiais, além da sensibilização, motivação e formação dos/as profissionais dos serviços (PINTO, 2021).

Já na próxima fala, podemos identificar algumas situações que se expressam a partir da fragmentação das ações, falta de comunicação efetiva, diferentes fluxos e processos de trabalho no serviço, mesmo com a construção e divulgação do Procedimento Operacional Padrão (POP), que descreve as etapas para realização da atividade da visita virtual. A fragmentação do trabalho dá-se em meio a uma contradição que se expressa no embate entre novos modelos de atenção-gestão, que pressupõem processos de trabalho pautados no diálogo, e uma cultura da comunicação vertical e estilo de gestão que não fomenta momentos para comunicação-análise do fazer, com isso dificultando também uma inovação no âmbito da atenção ao/a usuário/a (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Vejamos o depoimento a esse respeito:

Amizade: “Eu me lembro que algumas colegas diziam: ‘Não, estava dormindo’, ‘Sim, e a família? Não ligou, não? Porque estava dormindo?’. Assim, mas tem que ligar, pode estar dormindo, mas a família estava lhe esperando. Por exemplo, eu saía do quarto e ligava daquele corredor e a pessoa pedia pra ver só o rosto, eu pedia que desligasse seu volume, desligasse o som. Eu ia entrando e, pronto, se acalmavam. Porque você não pode dizer que está dormindo e não fazer nada. Aquilo ali não era coisa de cumprir hora.”

Existe a necessidade de humanizar o cuidado, a assistência, a relação com o/a usuário/a doserviço de saúde. Mesmo com a PNH implementada há mais de uma década e com os 31 anosdo SUS, ainda assim enfrentamos fragmentação nos processos de trabalho e das relações entreos/as diferentes profissionais, fragmentação da rede assistencial, precária interação nas equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos/as trabalhadores/as, formação dos/as profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, dentre outros, resultantes de ações consideradas desumanizadas na relação com os/as usuários/as do serviço público de saúde. Entendo que as práticas humanizadas na Unidade Covid-19 perdem a força de produzir mudanças significativas na assistência em saúde ao serem reduzidas a ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho.

Uma prática desumanizante no cuidado que devemos evitar é tratar os/as usuários/as pela doença, número de leito ou pessoas isoladas, expressando a despersonalização, reclusão, solidão e não reciprocidade entre pessoas doentes e os/as profissionais que lhes cuidam no sistema de saúde, especialmente quando envolve internações hospitalares (DESLANDES, 2006).Durante a roda de conversa, foi contada por um/uma dos/as participantes a história de uma situação desumanizante caracterizada por conversas inoportunas, barulhos constantes, falta de privacidade e respeito do/a usuário/a durante a televisita, despersonalização e desconsideração do seu estado de compreensão e lucidez e da sua capacidade de comunicação não verbal. Vejamos:

Amizade: “Porque eu vi também coisas, sinceramente, lá dentro que, por exemplo, uma pessoa com AVC eu não entendo o mundo dela, ela está ali e aparentemente parece que ela não está. Eu não esqueço um dia que eu cheguei na UTI, estava um tumulto naquela ala, um barulho de arrastado de cama, eu sem entender aquilo, e o paciente estava assim franzindo a testa. Eu pensei: ‘Meu Deus’. Eu tinha entrado para fazer a videochamada com a família, eu até discuti com essa família que ele não tinha como se comunicar, mas era só para eles verem o paciente. O arrastado da cama era porque iam intubá-lo, e essa conversa entre os profissionais de que iam intubar, ele já tinha ouvido. Eu cheguei e disse que ia puxar uma chamada com a família e a equipe do setor resistente, mas eu fiz, mas o barulho continuou e as conversas altas. Nunca esqueci, a companheira dele que queria ficar com ele disse: ‘Ele

tem um negócio que vem assim com a mão quando está sentindo dor' e na hora da videochamada ele veio com a mão, depois intubaram e ele foi embora esse paciente. Eu nunca disse à família dele, mas foi um maltrato que a gente fez. Eu entendo da urgência de intubar, eu entendo do vamos agora, ou vai ou racha."

Essa situação remete à necessidade de adesão a uma das diretrizes da PNH denominada ambiência hospitalar, na qual podemos conceituar como o tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, diretamente envolvida com a assistência à saúde, devendo proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Através da construção da ambiência, é possível avançar qualitativamente no debate acerca da humanização, pois sua concepção pressupõe a valorização tanto das tecnologias em saúde, dos componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelos órgãos do sentido – como, por exemplo, a luminosidade, os ruídos e a temperatura do ambiente – quanto da interação entre usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as (BRASIL, 2010). No que se refere aos componentes estéticos, pode-se verificar no discurso de uma das participantes que a Unidade Covid térreo não apresentava uma boa ambiência relacionada à estrutura física, pois foi feito às pressas, num local totalmente fechado, sem janelas; as enfermarias eram pequenas, sem circulação e controle de iluminação e insalubres.

Amizade: "Sugeri ao doutor C. para colocar uma música clássica, que ela inicie às seis da manhã, e pare meio-dia; volta uma hora, pra eles saberem que é uma hora da tarde. Ela cala ou então bota Ave Maria às seis da noite para eles entenderem. Porque perdia a noção de tempo, é dia ou noite, ninguém sabia... aquele lugar era... um lugar horrível, minha gente, de ficar!"

Esse discurso reflete a necessidade da gestão do hospital avançar nessa ambiência dentro do setor, com a utilização da música como recurso terapêutico e instrumento facilitador na noção de tempo para favorecer uma atmosfera mais acolhedora.

A questão das condições de trabalho reflete na interação entre usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as tratadas no âmbito da PNH. Os/As profissionais de saúde, para estabelecerem um contato efetivo com os/as usuários/as, necessitam dispor de condições básicas, tanto materiais quanto humanas, para desenvolverem as suas atividades de forma digna e justa (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006). Podemos notar na análise dos discursos que as condições de trabalho precárias pode desencadear um sofrimento psíquico da equipe da Unidade Covid-19 que se relaciona nitidamente com elementos da organização do trabalho, como: as jornadas de trabalho prolongadas e o ritmo acelerado; sobrecarga de trabalho, desumanização no cuidado; ausência de autocuidado e suporte emocional.

Amizade: “É muito difícil cobrar de uma equipe quando está ali no dia a dia com dez, vinte, cem e entender que aquele sujeito é único, é uma vida única. Aquele dia foi muito difícil para mim, eu fiquei tão revoltada com a equipe, ainda comentei com o médico: ‘O que está havendo aqui? Estamos perdendo nossa sensibilidade?’ Mas eu sei que teve momentos que a equipe estava toda adoecida, uns precisando uns dos outros e não tinha tempo para dizer: ‘Estou precisando de você’”.

Amizade: Eu lembro que o doutor L. foi um homem fantástico, aquele médico. Eu dizia assim: ‘Vem cá, você está aqui já há dois dias?’ Aí ele fazia assim: ‘Não posso sair ainda!’. Eu disse assim: ‘Está com chicote no lombo? Uma exploração dessa!’. Ele ria, o doutor..., mas ele também estava ali, cuidadoso!”

Esperança: “Mas o fato de ver e estar conversando com o outro fazia um diferencial muito grande, era uma coisa... eles ficavam felizes. Eu fazia as visitas virtuais de segunda a sexta, aí eles falavam: ‘Sábado eu não vou ver ninguém da minha família?’. Era um momento que, para eles, fazia um diferencial muito grande.”

Empatia: “Quando a residência multiprofissional chegou na Unidade covid-19, a gente estava num sufoco! Que no começo era eu, a pesquisadora (confiança) e a ternura e a gente conseguiu trazer mais gente e melhorou a rotatividade. A gente só conseguia fazer uma vez na semana. Aí, com chegada das assistentes sociais e residentes, ficou um rodízio maior.”

Os dois últimos relatos trazem à tona a carência de profissionais de saúde para além de médicos/as e enfermeiros/as, resultando na queixa da ausência da prestação das ações de humanização durante os fins de semana. A ampliação dessa assistência humanizada foi potencializada com a entrada das assistentes sociais de contratação temporária e das residentes em psicologia e serviço social da Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso no serviço. Partindo dessa perspectiva, o cenário de crise sanitária possibilitou refletir quão necessário é o cuidado nos espaços hospitalares, em especial aquele realizado na área de saúde pelas múltiplas formações profissionais não médicas (enfermagem, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, dentre outras).

Ficou evidenciado pela própria roda de conversa que a maioria das pessoas que atuam em ações de humanização são mulheres. A sobrecarga de trabalho da mulher está presente nos diversos vínculos empregatícios, somados ao acúmulo de desempenho de muitos papéis na sociedade. O reflexo disso é visto no discurso recorrente no campo-tema de desprendimento da mulher profissional de saúde em prol da dedicação ao cuidado com os/as usuários/as, chegando à negligência nos atendimentos das suas próprias necessidades físicas, biológicas e emocionais (KERGOAT, 2019).

Chama atenção nos trechos de conversas abaixo o processo de desvalorização das trabalhadoras, principalmente as profissionais do processo seletivo temporário, devido ao vínculo frágil. Os contratos foram encerrados de maneira abrupta e antes do tempo previsto com o fechamento da Unidade Covid-19. As falas trazem sentidos de frustração, impotência e até de descaso e desvalorização.

Empatia: “Não, não vai vir mais ninguém. E aí, nós vamos trabalhar como? Pronto, fechou a unidade. Fechou a unidade e a gente não sabia que ia fechar a unidade. Assim, foi todo mundo surpreendido e exonerado. O contrato de todo mundo só vai até o dia 30 de outubro.”

Amizade: “Mas você tem o compromisso. Já pensou se eu tivesse feito alguma compra, algum compromisso com o dinheiro? Eu ia ficar louca, porque isso deixa a gente perturbada. Veja, foi do dia pra noite! Eu fui demitida, literalmente, da noite para o dia. Aquela dor, que a gente olha pro outro e sente dor, em mim dilacerou.”

Empatia: “Sabe por que, “amizade”? Se valorizasse, você não tinha saído do jeito que tinha saído, a gente não ficava da forma que a gente ficou, muitas vezes sem informação. Do jeito que a gente não soube o que ia fazer quando a residência entrou, porque aí a residência assumiu, a gente também ficou sem ter o que dizer quando a residência saiu.”

Empatia: “Eu acho que é um ponto que a gente precisa muito avançar, é na valorização do trabalhador. Nós não somos valorizadas. O trabalho que a gente fez só quem mesmo enxergou a dimensão e a beleza desse trabalho fomos nós que estivemos lá. Os usuário e a gente, a família sim. As outras categorias eu acho que não. A própria gestão do hospitaleu, às vezes, acho que não.”

Confiança: “Isso é desvalorização do trabalho.”

Nesse contexto, devemos considerar que o processo de humanização dos serviços implica na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários, identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Portanto, para atingir a melhoria da assistência à saúde em situações de crise sanitária, são necessárias: a contratação de profissionais de todas as categorias em número suficiente para atender à população, a ampliação dos serviços, a aquisição de novos equipamentos hospitalares, salários dignos, melhoria na organização e nas condições de trabalho, fornecimento de EPIs em

quantidade suficiente e qualidades adequadas, realização de treinamento, participação da população e oferta de atendimentos em saúde mental para os/as trabalhadores/as. Essas são algumas medidas necessárias para a adequação dos serviços de alta complexidade na pandemia. (SILVA; MACHADO; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2020). Mas como garantir isso frente ao processo de sucateamento e precarização do SUS e de uma pandemia que demandou em curto prazo aprendizados, mudanças, pesquisas de maneira urgente.

Outro dispositivo da PNH é a clínica ampliada, que consiste em uma ferramenta cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade (BRASIL, 2013). Se partirmos desse conceito, o direito de receber visita e de contar com um/a acompanhante constitui componente essencial para a concretização dessa proposta, além de a Lei nº 8.080/90 assegurar o direito a acompanhante apenas em caso de internação e somente para alguns segmentos da população: crianças e adolescentes, mulheres grávidas e no pós-parto, pessoas com deficiência e idosos/as (BRASIL, 1990).

Consta também na Carta dos Direitos dos Usuários da saúde que todos/as os/as cidadãos/as têm direitos a serem atendidos/as com ordem e organização, com qualidade, a receberem informações claras sobre seu estado de saúde, extensivo aos/as seus/suas familiares, a um tratamento humanizado e sem discriminação (BRASIL, 2011).

Visita aberta é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (BRASIL, 2007, p. 3).

Esses direitos durante o período pandêmico encontraram-se/encontram-se ameaçados pelas restrições de contato físico impostas devido ao risco de infecção; prescinde-se do bem individual em benefício do bem comum. Nesse contexto, o hospital precisou suspender o direito de visita e da presença do acompanhante na Unidade Covid com objetivo de diminuir a taxa de contágio, o número de doentes e os internamentos.

O grupo de humanização foi promotor de estratégias alternativas que garantissem o direito à visita de familiares e amigos/as por meio das televisitas, o que remete à necessidade de resgate de um atendimento diferenciado, focando na dignidade das pessoas em situações de cuidados durante a pandemia.

Os diálogos abaixo põem em pauta o desafio das participantes da pesquisa diante do cuidado do ser humano como um ser singular e integral, com suas necessidades e contextos sociais peculiares, mediante o cumprimento das normas institucionais do hospital, respeito às

normas e orientações nacionais e internacionais e zelo pelos princípios ético-deontológicos (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Empatia: “Eu olhava também para as histórias de cada dia, as histórias das pessoas que estavam ali dia após dia, não para as regras, para as normas. Nessa hora, eu acho que importava muito menos.”

Empatia: “Eu lembro demais quando eu disse: ‘Não, por que vão tirar os telefones dos pacientes da Covid?’. Eu estava nesse momento, foi um reunião da gestão e decidiram tirar. E aí eu cheguei em casa comentando com o meu marido, que virou pra mim e disse assim: ‘O que é que estão fazendo de errado lá dentro que não querem que fotografe ou que filme?’”

Ternura: “Quanto ao tirar o telefone, eu também acho complicado. Agora, a questão é o uso da imagem, né, que a pessoa não está autorizando. Agora, se o telefone é dele, aí é outra coisa; se ele tira foto dele e manda... agora, uma pessoa que está intubada e está sedada, como é que ela vai autorizar? Isso é complicado.”

Ternura: “Quando o paciente está lá na UTI/NEO, têm algumas precauções com o paciente do lado. Não é recomendado fotografar, entendeu? Por isso que a gente não tentou, porque a gente não sabe quem está do outro lado, se está filmando. Era todo um aparato na UTI/NEO, é uma coisa que se for fazer tem que ter cuidado. A regra está inserida ali na equipe, se vaza um vídeo ou uma foto de um paciente intubado a gente vai se prejudicar; para quem trabalha com UTI, essa é uma recomendação.”

Amizade: “Aí você vai negar uma filmagem porque está intubado? Pra depois você dizer: ‘morreu’. Aí agora que você morreu que pode ir lá ver? A gente não deixava toda a família ir olhar?! Era um direito, não era nem que a gente deixava, era um direito garantido constitucionalmente que ele visse.”

Fortaleza: “Mas no começo, mesmo com esse direito, a gente buscava alternativas para que isso não acontecesse.”

Amizade: “Então, acho que essas regras têm um limite pra elas, né? Uma coisa é o dia a dia numa UTI, outra coisa é uma Covid. Mas eu fugi tanto às regras e não me arrependo de ter fugido de nenhuma delas.”

Luz: “Essa questão da visita a gente deixava também; longe do protocolo. Era uma coisa que a gente fazia informalmente. Um paciente grave que a gente sabia que não tinha perspectiva boa para ter alta e que provavelmente viria a óbito, a gente falava com o médico e informalmente a família entrava, vestia o capote. A gente conversava com ele, fazia todo o acolhimento de onde ele podia tocar e lavar as mãos, explicava caso não estivesse se sentindo bem, que a gente ia estar

ali do lado ou a gente viria, pra não deixar os outros pacientes assustados. Fazia tudo isso informalmente; a gente proporciona essa visita presencial.”

Nesse ponto, emerge um dilema ético entre os/as profissionais sobre o uso da imagem dos/as usuários/as da UTI/Covid que estavam intubados/as e/ou sedados/as na realização de vídeos e fotos para serem enviados às suas famílias, pois estes/as não estavam em condições de consentir sobre o uso das imagens. No hospital no qual foi realizado a pesquisa utilizamos como referência a normativa da Política de Classificação de Informação, Sigilo e Temporalidade, que dispõe, no Capítulo IV, sobre a restrição de acesso às informações em seu artigo 14, parágrafo 1º:

A divulgação das informações pessoais deve ser feita de forma transparente, respeitando-se a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem, bem como as liberdades e as garantias individuais (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2021, p. 5).

Cabe ainda levarmos em consideração o respeito às leis que garantem a privacidade e a identidade dos indivíduos, especificamente as referentes à exposição da imagem de usuários/as que podem ser encontradas no artigo 9 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), de 2005, e na Constituição Federal, que determina o direito dos/as cidadãos/ãs à privacidade (MARTORELL; NASCIMENTO; GARRAFA, 2016). A exposição de imagens de usuários/as dos serviços de saúde, portanto, compromete o direito inalienável à privacidade.

Considerando todas essas legislações e normativas instituídas nos hospitais sobre o uso da imagem dos/as usuários/as, as implicações éticas e legais, durante esse período inigualável de crise sanitária e número de óbitos exorbitantes na pandemia, fez-se necessário transgredir as normas e protocolos institucionais, como foi observado no discursos das participantes. Com o olhar sensível e humanizado, as profissionais avaliavam cada caso com cuidado e de maneira singular para flexibilizar as regras impostas pela instituição, levando em consideração os aspectos da biossegurança, como no caso da permissão do/a familiar que já tinha sido contaminado/a pelo vírus e/ou tomado a primeira dose da vacina à visita presencial de despedida supervisionada pela equipe em alguns casos de usuários/as em situações de terminalidade.

Foucault (1999) afirma que o poder médico rege, guia e influencia a instituição hospitalar. Na rotina da atuação profissional, é possível perceber a disciplina e a ordem presentes na instituição hospitalar e impostas pelo poder médico, sendo esse poder produtor de

discursos, afirmações e teorias que influenciam diretamente na vida e na vontade do/a usuário/a, tornando-o objeto desse poder e desse saber. Esse jogo de poder deve ser analisado e criticado pelos/as profissionais de saúde com intuito de promover um cuidado emancipador, respeitando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e de sua rede de apoio.

Todo o tempo estávamos preocupados/as com a institucionalização das ações. A humanização da assistência em saúde não pode ser pensada no âmbito individual. Para promover essas ações de humanização, é preciso acionar mecanismos organizacionais, o que pode ser uma tarefa difícil. A formalização de fluxos corporativos deve prevalecer mesmo que as ações tenham suas peculiaridades, na medida em que são atravessadas por valores humanos construídos ao longo de sua existência e de acordo com sua “descendência” ética, individual, única (FONTANA, 2010).

Faz tempo que alguns estudos já vislumbram os possíveis benefícios do uso das TICs na saúde para facilitar o desenvolvimento de políticas públicas e melhorias nos sistemas de saúde. Porém, também foram levantadas preocupações que podem ter servido como barreiras para a aceleração da telemedicina, como um possível rompimento da relação médico/a-paciente e entre os/as profissionais, a perda da qualidade do atendimento e a proteção das informações dos/as usuários/as (ROINE; OHINMAA; HAILEY, 2001).

Portanto, podemos considerar, com o resultado da pesquisa durante o levantamento bibliográfico e os diálogos das participantes da pesquisa foi possível refletir, que, diante do cenário pandêmico vulnerável a riscos, sejam psicossociais e/ou físicos para os/as profissionais, usuários/as e familiares e os inúmeros desafios e dificuldades enfrentadas pelo grupo de humanização, o uso da tecnologia em saúde conseguiu favorecer uma ambiência mínima compatível com a humanização, garantindo os direitos dos/as usuários/as, acolhimento, respeitando sua singularidade e integralidade, como preconiza a PNH.

5.2.3 Potencialidades no uso das tecnologias de comunicação enquanto prática humanizada em saúde em uma unidade hospitalar de tratamento da Covid-19

As tecnologias do cuidado em saúde são dispositivos materiais e não materiais na produção dos serviços. Caracteriza-se por um conjunto de conhecimentos, gerenciamento das relações e operacionalização do cuidado que o/a profissional utiliza para atender às necessidades e às demandas dos/as usuários/as (KOERICH *et al.*, 2006).

Podemos classificar as tecnologias em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em

saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica); e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, rotinas, estruturas organizacionais (MERHY, 2002). As tecnologias de comunicação de interesse deste estudo são consideradas leve-duras, pois se enquadram no uso de equipamento tecnológico (aparelho celular/*tablet*) para realização das visitas virtuais.

Geralmente, o debate sobre o uso das tecnologias duras na área da saúde estão incidindo negativamente sobre o processo saúde-doença-cuidado. Isso se dá quando ocorre predominância da máquina e dos dados objetivos que ela mostra, em detrimento da assistência direta aos/as usuários/as e da subjetividade implicada na relação entre humanos (SILVA *et al.*, 2009). Pude ver na pandemia quão equivocada é essa concepção em que a tecnologia vai dificultar o vínculo terapeuta- usuário/a. Como a epígrafe que escolhi para esta dissertação diz: nós, com “nossos botões de carne e osso”, podemos utilizar o “cérebro eletrônico” a nosso favor. Ficou evidenciado pelo distanciamento social requerido pelo contexto pandêmico que a tecnologia era uma alternativa segura para facilitar a interação social e a humanização do cuidado.

Nesse sentido, identifico que esses serviços de telessaúde e de televisita promovem uma articulação entre as três tecnologias mencionadas anteriormente, as quais se somam para garantir uma assistência humanizada aos/às usuários/as e familiares.

Nos diálogos, emergiu que o uso das tecnologias na rotina de assistência, seja para aproximar usuários/as e familiares, seja para realizar teleatendimentos, produziu novos sentidos. As profissionais participantes saíram da postura de resistência e desconfiança para o reconhecimento e a validação do meio no estabelecimento de vínculo com usuários/as. Quando nos deparamos com as demandas emocionais destes/as usuários/as, seu sofrimento pelo isolamento social, principalmente os/as usuários/as da UCI que estavam lúcidos/as e passavam os dias ociosos em quartos minúsculos e sem interação social. Sentíamos alegria e entusiasmo deles/as pela nossa chegada no setor para realizar as visitas virtuais.

A pandemia alterou as interações sociais impactadas pelos múltiplos confinamentos e medidas de distanciamento. Amizades e convivências foram revistas. Como e com quem nos encontramos eram escolhas ponderadas, assim como o apoio social que recebemos e oferecemos. As normas sociais básicas afetaram a forma como vivenciamos a intimidade com os/as outros/as (LONG *et al.*, 2022). O uso das TICs teve papel importante no esforço para manter contato com parentes e amigos/as. Dentro do ambiente hospitalar, por sua vez, houve mais espaço para a implementação da telessaúde, em especial na atenção à saúde mental. Além das visitas virtuais, foi criado um serviço de acolhimento às famílias por meio de ligações

telefônicas realizadas pelos/as profissionais de psicologia e de serviço social. A seguir, alguns depoimentos sobre a experiência.

Ternura: “Até mesmo antes da visita virtual, a gente entrava em contato com a família dos pacientes que estavam internados para o acolhimento. O serviço social fazia o ecomapa e através do ecomapa a gente entrava em contato com essas famílias. E como era importante para aquelas famílias fazermos esse contato! Porque eles estavam distantes e não tinham dimensão das coisas que aconteciam aqui, [eu] fazia escuta e como era interessante!”

Fortaleza: “Participei das ligações junto às famílias. A princípio, eu mesma disse: ‘Mas, ligar pra família pra dizer... O que é que ela me vai perguntar? Vai me perguntar como é que a pessoa está e aí eu não vou saber responder?’. E isso era um questionamento meu, mas o quanto eu poderia contribuir com aquela família que eu desconhecia, que simplesmente a ligação já era um apoio! Que eu, a princípio, não considerava. Neste momento, não tinha nem o ver, porque era uma ligação mesmo, uma ligação telefônica, não era uma ligação de vídeo. E, a princípio, eu dizia: ‘Está vendo? Eu não vou ligar’. Ele vai perguntar como é que o paciente está e eu não vou saber responder do quadro clínico, se fez exame, se não fez, como que deu o resultado e tudo mais. Aí eu chamo até uma bobagem’. Depois que eu comecei a realizar aquele atendimento, meu pensamento foi modificado, de simplesmente como um ‘Alô, como você está?’, o quanto aquilo já era significativo para aquela pessoa que estava do outro lado. Eles respondiam: ‘Que bom que tem alguém que se preocupa comigo, que bom que tem alguém que liga pra mim, que lembra da minha dor’. Então, naquele momento, eu achei que o quanto que eu era importante na vida daquelas pessoas que até hoje eu não sei quem são, né? Mas que ficou registrado na vida de alguém, uma outra pessoa profissional que fez a diferença na vida daquela família.”

Serena: “Essa questão da fragilidade do paciente me chamou muita atenção, pois uma das características dessa vivência da Unidade Covid era o distanciamento familiar, até porque, quando você está doente, o que faz um diferencial muito grande é essa presença. Coisa que não tinha pela condição da doença... Esses pacientes estavam num lugar totalmente desconhecido para eles, porque eles vieram de outro lugar.”

Esperança: “Os pacientes também, quando a gente fazia videochamada, eles chamavam todo mundo pra mostrar: “olha a minha família, olha os meus quem são”, e eles faziam questão dos outros verem e falar, também apresentar a gente aos familiares. Então, acabava criando muito esse vínculo com a família deles e dele mostrar: “olha, eu tenho essas pessoas comigo. Eu não sou só. Eu tou aqui, mas olha aqui o meu netinho, olha aqui minha filha”, e eu achava muito interessante isso.”

Esperança: “O atendimento com os pacientes intubados era por meio dos áudios e músicas enviados pela família no aplicativo Whatsapp e acabava criando vínculo e a gente passava a atender a família. Aí, a gente sabia o que aquele paciente tinha, se o paciente gostava daquilo, se o paciente era desse jeito, ele gostava de tal música, e isso acabava também nos aproximando muito.”

Amizade: “Enfim, mas, para aquele momento, aquele trabalho foi importante. Quando a gente lembra daquelas pessoas no leito que quando viam o seu familiar e seus familiares viam os pacientes, era aquele sofrimento; primeiro eram quatro, cinco minutos de choro.”

Os trechos das conversas acima trazem a reflexão de que teleconsulta foi uma alternativa para minimizar os impactos negativos do distanciamento social decorrente da hospitalização pela Covid-19. E que isso se deu através da implementação de TICs para realizar visitas virtuais com usuários/as hospitalizados/as. Os benefícios afetam também a redução de ansiedade oriunda do distanciamento. Para os indivíduos em tratamento, a possibilidade da manutenção dos vínculos, a sensação de pertencimento ao núcleo familiar e o compartilhamento de notícias pertinentes à família surgem como pontos positivos (CATUNDA *et al.*, 2020).

Como foi mencionado, a influência das TICs nas transformações de hábitos sociais e culturais favoreceu a adoção de uma dinâmica diferente na forma de prestação de serviços de saúde durante a pandemia. Mudanças também surgiram na forma de atuação dos/as profissionais de saúde junto aos/às usuários/as. Muitas consultas não relacionadas a emergências foram realizadas usando ferramentas de telessaúde para evitar aumento de infecções nas consultas primárias, principalmente em saúde mental. Os resultados disponíveis na literatura mostram que a telessaúde pode ser eficaz, satisfatória para os/as usuários/as e reduzir custos (APPLETON *et al.*, 2021).

No caso de saúde mental, podemos mencionar a telepsicologia para referirmo-nos à prestação de suporte emocional utilizando as tecnologias em substituição ou como complemento aos métodos de intervenção presencial. As formas em que essas prestações de serviço são feitas podem ser muito diversificadas, incluindo desde o uso de tecnologias para realizar consulta remota (videoconferência, *e-mail*, aplicativos móveis etc.) até a programas de realidade virtual com intervenções disponíveis na web (NIETO; FARRÉ MARTÍ, 2022). As participantes relataram essas novas práticas de saúde com uso de TICs, como veremos abaixo.

Empatia: “Hoje eu faço minha terapia online e só quero fazer online porque não quero me desgastar no trânsito para ir à terapia.”

Confiança: “Eu também, se não fosse online hoje eu não estaria em terapia, porque sempre chegava atrasada; se o tempo de duração da sessão erameia hora, eu sempre chegava quinze minutos atrasada. Mas o uso datecnologia veio para facilitar a vida da gente.”

Esperança: “O meu grupo de residentes foi o primeiro a chegar na UTI Covid.As tecnologias já foram mostradas pra gente como algo potente e positivo. E essa foi a expectativa que eu já cheguei; eu ia utilizar e ia ser ótimo. Além disso, eu já tinha a experiência com a terapia online; então, assim, estou nessa vibe de não ‘quero sair’.”

Amizade: “Conversei tanto com V., porque eu precisava. Cada um sabe o que precisava. Eu precisava daquilo. Para mim, era um oxigênio, porque suportar as dores de um hospital dessa grandeza...”

Amizade: “Vixe, meu Deus do céu, é muita gente.... Quem precisava de terapia com vocês era eu [risos], era a gente; eu acho que precisava de um rodízio. O serviço social precisa ser acompanhado...”

Empatia: “A psicologia também, às vezes também precisava ser acompanhada.”

Empatia: “Eu acho que eu senti o impacto mesmo da pandemia agora no segundo ano, porque eu acho que foram tantas situações que a gente passou, desde o recebimento das fotos de cadáver, desde várias coisas horríveis que a gente presenciou, que impactou. Mas, na época, eu acho que eu não tinha dimensão do que impactava. Hoje, eu me sinto uma pessoa muito mais frágil do que antes da pandemia, muito mais, muito mais.”

Esperança: "Uma coisa muito bacana do telefone é que foi um momento não só de fazer chamadas de vídeo, mas também de receber os áudios, em controlar o áudio para as pessoas que estavam intubadas. Então, assim, também foi esse contato da família, mesmo quando o paciente não estava ali em um momento responsivo. Eu fiquei lembrando que era nesses momentos com a família em que a gente montava o prontuário afetivo.”

Fortaleza: “O uso da tecnologia fez a diferença na vida das pessoas. Não só das pessoas que foram assistidas, mas das pessoas enquanto equipe desáude. Porque, enquanto estávamos de braços atados, sem saber o quefazer e como fazer, ela veio como um meio de dizer: ‘Eu estou aqui e pode me usar, que você vai ser simplesmente a diferença na vida de umoutro alguém’.”

Observamos que algumas profissionais aderiram de forma positiva ao atendimento psicológico remoto como estratégia do próprio cuidado em saúde mental durante a pandemia. A terapia é vista como algo valioso para as profissionais manterem sua sanidade mental. Sendo

trabalhados conteúdos como foco, trabalho em equipe, persistência e equilíbrio em situações de pressão, aspectos relevantes de habilidades requeridas ao trabalho na linha de frente da pandemia da Covid-19. A terapia aparece como uma via importante para a compreensão das vivências e a produção de sentidos sobre as histórias de caos que vivenciamos.

Destaca-se também a potencialidade na adoção da visita virtual, dos teleatendimentos realizados por meio de ligações telefônicas e por mensagens e áudios do aplicativo Whatsapp e na construção dos prontuários afetivos na UTI/Covid no contexto hospitalar como uma nova prática de cuidado em saúde, com o uso de TICs e suas ferramentas para alcançar, no contexto deste estudo, os/as usuários/as e familiares internados na Unidade Covid do hospital de forma efetiva com as ações de humanização em tempos de pandemia.

Como foi citado no relato de uma residente, o uso da TIC auxiliou outra prática de humanização: a criação dos prontuários afetivos. Este dispositivo tem a proposta de trazer para o centro do cuidado a pessoa, não a doença; as informações são relacionadas com a história de vida das pessoas, seus gostos, *hobbies*, membros da família etc. Esse instrumento é construído com a ajuda do/a próprio/a usuário/a quando se encontra lúcido/a e consciente. Nos casos das pessoas internadas na UTI Covid, que se encontram intubadas, as informações para criação do prontuário afetivo são fornecidas pela família. O prontuário afetivo fica exposto próximo ou no próprio leito, facilitando a visualização da equipe de saúde que está prestando o cuidado, favorecendo a criação de vínculos e sentimento de empatia, conforto e confiança (SOARES *et al.*, 2021), sendo preciso refletir sobre a possibilidade de ver o/a outro/a em seus direitos, sua dignidade e singularidade e desenvolver a afetividade e construir vínculos mesmo com os/as usuários/as intubados/as, sem comunicação verbal.

Como presidente/a da Comissão de Humanização do hospital, assumi a missão de estudar possibilidades de me inserir, contribuindo com as equipes. Essa mobilização culminou no desenvolvimento dos seguintes projetos:

- 5.2.3.1 RespirAmor: extensão universitária pautada na realização de atividades de educação em saúde, que articulou com costureiras voluntárias da cidade e contava com a logística do setor de almoxarifado do hospital para suprir a confecção de máscaras de TNT, uma vez que havia escassez de oferta do produto no mercado; através desse projeto, conseguimos a confecção e distribuição de mais de 36 mil máscaras para usuários/as internos/as e acompanhantes no ano de 2020;

5.2.3.2 Cuidando de Nós: organizamos no hospital uma dinâmica de atendimento em saúde mental e práticas integrativas complementares para profissionais hospitalares, bem como realizamos palestras *online* sobre autocuidado;

5.2.3.3 Projeto de Humanização da Unidade Covid: articulamos a Comissão de Humanização e a Unidade de Atenção Psicossocial (que, à época, englobava profissionais de psicologia e psiquiatria), com a proposta de atuar em três frentes: comunicação de notícias difíceis, realização de visitas virtuais e produção de prontuários afetivos.

A necessidade urgente de novas formas de intervenção aliou-se à pauta da garantia do direito à visita de usuários/as internados/as em ambiente hospitalar. Logo, a experiência do uso de tecnologias através da visita virtual foi considerada exitosa e expandida para outros setores do hospital, a exemplo da Unidade Neonatal, da Maternidade e da UTI Geral, como podemos constatar no relato de duas participantes da pesquisa:

Fortaleza: “Lá na UTI geral, a tecnologia, ela também chegou, em alguns casos de pacientes que ficaram em isolamento ou por grande tempo de internação, de fazer uso do telefone nosso, de lá do setor pra lá. Então, assim, algumas tecnologias, elas não passaram com a pandemia, vou dizer passaram entre aspas, porque não passou, com essa nova variante, mas, assim, ela deixou os ensinamentos. Os ensinamentos, eles ficaram, assim como o atendimento psicológico, o prontuário afetivo, que foi algo que, né, veio com a pandemia mas que ele permanece nas clínicas, na UTI, né, com a continuidade de alguns profissionais, então isso é algo que deixou de ensinamento.”

Ternura: “Na NEO, também ficou essa questão da tecnologia que a gente acabou utilizando já um pouco mais à frente. Agora, no mês de maio, que as mães precisaram ir pra casa, que o alojamento foi fechado. E aí a gente utilizou bastante também a tecnologia para fazer as visitas, entre aspas, com as mães e com a família; mostrava o bebezinho, tiravam foto e faziam vídeos e mandava. A gente tentava dar um jeito de fazer registros, né? Com pezinho ou com fotos mesmo e com vídeos. Tentava, não dava para fazer de todos, mas aqueles que estavam mais estáveis a gente procurava fazer. Então, a gente acabou utilizando dessa tecnologia para a NEO.”

Acredito que essa experiência poderá ampliar o escopo de futuras ações de saúde com o uso de TICs em âmbito hospitalar mesmo após o período pandêmico. As TICs nos convidam a sonhar com novas e inúmeras possibilidades de acolher pessoas, facilitando o acesso à saúde, a equidade e melhorando as práticas assistenciais no nosso cotidiano de trabalho. É preciso

observar, no entanto, que as barreiras ao acesso precisam ser definidas, assim como o uso de aparelhos tecnológicos compatíveis com programações atualizadas. É necessário, ainda, haver cooperação entre todas as partes interessadas para permitir a rápida implantação e ampliação de soluções promissoras (NACHEGA *et al.*, 2020).

5.3 Histórias para que te conto!

A pandemia trouxe à tona cenários inéditos na vida de milhões de brasileiros/as, incluindo a aflição frente ao precário contato e repasse de informações sobre seus/as familiares doentes nos hospitais. Os/As usuários/as tiveram o infeliz encargo de viver suas vulnerabilidades, sozinhos/as. Nesse sentido, destacam-se os processos de humanização, especialmente em Unidades Covid-19 em contexto hospitalar, setor sensível em um cenário de pandemia (MEDEIROS; FERREIRA; CAVALCANTI JÚNIOR, 2020).

Com a popularização do uso de recursos tecnológicos e as múltiplas possibilidades de sua aplicação nesse campo da saúde, destacamos a potencialidade da adoção da visita virtual ou televisita em contexto hospitalar como prática de cuidado, assim como o uso de outras ferramentas, como o uso de áudios com mensagens de familiares e de músicas e elaboração dos prontuários afetivos para alcançar uma assistência integral aos/às usuários/as e familiares.

As afetações, desafios e potências serão apresentadas por meio da narração de histórias cujo mote foi contado e ouvido na roda de conversa com as profissionais que faziam parte do Grupo de Trabalho de Humanização da Unidade Covid-19. São nove histórias que marcam uma espécie de memória afetiva que procura deixar o registro das muitas afetações vivenciadas nos contatos com equipe/usuários/as/familiares. Para preservar o anonimato dos/as usuáries/os colocamos nomes fictícios nos personagens.

História 1: *Promessa cumprida*

Durante a pandemia pela covid-19, com a crise de falta de oxigênio em Manaus, alguns/mas usuários/as tiveram de ser removidos/as para outras unidades de tratamento intensivo em distintos centros urbanos. Vitória Manauara é um exemplo destes casos. Chegou a Maceió com pequena margem de oxigenação, pulmões quase paralisados. O tempo era fator importante para seus cuidados. Estava em estado grave e tinha todas as indicações de intubação. Vitória, ainda lúcida e consciente, relutava em aceitar a intubação. Resistiu como pôde ao procedimento. A equipe, desesperada com a situação, chamou o Grupo de Trabalho de Humanização no intuito de convencê-lo a realizar o procedimento. Esta situação com os

grupos de humanização, em geral, e com a psicologia, em particular, é corriqueira. Usuário/a problema? Chama a psicologia! Usuário/a chorando, chama a psicologia! Como se a equipe de humanização tivesse uma varinha mágica à la Harry Potter para modificar com algumas palavras as afetações das pessoas.

Uma psicóloga e uma assistente social chegaram para atendê-lo. A equipe da unidade estava desnorteada sem saber como agir nessa situação. Uma profissional falou para a assistente social: “Ele está chorando; ele está resistindo”. – “É o medo. Ele está vivo e se sentindo sozinho”, respondeu a profissional. Diante desta situação, talvez das mais difíceis para a psicóloga em toda a sua carreira profissional, não sabia se concordava com a médica sobre intubar ou não Vitório, para que seus órgãos não entrassem em falência, ou se concordava com o usuário, respeitando sua autonomia. Vitório precisou ser posicionado em pronação na tentativa de melhorar sua saturação. Esta posição implica trabalho braçal para toda a equipe. De tempos em tempos, é necessário virar a pessoa para não criar escaras. Neste momento, pediu para falar com a família, com a mãe e com sua esposa, que estavam longe, em Manaus. A família respeitou seu desejo e concordaram que não devia ser intubado. Foi por meio da tecnologia que ele conseguiu esse contato; sentir esse amor ao ouvir a mãe, esposa e filhos. Vitório, apesar de estar sofrendo, ofegante, lhe faltando o ar, mesmo pronado e com a máscara VNI, chorava ao telefone quando falava com sua esposa e dizia: “Eu não quero ser intubado! Eu preciso voltar! Eu preciso ficar vivo!”. Prometeu que voltaria. A equipe, inicialmente, apresentou resistência e dificuldade nesse momento crítico de acatar a escolha de Vitório. Após a realização da videochamada e conversa com a família, a equipe respeitou sua autonomia, entendendo-se essa ação como uma prática humanizada, que valoriza a autonomia e o protagonismo das pessoas, a corresponsabilidade sobre as ações e os direitos dos sujeitos. Pouco a pouco, Vitório foi se recuperando. Superou a Covid-19, recebeu alta e voltou para sua casa, em Manaus. Cumpriu sua promessa.

(História contada por ternura)

Vejo que a equipe do GT de Humanização procurava levar em consideração nas práticas de cuidado a singularidade dos sujeitos, realizando as visitas virtuais de despedidas ou em casos de urgência, por exemplo, antes de o/a paciente ser intubado, ou ainda flexibilizando o horário das visitas virtuais. Em alguns casos, havia até mesmo articulações para concessão de visita presencial para casos de despedidas. Como relatado pela PNH, a preservação da singularidade é imprescindível na atenção à saúde, pois promove espaço em que o sujeito pode ter suas vontades e decisões respeitadas, além de colaborar para uma travessia no processo de adoecimento de modo mais próprio (BRASIL, 2013).

História 2: A história não se repetiu

A ansiedade foi um sentimento que conviveu com as/os profissionais e usuários/as durante as ondas da pandemia da Covid-19. Quando ocorreu a segunda onda no primeiro trimestre de 2021, a população idosa já havia sido vacinada. Foi então que os jovens começaram a adoecer com quadro grave da doença, preocupando as equipes de saúde quanto ao surgimento de crises de ansiedade e de pânico, visto a falta de ar e baixa saturação de O₂ presentes nestes jovens. Nesse contexto, a residência multiprofissional do hospital foi inserida na assistência da UTI/COVID. As demandas chegavam para a psicóloga residente por meio do médico e da enfermeira nestes termos respectivamente: “Fique com ele vinte e quatro horas, senão eu vou intubar ele”; “Olha, já atendeu ele hoje? Fique com ele!”. A responsabilidade de estabilizar emocionalmente o/a usuário/a era passada à psicóloga residente como se houvesse uma fórmula mágica, deixando-a angustiada e questionando-se: “Meu Deus, como é que eu vou fazer isso?”. O uso das TICs pelos/as residentes foi uma alternativa que contribuiu para reduzir o nível de ansiedade. O teleatendimento inicialmente ocorria no horário da manhã, quando ligavam para as famílias preparando-as para a televisita e sugerindo que houvesse o maior número de pessoas durante sua realização para que o/a usuário/a sentisse a presença e o apoio de pessoas que lhe eram queridas. Houve um caso, em especial, de um adolescente de 17 anos, Anselmo, que apresentou crises de ansiedade e foi mais uma situação encaminhada para a psicologia “resolver”. Anselmo encontrava-se só; a equipe, por mais que tentasse, não conseguia entrar em contato com sua mãe; não havia informação sobre o porquê de sua solidão; seu quadro clínico estava agravando-se, faltava-lhe ar, não conseguia falar, usava a máscara de Hudson e já estava a ponto de ser encaminhado para intubação. Em mais uma tentativa de fazer o teleatendimento, a psicóloga residente conseguiu falar com alguém da família de Anselmo, quando foi informada do falecimento da mãe dele, havia pouco tempo, de Covid-19. A equipe compreendeu o agravamento do seu quadro emocional advindo do processo de luto, pois carregava a mesma doença que havia levado sua mãe. A psicóloga residente conseguiu ainda conversar por videochamada com o pai de Anselmo e vários/as familiares, que se mobilizaram e, torcendo por sua recuperação, combinaram a participação em uma videochamada. A história não se repetiu neste caso; parece que, graças às videochamadas realizadas com os/as parentes de Anselmo, o vínculo, palavras de incentivo e o apoio familiar a Anselmo foram importantes para o acalmar, estabilizando sua saturação e possibilitando a retirada da máscara de Hudson. Com a melhora do quadro clínico de

Anselmo, ele foi transferido para enfermaria e pôde ter sua irmã, que já havia tido Covid e estava vacinada, como acompanhante.

(História contada por Luz)

As tecnologias de comunicação são uma alternativa para minimizar os impactos negativos do distanciamento social decorrente da hospitalização pela Covid-19 através da implementação de visita virtual, que impactam na redução da ansiedade oriunda do distanciamento (CATUNDA *et al.*, 2020). Nesse caso, pudemos observar a importância da visita virtual para reduzir isolamento social e promover a aproximação família-usuário/a como estratégia no suporte emocional durante o período de hospitalização. Através do uso da tecnologia, este usuário do relato acima teve a oportunidade de receber o afeto e o apoio da família, que contribuiu significativamente para sua recuperação, ajudando na elaboração do luto, diminuição da ansiedade, do medo da morte e da sensação de solidão numa situação de vulnerabilidade, e melhora de seu quadro clínico.

História 3: A pandemia estava presente na chegada do/a meu/minha filho/a

A maternidade do Hospital é considerada referência para o atendimento de gestações de alto risco. Ali, durante a pandemia, também se desdobraram casos como o de Estela, que, momentos antes do seu parto, descobriu que estava contaminada com o coronavírus. O parto aconteceu e seu bebê foi levado de imediato para receber assistência na área Covid da Unidade Neonatal. A mãe, por sua vez, seguiu para a UTI Covid, desacordada, permanecendo intubada por uma semana. O alívio de retomar sua lucidez logo foi substituído pela angústia de não conhecer o seu filho. Toque-toque: entrei na enfermaria para ofertar videochamada para a família. Aquela não era mais uma ligação; foi o primeiro encontro de mãe e filho. Estela chorava ao conhecer o rostinho do bebê através da tela. Ele tinha recebido alta e já estava sob os cuidados da avó. Quando a chamada foi encerrada, estávamos ambas imersas em uma aura de tranquilidade. Emoção semelhante aconteceu em outro momento, com outra puérpera, a Alice. Usuária gestante, com vinte e um anos de idade, contraiu Covid-19 e precisou ser internada. Um mês, dois meses... a barriguinha crescendo despertava a empatia da equipe pela usuária, que já estava havia quinze dias intubada. Foi quando o médico plantonista tomou uma iniciativa: “É hora desse bebê vir ao mundo!”. O parto foi difícil; a bebê seguiu para os cuidados na área Covid Unidade Neonatal. Mais uma vez, o bebê estabilizou e recebeu alta hospitalar antes da mãe. As conversas entre a equipe eram sempre na expectativa da melhora da mãe, que ainda não sabia que a bebê já estava em casa. “Será que hoje ela vai sair do intubamento?”. Sim, foi naquele dia que foi possível abrandar a medicação de Alice. A residente de psicologia passava na sua visita diária para ofertar as videochamadas quando

percebeu que ela estava acordada. Alice despertou atordoada, ainda desorientada. A retirada do tubo foi ágil e todos se entreolharam quando ela expressou sua primeira fala: “Mãe!”. As profissionais não entenderam de imediato. “Mãe! Cadê você? Você está aqui?”. Foi quando ela conseguiu se acalmar e dizer que escutou a voz da sua mãe e sentia que ela estava ali. Os olhos da residente brilharam e ela não se conteve e disse: “Menina, você é um milagre!”. A conversa continuou para passar as informações sobre o parto e a bebê. Em seguida, a residente chamou a família ao telefone, pois sabia que este contato poderia ajudar a acalmá-la. Nesse momento, a mãe atendeu. “Mas mãe, você não estava aqui?”. A mãe, mal contendo as emoções por ver a filha ali, consciente, respondia: “Não, minha filha. Não era eu, não! Eu vou aí quando o médico deixar!”

(História contada por Amizade)

As histórias contadas nos revelam que o projeto de humanização na UC com o uso de TICs proporcionou resultados positivos para os sujeitos em tratamento por Covid-19 e familiares: a possibilidade de ver e conversar com familiares e amigos/as para a manutenção de vínculos; proporcionar o primeiro contato mãe-bebê; uma mãe receber a notícia que sua filha tinha sido extubada e ainda poder conversar e ver a usuária por meio de videochamada; uma avó ter a felicidade de ver a filha consciente depois de meses internada em estado grave e conhecer sua neta durante as visitas virtuais; a integração e o compartilhamento de más notícias pertinentes à família durante o boletim médico. Seguramente, a valorização das dimensões subjetivas é essencial ao trabalho de humanização, uma vez que promove conforto e alívio ao sujeito hospitalizado, tendo em vista o seu bem-estar (CARNUT, 2017).

História 4: *A escolha difícil: priorizamos você*

João iria receber alta naquele dia. Venceu a Covid-19. No começo da pandemia, seria motivo de comemorar; sem dúvida, uma conquista. Mas, como intervir naquele momento para dar uma notícia difícil? À medida em que foi se recuperando, João fazia perguntas aos profissionais sobre seu pai e todos tentavam não adentrar nessa história. As mesmas perguntas foram feitas à família durante as videochamadas, mas era dito que ele estava internado também. Acontece que ele e seu pai contraíram Covid-19 logo no começo da pandemia. Moravam em uma cidade no interior de Alagoas e tinham certa sensação de segurança por residirem a apenas uma praça de distância do único hospital da cidade. Mas, quando precisaram recorrer à assistência, ali já não havia vaga de internação. Os quadros se agravaram e na mesma noite os médicos começaram a demandar duas vagas para acolher pai e filho. No hospital universitário da capital, no entanto, só tinha um leito de UTI Covid-19 disponível. Que escolhadifícil... Médicos assistentes e plantonistas da regulação se desdobraram para acompanhar. Teriam que escolher, mas também queriam que ambos recebessem assistência. Coube à equipe estabelecer

critérios e João era mais jovem, apesar dos seus quase cinquenta anos, uma vez que o pai já se aproximava dos oitenta. Naquela noite ainda, o pai foi direcionado a um hospital regional em uma cidade vizinha, onde acabou indo a óbito. Naquele dia, coube à psicóloga interromper a manhã de preparativos para a alta com a notícia que ele menos desejava. Ela entrou na enfermaria. Cinco leitos. Era tudo muito incipiente na assistência ofertada naquele momento. Três usuários estavam intubados. João e outro colega de internação apresentavam-se conscientes, já quase recuperados, mas dividindo espaço com outras pessoas em condições bem diferentes. João parecia assustado e, sem dúvida, estar ao lado de pessoas desacordadas o incomodava. Chegou a comentar isso depois com a psicóloga e o outro usuário. Ele já se encontrava de roupa trocada esperando sua alta e olhando ao seu redor quando a psicóloga se apresentou. No primeiro contato visual de ambos, a profissional pensou: “Meu Deus, a pessoa ainda vai receber a notícia da morte do pai num ambiente desse!” No entanto, era preciso prepará-lo minimamente para o que ele encontraria lá fora. Seu pai não mais seria o companheiro diário do jogo de damas na praça, não veria também o bisneto, que a filha de João estava esperando. A tristeza tomou conta e seus olhos se encheram de lágrimas. A psicóloga manteve-se junto dele, tentando prestar apoio naquele momento. Foram juntos pegar o resumo de alta e receber os cumprimentos da equipe. Não era uma alta festejada como as anteriores. Seguiram juntos até o carro, onde sua filha o aguardava. Mesmo em luto pelo avô, havia a satisfação em receber o pai de volta. “Pai, você está indo embora para casa. A gente tem que registrar esse momento”, e fez uma foto dele em frente ao carro. O sorriso foi discreto; o olhar trazia sentimentos conflitantes.

(História contada por Empatia)

Os/As profissionais de saúde da linha de frente se deparavam com o aumento exponencial do número de óbitos no cotidiano do trabalho durante o enfrentamento do coronavírus. Cada alta, então, passou a ser celebrada e os/as usuários/as já recuperados/as percorriam o corredor, rumo à porta de saída, recebendo aplausos da equipe pela sua recuperação. Também era entregue à pessoa de alta hospitalar uma plaquinha de recordação, escrito: “Venci a Covid-19!”. Além do número insuficiente de leitos de UTI e respiradores, escassez de oxigênio, as equipes de saúde tinham que escolher a quem dar acesso um disputado leito de terapia intensiva, sem nenhum protocolo definido pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais para nortear essas situações delicadas que geram grande sofrimento psíquico para os/as profissionais de saúde em ter que optar quem vive e quem morre (SUAREZ, 2020).

História 5: Áudios cheios de esperança

Todos os dias, aquela residente de psicologia passava pelos leitos da UTI e, frente à não interação de usuários/as entubados/as, resolveu pedir às famílias que enviassem áudios com palavras de apoio e músicas para cercar cada pessoa de amor. Leito a leito, ia transmitindo os áudios recebidos. Aquilo fazia a diferença para a recuperação dos/as usuários/as e o conforto das famílias? Isso nem sempre se afirmava. Mas, nas memórias da equipe, ficaram lembranças que emocionaram. Naquela tarde, percebeu que a técnica de enfermagem saiu repentinamente, chorando, após ouvir uma música. Era uma paciente muito grave, mas a família enviou palavras musicadas sobre esperança e aquilo a tocou. E, em seguida, vinha um áudio. Aquela voz infantil, mas bem esperta, dizendo: “Vovó, volta logo! Vovó, fica boa! Estou com saudade.” Pouco mais tarde, veio o telefonema: “Oh, foi colocado o áudio? Ela teve alguma reação?”, perguntavam ansiosos, os filhos. “Aparentemente, não. Mas a gente nunca sabe... a audição é o último sentido que a gente perde. Então, assim, vamos continuar a estimular!” – era a resposta que a residente podia dar. A técnica de enfermagem acompanhava tudo apreensiva: “Meu Deus! Eles não perderam a esperança até aqui.” Essas situações tocavam todo mundo no setor.

(História contada por Esperança)

Com a proibição da realização de videochamada para os/as usuários/as intubados/as na UTI, usar os áudios com mensagens e músicas na beira do leito para as pessoas sem capacidade de comunicação efetiva na UTI foi uma estratégia inovadora utilizada pela residência multiprofissional; além de estimular os sentidos dessas pessoas, ainda reverberou em benefícios para as famílias e equipe de saúde. Crispim *et al.* (2020) sugerem a realização de chamada em viva-voz, em que os/as familiares podem falar ao/à paciente, ou envio de áudio para que seja reproduzido à beira do leito, para o/a paciente sem capacidade de comunicação efetiva.

História 6: Lidando com o inesperado

Aconteceu assim que foi implantado o serviço de visita virtual nas enfermarias da Unidade Covid 3º andar, em 2021. Pessoas contaminadas oriundas de Manaus, onde o sistema de saúde havia colapsado, ocupavam os leitos. Ângela era uma delas. Entristecida por estar longe de sua família, isolada em um leito hospitalar, naquela tarde ela presenciou uma intercorrência de outra paciente, que acabou sendo transferida para a UTI. Aquilo foi um estopim para que o fantasma da desesperança lhe atingisse. A psicóloga do setor, preocupada, resolveu intensificar as visitas virtuais. Todos os dias, estava ela ali, com o telefone em mãos. As imagens da família acalentavam Ângela. Eram momentos de refrigério para a alma. A despedida sempre era mais calorosa que a chegada: “Obrigada, minha filha. Você não sabe o bem que fez pra mim.” A psicóloga foi para casa naquela sexta-feira com a sensação de dever

cumprido. Ângela vinha reagindo bem, emocionalmente, com esse contato próximo com a família. Era visível que aquelas ligações conseguiam ajudá-la. Seria um fim de semana de descanso, para dar continuidade na segunda-feira. Mas, sábado de manhã, o telefone da psicóloga tocou. Era a auxiliar administrativa do setor, perguntando: “Doutora, já que não vem ninguém fazer a videochamada hoje, eu posso fazer para aquela paciente, a Ângela?” Imediatamente, a psicóloga respondeu: “Pode, sim, tranquilamente! Ela vai gostar”. Após a videochamada, ela ainda ligou outra vez para a psicóloga, dando o retorno positivo de como fora esse momento de Ângela com a família. Segunda-feira, a primeira ação do dia foi conferir os prontuários no sistema, para dar início às visitas. “Oxe.... Pessoal, o nome da dona Ângela não está no sistema. Ela foi transferida?” A notícia inesperada era a que ela não queria receber. “Não, doutora. Domingo, ela se agravou. Teve uma embolia repentina. Fizemos de tudo, mas ela foi a óbito.” Faltou chão por um momento. Ela estava ali, ainda em choque, quando pensou: “Que bom que ela conseguiu ver a família mais uma vez antes de partir.” De algum modo, aquilo trouxe certa tranquilidade. Ela se levantou e deu um abraço afetuoso na auxiliar administrativa.

(História contada por Serena)

Essa história reforça que a humanização é um trabalho de formiguinha, que contamina as pessoas ao seu redor e vai plantando as sementinhas do amor, pois profissionais da UC não tinham essa atribuição; sensibilizaram-se com o efeito positivo das visitas virtuais e disponibilizaram seu tempo e aparelho celular para fazer as videochamadas para impulsionar bem-estar, conforto e alívio aos/às usuários/as ao verem as famílias no domingo de Páscoa. A integração e corresponsabilização entre os/as profissionais de saúde corroboram com o que propõe a PNH, que tem em seu cerne propiciar uma clínica ampliada, compreendendo o sujeito e seu adoecimento integralmente e, assim, atentando-se às suas diversas necessidades de saúde (BRASIL, 2013).

As TICs foram utilizadas para proporcionar momentos de despedidas para os/as familiares quando seus/suas entes queridos/as estavam em finitude e na comunicação de notícias difíceis, fortalecendo ainda mais o quesito humanização hospitalar, principalmente diante de um momento que requer tanta sensibilidade por parte dos/as envolvidos/as (CATUNDA *et al.*, 2020).

Além da falta de habilidade e preparo em realizar a comunicação de notícias difíceis, tivemos que lidar com várias situações imprevisíveis devido à instabilidade e à complexidade dos quadros clínico dos/as usuários/as com Covid-19. Essa imprevisibilidade gerava uma sensação de estar numa montanha-russa emocional, cheia de altos e baixos, ao mesmo tempo que alimentava a motivação dos/as profissionais em se dedicarem ao máximo para fazer o melhor por cada paciente, não deixar nada para depois, pois cada minuto é precioso e pode ser

o último para quem estava contaminado com esse vírus.

História 7: *O torcedor do Flamengo*

Júnior era casado, pai de três filhos. Já chegou à UTI/Covid intubado. Foi preciso acionar a família para entender quem era aquele paciente. Tarefa para a psicologia. A videochamada permitiu colher informações sobre o paciente e produzir um prontuário afetivo para colocar na identificação do leito. Como ele era flamenguista, no prontuário tinha o mascote do time (Urubu). Naquela noite, um técnico de enfermagem que também torcia para o Flamengo ficou responsável pelo cuidado de Júnior. Ele olhou para o Urubu e deixou escapar: “Eita! Mas tu é Urubu também? Tá cá gota! Nosso time é campeão, rapaz!” Dali em diante, foram vários diálogos entre as mudanças de decúbito e os banhos: “Tu não vai acreditar, moral! Liberaram os jogos do Campeonato Brasileiro. Só não vai ter a torcida, mas vão transmitir na TV nosso Mengão!”; “Oh, nosso time está ganhando, viu?”. A vitória foi comemorada quando o técnico chegou para assumir o plantão e encontrou o paciente extubado e acordado. “Meu amigão! Moral, toda vez que eu vinha aqui, te dizia a situação do nosso time. Rapaz, você é flamenguista como eu e a gente ainda tem a mesma idade”. Júnior agradeceu pelo cuidado e ali, mais que uma relação profissional, surgiu uma amizade.

(História contada por Esperança)



Figura 1 – Prontuário afetivo

Fonte: LIMA (2021).

Noto que essa ação melhorou a ambiência e o cuidado na UTI. O usuário ficou satisfeito em saber que, mesmo intubado, estava sendo bem cuidado por toda a equipe e pela família e teve a oportunidade de receber o afeto da esposa durante esse período sofrido de recuperação. As ações de humanização trazem conforto também à família, ao ser informada que os/as profissionais estão realizando o cuidado mais ampliado em saúde, focado não só nas questões

físicas e na doença, levando em consideração a singularidade do sujeito (CATUNDA *et al.*, 2020).

História 8: *Caso cômico no hospital*

Sr. Cadinho estava se recuperando da Covid-19, ainda internado na enfermaria, no 3º andar. “Bom dia! O senhor quer conversar com alguém por meio de videochamada?”. Ele respondeu: “Quero. Com a minha esposa”. A profissional fez a ligação para esposa, se apresentou e passou o telefone para o paciente poder conversar. De repente, vieram os gritos. A esposa xingava, gritava, esculhambava! A psicóloga, constrangida, não conseguiu disfarçar o estranhamento frente àquela situação. Mas o sr. Cadinho era um paciente bastante sedutor e não tardou em explicar o que tinha acontecido. Ele se infectou com o vírus, passou mal, precisou se internar e pensou que ia morrer, por isso entregou o celular para a esposa. De jeito faceiro, ele fez graça e seguiu: “É que tinham fotos com minha namorada” – e baixou o tom de voz, como revelando um segredo: “Até de beijo!” Fez uma pausa breve e continuou: “Mas isso é enxame dela! Antes de entregar, eu garanti que ali eram tudo coisas do passado [risos]”.

(História contada por Serena)

Com o isolamento social das pessoas internadas, a família não participa dessa rotina de cuidados dentro do contexto hospitalar, tornando-se algo distante do cotidiano e da realidade da maioria das pessoas, aumentando a ansiedade e a atmosfera de mistério. Essa realidade afeta não só o/a usuária, mas também os familiares e os/as profissionais da saúde, por isso, faz-se necessário compreender as complexidades desse sofrimento, além de acessar recursos para melhorar a comunicação e a garantia de direitos (WALLACE; WLADKOWSKI; GIBSON; WHITE, 2020). A utilização das TICs tornou-se componente importante para apoiar os/as usuários/as, familiares, colegas e profissionais de saúde.

Outra questão é que as TICs, nesse caso das televisitas, proporcionaram que a equipe de saúde entrasse no contexto do espaço doméstico das pessoas usuárias internadas. Isso é muito complexo e traz questões como essa de Sr. Cadinho, sua esposa e a "amante". Parece-me que essas são questões importantes para pensarmos é como seguir cuidando de Sr. Cadinho com todo compromisso ético-político mesmo sabendo da traição sem tentar julgar ou punir o usuário ou reduzi-lo à traição? porque parece existir uma linha tênue que pode levar a/o profissional a querer "julgar" e punir Sr. Cadinho, por exemplo, por ele ter traído a esposa.

História 9: *Sorriso marcante*

Manoel era pai de uma enfermeira do hospital e foi internado na UCI//Covid. Apesar das visitas virtuais se darem à tarde, naquele dia a psicóloga se sensibilizou pela colega e abriu

uma exceção para atender o sr. Manoel pela manhã, que era horário de folga da sua filha. “Bom dia! Eu vim para fazer a visita virtual com a sua filha. Pode ser?” Era um senhor sério, um tanto retraído. Ele respondeu sem demonstrar emoção: “Pode, sim”. Então, foi dado início à videochamada. Quando a filha apareceu na tela, a fisionomia dele mudou completamente. Era outro semblante, com um sorriso aberto, iluminado de alegria pelo encontro. Aquilo foi tão marcante para a profissional que ela pegou seu celular particular, que levava no bolso, protegido em plástico filme, para o caso do celular do hospital não ter internet. “Com licença. Eu posso guardar essa recordação?” O pai, radiante, sinalizou que sim, sem tirar os olhos da tela onde via a filha. Naquele dia, sair da área contaminada e fazer a higienização foi muito menos pesado. Não parava de pensar: “Um gesto muito simples que gerou um efeito tão bom no paciente!” A foto foi enviada para a filha, mas, tantas outras vezes, foi alento nos dias difíceis de pandemia. Abrir a foto e olhar aquele sorriso a fazia se sentir melhor.

(História contada por Empatia)

As diversas histórias contadas nos revelam a boa aceitação por parte dos/as usuários/as e familiares da proposta de uso dessas tecnologias, expressa pela frequência com que participavam das visitas virtuais, a tranquilidade e os ganhos afetivos emocionais que adquiriam logo após, assim como uma devolutiva favorável e a visível evolução no estado clínico das pessoas internas por Covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As restrições impostas pela pandemia da Covid-19 trouxeram como urgência a necessidade de ações de humanização durante todo o processo de adoecimento das pessoas infectadas pelo vírus. Esse pareceu ser o caminho para minimizar, nos/as usuários/as internados/as e seus/suas familiares, as sensações de angústia, medo, solidão, vulnerabilidade, dor e a própria possibilidade de finitude da vida. O uso das tecnologias da informação e comunicação veio para somar neste cenário, para aproximar pessoas e promover acolhimento através de palavras de carinho, conforto, alento e apoio.

Na busca pelos sentidos produzidos por uma equipe de saúde do projeto de humanização em relação ao uso da tecnologia de informação e comunicação, pudemos dialogar em uma roda de conversa sobre as práticas humanizadas que ocorreram junto às pessoas infectadas pelo novo coronavírus. Apresentei, no início do mestrado, grande resistência em mudar o campo-tema que havia sido proposto inicialmente no projeto de pesquisa, que abordava as ações de humanização numa clínica pediátrica hospitalar, que era meu setor de atuação antes e após a pandemia. Porém, a ruptura que a pandemia causou também chegou ao meu cotidiano profissional. Ocorreu a suspensão das ações dos projetos de extensão na pediatria. Seguiu-se o fechamento da brinquedoteca e da classe hospitalar. Nesse período, me senti perdida e de mãos atadas, pois gostaria de pesquisar sobre um tema que estou implicada durante toda a minha trajetória profissional na instituição. Foi quando surgiram as demandas e necessidades de atendimento das pessoas infectadas pelo coronavírus e fui me envolvendo em outros projetos, inclusive no de humanização na Unidade Covid-19.

Com o apoio do meu orientador, ultrapassamos minha barreira inicial e nos debruçamos a pesquisar sobre o uso das tecnologias em saúde na pandemia como uma ferramenta para possibilitar uma assistência mais humanizada na Unidade Covid-19. Lembro-me das palavras que ele profetizou: “Você tem a missão de emocionar as pessoas quando lerem seu trabalho com as histórias vividas durante a pandemia”. Foi então que me dei conta da relevância histórica desta pesquisa, com os registros das histórias dos/as profissionais que atuaram na linha de frente e os sentidos produzidos nos momentos de tanta dor, mas também de acolhimento. Durante a escrita deste trabalho, me emocionei e chorei diversas vezes com as histórias e memórias que experienciamos no hospital durante os anos de 2020 a 2021. Espero ter atingido este propósito, que as histórias toquem o coração de cada leitor/a e desejo que nunca esqueçamos esse momento marcante e triste da humanidade para que ele não se repita no futuro.

Tive a possibilidade de, no decorrer da roda de conversa, presenciar a oportunidade de diálogo aberto entre a equipe de saúde e residentes para discutirmos os pontos facilitadores e os pontos dificultadores das práticas humanizadas de cuidado voltadas para esse público no mais novo serviço do hospital. Também levantamos as afetações em um serviço implantado e implementado num curto espaço de tempo, em que era preciso prestar atendimento à população em meio a uma crise de saúde.

A proposta da roda de conversa também conseguiu promover um espaço de cuidado humanizado ao/a trabalhador/a, quando valorizamos suas narrativas das contações de histórias vividas e sentidas pelos/as profissionais, estimulamos a capacidade de fabulação, exercendo uma função terapêutica, pois permitimos que o indivíduo integrasse certas vivências humanas antes experienciadas como paradoxais, díspares ou psiquicamente intoleráveis. Desse modo, as experiências de dor e sofrimento puderam ser direcionadas para diferentes vias de elaboração. Ao ouvirmos as histórias, nós nos vimos protagonistas de um momento histórico que estava vívido ali, de algum modo, sendo (re)contado.

A roda de conversa possibilitou a arte de contar as histórias do cotidiano de trabalho das participantes do grupo, além de promover um momento terapêutico de compartilhamento e resgate de suas emoções, fantasias e pensamentos. Desse modo, a contação de histórias se tornou uma ferramenta para falarem de si e de seus afetos, visto que, ao contar e recontar uma história, há um processo de produção de sentidos das memórias vividas com uso da ludicidade. Os repertórios linguísticos produzidos durante a roda de conversa pela equipe de saúde envolvida no uso das TICs mostravam que, inicialmente, havia um estranhamento no uso das tecnologias como prática de cuidado, baseada na crença de que as TICs seriam um obstáculo para a formação do vínculo terapêutico entre paciente-profissional-família, porém necessária nesse momento pandêmico cercado de restrições de contato. Após a implantação do serviço de visita virtual na Unidade Covid-19, o grupo de profissionais envolvidas teve acesso às novas TICs na instituição e novos sentidos emergiram, como: viabilização da comunicação e fortalecimento dos vínculos de usuárias/os com a rede de apoio; redução do isolamento social oriundo da internação hospitalar; novas possibilidades de realizar cuidado por meio do atendimento *online* etc. Além disso, as vivências pessoais de adoecimento de pessoas do círculo de relações desses/as profissionais fizeram com que aflorasse compaixão e empatia pelos/as familiares dos/as usuários/as, trazendo a vivência de como era receber a assistência pelas TICs. Pudemos também encontrar nos relatos a sensação de reconhecimento dos/as usuários/as, familiares e equipe da Unidade Covid em relação à valorização do trabalho humanizado desempenhado pelo grupo. Foi considerada como uma prática exitosa, de tal modo que as

tecnologias passaram a fazer parte da rotina de outros setores, como Unidade Neonatal e UTI Geral.

Durante a análise da conversa, surgiram inúmeros desafios para desenvolvimento deste trabalho, dentre eles, destaca-se a precariedade nas condições de trabalho do grupo de humanização com a falta de investimento em aparelhos eletrônicos e ausência de sinal de internet. Salientamos, também, a sobrecarga de trabalho e pouca disponibilidade de tempo dos/as profissionais do Grupo de Trabalho da Humanização na UC, pois existia o acúmulo de função para o atendimento dos setores de origem e os novos serviços demandados da UC, gerando um adoecimento físico e mental do/as trabalhador/a que se agravava com os quadros de estresse, ansiedade, o medo de se contaminar e/ou infectar algum/a familiar. Estavam presentes nos conteúdos emergidos as queixas dos/as familiares com relação à falha na comunicação por telefone do boletim médico, que informava diariamente sobre a condição de saúde do/a paciente e o descontentamento da presença de diferentes processos de trabalho das profissionais do GT de Humanização na realização da visita virtual, mesmo com a divulgação do POP e formação de um grupo num aplicativo de rede social para facilitar a comunicação, porém não ocorriam reuniões para discussão dos processos de trabalho.

Interessante identificar discursos divergentes com relação à imposição de novas normas institucionais para atender às medidas de biossegurança. Os/As profissionais da linha de frente se deparavam com dilemas éticos durante a pandemia; uns/umas participantes defendiam que as normas violavam os direitos dos/as usuários/as da saúde e iam de encontro aos princípios e diretrizes da PNH; estes/as tinham um olhar singular e descreviam essas regras; outros/as estavam dispostos/as a cumpri-las para proteção da equipe de saúde e da instituição.

Considero que os resultados e a discussão alcançaram os objetivos propostos por esta pesquisa. Também foi possível encontrar, nas histórias contadas, a importância da comunicação por meio das TICs entre familiares e usuários/as, servindo como suporte emocional para recuperação das pessoas internadas e a diferença que fez na vida dessas pessoas. Nos diálogos, emergiu que a atuação junto às pessoas com Covid-19, em sua maioria, produziu o sentido de contato/proximidade com quadros graves e instáveis, repercutindo na mobilização e engajamento em prol da oferta de uma melhor assistência, inclusive na realização das visitas virtuais. Com o avanço da vacinação, redução dos casos de infecção por coronavírus e após a aquisição de um maior domínio da rotina e do tratamento, a equipe da UC decidiu flexibilizar as regras/normas com prévia avaliação da equipe levando em consideração a singularidade de cada caso para realizar as visitas de despedidas presenciais. Nos repertórios, as intervenções humanizadas perpassaram referências à multiprofissionalidade e à importância da atuação de

profissionais e residentes de psicologia e serviço social nas equipes assistenciais de saúde nesta Unidade Covid-19.

Da mesma maneira, as TICs nos convidam a sonhar com novas possibilidades de ajudar pessoas, facilitando o acesso, a equidade e melhorando a ajuda que prestamos às pessoas. Então, vamos continuar com esse direcionamento no período pós-pandêmico, trazendo a experiência do projeto de humanização com o uso de tecnologias na UC para implantar no Hospital Universitário o serviço permanente de visita virtual que proporcione videochamada diária às pessoas internadas em enfermarias, apartamentos e Unidade de Terapia Intensiva, impossibilitados/as de receber visitas, respeitadas as observações médicas sobre o momento adequado.

Por fim, cabe mencionar que, considerando a atualidade da temática abarcada com a intensificação do uso das TICs durante a pandemia como prática de cuidado, indica-se como sugestão para futuras pesquisas a relevância de investigar os sentidos produzidos com o uso das tecnologias em saúde num contexto pós-pandemia e de buscar compreender a reverberação nas práticas humanizadas de cuidado, promovidas por profissionais de distintas áreas do saber.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.; MENDES, J.; CHARPE, Z.; NUNES, E.; LOURENÇO, M.; CALDEIRA, S. Ameaças ao conforto neonatal durante a crise pandêmica COVID-19: implicações éticas numa unidade de cuidados intensivos neonatais. **Cadernos de Saúde**, v. 12, n. especial, p. 107-108, 2020. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10286>. Disponível em: file:///C:/Users/hupaa.bibvirtual/Downloads/10286-Artigo-18109-1-10-20211015.pdf. Acesso em: 1 ago. 2022.
- ANGELI, A. A. C.; LUVIZARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 261-271, 2012. ISSN: 1414-3283. DOI: [10.1590/s1414-32832012005000016](https://doi.org/10.1590/s1414-32832012005000016). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pBCrBDcpGFT7VnbgWDFJcZH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2021.
- ALENCAR, A. P. A. A expressão das desigualdades urbanas: análise espacial da distribuição da infraestrutura na cidade de Maceió, Alagoas. 2007. 214f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2007.
- AMORIM, P. H. S. Dinâmica espaço-temporal e indicadores sociais: análise do coronavírus (COVID-19) em Maceió (AL). **Revista contexto geográfico Maceió-AL**, V. 5. N.9 JULHO/2020 P. 16 – 30.
- APPLETON, R.; WILLIAMS, J.; SAN JUAN, N. V.; NEEDLE, J. J.; SCHLIEF, M.; JORDAN, H.; SHERIDAN RAINS, L.; GOULDING, L.; BADHAN, M.; ROXBURGH, E.; BARNETT, P.; SPYRIDONIDIS, S.; TOMASKOVA, M.; MO, J.; HARJU-SEPPÄNEN, J.; HAIME, Z.; CASETTA, C.; PAPAMICHAIL, A.; LLOYD-EVANS, B.; SIMPSON, A.; JOHNSON, S. Implementation, adoption, and perceptions of telemental health during the COVID-19 Pandemic: Systematic Review. **Journal of medical Internet research**, 23(12), 2021, e31746. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/31746>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- ASMUNDSON, G. J. G.; TAYLOR, S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. **Journal of Anxiety Disorders**, 70, p. 102-196, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**, 14 (1), 2006 jan/fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2022.
- BAE, Y. S.; KIM, K. H.; CHOI, S. W.; KO, T.; JEONG, C. W.; CHO, B. L.; KIM, M. S.; KANG, E. K. Information Technology-Based Management of Clinically Healthy COVID-19 Patients: Lessons From a Living and Treatment Support Center Operated by Seoul National University Hospital. **J Med Internet Res**. 22(6): e19938, 2020 Jun. DOI: 10.2196/19938. Disponível em: [Information Technology–Based Management of Clinically Healthy COVID-19 Patients: Lessons From a Living and Treatment Support Center Operated by Seoul National University Hospital - PMC \(nih.gov\)](https://doi.org/10.2196/19938). Acesso em: 16 jul. 2022.
- BATISTA, C. S.; BERNARDES, J.; MENEGON, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J.; NASCIMENTO, V.; CORDEIRO, M. **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramenta. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 97-122.

BENEDETTO, M. A. C. de; MORETO, G.; VACHI, V. H. B. Narrativas médicas: empatia e habilidades de comunicação em tempos de Covid-19. **Archivos en Medicina Familiar**, v. 22, n. 3, p. 109-118, julio-septiembre 2020. Disponível em: [amf203c.pdf \(sobramfa.com.br\)](#). Acesso em: 24 jul. 2022.

BERNARDES, J. S.; SANTOS, R. G. A.; SILVA, L. B. A “Roda de Conversa” como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: BERNARDES, J. S. (org.). **Metodologia: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. Maceió: Edufal, 2015. p. 13-34.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 85-334-1137-5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/visita_acompanhante_2ed.pdf. Acesso em: 1 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19: centro de operações de emergências em saúde pública: COE-COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Livreto-Plano-de-Contingencia-5-Corona2020-210x297-16mar.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2020b, 4 fev.; Seção 1:1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 20 ago. 2020.

CAMARGO, A. L. de; ITO, M. Utilização das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde: uso das redes sociais pelos médicos. **Journal of Health Informatics**, Brasil, v. 4, n. 4, p. 164-169, 2012. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/220>. Acesso em: 15 jul. 2022.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711515. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CARVALHO, Isabel Cristina Moura. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horizontes Antropológicos**, 9(19), p. 283-302, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832003000100012>. Acesso em: 15 jul. 2022.

CATAPAN, S. C.; CALVO, M. C. M. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 44 (1): e003; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kg8jpmcFWnTCxfFv6P9RTj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

CATUNDA, M. L.; SANTOS, L. N. A. dos; SOUZA, C. B. de.; PORTO, A. B.; NARDINO, F.; LIMA, M. E. G.; ARAÚJO, V. S. de. Humanização no hospital: atuações da psicologia na covid-19. **Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v. 14, n. 1, edição especial, p. 143-147, 2020. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/376](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/376). Acesso em: 15 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2020.

CRISPIM, Douglas; SILVA, Maria Júlia Paes da; CEDOTTI, Waldir; CÂMARA, Millena; GOMES, Sarah Ananda. **Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia**, 2020. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CUSSO, R. A.; NAVARRO, C. N.; GALVEZ, A. M. P. Cuidado Humanizado en la muerte por Covid-19: A propósito de un Caso. **Enfermería Clínica**, v. 31, p. 62-67, 2020. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.05.018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>. Acesso em: 26 jul. 2020.

DESLANDES, S. F. Humanização revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Política de Classificação de Informação, Sigilo e Temporalidade**. Brasília-DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/governanca-corporativa/politica-de-classificacao-de-informacao-sigilo-e-temporalidade/PoliticadeClassificaodeInformaoSigiloTemporalidade.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2022.

FERNANDES, A. G. O.; RAMINELLI, T. C. S. Guerra contra a pandemia COVID-19: reflexão à luz da teoria de enfermagem de Florence Nightingale. **Rev Bras Enferm.**, 73(Suppl 5): edição suplementar 5, 2020. A evolução da enfermagem nos 200 anos de Florence Nightingale, e20200371. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0371>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cJJ9sW3XhDS6JhDRNnWdsvf/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2022.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 1, p. 200-207, enero-marzo 2010, Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969019.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

FOUCAULT, M. (1973). Aula de 7 de novembro de 1973. *In*: FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 3-24.

FRANCISCO, C. M.; MANSO, M. E. G.; TOBASE, L. Tecnologias em Saúde como aliada no atendimento em tempos de pandemia por Covid-19. **Ciência em Pauta**, São Paulo, a. 1, n. 8, ago. 2020. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/assets/uploads/AGOSTO_2020_ENF.pdf. Acesso em: 2 nov. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19**: orientações às/aos Psicólogos/as hospitalares, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_psicologos_hospitalares.pdf. Acesso em: 16 fev. 2020.

GERGEN, K. The social constructionist movement in modern psychology. **American Psychologist**, v. 40, n. 3, p. 266-275, mar. 1985. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/302871718_The_Social_Constructivist_Movement_in_Modern_Psychology. Acesso em: 4 dez. 2020.

GIMÉNEZ, C. L.; RABINOVICH, D. A.; COLUSSI, G. C.; OTERO, C. M.; PLAZZOTTA, F.; BENÍTEZ, S. E.; LUNA, D. R. De la presencialidad a la virtualidad en tiempos de pandemia. **Rev. Hosp. Ital. B.Aires**, v. 41, n. 2, p. 90-96, Junio 2021. Disponível em: [127282_90-96-13-12-21-Gimenez-A.pdf \(hospitalitaliano.org.ar\)](https://www.hospitalitaliano.org.ar/127282_90-96-13-12-21-Gimenez-A.pdf). Acesso em: 16 jul. 2016.

HOOKS, B. Ensino 9 Contar História. *In*: **Ensinando pensamento crítico**: sabedoria prática. São Paulo: Elefante, 2020.

KAEFER, J. A. Pandemia e desumanização: o descaso com vida alheia. **Ribla**, v. 84, n. 2, 2021. Disponível em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Ribla/article/view/1036241>. Acesso em: 26 jul. 2022.

KERGOAT, D. O trabalho, um conceito central para os estudos do gênero? *In*: MARUANI, M (org.). **Trabalho, logo existo?** Perspectivas feministas. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2019. p. 287-294.

KOERICH, M. S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-85, 2006.

KOH, D. Occupational Risks for COVID-19 Infection. **Occupational Medicine**, 70, 3-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa036>. Disponível em: [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453ed%20snp55rrgict55\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=3108898](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453ed%20snp55rrgict55))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=3108898). Acesso em: 26 jul. 2022.

LIMA, Estefane. **Prontuário afetivo**. 2021. 1 fotografia.

LIN, C-Y; CHENG, C-H; LU, P-L; SHIH, D-C; HUNG, C-T; LO, H-H; TSAI, M-J; HUNG, J-Y. Active surveillance for suspected COVID-19 cases in inpatients with information technology. **J Hosp Infect**; 105(2): 197-199, 2020 06. Disponível em: [Active surveillance for suspected COVID-19 cases in inpatients with information technology. | J Hosp Infect;105\(2\): 197-199, 2020 06. | MEDLINE \(bvscud.org\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34811111/). Acesso em: 16 jul. 2020.

LONG, E.; PATTERSON, S.; MAXWELL, K.; BLAKE, C.; BOSÓ PÉREZ, R.; LEWIS, R.; MCCANN, M.; RIDDELL, J.; SKIVINGTON, K.; WILSON-LOWE, R.; MITCHELL, K. R. COVID-19 pandemic and its impact on social relationships and health. **Journal of epidemiology and community health**, 76(2), p. 128-132, 2022 Fev. DOI: 10.1136/jech-2021-216690. Acesso em: 24 maio 2022.

MARTORELL, L. B.; NASCIMENTO, W. F.; GARRAFA, V. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética. **Interface** (Botucatu), 20(56):13-23, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DP5txv4SnmWDYYbL6Ptgn3x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2022.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. 1ª edição [2003]. São Paulo: N-1, 2018.

MEDEIROS, L. G. D; FERREIRA, H. H. F.; CAVALCANTI JÚNIOR, G. B. Visitas virtuais a pacientes hospitalizados por seus entes queridos, durante a pandemia de Covid-19, em UTI de Centro Oncohematológico: um relato de experiência. **Hematol Transfus Cell Ther**, 42:567, 2020. Disponível em: <http://www.htct.com.br/en-visitas-virtuais-a-pacientes-hospitalizados-articulo-S253113792031244X>. Acesso em: 6 ago. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

NACHEGA, J. B.; LEISEGANG, R.; KALLAY, O.; MILLS, E.; ZUMLA, A.; LESTER, R. T. Mobile Health Technology for Enhancing the COVID-19 Response in Africa: A Potential Game Changer? **Am J Trop Med Hyg.**, 103(1):3-5, 2020 Jul. DOI: 10.4269/ajtmh.20-0506. Epub 2020 May 29. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32476643/>. Acesso em: 25 set. 2020.

NASCIMENTO, V. L. V.; TAVANTI, R. M.; PEREIRA, C. Q. O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, M. J. et al. (Org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 247-272.

NIETO, R.; FARRÉ MARTÍ, J. M. Tecnologías de la información y la comunicación para salud mental: ¿Evolución o revolución?. **Psicosomática y Psiquiatría**, n. 20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum200400>. Acesso em: 24 maio 2022.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, 14(2), 2006 mar/abr. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

OLIVEIRA, T. F. da S. de; FONTES, M. L. C. A empatia entre os profissionais de enfermagem em uma unidade pediátrica de um hospital universitário durante a pandemia. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**, 2(4), 39, 2021. DOI: <https://doi.org/10.51161/remss/2794>. Acesso em: 24 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em: 24 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Método Madre Canguro**: Guia Prática. Genebra, 2004.

PACHECO, W.; PEREIRA JR; C.; PEREIRA, V. L. S. do V.; PEREIRA FILHO, H. do V. A era da tecnologia da informação e comunicação e a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, ago-dez, p. 114-22, 2005. Disponível em: [rbmt_v3_n2.indb\(gn1.link\)](http://www.rbmt.v3.n2.indb.gn1.link). Acesso em: 15 jul. 2022.

PEEK, N.; SUJAN, M.; SCOTT, P. Digital health and care in pandemic times: impact of COVID-19. **BMJ Health Care Inform.**, 27:e100166, 2020. DOI:10.1136/bmjhci-2020-100166. Disponível em: [saúde digital e cuidados em tempos pandêmicos: impacto do COVID-19 - PMC \(nih.gov\)](http://www.saude-digital-e-cuidados-em-tempos-pandemicos-impacto-do-covid-19-pmc.nih.gov). Acesso em: 16 jul. 2022.

PEREZ, O. C.; SANTANA, L. Ações do Consórcio Nordeste no combate à pandemia de Covid-19. **Revista NAU Social**, 11(21), p. 259-270, nov. 2020/abr. 2021. <https://doi.org/10.9771/ns.v11i21.41997>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PINTO, C. A. M. **Contributo das TIC para a enfermagem na pandemia por COVID-19**: Perceção dos enfermeiros gestores. 2021. Dissertação (Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/39542>. Acesso em: 16 jul. 2022.

ROINE, R.; OHINMAA, A.; HAILEY, D. Assessing telemedicine: a systematic review of the literature. **CMAJ**, 2001 Sep 18;165(6):765-71. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11584564/>. Acesso em: 24 maio 2022.

SAISO, G. S. *et al.* Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas. **Rev Panam Salud Publica**, 45:e131, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131>. Acesso em: 24 maio 2022.

SALWAY, R. J.; SILVESTRI, D.; WEI, E. K.; BOUTON, M. Using Information Technology To Improve COVID-19 Care At New York City Health + Hospitals. **Health Affairs**, 39:9, September 2020. Disponível em: [Using Information Technology To Improve COVID-19 Care At New York City Health + Hospitals. | Health Aff \(Millwood\);39\(9\): 1601-1604, 2020 Sep. | MEDLINE \(bvsalud.org\)](#). Acesso em: 16 de jul. 2022.

SANTOS, A. F.; FONSECA SOBRINHO, D.; ARAUJO, L. L.; PROCÓPIO, C. da S. D.; LOPES, E. A. S.; LIMA, A. M. de L. D. de; REIS, C. M. R. dos; ABREU, D. M. X. de; JORGE, A. O.; MATTA-MACHADO, A. T. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 33(5):e00172815, 2017. Disponível em: [CSP_1728_15_SAGAS.indd \(scielosp.org\)](#). Acesso em: 15 jul. 2022.

SILVA, L. S.; MACHADO, E. L.; OLIVEIRA, H. N.; RIBEIRO, P. R. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Rev Bras Saude Ocup**, 45:e24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/ZGgHY5SyGH36ySQgnyrgvpR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 ago. 2022.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PORTO, I. S.; JACINTHO, T. D. E.; OLIVEIRA, S.; VIEIRA, C. Humanização em terapia intensiva: analisando a idéia de desumanização na perspectiva ético-legal do cuidado de enfermagem. **Rev Enferm UFPE.**, 3(3), 2009 jul/set. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/175/175>. Acesso em: 10 maio 2022.

SISTO, Celso. **Textos e pretextos sobre a arte de contar histórias**. 3. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Aletria, 2012.

SOARES, V. F. O.; MOREIRA, S. L. de B.; LIMA, E. F. de O.; CALHEIROS, M. I. F.; ALVES, F. V.; SILVA, R. V. da. Efeitos e afetos das ações de humanização em uma unidade Covid-19 de um hospital universitário do nordeste brasileiro. *In*: FREITAS, P. G. de; MELLO, R. G. (orgs.). **Pandemia COVID-19 no Brasil: políticas públicas e demandas sociais**. Rio de Janeiro: e-Publicar, v. 2, 2021. DOI: 10.47402/ed.ep.c202159823134. Disponível em: <https://storage.googleapis.com/production-hostgator-brasil-v1-0-2/102/248102/ZJ2LQxgLf655bf291b8e4c4e9d5fc960cc04a287?fileName=15.07.21%20PANDEMIA%20COVID-19...VOLUME%202.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SONIS, J. D.; KENNEDY, M.; AARONSON, E. L.; BAUGH, J. J.; RAJA, A. S.; YUN, B. J., WHITE, B. A. Humanism in the Age of COVID-19: Renewing Focus on Communication and Compassion. **West J Emerg.**, 21(3): 499-502, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32421497/>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In: M. J. Spink. (org). **Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 1-21.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e Visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 22-41.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós construcionista. **Psicologia & Sociedade**, Recife, PE, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822003000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 fev. 2020.

SUAREZ, J. Dois doentes, um respirador e um médico para decidir. **Publica**, 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/04/dois-doentes-um-respirador-e-um-medico-para-decidir/>. Acesso em: 18 out. 2022.

TSAI, MING-JU; TSAI, WEN-TSUNG; PAN, HUI-SHENG; HU, CHIA-KUEI; CHOU, AN-NI; JUANG, SHIAN-FEI; HUANG, MING-KUO; HOU, MING-FENG. Deployment of information technology to facilitate patient care in the isolation ward during COVID-19 pandemic. **J Am Med Inform Assoc**, 27(11): 1819-1820, 2020 11 01. Disponível em: [Deployment of information technology to facilitate patient care in the isolation ward during COVID-19 pandemic. | J Am Med Inform Assoc;27\(11\): 1819-1820, 2020 11 01. | MEDLINE \(bvsalud.org\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34984444/). Acesso em: 16 jul. 2022.

VELOSO, R. D. S. **Tecnologias da informação e da comunicação**. São Paulo: Saraiva, 2017.

WALLACE, C. L.; WLADKOWSKI, S. P.; GIBSON, A.; WHITE, P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. **Journal of Pain and Symptom Management**. 2020. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012. Acesso em: 17 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) Acesso em: 16 jul. 2022.

YAN, AIHUA; ZOU, YI; MIRCHANDANI, DINESH A. How hospitals in mainland China responded to the outbreak of COVID-19 using information technology-enabled services: An analysis of hospital news webpages. **J Am Med Inform Assoc.** 27(7): 991-999, 2020 07 01. Disponível em: [How hospitals in mainland China responded to the outbreak of COVID-19 using information technology-enabled services: An analysis of hospital news webpages. | J Am Med Inform Assoc;27\(7\): 991-999, 2020 07 01. | MEDLINE \(bvsalud.org\)](#). Acesso em: 16 jul. 2022.

YUKI, M.; SCHUG, J. Psychological consequences of relational mobility. **Current Opinion in Psychology**, [s. l.], v. 32, p. 129-132, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X19301095>. Acesso em: 5 abr. 2020.

ZHANG, Jun; WU, Weili; ZHAO, Xin; ZHANG, Wei. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. **Precision Clinical Medicine**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 3-8, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/pcm/article/3/1/3/5739969>. Acesso em: 5 abr. 2020.

ALAGOAS. Governo do Estado de Alagoas. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio - Seplag/AL. Portal Alagoas em Dados e Informações, 2023. Disponível em: <https://dados.al.gov.br/catalogo/dataset/painel-covid-19-em-alagoas/resource/72caf95e-f44e-4c8d-a155-ce50f0fce606>. Acesso em: 03 jun.2023.

ANEXO A

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos participantes ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo HISTÓRIAS CONTADAS A PARTIR DO USO DE TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE COVID-19”, que será realizada no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HUPAA e receberá da Sr^a Sarah Lins de Barros Moreira, terapeuta ocupacional do HUPAA e Professor Dr^o Jefferson de Souza Bernardes (orientador), responsável por sua execução, as seguintes informações que o farão entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos: Você foi selecionado/a por fazer parte da equipe de saúde entre as categorias da Psicologia, residentes de Psicologia e Serviço Social envolvidos/as no serviço de visita virtual na Unidade Covid do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. Para decidir participar, é importante que leia estas informações sobre a pesquisa e sobre seu papel enquanto participante. Este estudo se destina a compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde sobre o uso de tecnologia de comunicação desenvolvidas nas Unidades COVID-19, especificamente com relação a atividade de visita virtual com os pacientes e seus familiares; considerando que a importância deste estudo é compreender a partir de uma discussão de práticas dialogada o uso dessas tecnologias de comunicação enquanto prática humanizada nas Unidades COVID no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes; com base nas Diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), tendo início planejado para novembro de 2021 data prevista para realização da roda de conversa após a aprovação do CEP e termino em julho de 2022 com a publicação dos resultados. O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira será realizada uma roda de conversa como estratégia metodológica para construção de sentidos, permite reconhecer a heterogeneidade da realidade, estimula circuitos de trocas, media aprendizagens recíprocas e/ou associa competências.

“Histórias contadas a partir do uso de tecnologias de comunicação e em uma unidade covid-19”

Pesquisadora: Sarah Lins de Barros Moreira

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes

rubricar

rubricar

rubricar

A roda de conversa será realizada numa sala de aula do centro de estudos com a participação de no máximo 15 profissionais e residentes que atuam nas ações de visitas virtuais nas Unidades COVID- 19/HUPAA, terá duração de aproximadamente 2 horas, serão tomadas todas as medidas de segurança, com ambiente higienizado, sendo disponibilizado álcool em gel e/ou 70 graus, com organização de distanciamento entre as cadeiras acolchoadas de 1,5 (um e meio) metro de uma para outra. Os diálogos nas rodas de conversas gravadas, caso todos os participantes concordem verbalmente antes do início da atividade, com intuito de possibilitar a posterior transcrição integral dos discursos construídos e análise das informações, posteriormente, ficarão guardadas com a pesquisadora durante o período de cinco anos e seguida serão destruídas.

Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são estes: a pesquisa apresenta o risco de evocar emoções nas/os participantes de pesquisa, levar ao choro mediante relato de situações vivenciadas e/ou histórias de vida, pelo envolvimento emocional delas/es nos processos e fazeres desenvolvidos a partir da atuação nas ações de visita virtual. Para minimizar esse risco, a pesquisadora responsável buscará conduzir a roda de conversa com acolhimento e respeito a essas pessoas. Em caso de ainda os riscos ocorrerem, o Serviço de Psicologia Aplicada da UFAL, prestará suporte psicossocial às/os participantes desse estudo, recorrendo a técnicas profissionais de cuidado, sendo responsável por ela o Professor Dr^a Jefferson de Souza Bernardes diretor do Instituto de Psicologia – UFAL. Pois, o participante da pesquisa tem direito a assistência INTEGRAL gratuita, devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios, PELO TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO ao participante da pesquisa (Resolução CNS n° 466 de 2012, itens II.3.1 e II.3.2).

Os benefícios previstos com a sua participação são diretamente você poderá refletir sobre a atuação delas/es nas visitas virtuais na Unidade COVID/HUPAA, terão oportunidade de expressar sentimentos, percepções e dúvidas sobre o uso de tecnologia da comunicação, fortalecer as práticas de cuidado no SUS; conhecer as afetações dos/as profissionais de saúde envolvidos/as na visita virtual na pandemia da Covid-19 e a discussão sobre o tema pode trazer melhorias para o serviço. Como benefícios sociais, destacamos a elaboração desta dissertação como contributo para reflexões teóricas sobre o tema, a qual será disponibilizada tanto para o arquivo do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL, quanto para o Repositório Institucional da UFAL (RIUFAL), para a Biblioteca Central da UFAL e Biblioteca do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes.

“Histórias contadas a partir do uso de tecnologias de comunicação em sentidos produzidos em uma unidade covid-19”,

Pesquisadora: Sarah Lins de BarrosMoreira

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes

rubricar

rubricar

rubricar

A sua participação poderá ser interrompida no estudo poderá ser interrompida em caso de lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Conforme o item III.2. e da Resolução CNS Nº 251 de 1997, a interrupção do tratamento e/ou do estudo poderá ser feita em caso de urgência, para salvaguardar a proteção dos participantes da pesquisa.

Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e/ou nova assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um colegiado (grupo de pessoas que se reúnem para discutir assuntos em benefício de toda uma população), interdisciplinar (que estabelece relações entre duas ou mais disciplinas ou áreas de conhecimento) e independente (mantém-se livre de qualquer influência), com dever público (relativo ao coletivo, a um país, estado ou cidade), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade, dignidade e bem-estar. É responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. São consideradas pesquisas com seres humanos, aquelas que envolvam diretamente contato com indivíduo (realização de diagnóstico, entrevista se acompanhamento clínico) ou aquelas que não envolvam contato, mas que manipule informações dos seres humanos (prontuários, fichas clínicas ou informações de diagnósticos catalogadas em livros ou outros meios).

O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “HISTÓRIAS CONTADAS A PARTIR DO USO DE TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE COVID-19”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

“Histórias contadas a partir do uso de tecnologias de comunicação em uma unidade covid-19”,

Pesquisadora: Sarah Lins de Barros Moreira

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes

rubricar

rubricar

rubricar

Ciente, _____ DOU O
 MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU
 OBRIGADO. Endereço do(a) participante: Residência:(rua).....
Bloco: Nº:.....,
 complemento:.....Bairro:..... Cidade:.....
 CEP:..... Telefone:..... Ponto de referência:.....
Contato de urgência (participante) Sr(a).....
Domicílio:(rua,conjunto).....
Bloco:.....Nº:....., complemento:.....
 Bairro:.....Cidade:.....CEP:.....
 Telefone:.....Ponto de referência:.....

Nome e endereço da pesquisadora responsável:

Nome: Sarah Lins de Barros Moreira

Endereço: Rua Estatístico Teixeira de Freitas, Nº 86, ED SPAZIO VITA, APT 1808 Bairro:
 Pinheiro CEP: 57055-660

E-mail:sarah_lab@hotmail.com

Telefone: (82) 99967-0318

Instituição: Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

Endereço: Av. Lourival Melo Mota s/n Bairro: Tabuleiro do Martins Cidade: Maceió, UF:
 ALCEP: 57.072-970

E-mail: cep.hupaa@ebserh.gov.br

Telefone: (82) 3202-5812

**Histórias contadas a partir do uso de tecnologias de comunicação em uma unidade covid-
 19”,**

Pesquisadora: Sarah Lins de Barros Moreira

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes

 rubricar

 rubricar

 rubricar

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pertencente ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas situado na Av. Lourival Melo Mota s/n, Bairro Tabuleiro do Martins, Cidade Maceió, UF: AL, CEP: 57.072-970 – E-mail: cep.hupaa@ebserh.gov.br Telefone: (82) 3202-5812, com Horário de funcionamento: Segunda-feira e Quarta-feira, de 13h às 17h; Terça-feira, Quinta-feira e Sexta-feira, de 09 às 17h. Informamos também que este Comitê de Ética tem recesso em Dezembro (Período de Festas Natalinas e Final de Ano) e Janeiro.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) responsável legal

Assinatura do responsável pelo estudo

“Histórias contadas a partir do uso de tecnologias de comunicação em uma unidade covid-19”,

Pesquisadora: Sarah Lins de Barros Moreira
Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes

rubricar

rubricar

rubricar

ANEXO B – Proposta para a Roda de Conversa

Data: 07 de dezembro 2021

Local: Sala de aula no centro de estudos do HUPAA

Horário: 14h

Participantes: sete profissionais e residentes que atuam nas ações de humanização na UnidadeCovid.

Facilitadora: Sarah Lins de Barros Moreira

Tema: Diálogo sobre os efeitos produzidos a partir do uso das novas tecnologias de comunicação nas práticas de cuidado nos/as usuários/as, familiares e equipe profissional no contexto das ações de humanização na Unidade Covid do HUPAA.

Objetivo da roda de conversa: dialogar sobre as relações de acesso e uso de novas tecnologias da comunicação na instituição e nos grupos envolvidos na pesquisa e sobre os aspectos relacionados aos desafios e potencialidades no uso das tecnologias de comunicação no cotidiano das práticas humanizadas no ambiente hospitalar em meio a pandemia.

- Proposta:

14h – apresentação das/os participantes por meio de dinâmica de acolhimento e integração

14h15 – socialização sobre a proposta da roda de conversa e assinatura dos TCLE

14h20 – apresentação das perguntas disparadoras: quais as histórias que mais marcaram vocês? Como o uso dessa tecnologia facilitou a comunicação com a família? Quais as dificuldades e potencialidades encontradas no uso dessa tecnologia? O uso de tecnologia foi uma nova forma de cuidado?

14h25 – Diálogo sobre os temas trazidos e problematização das possíveis questões emergidas

16h – finalização e avaliação da roda de conversa

Material:

Convite impresso e enviado pelo whatsapp Impressão da pergunta norteadora

01 Folha de Papel 40 Kg para anotações de palavras-temas emergidas na roda

Canetas Hidrocores

TCLE impressos (10 cópias estimadas)

Aplicativo de Gravador de Aparelho Celular (02)

Coffee break