

**A PERSPECTIVA DOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR
COVID-19 ACERCA DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM TEMPOS DE
PANDEMIA E ISOLAMENTO SOCIAL^I**

***THE PERSPECTIVE OF FAMILIES OF PATIENTS HOSPITALIZED BY COVID-19
ON BAD NEWS IN TIMES OF PANDEMIC AND SOCIAL ISOLATION***

João Victor Furtado^{II}

Andrea Volpato Wronski^{III}

Resumo: Este artigo tem como objetivos descrever a perspectiva de familiares de pacientes hospitalizados por Covid-19 acerca da comunicação de más notícias em tempos de pandemia e isolamento social, além de verificar os possíveis fatores que corroboram para essa perspectiva e se ela contribui ou não para o enfrentamento da doença/falecimento de um familiar. Trata-se de uma pesquisa de campo de nível exploratório e de natureza qualitativa, na qual foram entrevistados 4 indivíduos que tiveram pelo menos um familiar hospitalizado por Covid-19. Aplicaram-se entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados, utilizando de perguntas que se envolveram o tema de enfoque: a experiência de ter um familiar hospitalizado durante a pandemia e, posteriormente, os dados foram processados à luz da teoria de análise de práticas discursivas. Após a produção de sentido nos discursos dos entrevistados, pôde-se atribuir a estes familiares uma perspectiva nas posições de desinformação, distanciamento e falta de participação no processo de adoecimento destes pacientes.

Palavras-chave: Más notícias. Covid-19. Familiares. Hospitalização.

Abstract: This article aims to describe the perspectives of family members of patients hospitalized by Covid-19, in regards to the communication of bad news in times of a pandemic and social isolation. In addition to verifying the possible factors that corroborated to this perspective and whether or not this contributed to the coping with the illness/death of a family member. This is an exploratory field research of a qualitative nature, in which 4 individuals who had at least one family member hospitalized for Covid-19 were interviewed. Semi-structured interviews were undertaken for data collection, using questions that involved the focus theme: the experience of having a family member hospitalized during the pandemic. Later the data was processed using the theory of analysis of discursive practices. After the production of meaning in the interviewees' speeches, it is possible to attribute to these family members a perspective in the positions of misinformation, distance and lack of participation in the illness process of these patients.

Keywords: Bad news. Covid-19. Family member. Hospitalization.

^I Artigo apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso na graduação em Psicologia, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo(a) pela Universidade do Sul de Santa Catarina, 2021.

^{II} Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – Unisul. E-mail: joaofurtadu99@gmail.com.

^{III} Doutora em Ciências da Linguagem, da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Professora Titular na Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, a OMS caracterizou um surto de pneumonia na China, como uma pandemia causada pelo novo vírus, popularmente conhecido como COVID-19 (OMS, 2020a). A Organização Mundial da Saúde, posteriormente, informou sobre a sua transmissão, que se dava pelo contato direto, indireto (objetos e superfícies) e por aproximação de pessoas infectadas através de secreções respiratórias. (OMS, 2020b).

Este potencial de disseminação rápida do vírus Sars-CoV-2 se tornou o principal motivo para a OMS tomar providências e publicar em 16 de abril de 2020 diversas orientações sobre reajustes nas medidas sociais e de saúde pública, no contexto de pandemia causada pelo vírus (OMS, 2020c). Dentre as orientações, estavam as medidas de isolamento que fizeram com que os sistemas de saúde pública no Brasil sofressem diversas mudanças, tal como descreve Alcantara *et al.* (2020, p. 216) “diversas medidas foram definidas para contenção da doença [...] assim, muitos hospitais limitaram a presença de familiares (visitantes ou acompanhantes) aos pacientes internados, principalmente aqueles infectados pela COVID-19”.

Alcantara *et al.* (2020) ainda destacam que no cenário pandêmico, a comunicação entre família, equipes e paciente necessitou ser replanejada de maneira rápida, desta forma, as tecnologias assumiram um papel importante. Os telefones, *tablets* e celulares passaram a ser a primeira escolha, e a mais segura, para manter os familiares informados do quadro de saúde do paciente internado, reduzindo aglomerações em ambientes hospitalares.

Ressalta-se que comunicação é uma das atividades mais importantes na assistência de pacientes e de seus familiares, sendo a comunicação de más notícias uma das mais frequentes e difíceis tarefas no contexto hospitalar, pois comunicar qualquer situação difícil gera sentimentos impactantes, tanto para quem recebe a notícia, como para quem a transmite (AMARINS; GIBELLO, 2017).

Na comunicação de más notícias, não existem técnicas e padrões eficientes para todas as situações difíceis que exigem a notificação aos familiares e/ou ao próprio paciente (SILVA, 2012), sendo que a eficácia na comunicação de más notícias acontece quando são consideradas: a utilização de uma linguagem adequada (verbal e não-verbal), uma postura respeitosa e a busca por amenizar as interferências durante a comunicação, sejam essas físicas, psicológicas, fisiológicas ou semânticas (AMARINS; GIBELLO, 2017).

Araújo e Leitão (2012, p. 59) descrevem o fato de que “a maneira como estas informações são passadas podem influenciar na forma de enfrentamento do paciente e sua

família diante do processo de adoecimento”, fazendo com que este cuidado com os familiares, quando bem executado, torne-se uma ferramenta para a prevenção de conflitos futuros e resulta em uma maior satisfação e percepção destes diante da qualidade na assistência prestada ao paciente (AMARINS; GIBELLO, 2017).

Portanto, pode-se supor que essa comunicação, quando feita por vias virtuais e presenciais, durante a pandemia, pode sofrer diversos danos, causando defeitos no processo de atendimento e, posteriormente, uma perspectiva insatisfatória e prejudicial aos familiares e pacientes sobre a assistência prestada pelos hospitais. Essa insatisfação, por sua vez, pode corroborar para o desencadeamento de diversos conflitos diante da hospitalização do familiar infectado, dificultando o enfrentamento de um momento tão delicado entre os envolvidos.

Visando colaborar para uma compreensão científica mais detalhada sobre os possíveis fatores que dão sentido a tais perspectivas, se pode questionar: “qual é a perspectiva desses familiares sobre a comunicação de más notícias em tempos de pandemia?”, para que com os resultados se possa pensar estratégias de tornar esse atendimento – mesmo em um contexto pandêmico – o mais humano possível, além de correlacionar essas perspectivas com as capacidades de enfrentamento do adoecimento e do luto dos entes queridos hospitalizados.

2 COMUNICAÇÃO

Pinheiro (2005) conceitua a comunicação através de sua origem do latim *communicare*, que significa tornar comum ou compartilhar e Dacorso (2020), por sua vez, diz que a comunicação é uma atividade nata do ser humano, que consiste, centralmente, na troca de informação entre dois ou mais indivíduos, que antes de desenvolverem a fala ou a escrita, comunicam-se através de choro, reações corporais, gestos e, posteriormente, apossam-se do sistema de linguagem para formatar tal comunicação através de signos e significados.

A comunicação pode ser aplicada em toda e qualquer área social, desde que existam duas ou mais pessoas neste processo, independentemente de quais sejam os objetivos, sendo sua aplicação, como descreve Dacorso (2020), utilizada para compartilhar informações e conferenciar sentidos e significados, tornando-a essencial para o convívio em sociedade.

Amarins e Gibello (2017) detalham que a comunicação é um processo com dois formatos, sendo estes o verbal e o não verbal. O primeiro é composto por mensagens através da fala ou da escrita, que utiliza o sistema de linguagem, e o segundo engloba os gestos corporais, expressões faciais, sinalizações de trânsito e outros. Estes formatos podem ser utilizados por

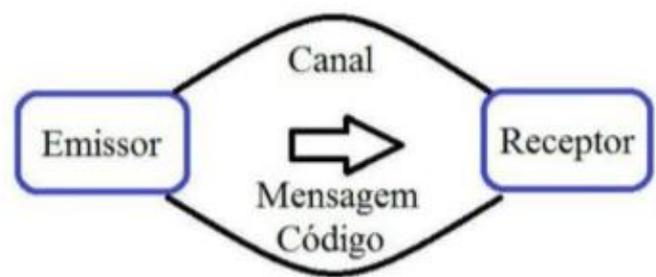
um emissor, que deseja transmitir uma determinada informação a um receptor, que capta o que é transmitido e processa as informações da mensagem.

Como bem ressalva Dacorso (2020, p. 9):

Para que o processo de comunicação aconteça, são necessários alguns elementos que envolvem a composição e a transmissão da mensagem, a recepção e a decodificação dos sinais e, por fim, a interpretação da mensagem. Nesse processo podem ser identificados: emissor, receptor, código ou sinais e canal de comunicação.

Neste sentido, é possível compreender que a comunicação permite transmitir uma mensagem-código de um emissor (aquele que transmite) para um receptor (aquele que capta), que irá processar as informações contidas na mensagem e as interpretará de acordo com suas compreensões sobre os códigos ou signos e significados da mensagem (Fig. 1).

Figura 1 – Elementos da Comunicação



Fonte: Dacorso (2020).

Diante das compreensões destacadas, ainda, vale ressaltar que a comunicação pode conter diversas falhas, variações de linguagem e, até mesmo, conter informações incoerentes ou parciais sobre o que se quer comunicar, mesmo que suas vias sejam amplamente desenvolvidas, tal como descreve Dacorso (2020), as falhas na comunicação, chamadas de ruídos, são interferências que podem causar dificuldades ou má interpretação da mensagem, sendo estas interferências “físicas, psicológicas, fisiológicas ou semânticas” (AMARINS; GIBELLO, 2017, p. 146).

Portanto, conceitua-se de forma sintetizada a comunicação como uma ferramenta de sobrevivência e organização social essencial que contém falhas e serve dinamicamente para informar e compartilhar mensagens entre pessoas em diversos âmbitos sociais, desde que seja feita de “forma correta, pois de forma errada pode gerar confusão, duplo sentido e induzir o receptor ao erro” (DACORSO, 2020).

De acordo com Amarins e Gibello (2017), a comunicação se torna um aspecto essencial no contexto hospitalar, contribuindo para a excelência em cuidados em saúde, mas que esta tarefa exige atenção, empatia e habilidade, em especial na comunicação de más notícias.

3 COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Segundo Lopes e Graveto (2010), a comunicação de más notícias é um dos maiores obstáculos nas relações interpessoais, pois este formato de comunicação cria situações e gera mudanças tanto no emissor quanto no receptor da mensagem, pois “a notícia é considerada como má em consequência das emoções que produz nas pessoas envolvidas” (BORGES *et al.*, 2012, p. 115).

Como caracterizado por Borges *et al.* (2012), as más notícias são comumente associadas aos diagnósticos e prognósticos de enfermidades, sendo essa atividade, algo constante no cotidiano dos profissionais de saúde nos hospitais.

Amarins e Gibello (2017) listam como exemplos mais conhecidos de comunicação de más notícias na área da saúde: os diagnósticos iniciais, recidivas, progressões da doença, malformações fetais, falhas nas terapias propostas/tratamentos, novas complicações, mortes encefálicas, mudança de terapêutica para cuidados paliativos e o óbito.

Como bem assegura Buckman (1992 *apud* Gobbi, 2020, p. 66):

A comunicação de más notícias é aquela que altera drástica e negativamente a percepção da pessoa (paciente) sobre o seu futuro, geralmente causada por uma ruptura entre o desejo do paciente acerca da sua condição de saúde e seu prognóstico.

A comunicação de más notícias, quando eficiente, facilita o processo de informar o paciente e sua família sobre seu adoecimento, pois para Dacorso (2020), ela promove o enfrentamento do quadro diagnóstico com maior segurança. Araújo e Leitão (2012, p. 59) reforçam essa característica: “quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e paciente, este se sente mais motivado e encorajado a fazer perguntas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo tratamento, além de se sentir mais satisfeito”.

Como se pode verificar, a comunicação de más notícias é característica nas relações interpessoais, sendo diariamente usada nos ambientes hospitalares por profissionais da saúde, tornando evidente que, quando feita com certa habilidade, promove a diminuição à afetação emocional diante do contexto de adoecimento, seja para o familiar ou para o paciente.

Porém, para que estes benefícios surjam, é necessário que este processo se torne menos doloroso para todos os membros envolvidos, porém, não há um método padronizado para todos os casos que exigem a comunicação de más notícias, tal como destaca Dacorso (2020, p. 44): “não existe uma norma para a comunicação de más notícias, mas o uso de protocolos pode auxiliar nesta prática, sendo de grande utilidade para profissionais da saúde, pois ajuda a enfrentar obstáculos que podem surgir durante o processo”.

Torna-se imprescindível ressaltar e compreender que não existem metodologias completas e rígidas para facilitar o processo de comunicação em ambiente hospitalar. Todavia, por conta “da carência na educação e na capacitação de profissionais para lidar e conversar com seus pacientes e familiares” (AMARINS; GIBELLO, 2017, p. 152) e baseado no entendimento de que “a habilidade de comunicação pode ser ensinada” (BYLUND; BROWN, 2008 *apud* TURINI *et al.*, 2008, p. 265), alguns protocolos foram criados com a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde na tarefa diária de comunicar más notícias e, entre os mais conhecidos destes protocolos, encontra-se o protocolo SPIKES.

De acordo com Araujo e Leitão (2012), foi Buckman o responsável pelo desenvolvimento do protocolo SPIKES, sendo este um roteiro que consiste em uma estratégia de planejamento de seis passos para adquirir maior êxito e facilidade para comunicar más notícias. Lech *et al.* (2013, p. 70) lista todos os passos deste protocolo da seguinte forma; *setting* (preparando o ambiente), *perception* (percepção), *invitation* (convite), *knowledge* (conhecimento), *emphaty* (empatia), *strategy* e *summary* (estratégia e resumo), sendo as iniciais de cada passo uma letra do conceito SPIKES.

Araujo e Leitão (2012, p. 60) enfatizam que, diante do uso da metodologia de Buckman, existem quatro principais objetivos utilizados como metas flexíveis em uma entrevista de comunicação de más notícias, sendo estes: “recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro”.

Estes enfoques durante a transmissão de uma má notícia são captados gradativamente durante as etapas do protocolo, tornando a comunicação mais didática (LECH *et al.*, 2013) e é “sistematizando este processo de comunicação de más notícias que o torna menos traumático, tanto para o médico, quanto para o paciente” (NGO-METZGER, 2008 *apud* LINO *et al.*, 2011).

Ainda que se sistematize este processo de comunicação, o profissional deve se ater aos principais fatores neste cuidado com o paciente e familiares, tal como enfatizam Amarins e Gibello (2017) que as más notícias devem ser transmitidas com os devidos cuidados e com a sensibilidade, em um ambiente tranquilo que promova o devido apoio, no tempo e no ritmo do

paciente e de sua família, sempre demonstrando abertura para dúvidas e questionamentos, tantos quanto forem necessários, tornando os cuidados em saúde mais humanizados possíveis.

4. A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE E A COMUNICAÇÃO ENTRE A TRIÁDE PACIENTE-FAMÍLIA-HOSPITAL

A Política Nacional de Humanização (PNH) aborda as perspectivas sobre o paciente em sua integralidade, utilizando do serviço de assistência em saúde através de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2004).

De acordo com Morais *et al.* (2009), no âmbito hospitalar, a prática humanizada se origina no cuidado responsável, respeitando a individualidade do paciente e suas necessidades, sem desvalorizar o foco de sua integralidade e singularidade diante da posição de adoecimento, tendo como foco o paciente, mas sem abandonar as suas relações familiares exteriores ao ambiente de internação.

Como colocado por Araújo *et al.* (2018), por volta dos anos 1960, iniciou-se a prática do modelo Cuidado Centrado na Família, que visa a assistência para todo o grupo familiar e não somente para o paciente doente, visto que “o reconhecimento da subjetividade do paciente e do familiar contribui para desenvolver sua autonomia e participação no processo saúde-doença” (FICHER, 2020a, p. 299).

Ficher *et al.* (2020a, p. 298) trazem, em seu trabalho descritivo e exploratório sobre o acolhimento a familiares de pacientes hospitalizados com COVID-19 durante a pandemia, que o processo de adoecimento pode resultar em um desequilíbrio no sistema familiar, pois estes “atravessam uma rotina de vida que subitamente é entrecortada pelo mal-estar inesperado” que invade o psiquismo e traz dificuldade de processar o que está acontecendo. Sendo que, tal invasão (causada pelo adoecimento) não só atinge o paciente, mas também seus familiares, que são afetados psicologicamente com o desenvolvimento da doença (FREITAS *et al.*, 2018).

Esta invasão psíquica se dá pela característica simbólica que a doença carrega, tal como descreve Santos (2005) sobre o imaginário social, ao dialogar sobre os sistemas de símbolos como estrutura principal deste imaginário, sendo estes sistemas as formas subjetivas de atividade de um coletivo de símbolos, formulado por meio das vivências entre os indivíduos. Segundo Moraes (2007) o imaginário social não é um reflexo exato da realidade e este se expressa por diversos setores de simbologias, tais como as ideologias e utopias, alegorias, rituais e mitos (BACZKO, 1984 *apud* Mello, 2013).

Contudo, frente a um contexto doentio, ao qual impregnam-se características simbólicas de mal-estar, o imaginário social e subjetivo se estruturam dentro desta perspectiva da doença, trazendo angústias e sofrimentos frente à dificuldade de processar o próprio processo de adoecimento, seja por vista do paciente ou de seu familiar.

Para Evangelista *et al.* (2016), a comunicação é ferramenta essencial para contrapor esta situação de sofrimento, pois esta possibilita a dinâmica de trabalho entre os profissionais, constituindo-se como pilar fundamental para a humanização no atendimento de pacientes e no contato com seus familiares.

Visto que, de acordo com Souza *et al.* (2020, p. 5), existem benefícios quando há uma comunicação efetiva e humanizada na relação interativa e terapêutica entre a tríade hospitalar do profissional, paciente e familiar:

Na percepção dos familiares, a comunicação sobre o quadro clínico do paciente contribui para amenizar o sofrimento. Sobre isso, cita-se que uma das maiores fontes geradoras de ansiedade nos familiares é a falta de informação ou informação excessiva e contraditória.

Amarins e Gibello (2017, p. 157) evidenciam que “a relação paciente-família-equipe está pautada na comunicação”, sendo que os familiares precisam ser mantidos informados sobre tudo que acontece com o paciente, a partir de uma comunicação clara, honesta e frequente com todos os membros da equipe responsável pelo paciente. As autoras ainda enfatizam que a comunicação na área da saúde é fundamental para o fortalecimento deste vínculo que, posteriormente, promove uma relação de confiança e segurança no processo de adoecimento e nos tratamentos propostos.

5 COVID-19, DISTANCIAMENTO SOCIAL E A COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NOS HOSPITAIS

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou estado de pandemia diante da rápida disseminação do novo Sars-CoV-2 (UNASUS, 2020), vírus responsável pela COVID-19 que, até setembro de 2021, matou mais de 600 mil pessoas no Brasil (BRASIL, 2021).

Ficher *et al.* (2020b) descrevem que a rápida contaminação do vírus colocou diversos países em alerta, sinalizando que a situação exigia novas estratégias de combate ao contágio e readaptação dos serviços de saúde.

Os hospitais observaram a necessidade de suspender visitas aos pacientes, a fim de resguardar os pacientes, familiares e amigos do paciente e funcionários, bem como aderir às estratégias da esfera pública ao combate à pandemia. Desta forma, com visitas suspensas, houve um distanciamento físico entre familiares, pacientes e profissionais, exigindo a criação de novas estratégias de abordagem (FICHER *et al.*, 2020b, p. 299).

O distanciamento físico entre os profissionais, pacientes e familiares (tríade hospitalar), tornou-se uma realidade diante do contexto hospitalar na pandemia e, mesmo que “o trabalho terapêutico implique na constante troca de conhecimentos e discussão conjunta entre paciente, família e equipe multiprofissional” (SIMONETTI, 2009 *apud* FICHER, 2020b, p. 299), a pandemia forçou abruptamente estas novas estratégias.

Nesse contexto, os familiares não puderam estar presentes durante a hospitalização dos pacientes e o “contato telefônico apresentou-se como recurso essencial para acolhimento e orientação do funcionamento institucional” (FICHER *et al.*, 2020b, p. 302), sendo essa “uma das modalidades de assistência mais recomendadas neste período de pandemia” (FIOCRUZ, 2020 *apud* FICHER *et al.*, 2020b, p. 303), estando dentro das normas de distanciamento social. “Ainda que presencialmente a procura pela unidade de saúde ocorresse somente em casos de extrema necessidade” (NEVES *et al.*, 2020, p. 162).

Na descrição de Lysakowski *et al.* (2020, p. 74), em seu debate diante do assunto sobre a comunicação da morte em tempos de pandemia, os hospitais “acabaram por deixar de lado as necessidades de humanização no trato com pacientes e seus familiares”, pois muitas das estratégias adotadas diante do distanciamento social resultaram em diversos danos ao atendimento humanizado e na comunicação da tríade hospitalar, tal como destaca a autora:

Quando solicitada a presença dos familiares no hospital, os mesmos já sabem que se trata de algo muito grave. E quando chegam na instituição, infelizmente não são acolhidos em local adequado, sem a oportunidade de expressarem sua perda, nem tempo para fazerem perguntas, muito menos de conseguir enxergar o rosto daquele que está lhe dando uma das piores notícias, e o pior, sem a oportunidade de fazer uma última visita ao seu familiar, para despedir-se de forma adequada e como deseja (LYSAKOWSKI, 2020, p. 74).

Crispim *et al.* (2020) dizem que durante o manejo das situações de crise, tal como durante a pandemia, os profissionais devem levar em consideração o sofrimento dos diversos personagens envolvidos, desde pacientes e familiares, até profissionais de saúde, pautando “a comunicação com vista a prevenir e antecipar eventos além de reduzir danos dos eventos já instalados” (CRISPIM *et al.*, 2020, p. 8), pois, como reforçado por Amarins e Gibello (2017),

os familiares também têm necessidades específicas e apresentam alterações de humor, angústias, medos e preocupações ao longo do tratamento, que podem persistir mesmo após a morte de seu ente querido.

A pandemia de Covid-19 trouxe um novo contexto, totalmente diferente de tudo que as instituições já vivenciaram, necessitando uma readaptação para manter a assistência de qualidade em saúde, planejando e organizando o acolhimento desses familiares (PORTAL HOSPITAIS BRASIL, 2020).

Poerschke (2019) ressalta que é necessário esclarecer todos os questionamentos dos familiares com a finalidade de minimizar ou sanar estes sentimentos negativos, como angústia e preocupação, visto que, tal como descrito por Alonso-Ovies *et al.* (2014), a necessidade de informação é um dos recursos mais solicitados pelos familiares dos pacientes e, que a pandemia pelo Covid-19 possui uma carga de “situações em que a comunicação pode auxiliar muito os profissionais para o melhor cuidado aos pacientes, familiares e aos próprios profissionais” (CRISPIM *et al.*, 2020, p. 15).

Lysakowski *et al.* (2020) descreve que, na pandemia, muitas das notícias são direcionadas para aquele familiar que não é o mais próximo do doente, ou que não tem capacidades de transmitir as informações com coerência para o restante da família, sinalizando um dos ruídos-falhas na comunicação e no cuidado humanizado.

Além disto, como pontua Alcantara *et al.* (2020), muitos pacientes têm um desfecho desfavorável decorrente da infecção pela Covid-19, a comunicação de más notícias, em especial a comunicação do óbito, pode se tornar necessária neste contexto, sendo necessário reconhecer o processo de luto como uma atividade e estado frequente em um ambiente pandêmico-hospitalar, tanto para profissionais da saúde, quanto para os pacientes e familiares.

Kubler-Ross (2008) reconhece, em sua obra, que existem cinco estágios dentro do processo de luto que se aplicam aos envolvidos na tríade-hospitalar, que, majoritariamente, passam por estes estágios da perda de forma fluída ao enfrentarem o adoecimento ou a morte, sendo estes estágios chamados de negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Cada um destes estágios apresenta formas de enfrentamento, estados emocionais e comportamentos que permitem uma inflexibilidade ou flexibilidade ao perpassar para os próximos estágios, ou como dito pela autora, “uma facilidade ou estagnação” em algum estágio deste processo, advindo de suas capacidades de enfrentamento ou de seu contexto.

Atentando a estas mudanças, dentro e fora da área hospitalar, no sistema de saúde, diante da pandemia e com a falta de contato físico em hospitais, por conta das normas de distanciamento social, esse contexto pandêmico pode provocar alterações na comunicação da

tríade hospitalar e no enfoque dentro da relação familiar-hospital. Pode-se questionar quais as perspectivas destes familiares, acerca desta comunicação, ao receberem más notícias durante esta situação de crise e quais os efeitos destas em sua realidade e capacidade de enfrentar o processo de adoecimento deste ente querido?

6 MÉTODO

A presente pesquisa utilizou da abordagem qualitativa, pois “se leva em consideração o vínculo entre o sujeito e a realidade, em que os dados não podem ser traduzidos em números ou estatísticas, mas avaliados a partir da interpretação e atribuição dos significados dados pelos participantes” (RAUEN, 2015).

A pesquisa qualitativa lida com aquilo que não pode ser quantificado, pois: “trabalha o mundo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2007, p. 22).

Dessa forma, a pesquisa qualitativa tem como principal objetivo conhecer as percepções dos sujeitos pesquisados acerca da situação-problema, que é objeto da investigação, através dos sentidos atribuídos a este, permitindo a construção de uma ferramenta de avaliação sem perder em especificidade.

Em relação ao procedimento, o estudo se configura como pesquisa de campo, pois “consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presumem relevantes para analisá-los” (MARCONI; LAKATOS, 2017). Quanto ao nível da pesquisa, define-se como exploratória, que tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. “Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado” (GIL, 2018).

6.1 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram indivíduos maiores de 18, tendo como critério de inclusão a presença de pelo menos uma experiência diante da hospitalização por Covid-19 de

um familiar. Quanto ao critério de exclusão, foram descartados aqueles indivíduos que estejam passando pelo processo de hospitalização de um familiar durante o período de coleta de dados e aqueles que estejam hospitalizados por conta do vírus.

No final, foram entrevistados 4 indivíduos, sendo estes: três (3) mulheres e um (1) homem, os quais se encaixaram no perfil proposto pela pesquisa.

6.2 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS

Após a aprovação do projeto, pelo Conselho de Ética em Pesquisa, o pesquisador divulgou a pesquisa através de mensagens de texto, via WhatsApp e rede social Instagram. Posteriormente, o pesquisador entrou em contato com as pessoas que demonstraram interesse em participar ao preencherem o formulário da pesquisa que continha o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por documento Google Forms, que foi lido e assinado pelos participantes.

O processo de coleta de dados foi realizado de forma virtual através da plataforma Zoom, os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, contendo questões que visavam contemplar os objetivos propostos na presente pesquisa. As entrevistas foram registradas em gravações de áudio, através de um gravador complementar à ligação, e transcritas para o papel, de acordo com prévia autorização do participante.

6.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Como se trata de pesquisa envolvendo seres humanos, cabe ressaltar que a mesma estará de acordo com as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, sob o parecer de número 4.899.867.

A cada participante foi explicado a conduta ética, a preservação de identidade e o sigilo das informações e orientações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.4 ANÁLISE DE DADOS

A técnica escolhida para analisar os dados foi a análise das práticas discursivas, que visa dar maior proximidade sobre a produção de sentido através do discurso. “Podemos definir, assim, práticas discursivas como linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as

peças produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK; MEDRADO, 1999, p. 45).

A pesquisa dessa natureza sempre convida o participante para a produção de sentido, que é produzida e analisada a partir da linguagem. No discurso do sujeito é possível identificar sentidos, levando-nos a entender como estabelece pontos de sua conduta social. Deste modo, percebe-se os conteúdos que são produzidos para se fazer uma interpretação. Nessa interpretação do discurso do sujeito, encontram-se os sentidos, que dizem muito sobre como ele pensa e age, ou seja, sua prática discursiva (SPINK; MEDRADO, 1999).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 03 (três) mulheres e 01 (um) homem, todos maiores de 18 (dezoito) anos. Os entrevistados já haviam tido pelo menos um familiar hospitalizado devido à infecção por Covid-19.

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Entrevistada	Sexo	Grau de parentesco ao paciente hospitalizado	Houve falecimento?
M	Feminino	Filha	Não
V	Masculino	Filho	Sim
A	Feminino	Filha	Sim
B	Feminino	Sobrinha	Não

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Ao analisar os discursos dos participantes, construiu-se um universo de sentidos sobre a temática da comunicação, neste trabalho definido pelas notícias sobre a condição do paciente hospitalizado aos seus familiares. Destacaram-se duas principais posições, sendo a primeira a de desinformação e a segunda de informação, tendo ambas as posições consequências na forma de pensar e agir dos familiares.

7.1 O NÃO SABER VERSUS O IMAGINÁRIO

Como visto anteriormente, a impossibilidade de visitação ao paciente hospitalizado se tornou uma característica predominante durante a pandemia Covid-19 no contexto hospitalar, pois foi observada “a necessidade de suspender visitas aos pacientes” (FICHER *et al.*, 2020a).

Estas medidas de distanciamento obrigaram os familiares a passarem pelo processo de adoecimento de, pelo menos, um ente querido de forma indireta, visto que, com as visitas suspensas, houve um distanciamento físico entre familiares (FICHER *et al.*, 2020a, p. 299), sendo que estes familiares eram informados – ou não – do status deste paciente hospitalizado, por via do familiar que acompanhava este paciente ou pelos profissionais inclusos no processo de cuidados durante o adoecimento.

A presença destas normas de distanciamento faz com que os familiares fiquem à mercê destas informações, para suprir e preencher seus desejos e expectativas de saber e estar com os pacientes. Esta mesma situação, de necessidade de informação, viabiliza o surgimento de uma posição de “não-saber”, que perdura durante os momentos da hospitalização, tendo como principal característica a inexistência ou parcialidade de conhecimentos sobre este paciente.

Neste mesmo momento, no qual estes sentidos são viabilizados, pode-se atribuir ao imaginário destes familiares o papel de protagonista na compensação destas “faltas” de informações sobre o adoecimento do paciente hospitalizado. Este imaginário entra aqui como responsável pela produção de imagens fantasiosas sobre a realidade deste paciente distante e isolado, com a finalidade de preencher os espaços vazios deixados por um não-saber no imaginário do familiar, como se a completude deste imaginar dependesse das informações sobre a doença, independentemente de onde viessem.

Através do contexto pandêmico, no qual é característico uma diversidade de situações dolorosas, como as notícias impactantes e morte eminente, estas imaginações do adoecer se encharcam com símbolos mórbidos e tomam formas dolorosas, desencadeando, na maioria das vezes, algum tipo de angústia ou emoção característica da situação imaginada que vai contra as expectativas do familiar.

Esses fatores sobre o contexto pandêmico de adoecimento, os símbolos conferidos nos círculos relacionais e os conhecimentos passados do familiar sobre todo o contexto atual, podem promover a absorção e apropriação desses formatos de símbolos mórbidos que, posteriormente, colaboram para a construção do imaginário com imagens fantasiosas de mesmo cunho, pois, tal como conceituado por Laplantine e Trindade (1996), o imaginário é responsável por pôr ou dar-se, sob a forma de apresentação de uma coisa, ou então fazer surgir imagens em uma relação que não é dada diretamente na percepção. Sendo o imaginário usado como “mobilizador e evocador de imagens, utilizando do simbólico para exprimir-se e existir”.

O funcionamento fantasioso do familiar pode ser a forma disponível mais visível para este tentar criar uma realidade completa diante das poucas informações adquiridas sobre a situação do paciente, compensando esta posição de não-saber de forma imaginária, mas, ao mesmo tempo, alimentando a angústia de não estar próximo dos cuidados destes entes queridos, que, em sua imaginação, estão em situações delicadas e preocupantes ou, até mesmo, mórbidas.

O caso da entrevistada M. descreve em sua experiência este funcionamento, inicialmente caracterizando a relação com seu pai (paciente) como “distante e conturbada” antes da hospitalização, mas que quando ameaçada pela doença, sentiu sensações desconcertantes na relação pai-filha distantes da qual ela se culpava “Então, assim... Foi o meu pai. **A gente era super afastado.** Não tínhamos contato fazia anos e eu soube por outra pessoa junto com a minha mãe que o meu pai estava no hospital” (*sic*) (M).

Quando M. soube da hospitalização desse pai, ela buscou uma forma de ir ao encontro de informações mais claras sobre o estado dele quando internado, visto que esta distância pré-existente entre os dois já lhe causava sensações de culpa por não ter certa proximidade, e no momento do adoecimento transpareceu uma possível posição de não-saber dolorosa e angustiante que potencializou ainda mais a culpa. “Aí eu **fiquei assim, pai é pai né,** por mais que você tenha um distúrbio ou uma briga com ele, tipo estiver de mal com ele, eu vou ter de **procurar saber dele**” (*sic*) (M). Porém, a distância e a culpa que já existiam entre os dois não se esvaiu nessa busca pelo pai, visto que o contexto em si normatizava a permanência do distanciamento, caracterizando assim uma impossibilidade eterna de aproximar-se deste pai. Consecutivamente, essa distância criava uma vontade mais intensa de saber sobre o pai, pois ela já não sabia dele antes da hospitalização e, agora, deseja compensar isso de alguma forma. Em seus relatos aparecem diversas tentativas de encontrar informações sobre ele para se sentir menos distante.

Os sentidos atribuídos em seu discurso levam a pensar duas versões de um não-saber, sendo a primeira o “não-saber do pai distante”, que ao adoecer e ser hospitalizado por Covid-19, surpreendeu esta filha culpada que começou a se preocupar exacerbadamente com ele, sensação da qual ela não estava habituada ou sequer preparada para sentir. Posteriormente, este choque emocional, diante da culpa do afastamento deste pai, levou-a a buscar saber sobre ele para evitar “ficar assim, sentida, né?!” (*sic*) (M), como se buscar apenas saber do estado do pai extinguisse a sua culpa ou sequer a distância. Já no segundo momento, ela relata não ter perdido ninguém desta forma, mesmo que seu pai não tenha falecido, destacando inicialmente em seu discurso uma antecipação da perda que pode sugerir o reconhecimento da impossibilidade de se aproximar do pai antes de este morrer e, posteriormente, uma característica de

desconhecimento prévio sobre como é ter um ente querido hospitalizado. “**Eu não perdi ninguém assim**, com uma pessoa que tá na UTI. Minha avó... ninguém pegou. Aí eu fiquei meio **assim, sentida, né?!?”** (*sic*) (M).

Ambos os não-saberes a levavam a ficar sentida e angustiada ao ponto de antecipar em seu imaginário as probabilidades de desfechos negativos e mórbidos, os quais foram sustentados pelo seu desconhecimento ou conhecimento parcial do que é ser hospitalizado e adoecer por Covid-19, experimentando-se como alguém que não-sabe, incapaz de compreender e auxiliar no cuidado deste pai que permanece distante depois de suas incansáveis tentativas de se aproximar.

Esta posição de pessoa sentida, angustiada e distante, imaginariamente atribuída de sentidos por conta de seus não-saberes, confirma-se quando esta se ameniza ou entra em divergência com uma posição de saber. “**Era uma sensação de felicidade quando falavam assim ‘aí, ele tá melhorando’**” [...] Tá melhorando, tá conseguindo agora falar. [...] Aí eu dizia, **ai que bom**, ficava mais feliz e **não precisava ficar mais tão trancada**, parecia que a gente ficava **mais aberta, mais feliz**” (*sic*) (M).

As sensações de felicidade que invadem a família podem ser interligadas ao aparecimento de boas notícias referentes ao estado do paciente que, como descrito por Monteiro e Quintana (2016), traz emoções tranquilizadoras aos familiares, sendo o inverso das más notícias. Essas boas notícias, tiraram M. desta situação de “ficar trancada”, “presa dentro de si” e angustiada por conta de seus pensamentos mórbidos, libertando-a da desinformação e causando o alívio desta angústia advinda da culpa construída em seu imaginário e, como assim de alguma forma aparecesse a redenção diante do pai distante e adoecido prestes a morrer, tal como se a melhora do paciente significasse uma nova chance de se aproximar dele.

Vale destacar que, em seu discurso, M. relata apenas as boas notícias como provedoras do “alívio de angústias”, mas deixa implícito que mesmo as notícias que não tinham uma característica tão positiva promoviam a mesma forma de libertação supracitada. Pode-se refletir, diante disto, que esta mesma sensação de redenção, quando diante de más notícias, poderia advir de uma confirmação da sua atitude imaginária de se auto culpar por não-saber sobre o pai, como se essa ação de culpabilização fosse a única certeza confirmada ou o único saber dela, semelhante a um “culpar-se com razão”.

A experiência de M. é uma entre os entrevistados que possibilita perceber uma busca constante por informação durante o adoecimento e antes da morte eminente destes pacientes.

Como discutido anteriormente, quando as informações repassadas não são assertivas quanto as expectativas dos familiares, estes podem utilizar do imaginário para preencher estes

não-saberes com os símbolos disponibilizados ao seu redor, porém, ainda preservando a angústia da situação de adoecimento por conta do contexto simbolicamente encharcado pela morbidez. Essa angústia, quando preservada, pode levar a continuidade incessante do familiar pela busca ativa por informações, visto que este imaginário vai contra a imagem que ele deseja: saúde plena ou recuperação do ente querido.

Em análise, os familiares também utilizavam desta busca ativa por informações, não sobre o paciente em si, mas sobre a própria doença do paciente, como forma de evitar ou fugir do imaginário angustiante construído diante das poucas informações obtidas e dos símbolos do contexto, mas ainda que com esta tentativa de fuga do imaginário, a angústia da situação se preservava.

“E aí, **eu fui descobrindo** que quanto mais a pessoa fica entubada, **mais difícil fica para a pessoa sair**, porque o corpo vai cansando, vai se acostumando.” (*sic*) (M).

Neste universo de sentidos sobre a hospitalização em tempos de pandemia, a busca por informações científicas e especulatórias sobre o adoecimento (e não sobre o paciente), não impede o imaginário de ser “ativado” e induzido a construir imagens mórbidas sobre o estado do paciente hospitalizado. Ao se deparar com a diversidade de fontes e seus respectivos conteúdos, tais como a mídia, artigos científicos e informações apresentadas em diversos meios, o familiar pode ficar sobrecarregado emocionalmente, pois todos estes símbolos impostos, sobrepostos, somados e subtraídos de forma desordenada, transformam e re-transformam sua perspectiva sobre a real situação, sintetizando a todo momento um imaginário com situações “difíceis de sair”, ou melhor, do paciente sair, que vai totalmente contra o desejo destes familiares de ter o ente querido de volta, de ter alguém que saia do hospital.

Pode-se compreender esse funcionamento com a analogia de um quebra-cabeças, na qual os símbolos são as peças separadas e o quebra-cabeça em sua totalidade seria o imaginário. Porém, algumas peças (informações) faltam neste processo de montagem e o familiar que monta este jogo passa a buscar, em outros conjuntos a sua volta (no contexto), peças para completar a imagem, mas estas são diferentes e dificilmente se encaixam na imagem em questão. O familiar utiliza mesmo assim destas outras peças para finalizar sua imagem e, quando “finaliza” o conjunto, este não se contenta com o resultado, pois não era a imagem que esperava e continua a buscar por outras peças incansavelmente, criando um ciclo angustiante de incompletude que se retroalimenta e se preserva na culpabilização por não completar aquela imagem desejada de forma “correta”, saudável ou real.

Estas situações, ditas como “difíceis de engolir” (*sic*) (V.) pelos entrevistados, provêm de “bolas de sensações”, resultantes das constantes transformações de perspectivas que se

trancam em suas gargantas e não se internalizam nestes familiares, ou seja, que não são reconhecidas e absorvidas durante o processo de adoecimento e após ele, perpetuando um não-saber.

As sensações, que permeavam a hospitalização e a perda destes pacientes dos familiares entrevistados, tomam formatos ambíguos e conflitantes, pois suas certezas e suas incertezas, neste contexto, confrontavam-se com as informações obtidas e as imaginações que tinham durante as suas experiências, sendo que isto perdura até os dias atuais, sintetizando uma permanência dos espaços vazios causados pelo não-saber.

Essa posição contínua de não-saber atribuída aqui, não só pode promover o sofrimento indescritível destes familiares, mas, também, evidencia uma estagnação no estágio negação do luto que, como conceituado por Kubler-Ross (2008), é a fase do processo da perda que se caracteriza pela fuga ou resistência/defesa ansiosa frente ao início do adoecimento/morte, caracterizando a situação como uma “não-verdade”, tanto que a “esperança (de saber) é a última que morre” (*sic*) (V.), mesmo após uma morte, impedindo que a “ficha caia” (*sic*) (V.) e a situação seja processada adequadamente e se internalize. Mesmo que não exista uma morte como desfecho, o familiar se eterniza na posição de não-saber (que se iniciou na hospitalização) tal como se ainda estivesse naquele tempo mórbido, podendo desencadear inseguranças e medos da perda deste familiar mesmo este estando recuperado.

7.2 LONGE DOS OLHOS

Outro ponto, que pode ser reconhecido como regularidade no discurso aqui analisado, é o desejo dos familiares de acompanharem o processo de adoecimento destes pacientes, pois a presença de acompanhante e realização de visitas ao paciente durante a internação hospitalar são fatores do processo de enfrentamento do paciente e da família à situação de hospitalização (FICHER *et al.*, 2020b, p. 307).

Este desejo não realizado dos familiares, de ver e visitar o paciente, é uma característica marcante destas situações de hospitalização isolada, pois como verificado por Lysakowski *et al.* (2020, p. 74), “as famílias já chegam ao hospital revoltosos e insatisfeitos com a situação de não poderem ver seu familiar” e com esta afetação regularizada no contexto, foi possível construir através do universo de sentido atribuído aqui, de que ver e assistir (por vídeo chamadas e/ou imagens) estes pacientes hospitalizados poderia fazer com que as informações passadas abstratamente por telefone (sem a concretude visual) fossem mais facilmente “interpretadas” e absorvidas por estes familiares (ou “encaixadas” quando usada a analogia do quebra-cabeça).

“Por telefone a gente imagina, mas não... não tem a noção, se fosse dessa forma, pegasse aqui assim acho que seria... **cairia a ficha.**” (*sic*) (A.).

Pode-se usar como exemplo um dos casos entrevistados, no qual existe um familiar que recebe, constantemente, chamadas de áudio que comunicam as más notícias sobre a progressão da doença do paciente hospitalizado e que este está em um estado grave. Porém, este mesmo familiar assistiu o paciente sair andando de sua própria casa na noite anterior. Por conta deste relato, pode-se pensar que a última imagem concreta que o familiar tem do paciente é de estabilidade física (saúde), mas abstratamente ele recebe (por telefone) as más notícias, fazendo com que as emoções pertinentes destas informações confrontem ou se conferenciem com o imaginário fantasioso sobre a saúde do paciente, sendo estas imaginações de caráter mórbido ou de saúde plena.

Independente de qual seja o formato característico do imaginário do familiar antes do recebimento das más notícias, este lhe causa instabilidade, visto que se há a presença prévia de um imaginário sobre o paciente saudável, este se confronta com as más notícias doentes e, se o imaginário contém um caráter mórbido, este confere e reafirma as más notícias, dando certeza sobre o estado doente do paciente.

É possível que o fato de o paciente estar “longe dos olhos” possa, também, produzir no familiar uma perspectiva de imortalidade da imagem do outro e que esse é incapaz de morrer, visto que em seu imaginário construído pela última imagem concreta (de saúde), o paciente permanece vivo e se difere de um adoecimento. Quando este paciente falece, esse conflito entre o imaginário e a realidade pode surgir, criando um contexto apto para a estagnação na fase de negação do luto, pois a imagem que o familiar tem do paciente é de permanência e não de inexistência. Por conta da readaptação do atendimento e cuidado em saúde na pandemia, houve uma instabilidade no trabalho do luto que, quando passado abstratamente, pode potencializar essa estagnação no processo da perda, visto que este prejuízo se dá pelo “rompimento de um vínculo, no sentido da impossibilidade de comunicação entre os sujeitos e da visualização concreta do corpo do paciente e do familiar” (FICHER *et al.*, 2020a, p. 303).

Estar longe dos olhos pode potencializar a atividade imaginária, desencadeando sensações coerentes ou divergentes com as situações e imagens evocadas a partir deste imaginário. **“Porque tu não tem noção,** tu não sabe, tu não pode visitar, tu não pode ajudar, tu não pode fazer nada... só a minha irmã.” (*sic*) (A.), estar longe dos olhos é como receber informações imparciais, é não saber realmente como se está ali e como se deve agir, é impossibilitar de enxergar a situação em si.

Não enxergar o que realmente acontece, não absorver as informações da forma que se é passada e não as confirmar visualmente, pode fazer com que estes familiares demorem para “cair a ficha” (*sic*) (V.).

7.3 DE MÃOS ATADAS

Estar longe dos olhos e/ou não-saber sobre o paciente, pode resultar em sensações de impotência destes familiares diante das tentativas de estar presente para e com o paciente, pois estes são constantemente barrados pelas normas de distanciamento e pelas readaptações do sistema de saúde, frente ao contexto pandêmico e pelo próprio medo da infecção por Covid-19.

Os familiares se apresentam angustiados em diversos momentos de seus relatos frente ao adoecimento, mas acima disto, frustrados como se não tivessem feito nada para colaborar com o processo, visibilizando uma regularidade em seu discurso do “não tem o que fazer” (*sic*) (A.), como se estivessem de “mãos atadas” durante toda a hospitalização deste ente querido.

No caso da hospitalização do pai de A., pode-se perceber a tentativa do profissional médico de incluir a família no processo de cuidado do paciente, utilizando os familiares como potencializadores da aderência do paciente aos tratamentos propostos. Como visto por Soares (2007, p. 482), existe, nos familiares, a capacidade para participar nas decisões relacionadas ao cuidado de alguém que, na maioria das vezes, não poderá decidir por si próprio.

“Até minha irmã ficar lá, na quinta-feira, final de tarde, **ela nos passava as notícias**. Na quinta à noite e na sexta, o médico ligava. Tanto que na tardinha, assim, o médico ligou para **minha irmã e pediu para mais tarde a gente ligasse para ele porque ele ia passar o telefone para o meu pai para acalmar ele**, porque ele tava muito nervoso, ele tava bem inquieto, porque ele tava usando aquelas máscaras inteiro, assim, e ele não queria usar aquilo. Aí minha irmã ligou e disse ‘pai, é preciso, o senhor vai precisar usar isso aí’, aí ele ‘tá, tá’” (*sic*) (A.).

Mesmos com esta participação momentânea dos familiares, a característica de distância que permanente no contexto pandêmico continuou sendo vivenciada, sendo que essa “abertura de participação” entregue de bandeja aos familiares, sedentos por qualquer chance de serem prestativos, pode fazer com que estes busquem “o que fazer” em um momento posterior. Como conceituado por Soares (2007), estes familiares, quando percebem que o paciente está em situação terminal (mesmo que imaginária), têm a necessidade de se sentirem úteis para o paciente. Porém, quando estes são impedidos, ou melhor dito, “castrados”, perdendo a “permissão” de ações prestativas devido a instabilidade do processo de tratamento do Covid-19 e as suas normas de distanciamento, se sentem bloqueados no processo, sendo que “a

internação e a doença tendem a impedir a capacidade da pessoa de se estruturar e controlar o ambiente que a cerca” (FICHER *et al.*, 2020a, p. 298).

Uma das formas deste corte abrupto acontecer, pode se dar através das notícias sobre a progressão da doença, que tal como visto, promovem simbolicamente a evocação de imagens e emoções negativas sobre o doente em estado crítico e, com um contexto repleto de situações semelhantes com desfechos fatais, o imaginário do familiar pode ressignificar as tentativas de participar como algo ineficiente frente a progressão, como se estes familiares fossem incapazes de “resolver aquilo ali” (*sic*) (A), desqualificando o valor da sua presença e tornando-os fantasiosamente inúteis no processo.

O desfecho do caso de A., por exemplo, vem através do anúncio do profissional da saúde que diz “tudo que podia ter sido feito ele tinha feito” (*sic*) (A.), relatando o falecimento deste pai e reafirmando esta inutilidade fantasiosa da família, que vinha se instalando no imaginário de A., como se este profissional tomasse posse de todas as ações feitas na hospitalização, sendo somente ele o responsável pelo processo de cuidado.

Estes cortes nas participações dos familiares não só podem inviabilizar o alívio das angústias causadas pelo imaginário de estar longe dos olhos, mas também pode potencializar as “mãos atadas” destes familiares, que por sua vez, desencadeia um desconforto na perda, que permanece e pode induzir os familiares a se questionarem sobre os “e se” de possibilidades diante da experiência. É criando estas rumações, frente às próprias ações durante a hospitalização do ente querido (e após ela), que estes familiares tentam imaginariamente preencher esses espaços “vazios”, do que não foi feito por eles. “Não sei o que nos conforta, **não sei se...** o que a gente pensa, **se a gente agiu** tarde e **se a gente não** observou...” (*sic*) (A.).

Estas imagens fantasiosas do fazer, são aqui percebidas no universo de sentidos atribuídos como uma participação imaginária mais ativa (ou mais presente) no cuidado do paciente, sentindo-se culpados indiretamente por essas faltas de saber e estar perto.

Esta culpa, por não agir, aparece aqui se assemelhando à culpa que surge diante do não-saber e estar longe dos olhos, produzindo questionamentos imaginários para preencher esses espaços que o não-fazer deixa durante o processo e depois dele, e é preenchendo fantasiosamente seus “não-fazer” com essas possibilidades mais ativas que os familiares amenizam suas culpas de não terem salvado ou não terem participado das salvagens destes entes queridos, porém, estas culpas não se extinguem por completo.

Neste tópico, não se pode generalizar de forma alguma a posição dos familiares, pois apesar de existir a regularidade no discurso, os sentidos atribuídos nestes se diferem, assim

como suas experiências. Sendo possível perceber a polissemia da complexidade do universo de sentidos, pois as experiências se diferem, mas suas posições e afetações se assemelham.

7.4 O PAPEL DA COMUNICAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM A CAPACIDADE DOS FAMILIARES NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA E DO LUTO NA PANDEMIA

Anteriormente, foi possível verificar que a comunicação é uma atividade característica entre os membros da tríade hospitalar e que esta promove o fortalecimento de vínculos entre eles, além de possibilitar uma maior credibilidade nos serviços de saúde oferecidos (AMARINS; GIBELLO, 2017), visto que esta promoção contínua e assertiva estabelece maior confiança e menor sofrimento a todos os envolvidos no processo de cuidado, quando feita adequadamente.

Porém, em um contexto pandêmico, esses benefícios da comunicação assertiva são quase que inexistentes e, raramente, são desenvolvidos por conta das readaptações as normas de distanciamento e isolamento social com suas respectivas consequências.

Esse contexto abriu espaço para analisar diversos fatores acerca dessa comunicação através da prática discursiva desses familiares, na qual, interpretando suas ações, pensamentos expostos e falas, foi possível pensar e construir um universo de sentido que expusesse suas possíveis perspectivas acerca das características desta comunicação falha, repleta de ruídos e majoritariamente abstrata que se estabeleceu na comunicação de más notícias feitas pelos hospitais durante a pandemia.

Os resultados nas análises apontaram o destaque de uma relação divergente entre as sensações sentidas por esses familiares e as sensações que, teoricamente, resultariam de um cuidado humanizado, proximal e saudável com enfoque em uma comunicação frequente.

Não obstante disto, pode-se pensar que, durante a pandemia, não há a devida sensibilidade no cuidado desses familiares e no mantimento das comunicações a eles sobre o adoecimento dos pacientes em questão, pois, como é exposto por Lysakowski *et al.* (2020, p. 74) em seu debate diante do assunto sobre a comunicação da morte em tempos de pandemia, os hospitais “acabaram por deixar de lado as necessidades de humanização no trato com pacientes e seus familiares”.

Ressalta-se, aqui, que, mesmo a comunicação sendo frequente entre a tríade hospitalar, esses familiares continuaram em um “eterno não-saber”, sentindo-se desamparados e frustrados durante o processo de adoecimento de seu ente querido por conta da falta de clareza e concretude nas informações passadas por telefone, que eram somadas à desumanização dos

serviços em saúde na pandemia. Essa característica abstrata e sem fundamento para os familiares leva a pensar sobre o fato de que os familiares precisam e sentem a necessidade de ver os pacientes e serem informados sobre o que acontece, sendo que a necessidade mais nítida da família é a comunicação clara, honesta e frequente com os membros da equipe que cuidam do paciente (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

Utilizando dos resultados desta análise e o desenrolar de sua discussão, é possível atribuir para as posições de “não-saber”, estar “longe dos olhos” e “as mãos atadas”, o caráter genérico e intrínseco ao contexto de distanciamento social frente ao processo de adoecimento na pandemia.

Sendo estas posições frequentes em uma pandemia, se pode fazer da comunicação assertiva (seja boa ou má) entre os integrantes da tríade hospitalar, uma das ferramentas mais importantes para extinguir essas posições angustiantes dos familiares e aproximá-los do que se entende como uma participação mais ativa do processo de cuidado em saúde, visto que a pandemia pela Covid-19 possui diversas situações em que a comunicação pode auxiliar os profissionais para o melhor cuidado aos pacientes e familiares (CRISPIM *et al.*, 2020).

A comunicação assertiva aproxima os familiares dos entes queridos hospitalizados e dos hospitais, diminuindo subjetivamente o caráter de distanciamento da pandemia e as respectivas interferências simbólicas incoerentes à situação real, sendo o imaginário reformulado com a informações verídicas e concretas da realidade do paciente, amenizando suas angústias e culpas durante o processo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das análises de práticas discursivas feitas neste trabalho, percebe-se, através da produção de sentidos, a regularidade de uma posição de não-saber com as ações e pensamentos desses familiares, caracterizada pelo desconhecimento total ou parcial da situação concreta do paciente hospitalizado, advinda das readaptações da comunicação do hospital com a família, em tempos de pandemia.

Este contexto não só promove um maior desconhecimento do familiar sobre o paciente, mas, também, o redireciona a sensações de frustração, impotência e inutilidade, dificultando o desenvolvimento de suas próprias capacidades de enfrentamento do adoecimento e do luto deste ente querido que foi hospitalizado.

Através dessa interpretação, pode-se concluir que os objetivos propostos foram atingidos, sendo possível visualizar as regularidades em seus discursos através dos sentidos

atribuídos com as práticas discursivas desses familiares, que levam a pensar sobre suas próprias perspectivas na situação de hospitalização de um ente querido em tempos de pandemia. Estas perspectivas, tal como descritas, entram em conflito com o modelo humanizado de cuidado em saúde, sendo que este modelo é, teoricamente, o mais adequado e indicado para os familiares enfrentarem o adoecimento ou perda de um paciente.

Diante disto, pode-se pensar, hipoteticamente, sobre as possibilidades de resoluções desses obstáculos nos protocolos da comunicação no hospital, em especial, entre a tríade hospitalar. Sendo que, ao utilizar de uma desenvoltura mais assertiva ao se comunicar com informações mais concretas e coerentes às expectativas dos familiares, tais como imagens e vídeos, essas ações poderiam resultar em possíveis benefícios para o processo de cuidado. Dentre as hipóteses de benefícios de uma comunicação assertiva e concreta em tempos de pandemia ao levar em conta os dados discutidos, se pode destacar a possível diminuição do sofrimento vindo das características mórbidas do contexto e do imaginário em atividade desses familiares distantes, visto que esses símbolos mais assertivos quanto à realidade, poderiam promover maior confiança nas informações recebidas e tranquilidade durante o processo de hospitalização do paciente.

Essa mesma posição “confiante” e “repleta de conhecimento”, por sua vez, poderia, simbolicamente, “desatar as mãos” desses familiares e deixá-los mais confortáveis, sem receios de entregar a posição de “cuidador do paciente” ao hospital. Assim, pode-se pensar que os familiares poderiam continuar a enfrentar o adoecimento do paciente de uma forma indireta, porém saudável e mais bem adaptada às normas de distanciamento, confiando à equipe de profissionais da saúde a tarefa de saber e estar com este paciente em seus lugares, sem que fossem esquecidos no processo ou deixados desinformados.

Utilizando dos resultados das interpretações aqui construídas, sugere-se repensar com maior detalhamento os protocolos de comunicação entre a tríade hospitalar, podendo levar em conta, nessa reavaliação, o contexto e estado atual da pandemia, suas características e seus efeitos na subjetividade indivíduos envolvidos do processo de cuidado.

Ainda, que as hipóteses e dados aqui levantados possam complementar esse replanejamento dos protocolos, é perceptível que os reais efeitos da pandemia serão evidenciados com o tempo, tornando necessárias mais pesquisas e estudos sobre o tema para uma discussão mais bem estruturada e adequada as demandas.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Ellen Resende de Almeida *et al.* Treinamento para comunicação de óbito durante a pandemia COVID-19. **Revista Qualidade Hc**, São Paulo, v. 6, n. 2526-0162, p. 215-224, 2020. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/256/256.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021.

ALONSO-OVIES, A *et al.* Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. **Revista de Calidad Asistencial**, v. 29, n. 6, p. 325-333, 2014. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X14001183>. Acesso em: 06 jun. 2021.

AMARINS, Melina Blanco; GIBELLO, Juliana. Comunicação de más notícias no contexto hospitalar. *In*: KERNKRAUT, Ana Merzel; SILVA, Ana Lucia Martins; GIBELLO, Juliana. (orgs.). **O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço**. São Paulo: Blücher, 2017. p. 146-160.

ARAUJO, Janete; LEITÃO, Elizabeth Maria. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2014. p. 1983-2567. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8943>. Acesso em: 21 abr. 2021.

ARAÚJO, Mariana Godoy de *et al.* A relação humanizada na tríada hospitalar: profissional da saúde, família e paciente pediátrico. *In*: CIPEEX - CIÊNCIA PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES, 3., 2018, São Paulo. **Anais eletrônicos** [...] São Paulo: Unievangélica, v. 2, n. 1, p. 1800-1803. Disponível em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2881/1583>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BORGES, Moema da Silva *et al.* A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. Representações da Saúde: abordagens contemporâneas. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília-DF, v. 6, n. 3, p. 113-126, 23 ago. 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1159/1058>. Acesso em: 07 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil: dados detalhados da pandemia no Brasil**. 2021. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília-DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

CRISPIM, Douglas *et al.* **Notícias de óbito durante a pandemia do COVID-19:** recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/04/O%CC%81bito-COVID-19.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2021.

DACORSO, Vanessa Grazia. **Comunicação de más notícias.** Curitiba: Contentus, 2020. 75 p. *E-book*. Acesso restrito via Minha Biblioteca.

EVANGELISTA, Viviane Canhizares *et al.* Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 69, n. 6, p. 1099-1107, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>. Acesso em: 23 jun. 2021.

FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira *et al.* Primeiro acolhimento psicossocial a familiares de pacientes na linha de cuidado COVID-19: cuidado na emergência. **Revista Qualidade Hc**, São Paulo, v. 6, n. 2526-0162, p. 297-304, 2020a. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/289/289.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira *et al.* Videochamadas: aproximando paciente, família e equipe durante a internação em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Qualidade Hc**, São Paulo, v. 6, n. 2526-0162, p. 297-304, 2020b. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/312/312.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

FREITAS, Kátia Santana *et al.* Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 704-711, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000400009>. Acesso em: 16 jun. 2021

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2018. *E-book*. Acesso restrito via Minha Biblioteca.

GOBBI, Malena Batecini. Comunicação de Más Notícias: um olhar da psicologia. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 66-69, jan. 2020. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/213/199>. Acesso em: 14 jun. 2021.

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer:** O que os Doentes Terminais têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e aos seus Próprios Parentes. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

LAPLANTINE, François; TRINDADE, Liana. **O que é imaginário** (Primeiros Passos). 1. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1996.

LECH, Simone Solange *et al.* Percepção dos médicos sobre comunicação de más notícias ao paciente. **Unoesc & Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 69-78, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/acbs/article/view/2568>. Acesso em: 15 nov. 2021.

- LINO, Carolina Arcanjo *et al.* Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília-DF, v. 35, n. 1, p. 52-57, mar. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022011000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/5qBdL9YrscGF8chzfcqrXP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- LOPES, Carine dos Reis; GRAVETO, João Manuel Garcia do Nascimento. Comunicação de Más Notícias: receio em quem transmitem e mudanças nos que recebem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 257-263, abr. 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v14n2a17.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.
- LYSAKOWSKI, Simone *et al.* A comunicação da morte em tempos de pandemia por COVID-19: relato de experiência. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 71-77, ago. 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/108467/59983>. Acesso em: 05 jun. 2021.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017. *E-book*. Acesso restrito via Minha Biblioteca.
- MELLO, Cláudia Helena Mantelle Silva. **O imaginário social sobre o processo saúde-doença e as ações de promoção da saúde entre moradores e equipe de saúde em uma unidade de saúde da família do interior do estado de São Paulo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília, Marília, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/88809>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec.
- MONTEIRO, Daniela Trevisan; QUINTANA, Alberto Manuel. A comunicação de Más Notícias na UTI: Perspectiva dos Médicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília-DF, v. 32, n. 04, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221>. Acesso em: 05 out. 2021.
- MORAES, D. Hegemonia cultural y comunicaci3n em el imaginario social contempor3neo. **Esp3culo: Revista de estudios literarios**. Madrid, n. 35, 2007. Disponível em: <http://www.ucm.es/info/especulo/numero35/hegecult.html>. Acesso em: 20 out. 2021.
- MORAIS, Gilvânia Smith da N3brega *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300014>. Acesso em: 15 mai. 2021.
- NEVES, Denimara Miranda *et al.* Tecnologia móvel para o cuidado de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: relato de experiência. **Enfermagem em Foco**, Brasília-DF, v. 11, n. 2, p. 160-166, 18 dez. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.esp.3772>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3772/1000>. Acesso em: 21 abr. 2021.

NGO-METZGER, Q *et al.* End-of-Life care: guidelines for patient-centered communication. **American Family Physician**, [s.l.], v.77, n. 2, p. 167-174, 2008. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2008/0115/afp20080115p167.pdf> . Acesso em: 05 jun. 2021.

OMS. **Folha informativa sobre a COVID-19**. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 29 abr. 2021.

OMS. **Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19**: orientaciones provisionales. 2020c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331970>. Acesso em: 02 abr. 2021.

OMS. **Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19**. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covid-timeline>. Acesso em: 2 abr. 2021.

PINHEIRO, Daíse Cristina de Sá. **O papel do plano de comunicação preventivo em momento de crise na organização**. 2005. Monografia (Bacharelado em Jornalismo) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/4451>. Acesso em: 20 nov. 2021.

POERSCHKE, Silvia Maria Bohmer *et al.* Atuação da Enfermagem Frente aos Sentimentos dos Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 771-779, 14 fev. 2020. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/6829/pdf. Acesso em: 10 jun. 2021

PORTAL HOSPITAIS BRASIL. **Hospitais usam tecnologia para promover encontro on-line entre familiares e pacientes internados por Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/hospitais-usam-tecnologia-para-promover-encontro-online-entre-familiares-e-pacientes-internados-por-covid-19/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

RAUEN, Fábio José. **Roteiros de iniciação científica**: os primeiros passos da pesquisa científica desde a concepção até a produção e a apresentação. Palhoça: Ed. Unisul, 2015.

SANTOS, M. F. S. O Imaginário. *In*: ALMEIDA, L. M. de. (Org.). **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. João Pessoa: Ed. da UFAL, 2005.

SILVA, Maria Júlia Paes. Comunicação de Más Notícias. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53. 2012. Centro Universitário São Camilo. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/512/452>. Acesso em: 21 abr. 2021.

SOARES, Márcio. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 481-484, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000400013>. Acesso em: 19 jun. 2021.

SOUZA, Danieli Brum de *et al.* Perspectiva de familiares acerca da Atenção Multiprofissional em UTI. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 46, n. 2, p. 1-12, out. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/41733/pdf>. Acesso em: 17 mai. 2021.

SPINK, Mary Jane *et al.* (org.). **Práticas discursivas e a produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. 264 p.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano:** aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

TURINI, Barbara *et al.* Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília-DF, v. 32, n. 2. p. 264-270, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000200015>. Acesso em: 9 jun, 2021.

UNASUS. **Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus.** 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 29 abr. 2020.