

Um ano com a pandemia da COVID-19: reflexões e aprendizados nas instituições de longa permanência

One year with the COVID-19 pandemic: reflections and learning in long term facilities

 Guilherme Rossini¹,  Maria Auxiliadora Craice De Benedetto¹,  Graziela Moreto¹,  Marcelo Rozenfeld Levites¹,  Pablo González Blasco¹

RESUMO

A atuação como médicos e professores no enfrentamento, por mais de um ano, da pandemia de COVID-19 em diversos cenários clínicos fez-nos constatar que vivemos tempos difíceis diante de uma doença de comportamento desconhecido e, muitas vezes, imprevisível. O objetivo do presente artigo é avaliar as medidas tomadas na nossa Instituição nestes 14 meses de pandemia, e os aprendizados recorrentes, que requerem uma reflexão ponderada para sua conveniente assimilação. As medidas tomadas em 2020 incluíram a informação objetiva e regular, da situação dos nossos cenários de prática clínica, com ênfase especial nos residências de idosos sob a nossa supervisão. Informações diárias, gráficos semanais, proporcionaram uma retrato realista da situação que estávamos vivendo. As medidas tomadas, que também visavam manter alto o moral da equipe que estava na linha de frente, propiciaram ocasião para repensar nos modelos de educação médica vigente, sugerindo novas mudanças e adaptações. Finalmente, com a chegada das vacinas em 2021, as medidas que vínhamos tomando convergiram para um esforço de vacinação massiva, principalmente nos residenciais de idosos. Esse cenário que se apresentava como crítico no início da pandemia, após a vacinação transformou-se em local de alta segurança conforme os resultados apresentados. Houve também novos aprendizados nesse mesmo local -diminuição de outras afeções, piora de níveis cognitivos- que doravante serão incorporados na nossa prática clínica.

Palavras-chaves: Instituição de Longa Permanência para Idosos, Assistência a Idosos, Equipe de Assistência ao Paciente, Educação Médica, Infecções por Coronavírus

ABSTRACT

The performance as doctors and teachers in facing, for more than a year, the pandemic of COVID-19 in several clinical settings made us realize that we live in difficult times, facing a unknown disease and, often, of unpredictable behavior. The purpose of this article is to evaluate the measures taken in our Institution in these 14 months of the pandemic, and the recurrent learning, which require thoughtful reflection for its convenient assimilation. The measures taken in 2020 included objective and regular information on the situation of our clinical practice scenarios, with special emphasis on the nursing homes for elderly under our supervision. Daily information, weekly charts, provided a realistic picture of the situation we were experiencing. The measures taken, which also aimed at maintaining the morale of the team at the forefront, provided an opportunity to rethink current medical education models, suggesting new changes and adaptations. Finally, with the arrival of vaccines in 2021, the measures we had been taking converged on a massive vaccination effort, especially in nursing homes. This particular scenario, which presented itself as critical at the beginning of the pandemic, after vaccination became a place of high security, according to the results presented. There were also new learnings in that same place - reduction of other diseases, worsening of cognitive levels - which will henceforth be incorporated into our clinical practice.

¹ SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo

Correspondência

Guilherme Rossini

E-mail: guilherme@sobramfa.com.br

Submetido: 1 Junho 2021

Aceito: 10 Junho 2021

Como citar

Rossini G, De Benedetto MAG, Moreto G, Levites MR, Blasco PG. Um ano com a pandemia da COVID-19: reflexões e aprendizados nas instituições de longa permanência. Acta Fisiatr. 2021;28(2):126-132.



10.11606/issn.2317-0190.v28i2a187070



©2021 by Acta Fisiátrica

Este trabalho está licenciado com uma licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Keywords: Homes for the Aged, Old Age Assistance, Patient Care Team, Education, Medical, Coronavirus Infections

INTRODUÇÃO

A atuação como médicos e professores no enfrentamento, por mais de um ano, da pandemia de COVID-19 em diversos cenários clínicos fez-nos constatar que vivemos tempos difíceis, caracterizados por tragédias e pela conscientização acerca de nossa própria impotência diante de uma doença de comportamento desconhecido e, muitas vezes, imprevisível.

No entanto, os aprendizados também foram incontáveis e, para assimilá-los convenientemente, impõe-se uma reflexão ponderada. Este é o objetivo do presente artigo: apresentar, a partir de um olhar sereno, uma avaliação acerca de tudo o que temos vivenciado nestes tempos incertos, em que a reavaliação das medidas tomadas permite a correção de erros e, também, a constatação dos acertos. É dessa forma que a Medicina, a ciência e a própria vida avançam, e nós, com ela.

Um segundo motivo que nos leva a escrever estas linhas é a solicitação de colegas e instituições interrogando-nos o motivo pelo qual interrompemos, neste ano de 2021, a monitorização da pandemia nas instituições que estavam sob a nossa responsabilidade. A resposta a esse questionamento encontra-se no corpo do artigo, com destaque na conclusão final.

O cenário em 2020: explosão pandêmica e medidas tomadas

Em nosso meio, desde março de 2020, temos contemplado os diversos esforços de todos os profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, cada qual buscando fazer o melhor em suas competências.

Pesquisadores e cientistas têm debatido em busca de vacinas e recursos terapêuticos eficazes, e os profissionais da linha de frente têm devotado seus melhores esforços no cuidado clínico dos pacientes afetados.

A princípio, constatamos que o esforço científico para a produção de vacinas -que já se visualizava como uma medida eficaz em nível populacional- levaria tempo. Não era no momento uma opção com o qual se pudesse contar no combate à pandemia que também começava a ameaçar os nossos cenários de prática.

Assim sendo, em nossa Instituição, SOBRAMFA – Educação Médica & Humanismo,¹ adotamos uma série de medidas ao longo do ano 2020, que agora elencamos a modo de resumo de aprendizados.

A primeira medida consistiu num esforço para proporcionar regularmente informação objetiva e realista acerca do que estava ocorrendo em nossos cenários de prática. Advertíamos, seguindo orientações das lideranças mundiais no combate à pandemia, que era preciso pensar globalmente, mas atuar localmente.²

Uma preocupação excessiva e desproporcionada pelos problemas globais, mais atrapalha do que ajuda, desviando o olhar do único foco que está em nosso círculo de influências: cuidar das próprias responsabilidades e do setor concreto que nos cabe a cada momento.

Destacávamos também que embora todos estivéssemos enfrentando um desafio inédito, ninguém tinha de sentir-se responsável pela saúde de todo o planeta.³ Quer dizer, é mister respeitar a ameaça mundial, porém com os olhos voltados para nosso entorno. As angústias em relação a questões cuja solução não depende de nós representam um empecilho para a

realização de nosso trabalho. Logo, percebemos que, para obtermos os melhores resultados seria necessário manter a objetividade e o realismo.

As informações globais, ao alcance de qualquer um e sendo importantes para o estabelecimento das políticas de saúde, não são de fato relevantes para o que cada profissional tem de enfrentar quotidianamente. Podem até gerar uma preocupação antecipada e, pior, distrair das próprias responsabilidades. É possível, como diz o ditado, que as muitas árvores impeçam de ver o bosque.

Decorrente dessa medida foi o nosso esforço em explicitar uma visão realista acerca da situação vivenciada em nosso cenários de atuação, que incluíam principalmente o atendimento em enfermaria e ambulatório em dois hospitais de pequeno porte e a coordenação clínica de vários residenciais de idosos.

Manter objetividade e realismo implicou no registro diário em gráficos da evolução dos pacientes confiados a cada membro da equipe, os internados, os óbitos e, muito importante, as altas dos recuperados- o que proporciona um senso de realidade. Tal atitude foi de extrema importância, tanto em relação à equipe de saúde quanto aos pacientes e familiares, para o enfrentamento da crise decorrente da COVID-19 que assolou o país.

Essa foi a principal ajuda na gestão da crise, como registramos oportunamente.⁴ E essa foi a principal mensagem que buscamos transmitir aos estudantes que nos acompanham e aos profissionais de saúde, especialmente aqueles com os quais nos relacionamos em nossas atividades clínicas e educacionais.

A segunda medida, decorrente da primeira, foi a atenção especial que dedicamos aos residenciais de Idosos, considerados no início da pandemia, pelas características próprias do local e dos hóspedes, como um local de alto risco de exposição. Convém lembrar que a SOBRAMFA coordena os cuidados de mais de 650 hóspedes distribuídos nos vários residenciais de idosos em que sua equipe atua.

O envio dos gráficos de acompanhamento foram disponibilizados semanalmente para as equipes de saúde, para os gestores e para a comunidade científica. A Figura 1 mostra o acompanhamento desse cenário ao longo de nove meses de pandemia.

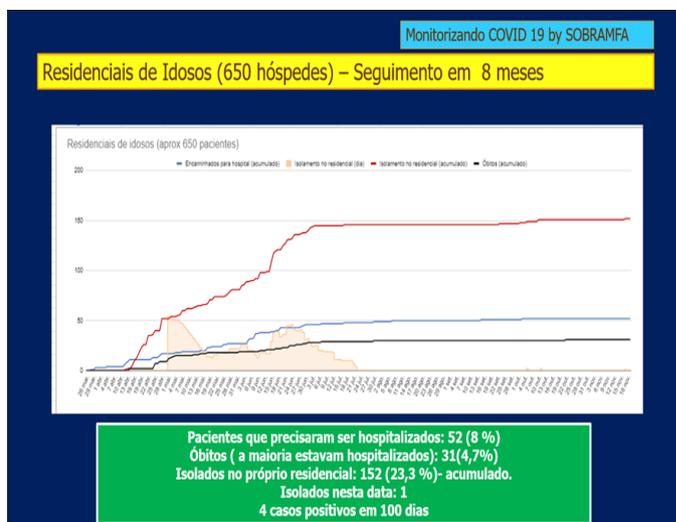


Figura1. Residenciais de idosos: seguimento por nove meses

Em relação à Figura 1 temos, no eixo Y, o número de pacientes (acumulados) e, no eixo X, o período de 26 março de 2020 a 18 de novembro de 2020. A linha vermelha representa o número de pacientes (acumulados) que necessitaram de isolamento nesse período, os quais totalizaram 152; a linha azul representa os pacientes (acumulados) que precisaram ser hospitalizados e que totalizaram 52 e, por fim, a linha preta representa o número acumulado de óbitos (31), cuja maioria ocorreu em pacientes hospitalizados.

Não se pretendeu em momento algum elaborar um estudo epidemiológico do comportamento da pandemia, nem de estabelecer as bases de protocolos terapêuticos. Tratou-se apenas de mostrar uma foto da realidade diária vivenciada neste cenário e da efetividade das condutas preventivas e de resposta rápida adotadas pela nossa equipe.

As condutas tomadas em relação à COVID-19 nos residenciais de idosos -e que apresentamos em seguidaderam-se de acordo com a orientação e a experiência dos países europeus e dos Estados Unidos, locais acometidos pela pandemia antes que esta se instalasse em nosso meio e, certamente, influenciaram os resultados obtidos e acompanhados a cada semana.

O fechamento precoce dos residenciais para visitas dos familiares dos hóspedes assim que os primeiros casos da COVID-19 começaram a ser registrados em nosso meio fez-se necessário e essa atitude foi acompanhada pela consequente necessidade de conversar e explicar para as famílias a razão pelo qual o procedimento foi adotado. Este representou um elemento-chave na gestão da crise.

Igualmente, instituiu-se a utilização de equipamentos de proteção individual e o treinamento da equipe de saúde e, muito importante, a realização de testagem periódica em todos os pacientes e funcionários independente dos sintomas. Tudo isso unido ao esforço para manter a unidade e o foco da equipe de saúde mediante o gerenciamento das incertezas normais neste momento.

As ações e consequências decorrentes desta conduta foram notificadas em publicação anterior⁵ e também no âmbito internacional como reconhecimento da gestão de qualidade.^{6,7}

A terceira medida teve uma componente dupla: de um lado manter alto o moral da equipe que estava na linha de frente e do outro aproveitar os aprendizados para repensar a Educação Médica. Os momentos de crise, quando bem utilizados, representam uma grande oportunidade de crescimento.

Conforme avançava a pandemia, mostrava-se imprescindível o cuidado da própria equipe de saúde. Não apenas o cuidado físico, mas também da saúde mental. Era mister levantar o ânimo dos que lidavam diariamente com esta ameaça de proporções antes nunca vistas.

Uma das primeiras responsabilidades do médico é manter a serenidade, não transferir desnecessariamente as dúvidas e ansiedades que, naturalmente, tem o direito de sentir. Para tal, é necessário trabalhá-las interiormente, com recursos da sua própria fibra moral, sem despejá-las toxicamente no paciente, nas famílias e na equipe de saúde.

Vale lembrar o comentário de um médico humanista proferido há mais de meio século: “O médico dogmático vive escravo da sua reputação, ignorando que esta serve, não para que a sua família se envaideça, mas para arriscá-la sempre que for preciso, para manter alto o moral dos pacientes. O moral

alto é quase sempre o melhor remédio e, às vezes, o único que podemos receber”.⁸

Procurando colaborar neste sentido, a SOBRAMFA – Educação Médica & Humanismo divulgou, ao longo do ano de 2020, 20 vídeos curtos⁹ com sugestões inspiradoras que poderiam auxiliar o profissional de saúde a conservar uma visão objetiva de realidade e, ao mesmo tempo, manter a serenidade e o discernimento necessários para passar incólume por estes tempos difíceis. Tal iniciativa teve também repercussão internacional.¹⁰

A crise que estamos vivendo refere-se a dois componentes: de um lado a ameaça biológica de um vírus novo, com as consequências funestas para a saúde populacional, enquanto lidamos com algo desconhecido. E de outro lado, a ansiedade, o medo, as emoções desordenadas que também representam uma ameaça para o equilíbrio mental e para a serenidade necessária para se lidar com um desafio como o atual.

Um poema de Fernando Pessoa ilumina essa reflexão. Diz o poeta: “A vida é o que fazemos dela/As viagens são os viajantes/O que vemos não é o que vemos/mas o que somos”.¹¹ Em outras palavras: filtramos a realidade através das nossas emoções, conforme o modo como a estamos vivenciando. Isso explica as angústias e aflições experimentadas quando contemplamos a realidade do cenário que nos circunda -o nosso quintal- com olhos, sentimentos e emoções amplificadas e deformadas pelo panorama mundial veiculado pelos meios de comunicação. Novamente, é preciso atuar e sentir localmente, prevenindo-se das emoções globais.

Na prática médica, os dilemas éticos se apresentam frequentemente emaranhados às emoções: as do paciente e as do profissional que cuida dele. Trabalhar as emoções é uma necessidade imperiosa em Educação Médica. As humanidades como a literatura, a música, o cinema, as narrativas constituem um recurso para educar as emoções e promover a empatia, a qual representa a pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético. As emoções que estas experiências difíceis e traumáticas despertam devem ser transformadas pela reflexão em sentimentos construtivos e capazes de gerar atitudes éticas e edificar o profissionalismo.¹²

O universo da afetividade, sentimentos, emoções e paixões vem assumindo um crescente papel de protagonista no mundo da educação. As emoções do aluno não podem ser ignoradas neste processo. Cabe ao educador contemplá-las e utilizá-las como verdadeira porta de entrada para compreender o universo do educando. Formar o ser humano requer educar sua afetividade, o que envolve o trabalho com as emoções.

Como fazer isso de modo ágil, moderno, compreensível e eficaz? Educar as atitudes supõe mais do que oferecer conceitos teóricos ou simples treinos; implica em promover a reflexão que facilita a descoberta de si mesmo e permite extrair do núcleo íntimo do ser humano um compromisso por melhorar. Tudo isso evoca muitas de nossas ideias vinculadas à segunda parte da terceira medida, as implicações na Educação Médica.

A situação de crise que o mundo está vivendo, o comportamento e a resposta dos profissionais revelam fragilidades nos modelos vigentes de educação em saúde. Contemplamos heroísmo aliado a insegurança, e mesmo imprudência e conhecimento deforme onde as evidências são diluídas no meio de informações da mídia e do bombardeio

sensacionalista das redes sociais.

A capacidade de comunicação, que nestes momentos seria uma das habilidades mais necessárias, deixa muito a desejar nos profissionais de saúde. Cabe lembrar o comentário de Paul Batalden, médico e educador americano: “todo sistema está perfeitamente desenhado para produzir os resultados que oferece”.¹³ Não podemos simplesmente reclamar do “produto”; temos de revisar o “processo de fabricação” que, certamente, é defeituoso.

Evidentemente, o modo de ajudar neste cenário é diferente em cada circunstância. No caso dos médicos veteranos e professores, por questão de idade, o lugar deles não é na linha de frente, na trincheira. Mas é preciso servirem-se de sua experiência para ajudar de um modo diferente.^{14,15} A omissão não se justifica.

Deste modo, saber proporcionar uma visão realista dos fatos, apoiar a equipe a todo momento, assim como os pacientes e as famílias na medida do possível pode ser uma excelente ajuda desde os bastidores. E, sobretudo, aproveitar a crise para liderar uma reflexão que leve a repensar os modelos de Educação Médica vigentes. Descobrir o que deve ser corrigido, melhorado, e aquilo que desponta como valor que tem de ser apoiado.¹⁶

A abordagem pedagógica clássica costuma dividir os objetivos educacionais em três grandes categorias: os cognitivos, os psicodinâmicos e os afetivos, os quais implicam respectivamente em aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e educação da afetividade.

Enquanto os dois primeiros são de fácil avaliação ou, pelo menos, passíveis de uma avaliação objetiva por meio de provas, testes e desempenho de aptidões, avaliar a qualidade da educação afetiva é tema que entranha muito maior complexidade. Não há como medir com “objetividade” o crescimento ou a correta orientação da dinâmica afetiva do educando. E, como sempre acontece, aquilo que é dificilmente mensurável corre o risco de ser esquecido ou é colocado no âmbito da pura arbitrariedade.

Em outras palavras: cada educador avalia a educação afetiva como quer, ou como pode, ou simplesmente deixa de fazê-lo. Isto significa que, na prática, muitas vezes, este componente afetivo nem é levado em consideração ao se estabelecer os objetivos educacionais. Pretender uma avaliação objetiva -análoga à praticada com os conhecimentos técnicos de física ou de história e geografia, para colocar um exemplo, é desconhecer a natureza do fenômeno, querer juntar litros com metros, ou mensurar o amor em quilogramas.

Talvez não se trate tanto de medir e, sim, de fomentar e promover a afetividade. O cinema mostra-se particularmente útil na educação afetiva,¹⁷ por sintonizar com o universo do estudante onde impera uma cultura da emoção e da imagem. Neste sentido, também utilizamos o cinema nestes tempos pandêmicos para ajudar no equilíbrio emocional dos profissionais de saúde, como foi registrado oportunamente em cenário internacional.¹⁸

Uma reflexão mais aprofundada sobre o processo formativo dos médicos foi já traçada com o sugestivo nome de que a ordem dos fatores altera, sim, o produto.¹⁹ Lembra-se que “Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre”, a clássica afirmação que resume a função do médico, apresenta-se numa ordem que encerra um equívoco

educacional importante.

O que se pode esperar quando a ordem recomendada para a atuação do médico é curar, aliviar e, em último caso, confortar? O lógico é pensar que se avança do mais importante para o detalhe. Quando não se consegue curar é preciso aliviar; e quando o alívio não é possível, resta providenciar conforto.

Proceder nessa sequência, fatalmente apresenta o alívio e o conforto como um prêmio de consolação para o médico que se deparou com uma doença incurável, dolorosa, terminal. O produto resultante desse processo equívoco -o médico-apresenta deficiências importantes.

Em momentos de crise como os que estamos vivendo, e a cura dista muito de ser algo manejável, o alívio e o conforto para pacientes e familiares que se deveria esperar dos profissionais não se exerce, porque não se sabe como fazê-lo. Seria necessário um giro hipocrático-copernicano na Educação Médica, para evitar esse equívoco que rende importantes deficiências formativas.

Enquanto confortar é algo que deve ser feito sempre, pela altíssima prevalência, o curar apresenta uma prevalência muito menor. O processo da educação médica deve contemplar essa proporção para produzir melhores médicos que também o confortar e o aliviar.²⁰ Médicos que sempre sabem confortar e que, segundo os casos e as moléstias com as quais se deparam, também sabem curar quando é possível. Quer dizer, a ordem dos fatores altera o produto.

Comenta-se globalmente que o mundo e o ser humano serão outros após a pandemia. No entanto, essa afirmação parece gratuita porque é fato que o homem, como diziam os clássicos, é um ser que esquece. Esquece-se de guerras, de tragédias, de verdadeiros turbilhões que, enquanto vivenciados, pensa que os terá sempre presentes em sua memória. Basta ler a História para saber que nem sempre é assim.

O mundo será ou não diferente; mas naquilo que diz respeito à educação médica exige-se, por honestidade, uma revisão profunda das prioridades pedagógicas e das competências que pretendemos ensinar. A crise da pandemia nos brindou uma oportunidade para refletir sobre todos estes aspectos.²¹

Em 2021 um novo cenário se descortina

O desenvolvimento de uma vacina anti-covid-19, que em meados de 2020 parecia uma possibilidade remota, deu-se muito mais rapidamente que o habitual em relação a novas doenças e eis que, em janeiro de 2021, iniciou-se, em nosso país, a campanha de vacinação para profissionais da saúde e em seguida para a população de grupos prioritários com a vacina de vírus inativado.²²

A população de idosos institucionalizados fez parte do primeiro grupo prioritário e a eficácia da vacina foi colocada à prova em nosso ecossistema controlado (os residenciais de longa permanência para idosos sob nossos cuidados). O ecossistema das casas de repouso é composto por dois prédios de nove andares cada um, com 12 quartos por andar e uma média de dois hóspedes por quarto e outros dois prédios de quatro andares cada um, com a mesma distribuição de quartos e hóspedes.

A equipe de profissionais é composta por enfermeiros,

técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista. Além disso, em todos os dias úteis, um(a) médico(a) de nossa equipe visita essas unidades e atende as intercorrências e os doentes selecionados pela equipe de enfermagem. Ainda, para os períodos em que o(a) médico(a) não se encontra presente nos residenciais, a assistência médica se mantém por meio de plantões à distância, com retorno ao residencial sempre que necessário.

Após a vacinação, optamos por um certo afrouxamento das regras de isolamento, em que foram permitidas as visitas com contato controlado entre familiares e hóspedes, em locais específicos, com uso de EPIs e com o distanciamento adequado.

Os novos hóspedes recém-admitidos eram submetidos a testes de RT-PCR para COVID-19 e permaneciam sete dias isolados em “quarentena” antes de terem contato com outros hóspedes e a vacinação era providenciada para os que não haviam sido vacinados anteriormente.

Quando emergia um hóspede com sintomas gripais (febre, tosse, diarreia, etc.), o isolamento imediato do doente era estabelecido como uma das primeiras medidas tomadas, da mesma forma que anteriormente à vacinação em massa.

Diante da possibilidade de um resultado de RT-PCR falso negativo, optamos por manter os sintomáticos em isolamento até resolução do quadro. Logo após o término da vacinação nos residenciais, infelizmente, a vacinação não está ocorrendo com a velocidade desejável para a população geral, o Estado de São Paulo foi atingido por uma forte “segunda onda” de casos.

Assim, medidas sanitárias de fechamento do comércio foram retomadas pelas autoridades e as UTIs dos hospitais ficaram lotadas. Felizmente, nosso ecossistema repleto de pacientes vulneráveis foi minimamente afetado, conforme se visualiza na (Tabela 1).

Tabela 1. Dados após a vacinação, período de Março-Abril 2021

Ocorrência	Síndromes Gripais
Isolamento	9
Hospitalizados	3
Confirmados COVID-19 RT-PCR	1
Óbitos	0

Nove hóspedes necessitaram ser isolados, três hóspedes precisaram ser hospitalizados, um apresentou teste positivo para COVID-19 e desses nenhum morreu.

Durante esse período, atuamos também na assistência hospitalar e pudemos verificar que nos hospitais vivenciamos um cenário completamente diferente daquele vivido nos residenciais para idosos, em que houve a necessidade de adaptação das estruturas para suprir a enorme demanda de casos de COVID-19.

Ainda que dados do estudo preliminar de Ranzani et al.²³ referente à mesma vacina de vírus inativado apontam eficácia entre 41.5% a 61.8%, atribuímos nossos resultados bastante satisfatórios à vacinação em massa ocorrida nos residenciais, onde todos os residentes e funcionários foram vacinados. Além disso, nossos números são reflexos de um conjunto de medidas realizadas em um ecossistema controlado, em determinado período de tempo.

Obviamente, essas são apenas reflexões realizadas a partir de uma experiência vivida, em que se buscou seguir a melhor evidência científica disponível a cada momento e adaptá-la a um contexto particular e individual. Não temos, portanto, a pretensão de generalizar os aprendizados aqui obtidos para outras populações.

Em outros ecossistemas não controlados ou de difícil controle como as cidades, por exemplo, o cenário é diferente e, além da vacinação, outras medidas a serem tomadas dependerão da realidade local e deverão ser adequadas de forma dinâmica de acordo com as circunstâncias.

Aprendizados decorrentes da pandemia

Dentre as medidas adotadas nos residências de idosos, o fechamento do mesmo à visita livre de familiares resultou em diminuição não só do número de contaminados pela COVID-19 como também na incidência de outras doenças infectocontagiosas sazonais.

Esse fato tem gerado uma reflexão sobre a necessidade de organizar um novo modelo de visitas aos idosos. Imaginemos um prédio com 200 idosos, onde os familiares podem entrar livremente em qualquer horário. Além do aumento das doenças, a rotina de cuidado ao próprio idoso (banho, alimentação, fisioterapia, etc.) é comprometida. Assim, um novo modelo de visitas familiares se faz necessário. Nesse contexto, já está sendo implementado um modelo de agendamento de visitas com rodízio, onde o número de familiares presentes é limitado por período.

É inegável o impacto positivo no controle do contágio com a restrição das visitas de familiares. Por outro lado, temos observado um ônus para o idoso em decorrência dessa medida.

A progressão da demência com piora significativa dos níveis cognitivos e alteração de comportamento, além de instalação ou piora dos sintomas depressivos tem sido aparentemente muito mais comum dentre os idosos.

O que fazer diante desse cenário? Os prós e contra das medidas de isolamento de um idoso para com sua família também devem ser pesados de acordo com o contexto particular. Em algumas situações de piora anímica e aumento dos distúrbios cognitivos, liberamos a ida do idoso junto à família com posterior quarentena e solicitação do RT-PCR para detecção de COVID-19 após esse contato mais próximo com familiares.

Até o momento, somente tivemos melhoras psicológicas e nenhuma repercussão clínica infecciosa. Acreditamos que mais cedo ou mais tarde, a liberação para a saída dos idosos do residencial deva ser novamente avaliada pela Vigilância Sanitária.

Fica evidente que nossa escolha ao longo da vida profissional em praticar o método clínico da medicina centrada na pessoa,²⁴ e não focada apenas nas doenças e nos sistemas, adequa-se e faz toda a diferença nos mais variados cenários clínicos, sendo essencial em tempos de crise. Também estamos certos de que a cada desafio que se apresenta, vamos nos aprimorando cada vez mais na prática clínica centrada na pessoa e preparando-nos para novos desafios com serenidade e a certeza de que sempre há algo a fazer pelos pacientes e familiares, ainda que, muitas vezes, sejamos assombrados pela incerteza e pelo desconhecido.

CONCLUSÃO

Ao concluirmos este texto, voltamos à pergunta que disparou sua elaboração: “você não está publicando mais os dados semanais? E a resposta é evidente: “não é mais necessário”. Publicamos durante o ano passado, porque queríamos compartilhar as medidas que tomamos em todos os campos, e que estão resumidas neste artigo.

A partir da chegada das vacinas que propiciaram os resultados positivos apresentados acima, chegamos a uma conclusão do quão necessária é a extensão da vacinação a grupos cada vez maiores.

Os residenciais de idosos, que há um ano eram comparados a uma bomba relógio, hoje mais se assemelham a um oásis de serenidade. Vale ressaltar que os aprendizados decorrentes das medidas adotadas devem ser incorporados em nossa prática médica, pelo fato de poderem ser adaptados em diferentes contextos. Certamente, as situações de crises, quando bem aproveitadas, representam momentos de crescimento. Isso, na educação em saúde e, naturalmente, na vida.

REFERÊNCIAS

1. SOBRAMFA Educação Médica & Humanismo [homepage on the Internet]. São Paulo: SOBRAMFA; c2021 [citado 2021 Jun 1] Disponível em: <https://sobramfa.com.br>
2. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(22):e75. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006740>
3. Podcast 256 - Anthony Fauci: Talking with patients about COVID-19 [text on the Internet]. Waltham: NEJM J Watch; c2020 [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-covid-19/2020/03/10>
4. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G. Objectivity and Realism for monitoring COVID 19 in Brazilian Health Facilities: a four-month follow up of two local hospitals and several nursing homes. *Clin Oncol Letters.* 2020;4:1-6. Doi: <https://doi.org/10.4322/col.2019.008>
5. Blasco PG, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA, De Benedetto MAC. Residenciais de idosos durante a crise do COVID-19: a gestão SOBRAMFA, um modelo eficaz. *Acta Fisiatr.* 2020;27(1):1-3. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v27i1a173136>
6. Rossini GA, Levites MR, Janaudis MA, Ribeiro MJM. Covid-19 em instituições de longa permanência para idosos: pensando globalmente, atuando localmente e sentindo individualmente. *Arch Med Fam.* 2020;22(3):135-43.
7. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Fernandes EP. Medical strategies in nursing homes during the COVID-19 pandemic: a Brazilian experience. *Aust J Gen Pract.* 2020;49 (Suppl 41). Doi: <https://doi.org/10.31128/AJGP-COVID-41>
8. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo.* Madrid: Espasa Calpe; 1954.
9. Blasco PG. Humanismo médico em tempos de crise [video on the Internet]. São Paulo: SOBRAMFA [citado 2021 Jun 1]. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727/>
10. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Brazilian family medicine team develops videos: humanism and medical education in times of COVID-19 [homepage on the Internet]. Leewood: *Annals of Family Medicine*; c2021 [cited 2021 May 5]. Available from: <https://medium.com/case-notes-from-the-covid-19-front-lines/brazilian-family-medicine-team-develops-videos-humanism-and-medical-education-in-times-of-covid-19-67477352a69f>
11. Pessoa F. *Mensagem.* Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
12. Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *RBM - Rev Bras Med.* 2014;71(Esp M 2): 15-24.
13. Carr S. A quotation with a life of its own [text on the Internet]. Middleton: Patient Safety & Quality Healthcare; c2008 [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.psqh.com/julaug08/editor.html>
14. Blasco PG, De Benedetto MAC. A senior family doctor supporting the health team in times of COVID- 19 [text on the Internet]. Mississauga: *Canadian Family Physician*; c2020 [cited 2021 Jun 1] Available from: <https://www.cfp.ca/news/2020/04/28/04-28-1>
15. Blasco PG, De Benedetto MAC. Enfrentando el Covid-19 desde la madurez: realismo, serenidad, liderazgo y cine para templar las emociones. *Arch Med Fam.* 2020;22(3): 95-103.
16. Levites MR, De Benedetto MAC, Blasco PG. Como lidar com a incerteza do cisne negro chamado Covid-19? Ensinos de Taleb e Churchill. *Arch Med Fam.* 2020; 22(3):123-33.
17. Blasco PG. Educação da afetividade através do cinema. São Paulo: IEF- SOBRAMFA; 2006.
18. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G. Cine en tiempos de la pandemia del COVID: películas que ayudan a moderar las emociones y apoyan al equipo de salud. *Rev Med Cine.* 2020;16(e):57-68. Doi: <https://doi.org/10.14201/rmc202016e5768>
19. Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educ Méd.* 2018;19(2):104-14. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>
20. De Benedetto MAC, Moreto G, Vachi VHB. Narrativas médicas: empatia e habilidades de comunicação em tempos de Covid-19. *Arch Med Fam.* 2020;22(3):109-18.
21. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Humanismo e educação médica em tempos de COVID-19. *Rev Med (São Paulo).* 2020;99(2):i-vi. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2pi-vi>

22. Gao Q, Bao L, Mao H, Wang L, Xu K, Yang M, et al. Development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2. *Science*. 2020;369(6499):77-81. Doi: <https://doi.org/10.1126/science.abc1932>
23. Ranzani OT, Hitchings M, Dorion M, D'Agostini TL, Paula RC, Paula OFP, et al. Effectiveness of the CoronaVac vaccine in the elderly population during a P.1 variant-associated epidemic of COVID-19 in Brazil: A test-negative case-control study. *medRxiv*. 2021:21257472. Doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.19.21257472>
24. Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2001;33(4):286-97.