

A tecnologia como estratégia de cuidado durante a internação por Covid-19

Karina Adad de Miranda¹
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Resumo: Neste artigo busco analisar como a tecnologia transformou em uma importante estratégia de cuidado durante a pandemia. Ao longo de 2020 pessoas com Covid-19 ao serem admitidas nos hospitais viram a comunicação com suas famílias suspensas, graças à interrupção das visitas e dos acompanhamentos. Nesse contexto, muitos/as internado/as viram-se privados do cuidado familiar. Como contrapartida algumas famílias utilizaram a tecnologia, em especial, o aparelho celular e as mídias disponíveis, como forma de conseguirem oferecer um cuidado ainda que à distância. Para tanto trabalhei com o termo “estratégias de cuidado”, enquanto um mecanismo utilizado pelos/as familiares para recuperar parte da sua capacidade cuidadora.

Palavras-chave: tecnologia; cuidado; internação; Covid-19; estratégia de cuidado.

¹ Doutora e mestra em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Technology as a care strategy during hospitalization for Covid-19

Abstract: In this article, I seek to analyze how technology has become an important care strategy during the pandemic. Throughout 2020, people with COVID-19 were admitted to hospitals and communication with their families was suspended, due to the interruption of visits and follow-ups. In this context, many hospitalized patients found themselves deprived of family care. In return, some families used technology, especially cell phones and available media, to provide care, even remotely. To this end, I worked with the term “care strategies,” as a mechanism used by family members to recover part of their caregiving capacity.

Keywords: technology; care; hospitalization; COVID-19; care strategy.

La tecnología como estrategia de cuidado durante la hospitalización por Covid-19

Resumen: En este artículo busco analizar cómo la tecnología se ha convertido en una estrategia de atención importante durante la pandemia. A lo largo de 2020, personas con Covid-19 fueron ingresadas en hospitales y la comunicación con sus familiares se suspendió, gracias a la interrupción de visitas y seguimientos. En este contexto, muchas personas hospitalizadas se encontraron privadas del cuidado familiar. A cambio, algunas familias utilizaron la tecnología, especialmente los teléfonos celulares y los medios disponibles, como una forma de ofrecer atención, incluso de forma remota. Para ello, trabajé con el término “estrategias de cuidado”, como mecanismo utilizado por los familiares para recuperar parte de su capacidad de cuidado.

Palabras clave: tecnología; cuidado; hospitalización; COVID-19; estrategia de cuidado.

Durante a tese de doutorado, refleti sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas e criadas por familiares de pessoas internadas por Covid-19. Em especial, interessava-me compreender como os sujeitos cuidavam de seus entes queridos num contexto em que a interação presencial estava suspensa. Nesse sentido, argumento que o aparelho celular e as mídias digitais, principalmente *Whatsapp*, atuaram como ferramentas de informação, de comunicação, de afetos e, acima de tudo, de cuidado. Como parte do processo de decodificação desse cuidado realizado à distância, como menciono na tese, foram realizadas entrevistas que tinham como temas o contágio, a internação e o cotidiano após a internação. Apesar de seguir um roteiro de perguntas pré-definidas adotei a postura de deixar que os/as entrevistados/as falassem livremente sobre quaisquer assuntos que lhes interessasse. Essa escolha me permitiu tanto acessar afetos como entrar em contato com temas que não faziam parte do escopo inicial da pesquisa, como foi o caso da tecnologia.

A partir da análise da primeira entrevista, observei que a tecnologia, em especial, os telefones celulares e alguns aplicativos de comunicação como o *Whatsapp*, teve uma importância significativa na interação entre quem estava dentro e fora dos hospitais. Como um tema constante na maioria dos relatos e que, de alguma forma, aproximou familiares, permitiu o estreitamento de vínculos e o compartilhamento de afetos, percebi ser a tecnologia uma das mais importantes estratégias de cuidado durante a pandemia de Covid-19.

O desafio de pensar sobre os cuidados num contexto marcado por dor e tristeza me exigiu restringir a escolha dos/as interlocutores/as a pessoas próximas. Por um lado, porque o tema tratado era muito íntimo e poderia ser negado caso o/a entrevistado/a não me conhecesse, por outro, porque eu não tive no meu círculo familiar e de amizade um número considerável de indivíduos que passaram pelo processo de internação como o explorado na tese. Por isso, a escolha dos/as participantes seguiu dois critérios: 1) pessoas próximas a mim, como foi o caso de um amigo e de uma ex-professora e 2) pessoas indicadas, como ocorreu com um entrevistado indicado pela minha orientadora. Posteriormente, este entrevistado me indicou outras quatro mulheres.

Ao todo foram sete entrevistados/as sendo a maioria mulheres, cinco. Dessas cinco, quatro eram filhas, sendo que três falaram sobre suas mães e uma sobre seu pai. A outra mulher conversou sobre seu marido. Os outros dois homens relataram sobre as próprias experiências de internação, considerando que um deles falou sobre a mãe internada também. Houve indivíduos intubados e não-intubados e quatro falecimentos. No geral o período de internação foi de menos de 15 dias, tendo um caso que durou dois meses e outro oito meses. As interações se deram no ano de 2022, de maneira remota, à exceção de uma realizada presencialmente. Todas as pessoas com quem conversei tinham em comum o fato de residirem na cidade do Rio de Janeiro e de terem ficado internadas ou terem familiares internados/as em hospitais privados, à exceção de um indivíduo. Esse

mesmo sujeito era o único que não se encaixava na categoria de pessoa idosa e que no momento da internação não desempenhava o papel de cuidador.

Contexto político na pandemia

A condução política da pandemia de Covid-19 no Brasil envolveu a atuação de diversos atores públicos ao longo do ano de 2020. Mesmo havendo atos de governo e atos normativos concretos no sentido de combater a pandemia e evitar o contágio, o chefe do executivo empreendeu uma verdadeira campanha em prol da contaminação em massa. Suas falas iam sempre no sentido de desacreditar, negar ou minimizar a verdade, como, por exemplo, chamar a doença de “fantasia”, de “gripe qualquer” ou de “neurose”. Em relação ao período que compreende fevereiro de 2020 a maio de 2021, a pesquisadora Deisy Ventura e outros (2021a) realizaram uma pesquisa que compreende atos normativos, atos de governo e propagandas no claro intuito de registrar as violações aos direitos humanos cometidos pelo governo federal. A compilação desses registros faz parte do livro publicado em meados de 2021 que serve como principal referência para a elaboração do contexto pandêmico brasileiro.

No início de fevereiro o governo criou o Centro de Operações de Emergências (COE) com o propósito de planejar e coordenar as medidas a serem empregadas durante a pandemia. Sua atuação estava sob responsabilidade do Ministério da Saúde comandado pelo ministro Luiz Henrique Mandetta. O que ocorreu na prática é uma inércia do governo federal que vê sua competência compartilhada com Estados, DF e municípios. Um exemplo disso é que as medidas de quarentena poderiam ser adotadas tanto pelo Ministério da Saúde como por gestores locais de saúde.

Ao longo da pandemia, conforme a doença avançava o presidente Jair Bolsonaro empreendia uma batalha em defesa da economia, colocando-se frontalmente contra as medidas de quarentena e de distanciamento físico. Enquanto isso, outras instituições² de poder se viram obrigadas a agir diante um cenário de omissão e de desorganização. O Brasil possui um dos mais eficientes sistemas de saúde dada à sua enorme capilaridade e experiência no combate e tratamento de epidemias, no entanto em meio a uma grave crise sanitária não conseguia ter o seu ministério estruturado. Até maio de 2020 o Ministério da Saúde havia tido dois ministros quando assumiu o cargo um militar sem formação ou experiência na área da saúde.

A crença de que a ‘economia não podia parar’ e de que a melhor forma de combater a Covid-19 seria por meio do contágio em massa era tão forte que logo no início o presidente Bolsonaro decretou que atividades religiosas de qualquer natureza e unidades lotéricas constituíam atividades essenciais. Em maio essa compreensão se estendeu para construção civil, salões de beleza, academias de esporte de todas as modalidades e atividades industriais (sem especificação). Ao mesmo tempo o Congresso Nacional desempenhava um importante papel aprovando uma lei que previa o pagamento de R\$ 600 a pessoas desempregadas ou sem emprego formal, mas na condição de trabalhadores informais, microempreendedores individuais ou contribuintes da Previdência Social que não recebessem nenhum outro benefício financeiro do Estado e cuja renda familiar mensal fosse de até 3 salários-mínimos.

² Tribunal de Contas da União (TCU), Supremo Tribunal Federal (STF), CONGRESSO NACIONAL, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Ministério Público Federal (MPF), AGU (Advocacia Geral da União), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Interamericana de Direitos Humanos (Cidh).

Até o meio do ano o governo federal ainda não contava com uma diretriz estratégica clara de enfrentamento à Covid-19 e de um plano de comunicação coordenado e abrangente. O TCU alerta a Casa Civil sobre essa falha e recomenda que o Comitê de Crise inclua como membros permanentes pessoas da área da saúde como os presidentes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Nesse mesmo período dados sobre a Covid-19 no Brasil divulgados pelo Ministério da Saúde sofrem um apagão obrigando 6 jornais de grande circulação a criarem o Consórcio de Veículos de Imprensa com o objetivo de recolher e divulgar informações sobre a pandemia independentemente dos dados do governo federal.

Na contramão do que determinavam orientações de autoridades científicas, técnicas e sanitárias nacionais e internacionais, o presidente do Brasil e seu governo não mediam esforços para convencer a população de deveriam se contaminar o mais rápido possível para que logo pudessem se curar e retornar ao trabalho. Parte do tratamento defendido por Bolsonaro e pessoas ligadas a ele incluía tomar remédios sem comprovação de eficácia, como cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina e nitazoxanida. Paralelo a isso mais uma vez o Congresso Nacional atua para criar e aprovar lei que torna obrigatório ao poder público e a empregadores/as ou contratantes o fornecimento de EPIs aos profissionais que trabalham no combate à pandemia e na ordem pública.

Lopes e Leal (2020) lembram que em julho, quando foram registrados 57.383 novos casos em um mesmo dia, pessoas se aglomeravam em praias e bares. Parte dessa desobediência às recomendações de saúde, que ainda previam o isolamento social e a quarentena, se deve à postura negacionista do presidente do Brasil que ao mesmo tempo promovia aglomerações sem uso de máscaras.

Em agosto o Brasil já acumulava 100.477 mortes, mais de 3 milhões de casos e o governo federal não tinha estabelecido ainda um plano de produção/aquisição de vacinas, bem como de imunização da população brasileira. Enquanto isso, a farmacêutica Pfizer apresentava ao governo federal proposta de venda de vacinas contra a Covid-19 com entrega estimada para dezembro do mesmo ano, mas sem resposta. Os planos do governo eram claros no sentido de preservar a saúde financeira da elite e não a saúde da população. Do montante destinado ao combate da pandemia, 78,35% foram gastos em medidas de proteção econômica, excluindo o auxílio aos Estados, DF e municípios.

Em setembro o único ato normativo do mês corresponde a uma resolução da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que flexibiliza ainda mais a prescrição de ivermectina e nitazoxanida, dispensando a retenção de receita médica para a venda em farmácias. Acontece também a posse do terceiro ministro da Saúde, ocasião em que ele defende o tratamento precoce e condena o confinamento.

Enquanto os rumores sobre a segunda onda da Covid-19 estar chegando no Brasil cresciam e a oferta de vacinas se tornava mais frequente, Bolsonaro e aliados intensificavam o desincentivo à vacinação. Em outubro Bolsonaro desautorizou a compra de 46 milhões de doses da vacina CoronaVac pelo Ministério da Saúde. A vacina era produzida no Brasil em parceria com uma farmacêutica da China. Em novembro houve a suspensão dos testes da CoronaVac e Bolsonaro comemorou o acontecimento. Ao mesmo tempo, a mídia corporativa noticiava que mais 6 milhões de testes para diagnóstico do novo coronavírus perderiam a validade entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021. Até então o SUS havia aplicado 5 milhões de testes.

No começo do último mês do ano, o Brasil contava com 176.628 mortes por Covid-19 e mais de 6 milhões de casos confirmados. O TCU concluiu que por mais que o governo federal tivesse gastado R\$ 800 mil na produção de material publicitário sobre a Covid-19 em março, nada foi dispendido na sua divulgação uma vez que ela aconteceu de forma voluntária por veículos que se interessaram pelo conteúdo e estavam engajados no combate à pandemia. Em relação aos povos indígenas, a partir de determinação do STF para que o governo federal formule um plano de enfrentamento à Covid-19 para essa comunidade, ficou claro que não havia qualquer intenção de protegê-la e preservar suas vidas. Esse mesmo tribunal determina que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) seja obrigada a conceder em 72 horas autorização para importação e uso de insumos médicos, medicamentos e vacinas contra a covid-19 registrados por ao menos uma entidade reguladora dos Estados Unidos, Europa, Japão ou China; e que a União destine créditos extraordinários para a compra de vacinas.

Durante o ano de 2020 nenhum plano estratégico concreto havia sido criado para conter e combater a covid-19 entre as comunidades indígenas.

Em resumo, a gestão Bolsonaro durante a condução da pandemia foi considerada uma “catástrofe humanitária” e a “pior do mundo”, de acordo com institutos de pesquisa internacionais (VENTURA *et al.*, 2021b). Diante das políticas que levaram à priorização da saúde financeira do estado o que ficou evidente foi que “decisões políticas equivocadas diante da crise são capazes de sobrepujar as qualidades dos sistemas nacionais de saúde e décadas de preparação do setor para resposta às emergências” (VENTURA *et al.*, 2021b: 2217). Podemos afirmar que o estado brasileiro atuou em prol de uma intervenção mínima, na medida em que focava na assistência à pessoa infectada e muito raramente na prevenção da infecção (MEDINA *et al.*, 2020).

Contexto hospitalar na pandemia

Como indicado na introdução, a pesquisa situa-se no contexto da pandemia de Covid-19, mais especificamente, em 2020. A escolha por esse período se deu por causa da interrupção abrupta das interações sociais assim que os/as doentes eram internados/as. Em linhas gerais, após a decretação da pandemia em março de 2020, o Ministério da Saúde (MS) elaborou no mesmo mês um documento no qual constavam recomendações para acompanhantes e/ou visitantes (Figura 1). A sugestão feita pela entidade era de que tanto o acompanhamento quanto a visitação aos indivíduos hospitalizados fossem suspensas. Ao final do documento o MS salientava a discricionariedade dos estabelecimentos de saúde para adotarem as medidas de segurança que considerassem pertinentes.

Esse acontecimento permitiu que muitos hospitais elaborassem protocolos restringindo ou proibindo o contato físico por meio do acompanhamento e da visitação. Isso ocorreu mesmo nos casos assegurados por lei³. Em outras situações até mesmo o contato virtual através de ligações telefônicas ficou impossibilitado, já que os/as pacientes foram impedidos/as de permanecer com seus telefones celulares. Um dos entrevistados contou o que ouviu da enfermeira ao ser admitido no hospital.

³ Em caso de hospitalização, crianças e adolescentes (Lei n.8069/90), pessoas idosas (Lei 10741/03), pessoas com deficiência (Lei 13146/15), gestantes durante trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei 11108/05) e pessoas em tratamento oncológico têm direito a acompanhante (Lei 14238/21).

Cheguei [no hospital]... Ela [a enfermeira] tirou a temperatura, no mesmo instante que ela tirou a temperatura, eu falei também que eu não tava respirando direito. Já veio com um galão de oxigênio, botou o tubinho... Não sei se o nome é cateter, eu chamo de cateter. Botou no nariz até pra eu respirar melhor. Me botou numa sala isolada, enquanto fazia uns procedimentos e já veio falando “Olha, daqui você não vai sair. Pode entregar o seu celular. Toma aqui uma outra roupa. Toma uma sacola. Bota todas as suas roupas, tudo o que você tem dentro da sacola e entrega pro seu primo e avisa pra ele que daqui você não vai sair”. E foi isso. Só deu tempo de avisar no celular pra algumas pessoas, pra minha mãe, no caso.

Ainda que houvesse protocolos impedindo o contato social, alguns hospitais criaram meios para permitir a interação entre doentes e familiares. Duas formas viáveis de comunicação foram as videoconferências através de aplicativos como *Skype*, *WhatsApp* e outros, que possibilitaram aos/às internados/as conversar por vídeo com parentes e amigos/as, e as visitas virtuais⁴, nos casos em que os/as pacientes não puderam permanecer com o telefone celular. A valorização do contato físico na internação tem como umas das várias finalidades a manutenção dos laços afetivos e o fornecimento de apoio psicológico. Por essa razão, ao invés da sua suspensão, alguns estudiosos defendiam que adaptações fossem feitas através do uso da tecnologia.

Durante a pandemia não será possível manter nenhuma rotina de visita presencial aos pacientes. Porém, com a tecnologia disponível, não é necessário manter as pessoas sem nenhum contato com o ambiente externo. Existem diversas formas de conectar pacientes e familiares por aplicativos. Não há nenhuma razão para deixar pessoas completamente isoladas de contato. (CRISPIM et al., 2020: 9)

Apesar dessa possibilidade e da iniciativa de alguns hospitais, a maioria das pessoas com quem conversei não puderam falar diretamente com seus/suas familiares. Em contrapartida, os hospitais se comprometeram a informar sobre o estado de saúde dos/as doentes diariamente por meio dos boletins médicos. Essas informações eram repassadas a um/a integrante da família por meio de uma ligação telefônica que, em geral, ocorria sempre no mesmo horário. No início da internação, quando os procedimentos hospitalares ainda não estavam claros e os/as profissionais de saúde não sabiam como lidar com o distanciamento entre os/as internados/as e suas famílias, os telefonemas foram a única forma de “conseguir alguma notícia” de quem estava dentro dos hospitais, como afirmou uma entrevistada.

Ainda assim, em alguns relatos os boletins médicos foram considerados incapazes de satisfazer totalmente as dúvidas de familiares. Um dos motivos diz respeito à linguagem empregada nos relatórios, marcada por termos técnicos e de difícil compreensão exigindo um posterior processo de decodificação, como conta uma entrevistada. “Muitas vezes eu não entendia [o relatório médico], mas aí, o Google tá aí pra isso. [Por] Que muitas vezes eu fiquei muito tempo pra tentar decifrar um parágrafo”.

Um segundo motivo tem a ver com a generalidade da informação que era repassada. Por trazerem frases genéricas e percepções limitadas ao conhecimento médico – estabilidade ou não, nova infecção, reação aos procedimentos -, os relatórios deixavam passar dados subjetivos importantes para as famílias. A mesma interlocutora tocou nesse ponto ao conversar sobre o período em que não pode acompanhar o pai hospitalizado.

Então, essa também foi uma fase que a gente não conseguia informação direito. Só muito genérica, tipo, “Ah, ele tá estável”, “Ele teve uma nova infecção”. Sabe, assim?

⁴ As visitas virtuais correspondiam a chamadas de vídeo realizadas pela equipe médica através de celulares e *tablets* disponibilizados pela instituição de saúde para que pessoas internadas pudessem interagir com as suas famílias.

Mas não era aquela coisa que eu queria saber. O quão consciente ele tá, o quão desesperado ele tá, isso a gente não sabia.

E complementou ao responder como conseguiu informação junto ao hospital nesse período.

Ligava pro hospital. É. Ligava todo dia, assim. E também tem isso também que eu tive que, assim, nunca tem hora muito certa do médico passar. Não tem. Os médicos não têm. Então você consegue informação, né, uma vez por dia, mas você liga 17 [vezes]. Então, às vezes, ficava lá um tempão e a informação é muito pouca e é uma informação técnica. Não é exatamente o que a gente quer saber, assim.

A tecnologia como uma estratégia de cuidado

Antes de me deter sobre o uso da tecnologia por pessoas internadas e seus/suas familiares, gostaria de expor a concepção por trás do termo “estratégia de cuidado”. Como já é bastante conhecido (DEMJÉN, ATKINS e SEMINO, 2024; SONTAG, 2022; VEREZA, 2020), enfrentamentos a doenças são comumente percebidos como combates travados em uma guerra formada por organismos causadores de doenças – em especial, vírus e bactérias – e seres humanos. Tendo em vista que, num cenário de guerra, as ações são mais do que apenas atos, simples práticas ou meras dinâmicas. Elas precisam ser estratégias capazes de transpor barreiras de maneira engenhosa a partir dos recursos disponíveis e ter como propósito o atingimento dos objetivos estabelecidos.

Figura 1 – Panfleto

CORONAVÍRUS COVID - 19 **Recomendações para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de covid-19**

Considerando a pandemia do COVID-19 e com o objetivo de garantir segurança no atendimento aos pacientes, a integridade dos acompanhantes, visitantes e trabalhadores do serviço de saúde, assim como a prevenção de infecções, orienta-se:

- Em serviços de saúde estabelecidos como referência ou retaguarda para atendimento aos pacientes com COVID-19, suspender as visitas sociais a estes pacientes. Caso o serviço não possua fluxo diferenciado para circulação dos demais pacientes e acompanhantes, recomenda-se a suspensão de todas as visitas;
- Caso o serviço de saúde opte por manter uma rotina de visitas, deve-se reduzir a circulação das pessoas, o número de visitantes e estabelecer horários para sua realização, além de designar sala de espera ampla e ventilada separada dos demais atendimentos;
- Converse com a família sobre a possibilidade de se manter um único acompanhante para o paciente durante o período de internação sendo este com idade entre 18 e 59 anos, sem doenças crônicas ou agudas. Ressalta-se que acompanhantes com faixa etária de risco maior para o COVID-19 ou com antecedentes de doenças crônicas/imunossupressão não devem estar na condição de acompanhantes;
- Proibir acompanhantes para os pacientes com Síndrome Gripal (exceto em condições previstas por lei: crianças, idosos e portadores de necessidades especiais);
- Recomenda-se evitar visitas e acompanhantes a pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Revezamentos de acompanhantes somente se necessário;
- Em caso de contato direto com o paciente, visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente. Se necessário, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente;
- Solicitar a saída do acompanhante do quarto/enfermaria em caso de procedimentos geradores de aerossol;
- Siga rigorosamente as principais medidas preventivas do Ministério da Saúde: lavar as mãos com água e sabão, na sua ausência, usar álcool em gel; cobrir nariz e boca com lenço ao tossir ou espirrar – quem não o tiver, deve usar o antebraço como barreira, e não as mãos, para evitar tocar em locais que possam contaminar outras pessoas; evitar aglomerações; manter os ambientes bem ventilados; e não compartilhar objetos pessoais.

Importante:

Cada serviço de saúde tem autonomia para orientações específicas, considerando suas características individuais e as recomendações supracitadas de acordo com as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

ORGANIZAÇÃO 136 → BRASIL

Na medida em que atuavam no enfrentamento da doença, essas estratégias mostraram um potencial para cuidar e para compreender como isso foi possível considero igualmente importante definir o que entendo por cuidado. Seguindo algumas estudiosas do tema⁵, temos que cuidar envolve atos da vida cotidiana, mas também relações, vínculos, emoções, constituindo-se num “duplo sentido”, isso é, uma prática, ou um conjunto de práticas, que se traduz no tratar do/a outro/a, e um conjunto de valores que se manifesta através dos afetos gerados pelo/a cuidador/a (LIMA, 2016). Portanto, cuidar de uma pessoa enferma abarca tanto atividades voltadas para a manutenção da vida física – dar remédio, banhar, alimentar, etc – como para a gestão da vida social. Assim, o objeto de cuidado deixa de ser apenas o corpo enfermo e passa a ser também o indivíduo, enquanto um ser em relação com o mundo e com a sociedade.

Em outras palavras, a ação do cuidado sobre a gestão da vida social implica num envolvimento emocional capaz de manter a pessoa doente parte do corpo social com a família apoiando-a emocionalmente e fortalecendo os vínculos afetivos. Diante disso, em algumas situações essas estratégias foram adaptadas ou melhoradas, em outras, foram totalmente inventadas. No contexto da pandemia, muitos/as familiares de pessoas internadas por Covid-19 tinham como objetivo tornar viável algum tipo de cuidado num contexto em que o contato físico e até mesmo virtual estava suspenso. Essa situação exigiu que os sujeitos fora dos hospitais superassem vários obstáculos – como falta de comunicação e de informações detalhadas, dificuldade de compreensão dos boletins médicos, para citar alguns exemplos – por meio da elaboração de uma série de ações exigidas pelo cenário pandêmico.

Seguindo a lógica das estratégias de cuidado, o aparelho celular adquiriu um propósito adicional além da simples troca de informações. Como presente na bibliografia e nas entrevistas, ele funcionou como um instrumento capaz de proporcionar momentos de carinho e de consolo. Em 2009, Pols e Moser (2009) discutiam sobre o medo de que a implementação de “frias tecnologias” na saúde ocorresse à custa de “cuidados humanos calorosos”. A racionalidade e a instrumentalidade dessas tecnologias as tornavam úteis e funcionais, mas não garantiam um “cuidado terno e amoroso”.

No entanto, as autoras argumentavam que “pessoas desenvolvem efetivamente relações afetivas com as tecnologias e que as tecnologias podem ajudar a desenvolver laços sociais em vez de os cortar” e traziam o que para elas era o exemplo mais paradigmático: o telefone celular. (POLS, MOSER, 2009:160). O “amor” por esse dispositivo teria a ver com a sua funcionalidade ao permitir comunicar-se, manter-se em contato e cuidar de pessoas em diferentes locais quase todo o tempo.

Re(estabelecendo) laços

No contexto da internação por Covid-19, mesmo que o uso de aparelhos celulares tenha inicialmente sido proibido em alguns hospitais, com o passar do tempo a sua utilização foi flexibilizada. A mãe de uma interlocutora foi internada no início da pandemia e não pode ter acesso ao telefone celular. Diante disso, durante os primeiros nove dias de internação, a família não conseguiu conversar com a idosa. Até então os/as familiares obtinham atualizações somente por meio de boletins médicos e de ligações feitas ao setor de serviço social.

⁵ Cf. Dalley (1996) e Tronto (1993).

Após tomar conhecimento de que no quarto da enferma havia um telefone disponível para receber chamadas, seu filho telefonou para o hospital e descobriu que sua mãe tinha uma companheira de quarto com telefone celular, o que possibilitou o reestabelecimento da comunicação entre a família por meio de ligações e envio de áudios e vídeos. Essa interação teve, na visão do filho, um efeito positivo na idosa ao notar a felicidade aparente e ao avaliar a retomada de disposição dela.

Quando conseguimos ligar pro quarto e falamos com a colega de quarto dela, que fez uma ponte, que ela tava com o celular, a colega de quarto começou a mandar vídeo. A gente fazia áudio com vídeo com ela. Aí ela parece que mudou, parece que ficou mais feliz, né, aquela coisa, ficou mandando recado pra gente "Olha, lá em casa, faz isso, não sei o quê." Disse que naquela mesma noite, ela sentou no sofá, saiu da cama pedindo para sentar no sofá. Isso deu um ânimo pra gente assim "Pô, que legal. Tá tudo bem".

Nesse sentido, o telefone celular possibilitou à doente, mais do que se aproximar da família, retomar uma parte da vida social.

E essa comunicação que vocês estabeleceram com essa outra paciente foi através de mensagem de texto somente?

Vídeo, vídeo. Vídeo (...) e muitos áudios também. A gente conversava com essa moça, chamada Angélica, que foi um anjo. E a gente falava assim "A gente pode falar agora? A gente pode falar agora?" "Não, daqui a pouquinho, que ela tá no banho". E aí ela abria o vídeo e (...) virava pra minha mãe. Aí minha mãe falava com a gente. A gente falava com ela ou então a gente mandava um vídeo de alguém. Uma amiga dela mandou um vídeo, eu mandei pra Angélica, a Angélica passou o vídeo pra ela "Ó, sua amiga mandou pra você melhoras", essas coisas. Aí minha mãe gravava um áudio, mandava de volta, eu mandava de volta pra ela. Então a gente usou muito o Whatsapp dessa forma.

Vemos, portanto, a tecnologia desempenhando um papel que a coloca no centro das relações sociais e afetivas entre os/as usuários/as. Na sua relação com o cuidado, a tecnologia (re)estabelece o contato entre cuidador/a e pessoa cuidada, na medida em que as inovações tecnológicas “podem, assim, ser entendidas como prescrevendo papéis e relações entre diferentes atores, ordenando e manifestando condutas específicas, e moldando o mundo em que os atores vivem” (POLS, MOSER, 2009:162). Como um dispositivo tecnológico que por si só não determina a/s única/s possibilidades de utilização (Ibid.), o seu emprego pode sofrer adaptações e atingir outros propósitos.

Recuperando a autonomia

O filho da idosa supracitada também teve Covid-19 e precisou ser internado. No entanto, a sua experiência com a internação foi bem diferente daquela vivida pela sua mãe. Hospitalizado no ano de 2021, quando o uso do aparelho celular já era permitido, o entrevistado primeiro o utilizou para informar aos/as familiares que iria se internar. Depois passou a usá-lo para atualizar as pessoas próximas sobre a evolução da doença e mandar orientações relativas aos cuidados da casa.

Antes de entrar, eu fiz um vídeo pro meu cônjuge pra falar "Olha, eu vou me internar". Eu acordei ele, ele ficou assustado. "Por que você não me avisou antes?" "Ah, porque eu não queria te assustar. Eu tô aqui com a minha irmã e eu vou me internar, então não sei se a gente vai poder se falar. Minha irmã vai ficar aqui com as minhas coisas e tudo mais". Mas depois que eu entrei e fiquei com o celular, aí já comecei a dar notícia pra ele e tudo, então foi mais tranquilo. Nessa parte, isso foi o diferencial muito importante: eu ter ficado com o celular. Tanto pra mim, quanto pra todo mundo, porque eu acho que meus amigos e as pessoas conhecidas e gente que eu

nunca mais falaria entraram em contato comigo. As pessoas vão sabendo, não sei. Ficavam ansiosas mais que eu. "Quando é que você vai sair?" "Quando é que não sei quê?" E eu entrei lá tranquilo, tipo assim "Não, vai ser o melhor pra mim". Preocupado assim com as rotinas trabalhistas lá que só eu fazia, comecei a escrever manual pras minhas irmãs.

A passagem acima ilustra como a tecnologia também permitiu que o interlocutor não perdesse totalmente sua autonomia. Por meio do aparelho celular ele mesmo passava os informes, dava notícias sobre si, criava lista de distribuição. É importante perceber como esse indivíduo se colocava em todas as suas ações como agente e, muitas vezes, como o agente que tomava a iniciativa – aquele que ligou para o cônjuge para informar que seria internado, que criou uma lista de distribuição para passar informações e que fez grupos no *Whatsapp* para diferentes propósitos.

Criei uma lista de distribuição pra dar notícias pra todo mundo de uma vez só, né, ao invés de ser um grupo. Mandava mensagem pra todo mundo ao mesmo tempo. Ai cada vez mais alguém entrava nessa lista. Alguém que surgia não sei da onde [sic], que ficou sabendo. Ai queria saber. E ai eu mandava vídeos, às vezes. (...) Assim que eu ia dormir, eu dava boa noite pra todo mundo lá no grupo da família. Criei um grupo só pra isso. "Vamos tirar do grupo da família esses meus relatórios médicos. Vai ser um grupo só pra isso. Quem quiser vai lá". Então isolei, fiz um grupo à parte só pra falar de coisas do hospital e ai dava bom dia, dava boa noite (incompreensível) "temperatura normal, pressão normal... O médico já teve aqui, já falou isso..." Já dava logo as notícias pra ninguém ficar ansioso. Quer dizer, eu ficava preocupado em não deixar ninguém preocupado, né.

Integrando-se à sociedade

Uma outra entrevistada contou sobre a experiência de ter o pai internado por oito meses. Diferentemente dos outros relatos, ela pode acompanhá-lo, dormindo todas as noites com ele durante os quatro primeiros meses. No entanto, com o falecimento do proprietário do hospital, após um longo período internado, as visitas e os acompanhamentos foram suspensos por dois meses. Nessa época o pai da entrevistada tinha piorado e encontrava-se intubado. Como uma forma de manter-se próxima e de obter informações mais detalhadas ela tentou inicialmente fazer videochamadas, mas conforme o idoso se engasgava ao tentar falar, o enfermeiro recomendou que as ligações fossem suspensas.

Num movimento que chamo de fazer um uso criativo da tecnologia, a interlocutora passou a mandar mensagens que podiam ser ouvidas e vistas pelo pai sem que ele precisasse respondê-las.

E aí teve também, claro, eu tentei esse negócio de combinar com o enfermeiro de eu ligar com vídeo no Whatsapp. Mas aí ele ficava agitado, tentando falar e começava a sufocar. Então assim, a enfermagem "Acho melhor não ligar". Que isso é engraçado, a gente tando junto, você pega a mão da pessoa, por exemplo, você olha. A pessoa não precisa ficar falando, mas aí quando você só tem [a fala], por exemplo, a pessoa quer falar, né. E aí ele das três vezes que eu tentei ligar, ele começou a sufocar, tiveram que aspirar, sabe. Foi horrível. A gente ficou realmente sem comunicação. Foi bem ruim. (...) O que eu passei a fazer, meu filho, minha filha, é mandar videozinho pra ele por um enfermeiro, mas é aquela coisa assim de mão única, né. Porque ele não conseguia falar, mas a gente mandava os vídeos. E como eles avisaram que era vídeo, ele não ficava agitado pra responder, né. Era um recadinho mais certo, era um recadinho fechado.

Como um instrumento de contato de “mão única”, o telefone celular sofreu uma readaptação, tanto na intenção quanto na própria mensagem. Antes viabilizando a troca de informações entre quem estava dentro e fora do hospital, agora ele servia para enviar atualizações sobre o lado de fora. Para tanto, o teor das

mensagens foi mudando e começou a incluir dados sobre o cotidiano dos/as familiares e sobre temas de interesse de Roberto, como por exemplo a série “*The Crown*”.

*E aí nos vídeos a gente contava o que tava acontecendo, né, e é engraçado que a gente muitas vezes tinha que regravar, assim. E eu, às vezes, eu via que eu tava muito, muito abatida ou tava triste, né e a gente dizia “Não vamo mandar uma coisa triste, né. Já tá ruim a coisa”. Então, não é fingir uma alegria, mas aí a gente tentava ir pra coisa mais cotidiana, sabe. Assim, tipo, não é fingir uma alegria, mas, tipo, em vez de falar assim essas coisas, sei lá, “Ah, eu te amo. Tô sentindo muita falta de tá com você e tô rezando pra você sobreviver”. Assim, isso é muito pesado, né, então a gente falava “[Quer] Falar que a gente tá aqui bem e tal. Serginho [neto] voltou da ginástica olímpica”. Essas coisas. “E a gente tá pensando em você. Torcendo pra gente poder voltar logo. Ah, queria te contar também que a minha mãe adoeceu esses dias e também não ficou muito boa, não”. Dava notícias, assim “Sabe, que meu tio também pegou Covid? Mas ele já tá se recuperando e tal” ou às vezes assim “Ah, eu vi uma série que você tem que ver. Ah, você sabe que já saiu uma nova temporada de *The Crown*?” Tipo, tinha televisão no hospital, mas não essa coisa de Netflix, essas coisas, não. É tv normal. Por exemplo, muitas vezes eu dava notícia de *The Crown* pra ele, porque eu lembrava que ele gostava muito de ver. Então eu comecei a ver a série pra contar pra ele. Então teve isso também. O *The Crown* ajudou muito.*

Nesse relato dois pontos chamam atenção. O primeiro é a centralidade das mídias, como a série televisiva, no período de internação. Por meio delas foi possível um fortalecimento do vínculo entre familiares ao passo que essas duas pessoas, mesmo em contextos opostos – um isolado dos demais e a outra não -, possuíam um tema em comum e motivador para as interações. O segundo é a inventividade marcada pela readequação da tecnologia. Ao invés de usar o telefone celular como apenas um meio de comunicação, a interlocutora o utilizou para ‘contar o que tava acontecendo’ e assim possibilitou ao pai continuar participando da vida da família. Em última instância foi permitido ao doente manter-se integrado à sociedade.

Essa atitude lembra a recomendação de uma paliativista etnografada por Menezes (2004:129) ao conversar com familiares de pessoas em cuidados paliativos⁶.

Lembrem-se de rir com os pacientes, levem alegria, contem a ele sobre a vida, contem a história da novela, do futebol, permitam que eles vivam e opinem. Se o paciente tiver aquele desejo de comer rabada, mocotó, não digam logo que, porque ele está doente não deve comer uma comida pesada, que deve comer canja. Consultem-nos antes, porque às vezes um pouco de rabada vai dar a maior alegria para o paciente. Perguntem sempre para nós.

Apoiando emocionalmente e se despedindo do ente querido

Por fim, uma outra entrevistada, cuja mãe permanecia incomunicável desde a sua entrada no hospital, conseguiu despedir-se antes do falecimento da idosa. Nesse caso, a doente foi levada ao hospital por funcionários/as da casa de repouso onde morava. Esse acontecimento causava sofrimento à filha, já que lhe gerava a percepção de que havia abandonado a mãe. Contudo, passados oito dias de internação, uma médica do hospital, diante do pedido da entrevistada fez uma ligação de vídeo. Foi a oportunidade de mãe e filha se verem e conversarem depois de tanto tempo afastadas, mas foi também a chance de demonstrar afeto e de apoiar emocionalmente a idosa uma última vez.

⁶ De acordo com Menezes (2004), os cuidados paliativos se destinam a pacientes “fora de possibilidades terapêuticas” (FTP), isto é, quando não há mais tratamento possível. Nesse caso, os/as profissionais de saúde e outros se voltam não para a cura, mas para a garantia de que a vida com a doença siga sem sofrimento e de que a morte aconteça de forma digna.

Então no dia 10 de maio ela foi internada e eles me ligavam todos os dias. Tinham um horário, geralmente entre duas e quatro horas da tarde. Eu já ficava esperando. Aí, teve uma médica que foi muito prestativa, né? Ela extrapolou o lado profissional dela. Ela foi também pro lado afetivo de tudo aquilo que estava acontecendo e via também como eu, provavelmente outras pessoas que estavam com parentes internados, numa situação de grande preocupação e sofrimento também pelo fato da pessoa estar distante, não estar podendo estar junto da pessoa que tá adoentada. (...) Aí no dia 18 quando ela me ligou, eu perguntei se eu poderia ver a minha mãe no filme, né? No WhatsApp. É, o vídeo. E aí ela pegou e ligou. Ligou para mim e aí eu tive a oportunidade de conversar com a minha mãe. Assim, ela botou próximo e eu conversei e falei com a minha mãe que eu estava sofrendo, tava sofrendo muito. Eu falei que eu amava muito ela e que se ela tivesse que partir pra ela ficar tranquila, pra ela partir com tranquilidade, porque Deus ia receber ela com os braços abertos, que ela ia ser muito bem cuidada, que se fosse a hora dela de ir que ela deixasse, que Deus recebesse ela. Eu falei isso com ela e aí no outro dia ela, acho que foi no outro dia, já não me lembro mais, na parte da manhã que me ligaram, que me deram essa... É, eu acho que no dia 18 eu falei com ela se podia fazer esse vídeo. Aí no outro dia de manhã, ela pegou e fez esse vídeo, falei vídeo não, né? Essa gravação que eu vi minha mãe por vídeo e aí nesse mesmo dia, às 7 e 40 da noite, a minha mãe, minha mãe, partiu, não é? Ela foi embora. Então assim para mim foi muito difícil, né?

Considerações finais

Ao longo do artigo procurei mostrar com as “frias tecnologias” foram empregadas ante a impossibilidade do cuidado humano caloroso proporcionado pelas famílias. Isso aconteceu através de adaptações e invenções no uso da tecnologia. Durante a internação os telefones celulares, a internet e as mídias digitais, além de permitirem a comunicação entre quem estava fora e dentro do hospital, serviriam para (re)estabelecer os laços entre familiares, recuperar a autonomia dos/as internados/as, integrá-los/as à sociedade e ao convívio familiar e torná-los/as amados/as ainda que pela última vez. Em última instância esses indivíduos isolados e separados abruptamente de seus entes queridos puderam se sentir cuidados.

Com isso quis demonstrar que, até a intervenção dos/as familiares por meio das estratégias de cuidado, os/as doentes estavam sujeitos/as apenas ao cuidado proporcionado pelos/as profissionais da saúde, por mais que existissem normas jurídicas que assegurassem o direito da família de cuidar de seus/suas integrantes. Tendo como pano de fundo esse cenário, procurei explorar como as pessoas situadas do lado de fora cuidaram de parentes e amigos/as num contexto em que o cuidado familiar, prestado pelas famílias e pela comunidade, sofria sérias limitações em detrimento do cuidado médico, oferecido pelo Estado e pelos hospitais. Para tanto trabalhei com o termo “estratégias de cuidado”, enquanto um mecanismo utilizado pelos sujeitos para recuperar parte da sua capacidade cuidadora.

Nesse sentido parece que o telefone celular sofre um “reaquecimento” – ele deixou de ser a tecnologia “fria” e dispensável que não permitia uma comunicação entre pessoas para voltar a ser a tecnologia “quente” que, mesmo na impossibilidade de conversação direta. Como argumenta Pols (2016), no que diz respeito à tecnologia, não existe tecnologia no singular, mas tecnologias. Pensando a partir dessa afirmação eu concluiria, por fim, que não existe um evidente e específico emprego para o telefone celular, mas variados empregos que foram sendo (re)adaptados para garantir demonstrações de cuidado conforme o contexto pandêmico ia sofrendo mudanças.

Recebido em 1 de maio de 2025.
Aprovado em 15 de agosto de 2025.

Referências

- CRISPIM, Douglas *et al.* *Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID – 19: Dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia*, mimeo, 2020.
- DALLEY, Gillian. *Ideologies of Caring: Rethinking Community and Collectivism*. London: MacMillan Press, 1996.
- DEMJÉN, Zsófia; ATKINS, Sarah; SEMINO, Elena. *Researching Language and Health - A student guide*. Abingdon: Routledge, 2024.
- LIMA, Antónia Pedroso de. O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise. Portugal entre o Estado providência e as relações interpessoais. *Cadernos Pagu*, 46: 79-105, 2016.
- LOPES, Ivonete da Silva; LEAL, Daniela de Ulysséa. Entre a pandemia e o negacionismo: comunicação de riscos da Covid-19 pelo Ministério da Saúde do Brasil. Chasqui. *Revista Latinoamericana de Comunicación. Ecuador*, 145: 261-80, 2020 /2021.
- MEDINA, Maria Guadalupe ET AL. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (8), 2020.
- POLS, Jeannette. Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 18 (1): 1-7, 2016.
- POLS, Jeannette; MOSER, Ingunn. Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies. *ALTER, European Journal of Disability Research*, 3 (2): 159-178, 2009.
- SONTAG, Susan. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, 2022.
- TRONTO, Joan C. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge, 1993.
- VENTURA, Deisy de Freitas Lima *et al.* A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. In: *Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil*. São Paulo: Conectas, 2021a.
- VENTURA, Deisy de Freitas Lima ET AL. Pandemia e crimes contra a humanidade: o “caráter desumano” da gestão de catástrofe sanitária no Brasil. *Revista Direito e Práxis*, 12 (3), 2021b.
- VEREZA, Solange Coelho. A metáfora na linha de frente: mapeamentos de guerra na conceptualização da pandemia de Covid-19. *Estudos Linguísticos e Literários*, 69: 52-89, 2021.