

A EXPERIÊNCIA DE ASSISTENTES SOCIAIS NA IMPLEMENTAÇÃO DE VIDEOCHAMA- DAS COM PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19 EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA CARDIOPULMONAR EM FORTALEZA/CE

*THE EXPERIENCE OF SOCIAL WORKERS IN THE IMPLEMENTATION
OF VIDEO CALLS WITH INPATIENTS WITH COVID-19 IN
CARDIOPULMONARY REFERENCE HOSPITAL IN FORTALEZA/CE*

*LA EXPERIENCIA DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE VIDEO LLAMADAS CON PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON COVID-19 EN HOSPITAL CARDIOPUL-
MONAR DE REFERENCIA EN FORTALEZA/CE*

DOI: 10.26512/ser_social.v27i57.41994

Edvânia Custódio do N. Albuquerque

Orcid: orcid.org/0009-0007-3098-6359

Lattes: lattes.cnpq.br/4995830310460624

Email: edvaniacustodio13@gmail.com

Mini currículo: Assistente Social no Complexo Social Mais Infância do Ceará vinculado à Secretaria de Proteção Social do Ceará. Especialista em Cuidado Cardiopulmonar pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Vinculado à Escola de Saúde Pública do Ceará. Bacharel em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará e Bolsista Egressa do Programa de Educação Tutorial do Curso de Serviço Social.

RESUMO

O artigo objetivou evidenciar as experiências de assistentes sociais durante a pandemia do Novo coronavírus por meio da implantação do projeto intitulado: “Atendimento humanizado por videoconferência aos pacientes atendidos nas unidades de isolamento por COVID-19”, visto que houve a suspensão de acompanhantes e visitas dentro das unidades de internação hospitalar em virtude do SARS-COV-2, o que acometeu o Brasil desde o mês de março de 2020. O lócus de pesquisa escolhido foi um hospital da rede pública de saúde de nível terciário e especializado em cuidado cardiopulmonar, localizado em Fortaleza (CE). Metodologicamente, o estudo possui caráter qualitativo, considerando as vivências e as observações da categoria profissional na referida instituição. Foram coletadas informações de oito (08) profissionais da área de Serviço Social por meio de entrevista semiestruturada. Verificou-se que as videochamadas se mostraram uma iniciativa tecnológica utilizada com o objetivo de diminuir a agudização do temor e sofrimento dos usuários/as dos serviços e de seus familiares, tendo o corpo profissional de Serviço Social como principal viabilizador desse acesso. Com o estudo pode-se concluir, segundo as profissionais entrevistadas, que a implantação dessa ferramenta de comunicação proporcionou momentos de interação e diálogo entre os envolvidos, minimizando o sofrimento dos pacientes e de seus familiares, trazendo alguns resultados reconhecidos dessa ação: as videoconferências como promotoras de saúde e recuperação integral dos pacientes acometidos pela Covid-19, bem como foi uma ferramenta que auxiliou na prevenção do agravamento da saúde de alguns pacientes.

Palavras-chave

Pandemia Covid-19; Videochamadas; Serviço Social na Saúde; Serviço Social Hospitalar; Tecnologias da Informação e Comunicação.

ABSTRACT

The article aimed to highlight the experiences of social workers during the New Coronavirus pandemic through the implementation of the project entitled: “Humanized care by videoconference to patients treated in isolation units for COVID-19”, since there was the suspension of companions and visits within hospital hospitalization units due to SARS-COV- 2, which has affected Brazil since March 2020. The locus of research chosen was a hospital of the network tertiary level public health care specialized in cardiopulmonary care, located in Fortaleza (CE). Methodologically, the study has a qualitative character, considering the experiences and observations of the professional category in this institution. Information was collected from 08 (eight) professionals in the area of Social Work through semi-structured interviews. It was verified that video calls proved to be a technological initiative used with the objective of reducing the exacerbation of the of the fear and suffering of service users and their families, with the Social Work professional body as the main enabler of this access. With the study, it can be concluded, according to the interviewed professionals, that the implementation of this communication tool provided moments of interaction and dialogue between those involved, minimizing the suffering of patients and their families, bringing some recognized results of this action: videoconferences as a promoter of health and full recovery of patients affected by Covid-19, as well as a tool that helped prevent the worsening of the health of some patients.

Keywords

Covid-19 Pandemic; Video Calls; Social Work in Health; Hospital Social Work; Information and Communication Technologies.

RESUMEN

El artículo tuvo como objetivo destacar las experiencias de los trabajadores sociales durante la pandemia del Nuevo Coronavirus a través de la implementación del proyecto titulado: “Atención humanizada por videoconferencia a pacientes atendidos en unidades de aislamiento por COVID-19”, ya que hubo la suspensión de acompañantes y visitas dentro de las unidades de hospitalización debido al SARS-COV-2, que afecta a Brasil desde marzo de 2020. El foco de investigación elegido fue un hospital de la red pública de salud de nivel terciario especializada en atención cardiopulmonar, ubicada en Fortaleza (CE). Metodológicamente, el estudio tiene un carácter cualitativo, considerando las experiencias y observaciones de la categoría profesional en esta institución. La información fue recolectada de 08 (ocho) profesionales del área de Trabajo Social a través de entrevistas semiestructuradas. Se comprobó que las videollamadas resultaron ser una iniciativa tecnológica utilizada con el objetivo de reducir la intensificación del miedo y el sufrimiento de los usuarios de los servicios y sus familias, con el cuerpo profesional de Trabajo Social como principal facilitador de este acceso. De acuerdo con los profesionales entrevistados, el estudio muestra que la implementación de esta herramienta de comunicación proporcionó momentos de interacción y diálogo entre los involucrados, minimizando el sufrimiento de los pacientes y sus familias, trayendo algunos resultados reconocidos de esta acción: las videoconferencias como promotor de la salud y la recuperación integral de los pacientes afectados por el Covid-19, así como una herramienta que ayudó a prevenir el empeoramiento de la salud de algunos pacientes.

Palabras clave

Pandemia Covid-19; Videollamadas; Trabajo Social en Salud; Trabajo Social Hospitalario; Tecnologías de la Información y la Comunicación.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas até quadros graves. Em dezembro de 2019, a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2) se iniciou na cidade de Wuhan, na China, sendo, em seguida, ampliada e disseminada para outros países. Meses depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou a pandemia do novo coronavírus, em 11 de março de 2020, e desde então vem promovendo e sinalizando medidas sanitárias para diminuir a transmissão da doença, dentre elas a higienização das mãos, uso de álcool em gel, promoção do distanciamento social e utilização de máscaras.

A OMS também indicou que a maioria (cerca de 80%) dos pacientes infectados pela COVID-19 pode ser assintomática ou oligossintomáticos (apresentando poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de caso confirmado de Covid-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 e, desde então, o número de casos brasileiros vem ganhando destaque nos noticiários mundiais. No que se refere ao estado do Ceará, há um registro atual de 11.072 mortes por infecção pela Covid-19. Segundo dados mais recentes de Boletim Epidemiológico Nº 08 referente ao período de 21 de fevereiro a 27 de fevereiro de 2021, divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com o Ministério da Saúde, foram confirmados 113.784.735 casos de Covid-19 no mundo. Os Estados Unidos foram o país com o maior número de casos acumulados (28.554.465), seguido pela Índia (11.096.731), Brasil (10.517.232), Rússia (4.187.166) e Reino Unido (4.182.772).

Considerando os casos confirmados e o aumento da transmissão no Estado do Ceará, as organizações políticas do estado adotaram medidas como forma de combate e prevenção ao novo coronavírus, como: ampliação de leitos de enfermaria e terapia intensiva nas unidades hospitalares que compõem a rede de assistência à saúde do estado; o programa TeleSaúde pela Secretaria de Saúde do Estado, existente desde 2013, o qual foi modernizado com a ampliação no número de equipamentos e aumento do número de profissionais capacitados para atender as demandas da pandemia por meio da central de atendimento telefônico para esclarecer dúvidas da população sobre a doença, em parceria com a Escola de Saúde Pública Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE) puderam auxiliar na assistência aos usuários das unidades de saúde; instalação de barreiras sanitárias no Aeroporto de Fortaleza para triagem dos viajantes que retornavam de outros estados e países; além de medidas e campanhas de prevenção à Covid-19.

No que se refere ao Hospital de Referência em Cuidado Cardiopulmonar, local escolhido para realização da pesquisa, o qual é referência em cuidado, tratamento e transplantes de coração e de pulmão, sofreu grandes impactos na dinâmica e organização hospitalar em decorrência da pandemia do novo coronavírus. Como em boa parte dos hospitais do país, o referido hospital sofreu inúmeras alterações em seu cotidiano de trabalho em nível organizacional, estrutural e ocupacional.

O equipamento teve a maior parte de enfermarias e Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) na ala de emergência ocupadas por pacientes suspeitos e/ou confirmados com Covid-19 no primeiro semestre de 2020 bem como nos primeiros meses de 2021, em que a situação se repetiu. Contudo, a partir de junho do corrente ano, o índice de internações por infecções agudas da covid-19 diminuiu devido aos resultados do programa de vacinação do Estado do Ceará contra a doença.

Dentre as ações emergenciais para suprir a alta demanda de leitos, o Governo do Estado, a Prefeitura Fortaleza e as unidades hospitalares de iniciativa privada que com-

põem a rede de saúde do estado, implantaram Hospitais de Campanha¹ na cidade de Fortaleza, os quais funcionaram dentro dos mesmos territórios dos hospitais de base, foram eles: 39 leitos no Hospital Geral de Fortaleza, 20 leitos no Hospital São José, 35 leitos no Hospital de Messejana, 17 leitos no Hospital Geral Dr. César Cals, 45 leitos no Hospital Unimed e 280 leitos no Estádio Presidente Vargas.

A especificidade do vírus, que provoca um ritmo acelerado de contágio, fez com que todas as categorias profissionais pertencentes ao grupo de linha de frente no combate ao novo coronavírus aperfeiçoassem e adequassem suas habilidades e condutas profissionais. Dentre as medidas e ações promovidas coletivamente pelos profissionais de saúde, a realização de videochamadas, mecanismo de aproximação entre paciente e familiares em um contexto que impossibilita a realização de visitas presenciais, foi uma das medidas que objetivou o resgate à humanização no atendimento diante do contexto pandêmico, levando em consideração a importância da manutenção dos vínculos familiares durante o tratamento dos pacientes.

No caso do hospital referido, a iniciativa de realizar videochamadas, por meio de um aparelho smartphone ou *tablet* para criar um meio de comunicação audiovisual entre paciente e familiar, pode ser considerar esse veículo de trabalho como uma tecnologia leve² utilizada na área da saúde, em virtude da sua colaboração no processo de acolhimento e atenção aos usuários do SUS. A ação foi indicada pela necessidade de restabelecer a comunicação entre paciente e família, tendo em vista as restrições e normas instituídas para diminuir a transmissão da doença, que impossibilitaram a comunicação de forma presencial.

Assim, com a necessidade de cumprimento às normas de distanciamento e segurança do paciente, foram instituídas, pela direção administrativa do hospital, normas específicas para o momento, tais como: redução de trocas de acompanhantes e/ou suspensão destas a depender do caso, bem como restrição de visitação por amigos e/ou familiares. Além disso, houve a proibição do uso de aparelhos eletrônicos por pacientes infectados pela Covid-19, por se tratarem de possíveis fontes de contaminação e transmissão.

As restrições acima mencionadas atingiram, por consequência, a rede de apoio social, psíquica e afetiva dos pacientes que estavam em processo de adoecimento e, além disso, o contexto brasileiro de calamidade pública, que repercutiu na restrição de direitos, exigiu do profissional de serviço social da área da saúde, a readequação do seu fazer profissional, colaborando para a promoção da humanização do atendimento oferecido e, como já mencionado, a utilização de novos mecanismos, como a realização de videochamadas para comunicação entre paciente e familiar.

1 Hospital de campanha é uma unidade hospitalar móvel, ou seja, pode ser construída em diferentes locais e depois desmontada. Com funcionamento temporário, essas unidades cuidam de pessoas atingidas por situações de emergências e calamidades públicas, como é o caso da pandemia da COVID-19, e garante que seus pacientes possam ser transferidos para centros mais completos de saúde, caso necessário. Disponível em <O que é hospital de campanha? Entenda sua importância na pandemia do coronavírus- Canaltech> Acessado em: 11 fev. 2022.

2 As tecnologias leves são as produtoras de relações de interação, aquelas que se dão nos espaços de intercessão entre profissionais e usuários; como é o caso do acolhimento, do vínculo e da autonomização com responsabilização. Disponível em <Uso de Tecnologias Leves na Promoção da Saúde: as Visitas Domiciliares e as Ativ- Portal Educação (portaleducacao.com.br)> Acessado em: 11 fev. 2022.

Desde o início do projeto piloto, o objetivo foi amenizar o distanciamento entre paciente e familiares com o intuito de minimizar o sofrimento do mesmo. Tal iniciativa por parte dessa categoria gerou um documento que foi analisado e aprovado no mês de maio de 2020 pela diretoria do hospital e, desde então vem sendo colocado em ação. Vale ressaltar que essa decisão foi tomada antes mesmo da Lei 14.198/21³, a qual foi sancionada somente em 2021.

A iniciativa do projeto surgiu pela impossibilidade de permanência de familiar ou acompanhante no hospital, que passou a receber informações da equipe médica sobre o estado clínico do paciente por contato telefônico e, além disso, foi impossibilitado de manter uma via de comunicação mais direta com o paciente, que viabilizasse a manutenção dos laços afetivos, pessoais, e de sociabilidade, os quais ultrapassam qualquer diagnóstico médico e sintomas. Ademais, o objetivo deste artigo consiste em evidenciar as experiências de assistentes sociais durante a pandemia do Novo Coronavírus por meio da Implantação do projeto intitulado: “Atendimento humanizado por videoconferência aos pacientes atendidos nas unidades de isolamento por COVID-19”, por meio das falas das profissionais que executaram as videochamadas em hospital da rede pública do estado do Ceará.

METODOLOGIA

A pesquisa insere-se nos aspectos citados por Minayo (2012), da abordagem qualitativa, que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. Dialogando com essa premissa, na compreensão da experiência das assistentes sociais participantes acerca do projeto de Videochamadas, importa considerar as percepções, as impressões e os significados vivenciados por meio dessa atividade.

O cenário de pesquisa é um Hospital da Rede Pública de Saúde, de Referência em Cuidado Cardiopulmonar localizado na cidade de Fortaleza - Ceará. O hospital referido, desde o início de transmissão comunitária na cidade, admitiu pacientes infectados pela Covid-19 em parte de suas unidades, oferecendo enfermarias e UTIs de atendimento exclusivo a esses pacientes. Dentre as unidades que foram adaptadas para atender pacientes com Covid-19 no local de pesquisa, estão: Área Emergencial: Acolhimento; Risco; Eixo Vermelho; Eixo Amarelo; Estabilização (Sala de Parada Cardiorrespiratória- SPCR) e Postos I, II, III e IV. Na área das Enfermarias têm-se: Unidades B, C, bem como as UTI's: Cardiopulmonar, Respiratória, Coronariana e a Semi-Intensiva, além do Hospital de Campanha instalado para receber exclusivamente pacientes infectados pelo novo coronavírus, com superlotação entre os meses de março a julho de 2020.

As atividades de Videochamadas começaram em maio de 2020, com maior efetividade entre os meses de maio a julho do referido ano. Com isso, o índice maior de video-

3 Lei que regulamenta videochamadas para pacientes internados em enfermarias, apartamentos e unidades de terapia intensiva (UTIs), impossibilitados de receber visitas de seus familiares. Disponível em :<<https://www.camara.leg.br/noticias/803120-sancionada-lei-que-regulamenta-videochamadas-para-pacientes-internados/>>. Acesso em: 11 fev. 2022.

chamadas foi nesse período. Contudo, devido a urgência de resolver a demanda institucional que era alta, não foram contabilizadas as ligações e/ou atendimentos realizados. Entre agosto e dezembro de 2020, esses atendimentos aconteceram em menor escala, tendo em vista que, no segundo período, a incidência de casos suspeitos e/ou confirmados foram diminuindo gradativamente.

Em março de 2021, iniciou-se a segunda onda de contaminação por covid-19, com superlotação nas unidades citadas, novamente, perdurando até junho do mesmo ano. Posterior a esse período, com queda em internações com casos agudos, em decorrência do programa de imunização contra o vírus. Com isto, duas unidades do hospital conseguiram comportar os pacientes acometidos pela doença. Em Julho de 2021 o hospital de campanha montado no bosque da instituição foi removido.

Os participantes da pesquisa são assistentes sociais pertencentes ao Núcleo de Serviço Social da instituição, subordinados à Coordenação de Serviço Social, que participaram da construção, implementação e execução do projeto de videochamadas nas unidades que atenderam pacientes infectados pela Covid-19.

Para inclusão na pesquisa foram utilizados os seguintes critérios: Assistentes Sociais que pertencem ao Núcleo de Serviço Social da instituição e que participaram da construção do projeto; Assistentes Sociais que pertencem ao Núcleo de Serviço Social da instituição e que participaram da implementação do projeto em Unidades com pacientes infectados pela Covid-19; Assistentes Sociais que pertencem ao Núcleo de Serviço Social da instituição e que participaram da execução do projeto em Unidades com pacientes infectados pela Covid-19.

E como critério de exclusão como participante da pesquisa foram: assistentes sociais que pertencem ao Núcleo de Serviço Social da instituição, mas que não participaram de nenhuma das fases do projeto. Ainda como recurso metodológico, com o intuito de preservar a identidade dos(as) participantes, elencamos para cada profissional as siglas assistente social 1 (AS1) até ao assistente social 8 (AS8), o que corresponde a quantidade de entrevistados(as) na pesquisa.

No que se refere ao núcleo de Serviço Social do lócus da investigação consta em seu quadro de pessoal 53 Assistentes Sociais. O regime de trabalho da categoria é diversificado, isto é, são diferentes formas de contratações, são elas: Nível Federal (Ministério da Saúde), Nível Estadual (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará- SESA) e por uma empresa que presta serviço terceirizado ao Estado, chamada de cooperativa⁴. A distribuição é composta da seguinte forma: duas (02) profissionais vinculadas ao Ministério da Saúde, dezoito (18) profissionais à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e trinta (30) profissionais cooperadas, mais três (03) profissionais residentes da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará- ESP/CE.

4 Art. 442- Contrato individual de trabalho é o acordo tácito ou expresso, correspondente à relação de emprego. Parágrafo único- Qualquer que seja o ramo de atividade da sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela. (Incluído pela Lei nº 8.949, de 9.12.1994). Disponível em:<Art. 442 Consolidação das Leis do Trabalho- Decreto Lei 5452/43 (jusbrasil.com.br)>. Acesso em: 11 fev. 2022.

Dentro dos critérios de elegibilidade para a pesquisa, foram elencados dez (10) profissionais, no entanto, somente oito (08) possuíam disponibilidade para o processo. Nessa perspectiva torna-se importante ressaltar que todos(as) os(as) participantes da pesquisa estão vinculados(as) ao regime de trabalho cooperado. Isso ocorreu por que no período de implantação do projeto piloto das videochamadas, ou seja, na primeira onda de contaminação do vírus, os servidores públicos com comorbidades tiveram seu regime de trabalho modificado para *Home Office*, com o objetivo de reduzir o risco e o agravo de contaminação da doença em pessoas de grupo de risco.

Dessa forma, o número de servidores públicos na unidade hospitalar diminuiu, e, o número de trabalhadores/as cooperados que já era inicialmente maior, permaneceu nas atividades diárias, pois, mesmo que possuíssem comorbidades, bem como estivessem dentro do grupo de risco, não tiveram a opção do trabalho remoto (*home office*). Ainda sobre o perfil dos participantes, os dados levantados mostram que, em relação ao tempo de serviço na instituição, o/a pesquisado com menor tempo de serviço tinha três (03) anos de experiência e o/a participante com maior período de tempo, possuía onze (11) anos.

As entrevistas foram realizadas dentro de um prazo de 30 dias, após aprovação no Comitê de Ética da instituição para liberação da coleta e análise de dados. Importa ressaltar que todas as questões éticas para realização das entrevistas e coleta de dados foram cumpridas, garantindo o sigilo e anonimato das pessoas entrevistadas e realizando a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

COVID-19: NOVAS DEMANDAS NA ROTINA DE TRABALHO DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

A pandemia do novo coronavírus impôs aos serviços de saúde reestruturações, como a suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais; a transformação de leitos direcionados para os agravos à saúde decorrentes da COVID-19; a suspensão de consultas ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações e dentre outros. Nessa reestruturação, cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento e, ao eleger as prioridades, os serviços de saúde necessitaram criar um meio alternativo de comunicação com a população usuária. (MATOS, 2020).

É nesse contexto que surgem diferentes iniciativas nas configurações do cotidiano de trabalho que, até então, não estavam previstas. A categoria de assistentes sociais do referido hospital sentiu a necessidade de assumir a demanda que estava posta tanto pela direção do hospital, que recomendou uma intervenção por parte dos profissionais para apaziguar amigos e familiares que desesperadamente se amotinaram na portaria principal e de emergência em busca de informações sobre seu parente internado. Ao mesmo tempo, em que surgiram demandas por parte dos pacientes internados, que desejavam falar com os seus familiares para informar sobre seu estado físico, emocional ou até mesmo financeiro.

“A demanda foi surgindo à medida que a gente foi vendo a sensibilidade do paciente de se estar sozinho o desespero da família e aí de repente começou a se adequar em todos os hospitais as questões das videochamadas. E aí a gente tinha contato muito com a família. Lá fora (Portaria do hospital)...tinha a questão da fragilidade do familiar pela distância, o desconhecimento da doença...a questão do paciente há vários dias ali isolado.. já tinha a questão do perigo mesmo da doença... aí todo esse contexto a gente acabou aderindo a questão das videochamadas. Era um momento muito importante, tanto para o paciente quanto para a família”. (AS7)

“A família deixava os pacientes e ficava muito aflita porque não tinha nem informação dos pacientes, que muitas vezes não dava tempo pro médico sair pra falar... foi quando teve a ideia de fazer essas videochamadas... eu me ofereci pra fazer porque passei pela situação das famílias que deixaram um paciente aqui e não tiveram informação, né.. Eu mesmo sendo da área da saúde, deixei minha mãe num hospital particular e eu não consegui informação do estado dela. Eu só consegui mesmo, a única ligação que eu recebi, foi a ligação informando do óbito”. (AS6)

Vale lembrar o alto índice de reportagens noticiando sobre familiares desesperados às portas de hospitais e pronto atendimentos, em busca incessante de informações sobre seus parentes, que há muitas horas ou até mesmo dias, havia sido internados e não se sabia o que estava acontecendo de fato com eles, visto que o caos estava instalado na saúde tanto pública quanto privada do país. As falas evidenciam a sensibilidade da categoria ao executar tal Atividade, amenizando a angústia e o temor de todos.

VIDEOCHAMADAS: FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS A PACIENTES INTERNADOS COM COVID-19

As videochamadas⁵ se tornaram um dos principais meios para se comunicar nos últimos anos. Esse serviço ganhou tamanha importância no mundo, especialmente desde o início das medidas de isolamento social e quarentena para combater a COVID-19. Dentro do ambiente hospitalar, essa tecnologia ganhou ainda mais peso diante do internamento de pessoas contaminadas pelo vírus. (Qualitude, 2020). Ao perceber essa nova ferramenta como possibilidade de acesso a informação, contato e comunicação entre pacientes e familiares, o Serviço Social da instituição se dispôs a realizar a atividade.

5 A videochamada trata-se de uma tecnologia de informação e comunicação que permite ligação telefônica por vídeo (imagem) entre duas ou mais pessoas. (Revista Qualitude HC, 2020).

“Acho que é uma uma ferramenta interessante... Já que nesse momento a gente estava vivendo de pandemia. As famílias estavam totalmente sem acesso aos pacientes. E aí muitas vezes só as informações que passam (no boletim médico) não eram suficientes. A família, queria ver se o paciente tá bem, se o paciente tá consciente, tá orientado, né? Então, acho que nesse momento no contexto da pandemia, foi interessante para as famílias, minimamente, ficarem perto do paciente, ver como é que ele tá (...) falar com o paciente”. (AS8)

“Foi uma estratégia de sucesso que a gente conseguiu implementar. Acho que foi o que a gente pôde fazer naquele momento tão delicado que a família não conseguia acessar o paciente, que a gente percebia muito a aflição deles. Toda a comoção que gerava quando um paciente se internava e isso foi a melhor estratégia, que a gente conseguiu formular enquanto equipe de saúde, né, no caso pra que a família pudesse acessar o paciente. Realmente foi a única opção de certa forma”. (AS4)

“A gente tentou minimizar o desafio que é o direito mesmo garantido no SUS- dele ter o acompanhante- ele foi cessado por conta da pandemia. Mas aí a gente até tentou de alguma forma minimizar todos esses bloqueios existentes por conta da pandemia(...) tentava minimizar com a videochamada”. (AS7)

Diante desses trechos, observamos a intenção de cada profissional a respeito da realização das videochamadas. Não hesitaram antes de aceitar uma demanda que pudesse alcançar um direito- o acesso à comunicação direta entre paciente e familiares. A categoria percebeu que o bloqueio e a restrição de acompanhantes dentro das unidades hospitalares estava acarretando ainda mais sofrimento e aflição aos envolvidos. A execução da videochamada, de alguma forma, amenizaria a distância e a angústia de não poder ver seu parente, amigo ou ente querido frente a frente.

A videochamada como veículo de comunicação constituiu-se em potente ferramenta para promover e fortalecer a ligação afetiva entre o paciente e os membros da sua rede socioafetiva, minimizando o impacto e os riscos que as restrições de visita causam no bem-estar psicossocial do sujeito internado e de seus entes queridos. (Revista Qualidade HC, 2020).

Na perspectiva da viabilização dos direitos na contramão do imediatismo e pragmatismo exigidos pelas rápidas respostas cotidianas, especialmente em tempos de enfrentamento da covid-19, a estratégia da nova tecnologia em solo hospitalar possibilitou o acesso dos usuários da saúde aos seus direitos. Destacam-se: o direito à informação, o

acesso ao paciente internado e ao acolhimento do mesmo e de seu familiar, como preconizado na Política Nacional de Humanização- PNH⁶.

“A gente tava garantindo o direito, por mais que fosse virtual, mas a gente tava garantindo direito de uma visita, uma comunicação, então, para as outras categorias não tem essa importância [...] e para gente tem, além de tudo, além da humanização [...] além da da solidariedade, além de outras questões”. (AS2)

“Sabemos que a política de humanização ela preza (...) que a gente tem que ter empatia, humanização (...) mas, sabemos que nem todos os profissionais têm envolvimento com esses princípios. O serviço social tem a capacidade de fazer esse movimento. Nós fizemos, e, eu acredito, de forma, que em meio as barreiras e as dificuldades (...) executamos esse serviço com a excelência que pudemos”. (AS1)

As declarações acima sintetizam o consenso da indagação feita pela pesquisadora sobre quais direitos foram alcançados com o projeto de videochamadas aos participantes da entrevista. Sob a perspectiva dos mesmos, a humanização do atendimento foi a principal resposta. Foi relevante captar essa percepção da categoria, pois trata-se de uma política tão bem planejada e elaborada, mas tão pouco vislumbrada no cotidiano. Na conversa, sinalizaram que tanto o corpo de trabalhadores do hospital quanto os pacientes e familiares sentem uma maior absorção na implantação dessa política pelos (as) Assistentes Sociais.

Outro acesso de direito através das videochamadas está previsto no Estatuto do Idoso⁷. De acordo com o Art. 15, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS. Isso inclui o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

“Os pacientes que são mais atingidos, que sofrem muito, são aqueles pacientes idosos, com a idade de setenta a noventa anos, a gente tem que ter um olhar muito diferenciado com relação a eles. Aqueles cuidados, redobrados, aquela atenção que eu precisava dar a eles. Então eu fazia muito isso, tinha os leito que eu separava, aqueles pacientes pela planilha, idade X, porque ali temos o idoso que defendemos o seu direito, eu precisava defender junto ao estatuto. Não violar (...) e a todo momento eu ficava ali

6 A Política Nacional de Humanização (PNH) é outra proposta implantada pelo SUS que vem para contribuir para que se consiga reorganizar o sistema a partir da sua consolidação e visa assegurar a atenção integral à população como estratégia de ampliação do direito e cidadania das pessoas. Formulada e lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2004, protagoniza propostas de mudança dos modelos de gestão e de atenção no cotidiano dos serviços de saúde, propondo-os indissociáveis. Disponível em: Política Nacional de Humanização- PNH (saude.gov.br).

7 estatuto_idoso2edicao.pdf (saude.gov.br).

fiscalizando esses pacientes que precisam de nós para que aquele direito não seja violado. O paciente quando ele está internado, ele precisa saber que existe um direito a ser respeitado dele mesmo no leito de internação. Então assim, foi difícil, mas nós conseguimos. A gente mantinha, a gente garantia aquele atendimento. Eu ficava acompanhando a equipe médica, “olha aquele tem noventa anos”, a família tá aqui querendo falar com vocês, pra saber um pouco do diagnóstico, a permanência da internação, ele não aceita ficar, a família quer levar e ficava sem comer, ficava sem aceitar aquela dieta, sem isso tudo, era preocupante, enquanto a gente não resolvia, o nosso coração não fica quieto, né? Ele fica inquieto a todo instante, quando a gente vê que aquele direito tá sendo violado. Então, era um elo assim de informações”. (AS3)

Nesta exposição da AS3, obtivemos o resumo das respostas em relação ao direito da pessoa idosa. Nessa declaração concebe-se o entendimento do cuidado especializado que esse perfil de paciente necessita dentro do Sistema Único de Saúde, principalmente dentro da instituição em estudo, a qual em sua maior parte de atendimentos se refere a pessoas acima de 60 anos. A percepção de que para esse paciente específico, seria necessário um olhar diferenciado por todos da equipe, além do contexto imposto pela restrição de acompanhante, tratava-se de um direito garantido pelo Estatuto do Idoso, que determina o acompanhante para pacientes dessa idade⁸.

Percebemos que, para os idosos, a relação de mediação exercida pelo/a Assistente Social revelava maior dedicação na viabilização do direito de acesso ao acompanhante, por se tratar de um perfil físico, emocional e social mais vulnerável. Muitos tinham dificuldades para falar ou comer, baixa compreensão do que estava acontecendo ou muito ansiosos e preocupados com a situação dos familiares em casa.

Os/as profissionais buscavam intervir através das videochamadas, mas, caso houvesse dificuldade de entendimento por parte do idoso, utilizavam estratégias, como receber áudios e vídeos dos familiares para posteriormente mostrar ao paciente. Essa atitude demonstra as estratégias que a categoria empenhava para viabilizar o direito da pessoa idosa.

A categoria de Serviço Social também viabilizou o acesso ao atendimento de qualidade, como remete à Carta de Direitos dos usuários da Saúde, citado no segundo princípio, que assegura ao usuário o direito de receber informações claras sobre o seu estado de saúde, bem como seus parentes também têm o direito de receber informações sobre o estado do paciente. No relato abaixo foi possível observarmos a execução desse princípio:

8 Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Disponível em: <estatuto_idoso2edicao.pdf (saude.gov.br)>. Acesso em: 11 fev. 2022.

“O principal direito é a informação, que a família tem o direito à informação (...). Então assim, não foi negado esse direito nesse período (...) Direito à informação, pra saber a questão do boletim (...) o médico que ligava. Além da questão, do médico ligar e passar o boletim é um direito que a família tem de saber o quadro clínico, de saber o que o paciente tem e qual é a medicação que o paciente tá tomando, quais os exames estão sendo feitos, ele tem um direito de ver o familiar (...) já que não podia nem visitar (...) eu acho que foi um ponto crucial que as videochamadas trouxeram”. (AS8)

“A carta de direitos dos usuários da saúde, dessa carta que o paciente tem direito a visita...realmente a gente buscou a melhor forma, da forma segura... Para que essa visita acontecesse. Então, a gente garantiu um direito dele”. (AS4)

Outra viabilização de direito executado pelo corpo de assistentes sociais do hospital diz respeito aos princípios remetidos à Carta de Direitos do Usuário da Saúde, em especial, ao de informação. O conjunto das informações compiladas sobre o estado clínico do paciente através das ligações do boletim médico diário para a família, juntamente com a realização das videochamadas com a possibilidade de uma comunicação direta dos familiares com o paciente, garantia o direito à informação de forma efetiva.

Assim, concluímos que os assistentes sociais contribuíram com a capacidade propositiva e estratégias coerentes com suas atribuições e competências profissionais de forma a participar do planejamento de fluxos de informação nos serviços de saúde, bem como na defesa de direitos, inclusive o direito à informação e sua democratização (SOARES, CORREA E SANTOS, 2021).

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

Diante da calamidade pública brasileira o Serviço Social, mesmo em meio a condições de trabalho precário, com vínculo fragilizado, foi atuante durante todo o processo vivenciado pela pandemia na saúde pública. Pois o seu trabalho é essencial e indispensável no enfrentamento da covid-19. Nesse cenário de contradições e desafios da crise sanitária, os/as assistentes sociais foram convocados/as para atuar na linha de frente, em consonância com o capítulo II, art 3º do Código de Ética Profissional, o qual estabelece que é dever do/a assistente social participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

Sobre o perfil analisado dos/as entrevistados/as, todos/as atuam sob o regime de trabalho cooperado, ou seja, sem vínculo direto com a instituição em que trabalham. Diante desse fato, que sinaliza o trabalho precário que acarreta a estafa física e mental, sem reconhecimento financeiro por parte da empresa cooperada e sob o desespero de se ficar desempregado, adoecido ou até mesmo correndo risco de vida, caso seja conta-

minado com o vírus, investigamos o ponto de vista da categoria sobre seu vínculo empregatício e seus processos de trabalho:

“Tivemos durante o covid uma gratificação de reconhecimento para alguns profissionais. Algumas categorias foram contempladas com adicionais [...] do valor da remuneração. Enquanto isso, o serviço social não entrou. Principalmente, os funcionários que são cooperados, que não tem outro vínculo institucional. Hoje, a gente sabe que os profissionais estatutários receberam uma gratificação X, né? Por estar no covid. No entanto, os cooperados, que é a grande maioria e que é a grande realizadora das videochamadas, que entram nas unidades covid, não foram contemplados com tais reconhecimentos valorativos. A gente é conhecedor que muitas categorias recebiam remuneração diferenciadas por estar em área covid. Enquanto o serviço social em nenhum momento teve reconhecimento de remuneração [...]. Então assim, não houve um reconhecimento pela equipe. Serviço Social é importante, sem anseio social a gente não caminha. Mas não tivemos nenhum tipo de contrapartida e reconhecimento de remuneração”. (AS 1)

“Tivemos que cobrir a ausência dos outros colegas e isso trouxe também uma sobrecarga, às vezes a gente tinha que cobrir plantão de vinte e quatro, eu cheguei até plantão de trinta e seis horas por conta de algum profissional faltar ou tá doente. A gente ter que tá junto, porque a cobrança era muito grande em cima de nós, por nós estarmos na linha de frente, literalmente. Nós somos o primeiro contato quando o paciente chega (...) o profissional que vai ali acolher a família, que vai dar as orientações como é a rotina do hospital, como é que funciona a unidade. Então assim, é um dos primeiros profissionais de referência (...) Então nós estávamos ali como linha de frente, como mediadores entre família e equipe e pacientes”. (AS1)

“Já estávamos com o trabalho redobrado (...) alguns assistentes sociais tiveram que sair do seu ambiente por conta dos seus problemas de saúde e aí ficou uma demanda mais pra quem estava (...) foi redobrado o trabalho mesmo. Fora as ligações que a gente atendia direto(...) fora muitas coisas que a gente teve que fazer, até o que não era competência nossa. Então, muitas coisas que não era nosso, a gente acabou entregando. Aí veio as videochamadas que fez com que o trabalho redobrasse também, mas foi algo realmente significativo e eu acho que valeu a pena, eu faria novamente”. (AS6)

Dessa forma, a categoria trabalhou sob o mínimo de cobertura de proteção social, estando sujeita ao adoecimento próprio e de seus familiares. Consequentemente, as condições financeiras e materiais não permitiam seu afastamento do trabalho. Apesar das

adversidades, sem reconhecimento financeiro, imerso em um ambiente de referência em cuidados pulmonares, estando sujeito ao risco de contágio da doença sem precedentes para a certeza de uma cura, o núcleo de serviço social da unidade não se absteve das novas demandas, trazidas do contexto pandêmico. Essa atuação é fruto de uma formação e consciência ética e política que o assistente social incessantemente luta pela defesa dos direitos da população.

Além disso, essa atuação também corrobora a lei que regulamenta a profissão que prima pelo compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, inovando em tecnologias para o bem-estar do paciente, sustentando um exercício profissional sem discriminação, à medida que se disponibilizou para executar um procedimento diretamente dentro de unidades totalmente contaminadas pelo vírus. Essa atitude da categoria demonstra sobre sua conduta ética, que prevê:

defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; defesa do aprofundamento da democracia, (...); posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; garantia do pluralismo, (...) e compromisso com o constante aprimoramento intelectual; http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf.

Já com base nos Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na Saúde, elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação; planejamento, gestão, assessoria, qualificação e formação profissional. Com ênfase no atendimento direto ao usuário⁹, área em que a categoria consegue ter uma aproximação direta com os usuários, na qual consegue desenvolver uma das principais competências exigidas pelas instituições hospitalares: orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes quanto aos seus direitos e deveres. Além disso, atuam na mediação as demais demandas sociais e institucionais, atuando como elo entre paciente, família e instituição.

O serviço social, como campo de atuação da saúde, contribui para a efetivação das propostas do SUS. O exercício profissional na área da saúde ocorre com base na lei nº 8662, que regulamenta a profissão, e na resolução CFESS nº 273/93, que institui o Código de Ética Profissional, contribuindo efetivamente para a consolidação de direito à saúde. Dessa forma, transcendendo o conceito de saúde/doença para consolidar-se de acordo com os princípios do SUS.

9 O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades e hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal.

As videochamadas, por não ser uma atribuição privativa do Assistente Social, tiveram esclarecimentos levantados pela sua instância suprema de ética da profissão, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que divulgou informações direcionadas ao exercício profissional de assistentes sociais diante da pandemia do novo coronavírus (Covid-19), afirmando que, em relação especificamente ao trabalho do Serviço Social, os/as profissionais devem decidir com autonomia sobre a forma de atendimento mais adequada em cada situação [...]. Como colocado por uma das interlocutoras da pesquisa:

“A equipe multiprofissional acabou que quis delimitar isso para o serviço social e, não é uma competência exclusiva nossa. Isso não está no nosso código de ética. Isso eu combatia muito(...) falei que a videochamada, qualquer profissional poderia fazer(...) isso não é uma competência exclusiva do assistente social (...) o enfermeiro pode fazer, o médico pode fazer, a técnica de enfermagem pode fazer, qualquer profissional que está livre ali naquele momento pode fazer”. (AS8)

No entanto, o órgão fiscalizador esclarece que, caso decidam por atendimentos por videoconferência, estes devem ter caráter absolutamente excepcional, considerando a particularidade deste momento. Logo, em relação ao atendimento por videoconferência/remoto/online, [...] o CFESS não regulamentou esse tipo de atendimento, tendo em vista que há ponderações acerca da qualidade do serviço prestado dessa forma. No entanto, a classe poderia realizar, em caráter absolutamente excepcional, diante da situação pandêmica em que se encontra o país. (CFESS, 2020). De acordo com a percepção de uma das interlocutoras da pesquisa, houve o seguinte entendimento:

“Acho que a gente tava fazendo o trabalho do/a assistente social mesmo. Não que só nós da categoria do serviço social deveríamos fazer as videochamadas, porque não é uma competência privativa nossa, mas a gente está vivendo algo atípico (...) então, todos nós teríamos que contribuir num estado de calamidade desse. Mas nós como assistente social que trabalhamos com a humanização ver aquela situação toda acontecendo e ver os usuários que estavam com seus direitos violados de não ver as suas famílias(...)eu acho que a gente realmente fez um trabalho essencial(...)a gente pôde contribuir bastante, já que de certa forma, conseguimos dar um acesso, viabilizar um direito”. (AS6)

A exposição das falas citadas se deu por meio do questionamento sobre o ponto de vista do/a profissional sobre o desenvolvimento da atividade de videochamadas- se a categoria via a demanda da ação como sua competência. As respostas indicaram a compreensão de que não se tratava de uma atividade privativa e nem de competência exclusiva do Serviço Serviço. Os/as assistentes sociais deixavam isso bem claro para o restante da equipe, especialmente se a realização da atividade fosse imposta à categoria.

Contudo, nas falas, afirmavam que se viam como a profissão com maior habilidade técnica para realizar as videochamadas devido à aproximação que possuem com os familiares. Assim, pudemos concluir que, do ponto de vista ético, a categoria se via em posição mais hábil para desenvolver essa atividade, pois desempenham um papel mediador entre paciente, família e equipe de saúde, garantindo sempre os direitos da população

Conforme mencionado no posicionamento do conjunto CFESS/CRESS, a categoria da unidade compreendia que a atividade não era privativa do assistente social. No entanto, ainda em conformidade com sua instância reguladora, reconheceram a necessidade e a importância da realização das videochamadas, pois perceberam o grande impacto positivo que sua execução gerava para o paciente, seus familiares e a instituição.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: SOB A ÓTICA DO SERVIÇO SOCIAL

No contexto pandêmico da Covid-19, em que as dificuldades eram constantes e o acesso de seus familiares aos pacientes estava cada vez mais restrito, os/as assistentes sociais buscaram estratégias de intervenção para viabilizar a comunicação entre ambos, sendo esta categoria profissional que ficou à frente do projeto. Para isso, observamos que os assistentes sociais, responsáveis pelo projeto, precisaram adaptar seus objetivos à realidade institucional, garantindo efetividade das videochamadas mesmo diante de um cenário adverso.

“Eles choravam muito com saudade da família, uns diziam que não sabiam se voltava. Mas era um período mesmo de muita dificuldade...foi muito desafiador pra gente que estava dentro dessas unidades covid e práticas em geral... foi um aprendizado”.(AS7)

“Quando eu retornei pro trabalho eu já comecei nas videochamadas...foi emocionante pra mim, confesso que, quando eu via aqueles pacientes ali naquele leito sem ter contato com a família e, quando a gente ligava, os pacientes se emocionavam, a família se emocionava. Eu fiquei pensando se eu tivesse tido aquela oportunidade com a minha mãe de pelo menos ter me despedido dela... e eu não tive essa oportunidade porque não tinha ninguém pra fazer vídeo chamada e o hospital que ela estava ainda não tinha aderido essa questão de video chamada. E era no hospital realmente particular e aí no público ver essa iniciativa de fazer as videochamadas pra mim foi algo de extrema importância”. (AS6)

“Eu adoeci de covid ...a gente via muita tristeza...a gente acaba que não querendo se envolver, mas se envolve..Mas nada disso me fez parar não, pelo contrário... quando eu via um paciente com aquele olhar assim... emocionante.. pra mim... aí que eu fazia mesmo. Eu entrava na unidade. Me sentindo melhor. Quando entrava na sala, os olhos dele já brilhavam olhando pra mim, como

eu tava lá todos os dias, eles já sabiam que eu era assistente social lá do setor. Olhinhos tanto brilhava lá dentro como brilhava os olhos aqui fora da família...então era uma hora muito emocionante, e eu sentia o maior prazer”. (AS5)

Esse trabalho foi essencial. Foi uma dificuldade pra gente? Foi! porque a gente já tinha outras atribuições. Foi uma demanda que foi inclusa aí no momento crucial. Então assim, chegou no momento certo. A gente via a presença da assistente social, a segurança que o usuário tinha com a gente. Então foi uma combinação muito bem feita, você ali fazendo uma entrevista social acolhendo o paciente e ao mesmo tempo prestando um serviço que para ele era novo e que foi satisfatório. (AS3)

“Nossa categoria, historicamente, lidamos diariamente com a comunicação, com a mediação, com a reunião familiar, com encaminhamentos, com intervenções que na prática efetive os direitos sociais...que o paciente tenha a voz, que a família tenha a voz...e foi um momento de limitação, ele foi restrito, ele ficou restrito a família, ficou restrito a visitas e acompanhantes. Então, foi uma forma de minimizar, amenizar essa questão do distanciamento. Uma intervenção de acesso à comunicação, o contato mesmo que distante...nós conseguimos aproximar esses sujeitos. Essa pandemia não está acometendo somente aos pacientes familiares. Nós também estávamos a traçar isso, tivemos colegas que tiveram o processo de enlutamento, familiares de colegas faleceram...tivemos colegas que faleceram nesse processo também, profissionais que atuaram com a gente”. (AS1)

Como evidenciamos na entrevistas, houve manifestações positivas e satisfatórias em relação aos momentos proporcionados entre pacientes e familiares. A percepção dos pacientes sobre a atividade pôde ser observada ao término de cada videochamada, assim como os familiares expressaram sua satisfação por meio de mensagens de áudio ou texto enviado pelo *whatsapp* nos *tablets* disponibilizados. Nessas mensagens, relataram a alegria de reencontrar seus entes queridos e demonstraram gratidão pelo atendimento e acolhimento oferecidos pelos profissionais responsáveis pelas videochamadas. Além disso, houve publicações de agradecimento nas redes sociais.

Entretanto, as assistentes sociais não possuem um retorno avaliativo mais concreto sobre as videochamadas, devido a necessidade emergencial de executá-las, como mencionado no trecho abaixo:

“Infelizmente pela correria, pela imediatividade nós não tivemos como ter esse *feedback*...nós não elaboramos um roteiro de avaliação...algo que fosse pra gente ter esse retorno das famílias e dos pacientes, mas...temos muitos casos de famílias que chegaram agradecendo muito nas redes sociais... porque...aquele foi o

último momento de adeus a família através daquela vídeochamada ou o paciente reagiu melhor ao tratamento”...(AS1)

Durante as entrevistas, também observamos que, apesar das dificuldades relacionadas à escassez recursos materiais e humanos – como a limitação de equipamentos audiovisuais e o acesso instável a internet no prédio da instituição-, a iniciativa gerou um impacto positivo para pacientes e familiares.

A possibilidade de contato direto permitiu que os familiares visualizassem ainda de forma limitada, o estado clínico do paciente, além de contribuir para a manutenção dos vínculos afetivos. Esse aspecto foi essencial para prevenir episódios de confusão mental, sofrimento psíquico e ansiedade em ambas as partes, como evidenciamos nos trechos a seguir:

“Eu acho que foi impactante pra todo mundo...pro profissional... para a melhora do paciente...na questão da ansiedade, pela notícia com a família, fiz uma experiência de áudio chamada em uma paciente entubada... você via a reação no corpo... via o coração acelerado...foi bem emocionante...a gente via realmente que a vídeochamada tem um diferencial na questão da internação do paciente”. (AS7)

“Nós do serviço social... evitamos uma uma entubação, numa simples conversa, numa simples escuta com o paciente. Eu acho que isso que foi chamando muita atenção tanto da direção quanto da equipe, que quando isso acontecia que o paciente estava muito ansioso, muito preocupado com resistência em ficar no isolamento, quando a gente fazia, chegava a mudar a situação”. (AS5)

“O único elo de comunicação é o assistente social. E ele confia no nosso trabalho. Então esse respaldo a gente precisa dar para o usuário. Um único ponto negativo que eu encontrava às vezes: O instrumental para se trabalhar, que às vezes existe falhas por um sinal de internet por não estar com crédito aí você fazia por conta própria, fazia do seu aparelho celular para atender a necessidade daquele usuário”. (AS3)

Eu acho que nossa categoria é a mais capacitada pra realizar esse tipo de atividade porque primeiro que quando você entra em contato com a família pra fazer uma vídeochamada, a família não se limita a isso... É um momento que você vai escutar outras demandas que você vai ver outras demandas que partem para o social, que é o fato de não ter internet, de não ter um celular, de não ter WhatsApp, de morar no interior e não ter área, de não ter acesso a tecnologia e ter o direito de ver o seu paciente tanto quanto o outro. Então, a gente vai agilizar de uma outra maneira,

essa questão realmente social que envolve cada uma realidade... Então, foi uma uma forma que deu acesso mais abrangente ainda...apesar das limitações de internet. (AS1)

Também verificamos que as ações desenvolvidas pelos(as) assistentes sociais durante as videochamadas abrangeram não apenas a comunicação entre paciente e familiares mas também o acolhimento, o tratamento e o processo de recuperação. Essa abordagem está diretamente relacionada à visão ampliada de saúde, que compreende o ser humano em um contexto biopsicossocial. Dessa forma, vai além dos tratamentos clínicos e do acompanhamento psicológico, integrando um acolhimento humanizado, a manutenção dos vínculos familiares e, sobretudo, uma assistência integral e de qualidade à saúde. Segundo as interlocutoras, essa iniciativa contribuiu para uma melhora significativa no quadro dos pacientes de maneira ampla.

Além disso, questionamos os participantes sobre os resultados observados e quais os sentimentos vivenciados durante a realização das videochamadas, uma vez que, segundo seus relatos, essa ação se configurava como um momento único e significativo. As respostas foram unânimes ao destacar gratidão e satisfação expressas por pacientes, familiares e pelos(as) próprios(as) assistentes sociais. Esse momento tornou-se um elo essencial entre eles, especialmente nos casos em que o paciente estava em processo de finitude – nas últimas horas ou minutos antes do óbito-, conforme evidenciado nos relatos a seguir:

“Pra mim foi assim inexplicável. Não queria uma nova onda, mas faria tudo que eu fiz novamente. Tudo sem tirar nada. Porque você leva daqui na tenda (hospital de campanha) um pouco daquele sentimento de tristeza. Aquele sentimento de angústia. Leva um pouco, juntando esse elo entre família e você, vendo aquele resultado na saúde emocional tanto do paciente quanto dos familiares. Isso foi assim inexplicável”. (AS5)

“Você via a alegria (...) era um ânimo trazer um ânimo pra ele. Era o momento que você via um rosto conhecido, no meio daquele monte de rosto com máscara, com aquele monte de gente com aquele avental em meio aquilo tudo (...) você vê um rosto conhecido (...) ver um rosto familiar (...) então renovava os ânimos”. Tinha família que reunia todo mundo. Que juntava todo mundo na casa, reunindo os netos, nem que fosse só pra dizer oi, tinha família assim, chamava todo mundo mesmo e todo mundo aparecia, tinha famílias que chamava cada um na tela, aí começava a encher a tela (...) Então, ver o paciente através da tela já era muita coisa pra eles”. (AS4)

“Aconteceu de chegar no final da tarde o médico me ligar: vamos fazer uma chamada de vídeo da paciente X, vai precisar. ‘Porque ela vai ser entubada e eu queria que ela visse a família, porque

ninguém sabe se ela vai voltar devido a gravidade, saturando dessa forma é bem difícil”. Bem provável que ela não volte”. (AS5)

“Realizei algumas quando o paciente tava sendo entubado e queria falar com a família. já fiz videochamadas do paciente em processo de finitude(...)E que a gente vê que aquilo ali trazia um conforto pra pessoa, e, pra família também que entendia que o paciente tava grave. Realizei videochamada que os pacientes depois da videochamada tiveram melhora no quadro clínico. E então se foram várias situações, mas eu acho que quando a pessoa tá em processo de finitude e aí vê o seu familiar, acho que aquilo também alivia. Você tá vendo ali aquela pessoa nem que seja pela última vez. Para a família também tá falando com aquela pessoa. Na entubação também é um processo bem delicado pra família. E também a questão da melhora (...) às vezes o paciente melhora porque vê a família(...) aquilo acalentava ele, dizia assim: vou sair daqui e vou voltar pra minha casa”. (AS8)

“Foi extremamente emocionante, alguns momentos extremamente tocantes, ver os familiares se despedindo do seu paciente, quando a gente via realmente que a situação tava sem volta (...) mais agravada (...) extremamente agravada, o paciente tava já em cuidado paliativo (...) então, era um momento extremamente importante pra que ele se despedisse, pra que eles tivessem pelo menos uma última visão que não fosse aquela do paciente vindo pro hospital, mas era extremamente emocionante. Quando o paciente tava entubado que a gente levava um tablet, levava o áudio e colocava no ouvido do paciente e alguns você via o batimento ficar mais forte, você vê que o paciente ficava mais agitado, tinha alguns que começava a mexer o olho, quando ele ouvia a voz, aquela voz familiar dizendo, pai, mãe, eu tô aqui. Então, muita gente se despediu do seu familiar dessa forma, infelizmente, não teve como visitar, mas se despediu dessa forma dizendo que ficasse em paz..dizendo que partisse em paz, então eu sei que foi muito importante pra algumas famílias. Esse adeus mesmo que em forma de áudio, mesmo que em forma de vídeo, a gente sabe quanto foi significativo, foi significativo pra família e, muito positivo pra mim tanto profissionalmente como pessoalmente falando, eu acho que foi uma experiência assim única”. (AS4)

“No meu ponto de vista, nós não fizemos cem por cento, né,não atingimos nem noventa, principalmente quando estava assim no início...mas em meio as as dificuldades enfrentadas eu percebo que nós alcançamos objetivos sim...de fazer o nosso melhor enquanto equipe...não é fácil nós também estarmos dentro da covid vendo aquele paciente ali se indo mesmo e a gente está ali (...) existe também um processo de adoecimento psicológico emocional de nós dos assistentes sociais que estávamos ali naquela situação de está ali fazendo a parte praticamente das famílias”. (AS1)

A Covid-19 representou um dos maiores desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua regulamentação. Essa doença, que se disseminou globalmente e ainda persiste, evidenciou a importância do SUS como um sistema gratuito, igualitário e universal, fundamental para recuperação de inúmeras vidas afetadas por esse vírus no Brasil. Estar inserido em uma unidade hospitalar durante um período tão desafiador exige reconhecer a relevância dos fatos e acontecimentos que impactaram tanto o trabalho dos profissionais de saúde quanto a vida dos pacientes.

“Eu acho que (...) acredito, assim, dentro da realidade da saúde pública, eu acho que isso foi na minha opinião, como profissional e como usuário do SUS, uma ideia extraordinária! Porque a gente tá vivendo esse momento, a questão da humanização com as tecnologias (...) A gente tá usando a nosso favor, a favor do SUS. Eu acredito que foi uma ideia brilhante”. (AS8)

Nas falas dos profissionais entrevistados nesta pesquisa, a experiência de implementação e execução do projeto de videochamadas foi, um processo desafiador. Contudo, benefícios significativos tanto para os pacientes e familiares quanto para os próprios profissionais. Foi um grande desafio, mas também uma fonte de imenso orgulho profissional para aqueles que atuam SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, destacamos a significativa iniciativa do corpo de assistentes sociais no atendimento direto e humanizado aos pacientes e seus familiares por meio através da inovação tecnológica das videochamadas nas unidades de tratamento da covid-19, mesmo diante de um cenário tão desafiador. Essa ação foi adotada por uma categoria profissional da saúde que, ao implementá-la, buscou proporcionar mais conforto e atenção aos pacientes acometidos pelo vírus. Em um momento de profunda tristeza e desesperança, os pacientes se sentiram “afagados” pela oportunidade de ver ou trocar palavras de carinho e conforto com seus familiares e amigos por meio dessa atividade.

Torna-se importante sinalizar as mudanças drásticas que essa doença acarretou na sociedade em todas as áreas, sejam elas econômica, política, social ou até mesmo cultural. Neste estudo, não poderia deixar de ser dada ênfase a uma temática que tanto mudou as estruturas nacionais e global: a pandemia do novo coronavírus.

A atuação do (a) assistente social vai além das demandas físicas apresentadas; ela vai de encontro da questão social vivenciadas por este. Tendo o distanciamento social como uma de suas repercussões, o paciente internado com suspeita ou confirmação do Covid- 19 permanece no hospital sem a presença de um acompanhante. As videochamadas conseguiram atingir, apesar das limitações, sejam de saúde física e/ou mental, bem como as dificuldades técnicas-estruturais, o objetivo que era restabelecer esse elo afetivo entre os pacientes e seus familiares, proporcionando um momento de interação, que minimizasse o sofrimento dos envolvidos.

Considerando as falas das entrevistadas, entendemos que o projeto desenvolvido na instituição foi uma iniciativa da equipe de serviço social, considerando as limitações de manutenção dos vínculos entre pacientes e familiares que a pandemia do novo coronavírus gerou no contexto hospitalar, com o objetivo de minimizar as dificuldades de aproximação entre aqueles por meio de um dispositivo eletrônico.

Sobre a implementação, as falas das entrevistadas sugerem que foi um processo agilizado entendendo a urgência da pandemia, e que, atualmente, estas não dispõem de levantamentos mais precisos sobre a quantidade de videochamadas e nem de avaliações registradas pelos usuários, o que dificulta uma avaliação mais precisa do que foi executado. No entanto, as assistentes sociais entrevistadas concluem que foi uma atividade de extrema necessidade e importância e que, mesmo diante das dificuldades, foi de grande relevância para o crescimento profissional delas, trazendo benefícios para a instituição e para os usuários dos serviços.

Por fim, pelos relatos coletados, identificamos falas das entrevistadas que sugerem o grande impacto que as videochamadas geraram durante o período de hospitalização dos pacientes, entendendo aquele processo como decisivo para a recuperação da saúde integral dos pacientes acometidos pela Covid-19, sendo, inclusive, importante para prevenir o agravamento de alguns casos hospitalares que fizeram parte do projeto.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Homero. **Art. 442 - Capítulo I. Disposições gerais** In: BATISTA, Homero. **Clt Comentada - Ed. 2021**. São Paulo (SP) Editora Revista dos Tribunais. 2021. Disponível em: Art. 442- Capítulo I. Disposições Gerais- Clt Comentada- Ed. 2021 (jusbrasil.com.br). Acesso em: 11 fev. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Sancionada lei que regulamenta videochamadas para pacientes internados**, Brasília, 2020. Disponível em: Portal da Câmara dos Deputados (camara.leg.br). Acesso em: 11. fev. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Grupo de trabalho Serviço Social na saúde. Brasília, 2009.

CFESS divulga nota sobre o exercício profissional diante da pandemia do **Coronavírus**, Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1679>. Acesso em: 11 fev. 2022.

Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.- 10ª. ed. rev. e atual.- [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012].

CRESS-SP. **Novas orientações do CRESS-SP para Assistentes Sociais sobre o trabalho profissional diante da pandemia do coronavírus covid-19, 2020**. Disponível

em: <https://mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#inbox/KtbxLzGSrZhZCQBWVdgpHHNb-FSWdwFC cwL?projector=1&messagePartId=0.1>. Acesso em 12 mar. 2021.

FIOCRUZ. Recomendações para acompanhantes e ou visitantes nos serviços (fiocruz.br). **Portal de boas práticas**, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacoes-para-acompanhantes-e-ou-visitantes-nos-servi- os.pdf>. Acesso em 18 abr. 2021.

FORTES, Jessica. Hospital da rede estadual investe em tecnologia para aproximar pacientes familiares. Secretaria de Saúde do Ceará, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2020/06/12/hospitais-da-rede-estadual-investem-em-tecnologia- para-aproximar-pacientes-e-familiares/>. Acesso em: 12 mar. 2021.

MATOS, Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em :Artigo-A-pandemia-do-coronavírus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-saúde-2.pdf (cress-es.org.br). Acesso em: 11 fev. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**, Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 11 fev. 2020.

Política Nacional de Humanização - HumanizaSus. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 05 jan. 2021.

Raichelis, Raquel e Arregui, Carola C.O **trabalho no fio da navalha: nova morfologia no Serviço Social em tempos de devastação e pandemia**. Serviço Social & Sociedade [online]. 2021, n. 140 [Acessado 20 Dezembro 2021] , pp. 134-152. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>>. Epub 22 Feb 2021. ISSN 2317-6318. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.242>.

REVISTA QUALIDADE. **Videochamadas: aproximando paciente, família e equipe durante a internação em tempos de pandemia de COVID-19**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/312/312.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2022.

SENADO FEDERAL. **Estatuto do Idoso**, Brasília, 2019. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554326/estatuto_do_idoso_3ed.pdf. Acesso em: 11 fev. 2022.

Soares, Raquel Cavalcante, Correia, Maria Valéria Costa e Santos, Viviane Medeiros do. **Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**.

Serviço Social & Sociedade [online]. 2021, n. 140 [Acessado 20 Dezembro 2021] , pp. 118-133.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>>. Epub 22 Fev 2021. ISSN 2317- 6318. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.241>.