

E-BOOK COVID-19
Coletânea de Artigos
Article Collection



Narrativas
Narratives

Competência
Proficiency

Habilidades de Comunicação
Communication Skills

Humanismo
Humanism

Gestão Eficiente
Efficient Management

E-BOOK – COVID-19

Coletânea de artigos referentes ao tema Covid-19 publicados em periódicos nacionais e internacionais nos anos 2020 e 2021 pelo grupo de médicos e professores da SOBRAMFA – Educação Médica & Humanismo, alguns deles com a colaboração de estudantes de Medicina que participaram de atividades didáticas na entidade.

ORGANIZADORES: corpo-docente da SOBRAMFA

Dezembro de 2021

E-BOOK – COVID-19

Collection of articles on the topic Covid-19 published in national and international journals in the years 2020 and 2021 by the group of doctors and professors at SOBRAMFA - Medical Education & Humanism, some of them with the collaboration of medical students who participated in didactic activities at the entity.

ORGANIZERS: SOBRAMFA faculty

December 2021

SEÇÃO I: ARTIGOS EM PORTUGUÊS E ESPANHOL
SECTION I: ARTICLES IN PORTUGUESE AND SPANISH

EDITORIAL

Humanismo e Educação Médica em Tempos de COVID-19

Humanism and Medical Education in Times of COVID-19

**Pablo González Blasco¹, Maria Auxiliadora C. De Benedetto²,
Marcelo R. Levites³, Graziela Moreto⁴, Marco Aurelio Janaudis⁵**

A atual pandemia pelo COVID-19 nos faz viver tempos difíceis e inéditos. Os esforços de todos os profissionais de saúde, cada um com suas competências, são essenciais. Enquanto pesquisadores e cientistas se debatem procurando recursos terapêuticos eficazes, aqueles que estão na linha de frente devotam seus melhores esforços no cuidado clínico dos pacientes afetados. Cabe perguntar qual seria neste momento o papel da educação médica para colaborar na crise global.

Evidentemente o modo de ajudar 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 servir-se de sua experiência para ajudar de um modo diferente. 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.

A cada dia que passa mostra-se imprescindível o cuidado da própria equipe de saúde. Não apenas o cuidado físico (para o qual se tomam todas as providências possíveis em cada caso) mas também da saúde mental. Ou, dito de modo mais simples, é fundamental levantar o moral dos que lidam diariamente com esta ameaça de proporções antes nunca vistas. Um médico desanimado, pessimista e sem perspectiva é também um elemento de crise, fazendo com que a insegurança comumente transmitida pela mídia cresça ainda mais nos pacientes, o que em nada ajuda na equipe de saúde.

Objetividade e realismo: facilitar as perspectivas do cenário real

“Para poder entender as coisas o mais urgente é restabelecer as proporções reais” – diz o filósofo¹ discípulo de Ortega y Gasset. Procurando colaborar neste sentido, a SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo tem

1. Doutor em Medicina. Diretor Científico de SOBRAMFA. Educação Médica e Humanismo. www.sobramfa.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8682-8770>. E-mail: pablogb@sobramfa.com.br.
2. Doutora em Medicina. Diretora de Publicações de SOBRAMFA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3958-7438>. E-mail: macbet@sobramfa.com.br.
3. Doutor em Medicina. Diretor Comercial de SOBRAMFA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2816-4432>. E-mail: marcelolevites@sobramfa.com.br.
4. Doutora em Medicina. Diretora de Programas Educacionais em SOBRAMFA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0651-2595>. E-mail: graziela@sobramfa.com.br.
5. Doutor em Medicina. Secretário Geral de SOBRAMFA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2496-232X>. E-mail: marcojanaudis@sobramfa.com.br.

Endereço para correspondência: Pablo González Blasco. SOBRAMFA. Rua Silvia, Bela Vista, São Paulo, SP. CEP: 01331-010.

divulgado através de vídeos curtos² recomendações que ajudam o profissional a conservar uma visão objetiva de realidade que está vivendo. Cada um, dentro do seu círculo de influência, atento às responsabilidades que lhe cabem. É preciso – como advertia uma publicação recente – pensar globalmente, mas atuar localmente³. Uma preocupação excessiva e desproporcionada pelos problemas globais que o mundo está enfrentando nada ajuda – até atrapalha – cada um cuidar das suas próprias responsabilidades, do setor concreto que lhe cabe nestes momentos.

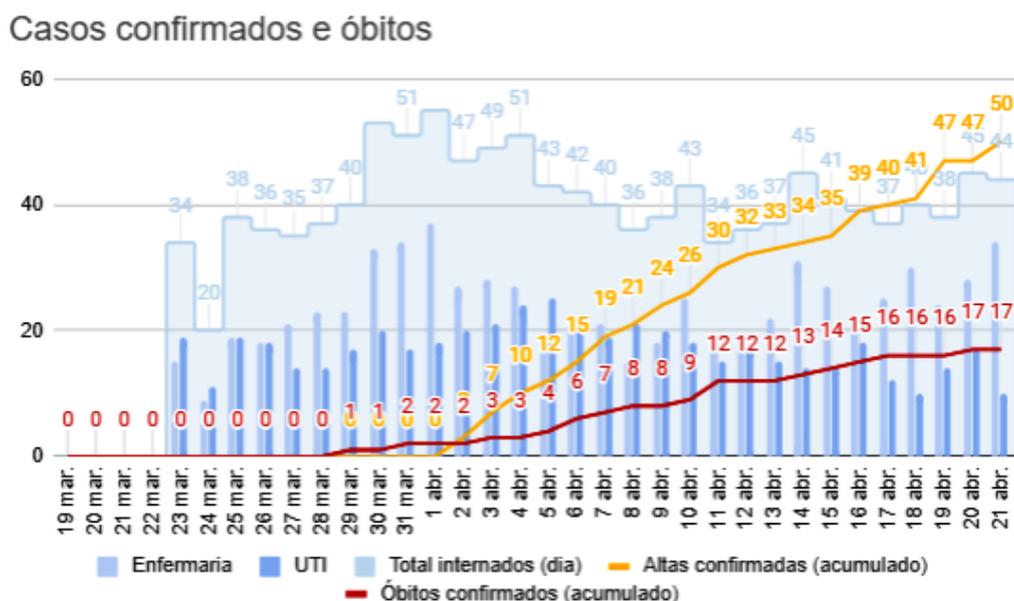
Uma das primeiras responsabilidades do médico é manter a serenidade, não transferir desnecessariamente as dúvidas e ansiedades que, naturalmente, tem o direito de sentir. Mas deve trabalhá-las interiormente, com recursos da sua própria fibra moral, sem despejá-las toxicamente no paciente. Vale lembrar 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 receitar*”⁴.

Mesmo em situações de crise como a que estamos vivendo é bom lembrar daquele outro ditado clássico, que ouvi em boca dos meus professores: O que distingue o bom médico, não é o curriculum, nem os prêmios, nem mesmo os presentes que ganha da sua clientela. O bom médico é aquele que após o encontro com ele, o paciente sai melhor do que entrou!

Em recente entrevista de áudio⁵, publicada por importante revista médica, um dos líderes mundiais no combate à pandemia atual (assim como a muitas outras anteriores), afirmava que, mesmo enfrentando um desafio enorme, ninguém tem que se sentir responsável pela saúde global do planeta. Quer dizer, respeito pela ameaça mundial, mas cada um de olho no seu foco. Objetividade e realismo, por tanto. As angústias globais nada ajudam.

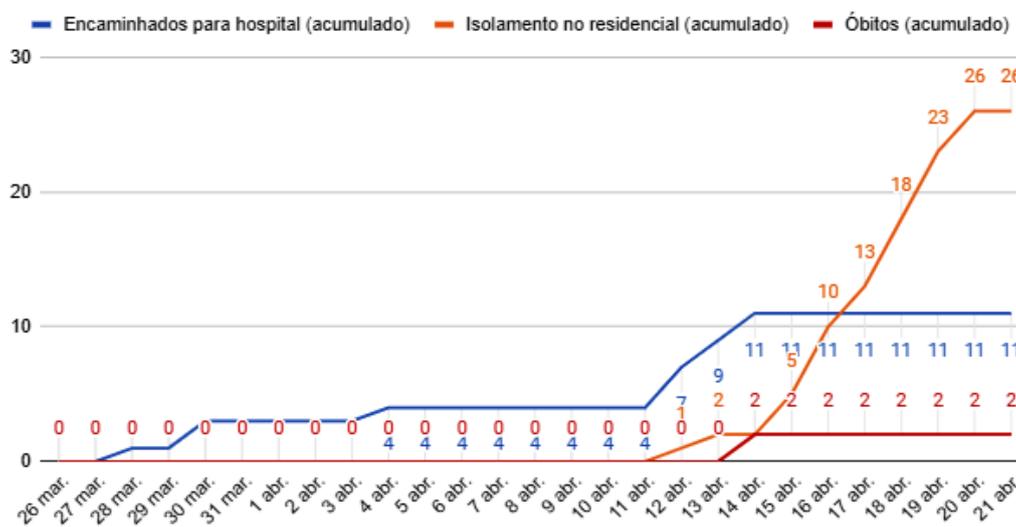
Cabe aqui dar um exemplo assistencial que ilustra esse modo de agir. A equipe que nós coordenamos atua em dois hospitais de pequeno porte, e cuida de vários residenciais de idosos, com mais de 600 hóspedes. Objetividade e realismo implica tabelar diariamente a evolução dos pacientes que a cada um tem sido confiados – os internados, os óbitos e, muito importante, as altas dos recuperados – o que proporciona um senso de realidade (Gráficos 1 e 2). Dados globais, disponíveis para qualquer pessoa, importantes nas políticas de saúde, não são relevantes para os profissionais que precisam enfrentar desafios relacionados ao seu contexto. O excesso de atenção a esse tipo de informação pode até gerar uma preocupação antecipada e, pior, desviar os médicos de suas próprias responsabilidades. É possível - como diz o ditado - que muitas árvores o impeçam de ver a floresta.

Gráfico 1 – Gráfico de evolução de pacientes em dois hospitais



Fonte: Arquivos da SOBRAMFA

Gráfico 2 – Casos de Covid-19 em Residenciais para Idosos
Residenciais de idosos (aprox 500 pacientes)



Fonte: Arquivos da SOBRAMFA

Em conversas informais, e nos próprios vídeos² de divulgação, houve quem comentasse que o “n” desta equipe é pequeno. Se o objetivo fosse elaborar um estudo epidemiológico, de fato seria insuficiente. Mas, por outro lado, trata-se de um n absolutamente real, do desafio quotidiano com o qual temos de lidar. Pode-se pensar globalmente, mas é preciso focar-se localmente.

E quando as coisas venham a piorar? Aqui também o realismo ajuda, pensando que, mesmo com a previsão que a prudência recomenda, o viver o dia é confortável e motivo de serenidade. Isto é o que temos hoje, e vamos fazer do melhor modo possível. As ansiedades antecipadas, o que leva a sofrer a priori, lembram aquela passagem clássica do século XVI, protagonizada por Teresa de Ávila, durante a reforma do Carmelo em terras de Castela. Parece que Teresa – com um perfil de comando que daria inveja a qualquer CEO hoje – tinha tomado posse de uma antiga república de estudantes em Salamanca, para fundar um dos seus pequenos conventos. Era noite, estava acompanhada por duas freiras jovens. Percebeu que uma delas estava inquieta e perguntou o que se passava. “*Madre, estou pensando o que aconteceria se no meio da noite algum dos estudantes voltasse por aqui ...*”. Teresa sorriu, e fechou a questão: “*Irmã, se isso acontecer, pensarei no que fazer; agora, deixai-me dormir*”⁶.

Lições para a educação médica

A situação de crise que o mundo está vivendo, o comportamento e a resposta dos profissionais de saúde revelam fragilidades nos modelos vigentes de educação médica. Contemplamos heroísmo aliado a insegurança, e mesmo imprudência. Conhecimento é distorcido onde as evidências médicas são diluídas no meio de informações da mídia e do bombardeio sensacionalista das redes sociais. Um professor europeu, de conhecido prestígio, perguntava-se numa das mensagens informais que nos enviou: para que serve todo o conhecimento e anos de experiência profissional se os colegas sucumbem a essa mistura de informação?

E contemplamos também que a capacidade de comunicação, que nestes momentos seria uma das habilidades médicas mais necessárias, encontra-se ausente em muitos médicos. Cabe lembrar o comentário do médico e educador americano, Paul Batalden: “*todo sistema está perfeitamente desenhado para produzir os resultados que oferece*”⁷. Não podemos simplesmente reclamar do produto; temos de revisar o processo de fabricação que, certamente, é defeituoso.

Uma reflexão mais aprofundada sobre o processo formativo dos médicos foi já traçada em publicação anterior com o sugestivo nome de que a ordem dos fatores altera *sim* o produto⁸. Lembrava-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 seja 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 equivocado -o médico- apresenta deficiências importantes.

Isto fica mais evidente em momentos de crise como os que estamos vivendo, em que a cura está longe de ser algo manejável e 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. Médicos que sempre saibam confortar e que, conforme os casos e as moléstias com as quais se deparam, também sabem curar quando é possível. Portanto, a ordem dos fatores altera o produto.

Comenta-se globalmente que o mundo e o ser humano não serão os mesmos após a pandemia. 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 mente. Basta ler história para saber que não é assim. Quer o mundo seja ou não diferente, no que diz respeito à educação médica exige-se, por honestidade, uma revisão profunda das prioridades pedagógicas e das competências que pretendemos ensinar.

Trabalhando as emoções: as próprias e as alheias

A crise que estamos vivendo tem um duplo componente: de um lado a ameaça biológica de um vírus novo, com as consequências funestas para a saúde populacional, enquanto lidamos com algo desconhecido. Por outro lado, a ansiedade, o medo e as emoções desordenadas são também uma ameaça para o equilíbrio mental e para a serenidade necessária para lidar com tão grande desafio.

Um poema de Fernando Pessoa ilumina esta 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*”⁹. Em outras palavras: filtramos a realidade através das nossas emoções, conforme estamos vivenciando tal realidade. Isso explica as angústias e aflições quando se contempla a realidade do cenário que temos do lado – do nosso quintal – com os olhos e sentimentos, emoções amplificadas e deformadas, pelo panorama mundial apresentado 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 embrulhados em emoções: as do paciente e as do profissional que cuida dele. Trabalhar as emoções é uma necessidade imperiosa na educação médica. As humanidades como a literatura, música, cinema, narrativas são um recurso de utilidade para educar as emoções, e promover a empatia, que é a pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético. As emoções que estas experiências despertam devem ser transformadas pela reflexão em vivências que geram atitudes capazes de construir atitudes éticas e edificar o profissionalismo¹⁰.

O universo da afetividade – sentimentos, emoções e paixões – vêm 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 estudante. Formar o ser humano requer educar sua afetividade, trabalhar com suas emoções. Como fazer isto de modo ágil, moderno, compreensível e eficaz? Educar as atitudes supõe mais do que oferecer conceitos teóricos ou simples treinos; implica promover a reflexão a qual facilita a descoberta de si mesmo e permite extrair do núcleo íntimo do ser humano um compromisso por melhorar.

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 – através de provas, testes e desempenho de aptidões – avaliar a qualidade da educação afetiva é tema que entra em muito maior complexidade. Não há como medir com “objetividade” o crescimento ou a correta orientação da dinâmica afetiva do educando; e como sempre acontece com aquilo que é difícil medir, corre o risco de ser esquecido, ou 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 nem é levada em consideração ao estabelecer os objetivos educacionais. Pretender uma avaliação objetiva – análoga à praticada com os conhecimentos técnicos de física ou de história e geografia – é desconhecer a natureza do fenômeno. Corresponde a querer juntar litros com metros,

ou medir o amor em quilogramas. Talvez não se trate tanto de medir como de fomentar e promover a afetividade. O Cinema mostra-se particularmente útil na educação afetiva¹¹, por sintonizar com o universo do estudante onde impera uma cultura da emoção e da imagem.

O cinema como recurso de equilíbrio emocional

Os vídeos² citados anteriormente, em que o cinema – recurso educacional que temos empregado em educação médica^{12,13} – está incluído sob a forma de clips de cenas de diferentes filmes¹⁴, ajudam a esclarecer muitas das recomendações que aqui se comentaram.

Destacamos uma primeira mensagem: você não está só. O filme *Eu sou a lenda*¹⁵ é direto no recado: (“*se há alguém aí fora, posso ajudar; você não está só*”). E, depois, o combate ao pessimismo reinante: (“*se as pessoas que fazem este mundo pior nunca tiram férias, como vou tirar eu?*”). Não se pode sucumbir ao pessimismo, nem se deixar envolver passivamente por todo tipo de notícias que chegam indiscriminadamente. Além da distância social como recurso de prevenção epidemiológico, é preciso guardar uma distância informativa saudável.

A importância da liderança é representada na cena de *Coração Valente*¹⁶, em que William Wallace pede para esperar o momento certo para enfrentar a carga da cavalaria inimiga. Liderança é também manter a união da equipe e não tolerar as divisões que ocorrem pela tendência natural de buscar culpados nos momentos de crise. Eis algo que presenciamos diariamente, muito bem abordado em *Brigada 49*¹⁷ na cena subsequente à morte do bombeiro: (“*Venho de dizer a uma mãe que seu filho morreu, e vocês discutem na minha casa! Lidamos com isto se nos mantemos unidos, aprendemos a lição, e voltamos à viatura e assim honramos o colega morto*”).

Fugir de ansiedades desnecessárias, como a saudável despreocupação do espião soviético em *Ponte dos Espiões*¹⁸ que contrasta com a preocupação desproporcionada do filho do advogado. Sem esquecer a importância da união que caracteriza o verdadeiro trabalho em equipe: *Gladiador*¹⁹ (“*não sei o que vai sair desses portões, mas se estivermos unidos sobreviveremos*”). Tal união também é brilhantemente retratada na cena de *Spartacus*²⁰ (“*Eu sou Spartacus!*”), em que o personagem é muito mais do que uma pessoa: é uma ideia que toma conta da equipe e promove a solidariedade em momentos de crise!

Chegamos ao tempo da Páscoa no meio da crise. Alguém enviou uma leitura bíblica própria destes momentos. Lemos com calma, saboreando-a: “*Aprende onde se acha a prudência, a força e a inteligência, a fim de que saibas, ao mesmo tempo, onde se encontram a vida longa e a felicidade, o fulgor dos olhos e a paz*”. Impossível não fazer a ligação com aquela outra cena, impactante, de *Ponte dos Espiões*¹⁸, quando o espião descreve a categoria moral de um homem que conheceu na infância, a quem o advogado que o está defendendo lhe faz lembrar. O diálogo inteiro, incluído num dos vídeos² transpira emoção e liderança: “*Quando eu era pequeno, da idade do teu filho, meu pai chamou-me a atenção para um homem que nos visitava e que, aparentemente, nunca tinha feito nada de extraordinário. Um dia, os guardas invadiram nossa casa, bateram no meu pai, na minha mãe e também neste homem. E cada vez que batiam nele, se levantava, uma vez e outra, sem desistir. Acho que a insistência dele em se levantar fez os guardas desistirem de bater nele, deixando-o em paz. Lembro que diziam Stoikiy muzhik, que em russo significa algo como homem persistente*”.

Esta é a ajuda que os envolvidos na educação médica devem oferecer neste momento. Quando a idade não permite estar na linha de frente, mas desde a ponte de comando, diariamente, podemos e devemos ajudar. Sem ações heroicas, mas demonstrando prudência, objetividade e realismo. Conduzindo à serenidade, em esforço diário, o time pelo qual somos responsáveis. Estando presente, de braços abertos, superando desânimos, sem nunca desistir. *Stoikiy muzhik, standing man*, um homem persistente!

REFERÊNCIAS

1. Marías J. Una vida presente. Memórias. 2a ed. Madrid: Páginas de Espuma; 2008.
2. Humanismo médico em tempos de crise. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727/>.
3. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to Covid-19. N Engl J Med. 2020 Apr 2. doi: 10.1056/NEJMp2006740.
4. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
5. Podcast 256 — Anthony Fauci: Talking with patients about COVID-19. NEJM. Journal Watch. March 10, 2020. Available from: <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-covid-19/2020/03/10/>
6. Auclair M. Teresa de Avila. São Paulo: Quadrante; 1995.

7. Carr S. Editor's notebook: a quotation with a life of its own. *Patient Safety & Quality Healthcare*, July/August 2008. Available from: <https://www.psqh.com/julaug08/editor.html>
8. Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educ Med*. 2018;19(2):104-14. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>.
9. Pessoa F. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
10. De 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 (Rio de Janeiro)*. 2014;71:15-24.
11. Blasco PG. Educação da afetividade através do cinema. São Paulo: IEF – SOBRAMFA; 2006.
12. Blasco PG. Educação médica, medicina de família e humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php>.
13. Blasco PG. Humanizando a medicina: uma metodologia com o cinema. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.
14. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Fam Med*. 2006;38(2):94-6. Available from: <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2006/February/Pablo94.pdf>.
15. *Eu Sou a Lenda* [filme]. 2007. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0480249/>.
16. *Coração Valente* [filme]. 1995. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0112573/>.
17. *Brigada 49* [filme]. 2004. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0349710/>.
18. *Ponte dos Espiões* [filme]. 2015. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt3682448/>.
19. *Gladiador* [filme]. 2000. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0172495/>.
20. *Spartacus* [filme]. 1960. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0054331/>

Enfrentando el Covid-19 desde la madurez: realismo, serenidad, liderazgo... y cine para templar las emociones

Enfrentando Covid-19 desde a maturidade: realismo, serenidade, liderança ... e cinema para temperar emoções

Facing Covid-19 from maturity: realism, serenity, leadership ... and cinema to temper emotions

*Pablo González Blasco, * Maria Auxiliadora Craice De Benedetto. ***

**Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo. ** Doctora en Medicina. Directora de Publicaciones de SOBRAMFA.*

*Os encantadores poderão muito bem tirar-me a ventura, porém não o esforço e o ânimo.
Don Quixote de la Mancha*

COMO POSSO AJUDAR?

Esta é a pergunta que, durante as últimas semanas, desperta-nos todos os dias. Como professores e médicos com muitas horas de voo, nosso lugar certamente não está nas linhas de frente, na trincheira. Porém, temos de ajudar: em primeiro lugar a equipe de médicos que coordenamos, os profissionais de saúde que nos rodeiam e, sem dúvida, os pacientes e suas famílias.

A atual pandemia de Covid-19 nos faz viver tempos difíceis e sem precedentes. Os esforços de todos os profissionais, cada um com suas próprias competências, são essenciais. Enquanto os pesquisadores e cientistas se esforçam por encontrar recursos terapêuticos que possam ser efetivos, os que estão na linha direta de assistência dedicam seus melhores esforços à atenção clínica dos pacientes afetados. Vale a pena perguntar-se qual seria, neste momento, o papel dos envolvidos com educação médica para colaborar na crise global.

A cada dia que passa, fica inegável que a atenção à equipe de saúde é essencial. Não somente em relação ao cuidado físico (para o qual se tomam todas as medidas possíveis em cada situação), como também no que diz respeito à saúde mental. Ou, para dizê-lo de uma maneira mais simples, é necessário elevar o moral dos que enfrentam diariamente esta ameaça de proporções sem precedentes. Um médico desanimado e pessimista, também é um elemento de crise, pois causa insegurança aos pacientes, mais até mesmo do que lhes chega por meio dos veículos de informação, o que em nada ajuda a equipe de saúde.

De repente, surge a ideia: proporcionar uma visão realista dos fatos e ajudar a recuperar as proporções que a equipe está experimentando nesta crise. Esta pode ser nossa ajuda nos bastidores. É necessário, como adverte uma publicação recente, pensar globalmente, porém atuar localmente¹. Sim, atuar localmente, a decisão está tomada.

Objetividade e Realismo

“Se se quer entender algo, o mais urgente é restabelecer as proporções reais”, disse Julián Marías². Buscando colaborar nesse sentido, **SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo** tem difundido, por meio de vídeos curtos³, recomendações que ajudam os profissionais de saúde a manter uma visão objetiva da realidade que estão vivendo. A ideia é que cada um, dentro de seu círculo de influências, atenha-se a suas responsabilidades. Uma preocupação excessiva e desproporcionada no que concerne aos problemas globais que o planeta enfrenta em nada ajuda. Pelo contrário, dificulta que cada um assuma seus próprios compromissos dentro do setor específico que lhe cabe neste momento.

Uma das primeiras responsabilidades do médico é manter a serenidade, não comunicar sem necessidade as dúvidas e ansiedade que, certamente, tem o direito de sentir. Porém, deve trabalhá-los internamente, com recursos de sua própria fibra moral, sem transmiti-los toxicamente ao paciente. Vale a pena recordar o comentário de Marañón: “o médico dogmático vive escravo de sua reputação, ignorando que esta serve, não para que sua família possa sentir-se lisonjeada, mas sim para arriscar-se quando seja necessário para manter em alta o moral de seus pacientes. Este é quase sempre o melhor remédio e, às vezes, o único que podemos receitar.”⁴

Em situações de crise como a que vivemos, é bom recordar aquele ditado clássico: o que distingue um bom médico não é o currículo, nem os prêmios que obteve, nem sequer os presentes que recebe de sua clientela. O bom médico é aquele cujo paciente, depois de visitá-lo, sai melhor do que quando entrou!

Em recente entrevista de áudio⁵, publicada por importante revista médica, um dos líderes mundiais na luta contra a atual pandemia (e de muitas outras anteriores) afirmou que, mesmo diante de um grande desafio, ninguém tem que sentir-se responsável pela saúde global. Ou seja, respeito pela ameaça global, porém cada um atento ao que lhe diz respeito.

Convém ressaltar um exemplo de assistência que ilustra esta forma de atuar. A equipe que coordenamos trabalha em dois pequenos hospitais e se ocupa de vários residenciais de idosos, com mais de 600 hóspedes. A objetividade e realismo implicam em uma tabulação diária da evolução dos pacientes que são confiados a cada membro da equipe: os hospitalizados, as mortes e, muito importante, os recuperados que receberam alta, o que proporciona uma sensação de realidade. A informação global, que está disponível para qualquer pessoa e é necessária para o planejamento das políticas de saúde, não é realmente relevante para que o profissional de saúde possa enfrentar adequadamente os desafios de seu cotidiano. Na verdade, esta pode até gerar uma preocupação antecipada e, o que é pior, distrair-lhe de suas próprias responsabilidades. É possível, como diz o refrão, “que as muitas árvores o impeçam de ver o bosque”.

Serenidade para governar as emoções

A crise que estamos vivendo tem um duplo componente: por um lado, a ameaça biológica de um novo vírus, com graves consequências para a população, porque se trata de algo desconhecido. Porém, por outro lado, a ansiedade, o medo e as emoções desordenadas também são uma ameaça para o equilíbrio mental e para a serenidade tão necessários para enfrentar o presente desafio.

Um poema de Fernando Pessoa ilumina esta reflexão. O poeta diz: “A vida é o que fazemos dela. As viagens são os viajantes, o que vemos não é o que vemos, senão o que somos”. Em outras palavras: filtramos a realidade através de nossas emoções, através da forma em que vivenciamos essa realidade. Isto explica as aflições e angústias desmedidas que sentimos ao considerarmos o cenário que temos ao lado, em “nosso quintal”, com olhos, sentimentos e emoções amplificadas e (deformadas), devido ao panorama mundial apresentado pelos meios de comunicação. Novamente, é necessário atuar, e sentir, localmente, prevenindo as emoções globais.

O cinema, um recurso educativo utilizado em educação médica^{7,8}, também se inclui nos vídeos supracitados.³ Clips de diferentes cenas de filmes⁹ auxiliam a aclarar muitas das recomendações aqui comentadas. Destacamos uma primeira mensagem: você não está só. O filme *Eu Sou a Lenda*¹⁰ é direto em relação a essa mensagem: (“se há alguém aí, posso ajudar, você não está só”). E logo, a luta contra o pessimismo reinante: (“se as pessoas que destroem este mundo nunca tiram férias, como as tiraria eu?”). Não se pode sucumbir ao pessimismo, nem participar passivamente de todo o tipo de notícias que chegam indiscriminadamente. Além do distanciamento social recomendado como recurso de prevenção epidemiológica, deve-se manter uma distância informativa razoável.

A essencial importância da liderança é representada na cena de *Coração Valente*¹¹ em que William Wallace pede que se espere o momento adequado para enfrentar a carga da cavalaria inimiga. A liderança que também se supõe ser necessária para manter a equipe unida e não tolerar as divisões que se produzem devido à tendência natural de se buscar culpados em tempos de crise. Algo que presenciamos diariamente, tão bem abordado no filme *Brigada 49*¹², na cena que sucede à morte do bombeiro: (“Acabo de dizer a uma mãe que seu filho morreu e vocês discutem em minha casa! Superaremos isto se permanecermos juntos; aprendamos a lição, voltemos ao carro patrulha e, desse modo, honremos o colega morto”).

Fugir de ansiedades desnecessárias, como a sã indiferença do espião soviético em *A Ponte dos Espiões*¹³, que contrasta com a preocupação desproporcionada do filho do advogado. Convém ressaltar a importância da unidade que caracteriza o verdadeiro trabalho em equipe e é ilustrada em *Gladiador*¹⁴ (Não sei o que sairá por essas portas, porém se permanecermos unidos sobreviveremos”) e em *Spartacus*¹⁵ (“Eu sou Spartacus!” – gritam todos, quando as autoridades buscam o responsável pela revolta dos gladiadores). Spartacus é mais que uma pessoa: é uma ideia que reúne a equipe e promove a solidariedade em tempos de crise!

Recomenda-se o isolamento social, e se coloca à disposição visitas a museus e concertos gratuitos na Internet. As oportunidades culturais são únicas, porém sentimos que falta algo, O ser humano – já o dizia Aristóteles – é um animal social, e o que nos falta é a experiência de viver toda essa cultura com alguém, em sociedade. Talvez, o distanciamento físico seja necessário, porém acompanhado com conectividade social, como apontam alguns autores.¹⁶ Uma vez mais o cinema para iluminar a questão: em *Um Sonho de Liberdade*¹⁷, o banqueiro culto encontra “*As Bodas de Figaro*” entre os discos da prisão e se dá conta de que não pode desfrutar solitariamente a melodia de Mozart. E a coloca nos alto-falantes para que todos possam ouvi-la no pátio, o que lhe custa algumas semanas de solitária. No entanto, consegue que todos aqueles homens se sintam livres por alguns minutos.

Liderança para resgatar as circunstâncias

As notícias tóxicas que chegam diariamente por todos os canais de comunicação saturam e deprimem. Destacam-se as tragédias – que certamente existem – porém se omitem as conquistas e superações. Comprovamos como as pessoas ao nosso redor – cidadãos, pacientes e, certamente, os profissionais de saúde – sucumbem a esse bombardeio. Destacamos um comentário singular que nos chegou: “tenho de me apartar do telefone para conseguir descansar!” E pensamos se o telefone – o *smartphone* – é um instrumento ao nosso serviço ou um ditador impiedoso.

Imediatamente nos acode à mente a cena de Nelson Mandela em sua cela na prisão de *Robben Island* descrita magistralmente no filme *Invictus*¹⁸ (“Eu sou o capitão de minha alma, eu sou o senhor de meu destino”). Um exemplo de liderança sobre si mesmo, de quem passou 29 anos na prisão sem perder os nervos e nem o foco de sua missão.

As circunstâncias nos desafiam, porém não podem nos condicionar. Impossível não evocar neste ponto, as reflexões de Ortega em suas *Meditaciones del Quijote*¹⁹. “Os encantadores poderão muito bem tirar-me a ven-

-tura, porém não o esforço e o ânimo, disse Quixote. Se resistimos a essa herança e ao entorno que nos impõe ações determinadas, é porque tratamos de basearmo-nos somente em nós mesmos, na origem de nossas ações. Quando o herói quer, não são os ancestrais ou os costumes do presente que querem algo, senão ele mesmo. A heroicidade consiste precisamente nesse desejo de ser ele mesmo quem tem de ser.”

Novamente objetividade: prestar atenção ao que temos às mãos, sem nos perdemos em sonhos ou fantasias. Ou em quimeras e medos. Viver o que temos, em nossas condições e circunstâncias. Daí, a conhecida frase do filósofo: “Sou eu e minhas circunstâncias, e se não as salvo, não me salvo a mim mesmo”. Frase frequentemente citada, porém, na maioria das vezes de forma incompleta. As circunstâncias se colocam, na cultura popular, como uma desculpa e não como um desafio que deva salvar-se, redimir-se. Por isso Ortega agrega: “Temos de buscar para as nossas circunstâncias o que é peculiar, seu lugar correto na imensa perspectiva do mundo. Não nos determos em valores fixos, mas sim conquistarmos em nossas vidas individuais o lugar correto entre eles. Em resumo: a reabsorção das circunstâncias é o destino concreto do homem.” Impossível maior clareza com menos palavras.

Redimir as circunstâncias, disso é que se trata. E novamente, o cinema surge para ampliar as reflexões. Peter Weir, o diretor australiano, é um especialista em “redimir circunstâncias”. Subir à mesa em “*Sociedade dos Poetas Mortos*”²⁰, para ganhar outras perspectivas da realidade. Ou atar-se ao barco – fazer-se uno com sua missão de liberdade – em *Show de Truman*²¹, para enfrentar os maremotos de escravidão. Ou superar a perda de um braço, como em *Mestre dos Mares*²², tendo como exemplo o almirante Nelson, que com somente um braço dirigiu a esquadra britânica à vitória, e ainda hoje preside o panorama londrino a partir da coluna em *Trafalgar Square*.

Chegamos à época de Páscoa em meio à crise. Alguém enviou uma leitura da Bíblia específica para esses momentos. Lemos com calma, saboreando cada palavra: “Aprende onde se encontra a prudência, a força e a inteligência, para que possas saber, ao mesmo tempo, onde se encontra a vida e a felicidade, o brilho dos olhos e a paz.”

Impossível não fazer a conexão com outra cena chamativa de *A Ponte dos Espiões*¹³, quando o espião descreve a categoria moral de um homem que conheceu na infância, a quem o advogada defensor lhe recorda. Todo o diálogo, incluído em um dos vídeos³, transpira emoção e liderança: “Quando era pequeno, da idade de seu filho, meu pai me chamou a atenção sobre um homem que nos visitava e que, aparentemente, nunca havia feito nada extraordinário. Um dia, os guardas invadiram nossa casa, golpearam meu pai, minha mãe e também esse homem. E cada vez que o golpeavam, ele se levantava, uma e outra vez, sem dar-se por vencido. Creio que sua insistência em levantar-se fez com que os guardas se cansassem e o deixassem tranquilo. Recordo que diziam *stoikiy muzhik*, que em russo significa algo assim como homem persistente.” Esta é, talvez, a ajuda que os que trabalham com educação médica devem oferecer neste momento. Isto é Humanismo Médico em tempos de crise.

Quando a idade não nos permite estar nas linhas de frente, mas sim na ponte de comando, todos os dias, podemos e devemos ajudar. Sem ações heroicas, porém mostrando prudência, objetividade, realismo. Transmitindo serenidade, em esforço diário, à equipe pela qual somos responsáveis. Saber estar presente com os braços abertos. Superar o desânimo, sem render-se. Encarnar o *stoikiy muzhik*, tendo a persistência como bandeira.

Referencias

1. NEJM. April , 2, 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2006740.
2. Julián Marías. Una vida Presente. Memórias. Madrid: Páginas de Espuma; 2008.
3. www.sobramfa.com.br / cfr link. <https://vimeo.com/showcase/6982727/>

4. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
5. NEJM. Journal Watch. March 10, 2020. <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-covid-19/2020/03/10/>
6. Fernando Pessoa. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
7. Blasco PG. Educação Médica, Medicina de Família e Humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas. Tese Doutoral. Faculdade de Medicina, USP. São Paulo, 2002. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php>
8. Blasco PG. Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.
9. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. Fam Med. 2006; 38(2) 94-6.
10. <https://www.imdb.com/title/tt0480249/>
11. <https://www.imdb.com/title/tt0112573/>
12. <https://www.imdb.com/title/tt0349710/>
13. <https://www.imdb.com/title/tt3682448/>
14. <https://www.imdb.com/title/tt0172495/>
15. <https://www.imdb.com/title/tt0054331/>
16. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S; Stange, K. Physical Distancing With Social Connectedness. Annals of Family Medicine. 2020-03-26. (cfr. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/154577>).
17. <https://www.imdb.com/title/tt0111161/>
18. <https://www.imdb.com/title/tt1057500/>
19. Ortega y Gasset J: "Meditaciones del Quijote". Revista de Occidente. Madrid: Alianza Editorial; 1981.
20. <https://www.imdb.com/title/tt0097165/>
21. <https://www.imdb.com/title/tt0120382/>
22. <https://www.imdb.com/title/tt0311113/>
23. Blasco PG, De Benedetto MAC, Reginato V. Humanismo em Medicina São Paulo: SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo; 2015. v.100. p.437.

Los encantadores bien podrán quitarme la ventura, pero no el esfuerzo y el ánimo.
Don Quijote de la Mancha

¿CÓMO PUEDO AYUDAR?

Esta es la pregunta que nos despierta todos los días, durante las últimas semanas. Como profesores y médicos con muchas horas de vuelo, nuestro lugar ciertamente no está en primera línea, en la trinchera. Pero hay que ayudar: en primer lugar, al equipo de médicos que coordinamos, a los profesionales de la sanidad que nos rodean y, sin duda, a los pacientes y sus familias.

La actual pandemia de Covid-19 nos hace vivir tiempos difíciles y sin precedentes. Los esfuerzos de todos los profesionales, cada uno con sus propias competencias, son esenciales. Mientras que los investigadores y científicos se esfuerzan por encontrar recursos terapéuticos que puedan ser efectivos, los que están en la línea directa de asistencia dedican sus mejores esfuerzos a la atención clínica de los pacientes afectados. Vale la pena preguntarse cuál sería el papel de aquellos involucrados en la educación médica en este momento, para colaborar en la crisis global.

A cada día que pasa, es innegable que la atención al equipo de salud en sí es esencial. No solo el cuidado físico (para lo cual se toman todas las medidas posibles en cada caso), sino también la salud mental. O, para decirlo de manera más sencilla, elevar la moral de quienes se enfrentan a diario con esta amenaza de proporciones sin precedentes. Un médico desanimado y pesimista, sin perspectiva, también es un elemento de crisis, causa inseguridad en los pacientes, incluso más de lo que les llega a través de los medios informativos, y nada ayuda al equipo de salud.

De repente surge la idea: proporcionar una visión realista de los hechos, recuperar las proporciones que el equipo está experimentando en esta crisis. Esta puede ser nuestra ayuda desde detrás de escena. Es necesario, como advierte una publicación reciente, pensar globalmente, pero actuar localmente¹.

- Actuar localmente, la decisión está tomada.

Objetividad y Realismo

“Si se quiere entender algo, lo más urgente es restablecer las proporciones reales”, dice Julián Marías². Buscando colaborar en este sentido, **SOBRAMFA - Educación Médica y Humanismo**, ha difundido a través de videos cortos³ recomendaciones que ayudan a los profesionales a mantener una visión objetiva de la realidad que están viviendo. Cada uno, dentro de su círculo de influencia, atento a sus responsabilidades. Una preocupación excesiva y desproporcionada por los problemas globales que enfrenta el mundo, nada ayuda, incluso dificulta, que cada uno se haga cargo de sus propios compromisos, del sector específico del que es responsable en este momento.

Una de las primeras responsabilidades del médico es mantener la serenidad, no transferir innecesariamente las dudas y ansiedades que, por supuesto, tiene derecho a sentir. Pero debe trabajarlos internamente, con recursos de su propia fibra moral, sin arrojarlos tóxicamente sobre el paciente. Vale la pena recordar el comentario de Marañón: “El médico dogmático vive esclavo de su reputación, ignorando que sirve, no para que su familia pueda sentirse halagada, sino para arriesgarse cuando sea necesario, para mantener la moral de los pacientes alta. La moral alta es casi siempre la mejor medicina y, a veces, la única que podemos recetar”.⁴ Incluso en situaciones de crisis como la que vivimos, es bueno recordar aquel dicho clásico: lo que distingue a un buen médico no es el currículum ni los premios, ni siquiera los regalos que recibe de su clientela ¡El buen médico es aquel que, después de visitarlo, el paciente sale mejor de lo que ingresó!

En reciente entrevista de audio,⁵ publicada por importante revista médica, uno de los líderes mundiales en la lucha contra la pandemia de Covid-19 (y con muchas otras anteriores), afirmó que, incluso frente a un gran desafío, nadie tiene que sentirse responsable de la salud global del planeta. Es decir, respeto por la amenaza global, pero cada uno atento a lo que le atañe. Objetividad y realismo, por lo tanto. Las ansiedades globales no ayudan.

Vale la pena mencionar un ejemplo que ilustra esta forma de actuar. El equipo que coordinamos trabaja en dos pequeños hospitales y se ocupa de varias residencias de ancianos, con más de 600 huéspedes. La objetividad y el realismo implican una tabulación diaria de la evolución de los pacientes que cada uno tiene confiados: los hospitalizados, las muertes y, muy importante, el alta de los recuperados, lo que proporciona una sensación de realidad. La información global, que está disponible para cualquier persona y necesaria para las políticas de salud, no es realmente relevante para lo que cada profesional tiene que enfrentar a diario. Incluso puede generar una preocupación anticipada y, lo que es peor, distraerle de sus propias responsabilidades. Es posible, como dice el refrán, *que los muchos árboles te impidan ver el bosque*.

Serenidad para gobernar las emociones

La crisis que estamos viviendo tiene un doble componente: por un lado, la amenaza biológica de un nuevo virus, con graves consecuencias para la salud de la población, porque se trata de algo desconocido. Pero, por otro, la ansiedad, el miedo y las emociones desordenadas también son una amenaza para el equilibrio mental y para la serenidad necesaria para enfrentar un desafío como el actual.

Un poema de Fernando Pessoa ilumina esta reflexión. El poeta dice en traducción libre: “*La vida es lo que hacemos de ella / Los viajes son los que viajan / Lo que vemos no es lo que vemos / sino lo que somos*”⁶. En otras palabras: filtramos la realidad a través de nuestras emociones, a través de la forma en que vivenciamos esa reali-

dad. Esto explica la angustia y las aflicciones al considerar la realidad del escenario que tenemos al lado, en “nuestro patio”, con ojos, sentimientos y emociones amplificadas (y deformadas), debido al panorama mundial presentado por los medios informativos. Nuevamente, es necesario actuar, y sentir, localmente, previniendo las emociones globales.

El cine, un recurso educativo utilizado en la educación médica^{7,8} también se incluye en estos videos.³ El utilizar clips de diferentes escenas de películas⁹ ayudan a aclarar muchas de las recomendaciones hasta aquí comentadas. Destacamos un primer mensaje: **no estás solo**. La película *Soy leyenda*¹⁰ es directa en el mensaje: (“si hay alguien ahí, puedo ayudar, no estás solo”). Y luego, la lucha contra el pesimismo reinante: (“si las personas que desmejoran este mundo nunca se van de vacaciones, ¿cómo voy a tomármelas yo?”). No se puede sucumbir al pesimismo, ni participar pasivamente en todo tipo de noticias que llegan indiscriminadamente. Además de la distancia social como recurso de prevención epidemiológica, se debe mantener una distancia informativa saludable.

La importancia esencial del liderazgo representado en la escena de *Braveheart*¹¹ donde William Wallace pide que se espere el momento adecuado para enfrentar la carga de caballería enemiga. El liderazgo que también supone mantener al equipo unido, no tolerar las divisiones que se producen debido a la tendencia natural de buscar culpables en tiempos de crisis. Algo que presenciamos a diario, muy bien abordado en *Brigada 49*¹² en la escena después de la muerte del bombero: (“¡Vengo de decirle a una madre que su hijo ha muerto y tú discutes en mi casa! Superamos esto si permanecemos juntos, aprendemos la lección y volvemos al coche patrulla y, de ese modo, honramos al colega muerto.”

Huir de ansiedades innecesarias, como la sana indiferencia del espía soviético en *El Puente de los Espías*¹³, que contrasta con la preocupación desproporcionada del hijo del abogado. Sin olvidar la importancia de la unidad que caracteriza el verdadero trabajo en equipo: *Gladiator*¹⁴ (“No sé lo que saldrá por esas puertas, pero si estamos unidos sobreviviremos) Y Espartaco¹⁵ (“ ¡Yo soy Espartaco! ”- gritan todos, cuando las autoridades buscan al responsable por la sublevación de los gladiadores). Espartaco es más que una persona: ¡es una idea que reúne al equipo y promueve la solidaridad en tiempos de crisis!

Se recomienda el asilamiento social, y se ponen a disposición museos y conciertos gratuitos en Internet. Las oportunidades culturales son únicas, pero sentimos que nos falta algo. El hombre -ya lo decía Aristóteles- es un animal social, y lo que nos falta es la experiencia de vivir toda esa cultura con alguien, en sociedad. Quizá lo que necesitamos es distancia física, pero conectividad social, como bien apuntan recientemente algunos autores.¹⁶ De nuevo el cine para iluminar la cuestión: En *Cadena Perpetua*,¹⁷ el banquero culto encuentra entre los discos de la prisión “Las Bodas de Fígaro” y se da cuenta de que no puede disfrutar con la melodía de Mozart en soledad. Lo coloca en los altavoces, le cuesta algunas semanas de solitaria, pero consigue que, por algunos minutos, todos aquellos hombres se sientan libres.

Liderazgo para redimir las circunstancias

Las noticias tóxicas que llegan diariamente por todos los canales de comunicación, saturan y deprimen. Se destacan las tragedias -que ciertamente existen- pero se omiten las conquistas y superaciones. Comprobamos como la gente a nuestro alrededor -ciudadanos, pacientes y, por supuesto, los profesionales de la sanidad- sucumben a ese bombardeo. Destacamos un comentario singular que nos llegó: ¡tengo que apartarme del teléfono para poder descansar! Y uno piensa si el teléfono -el *smartphone*- es un instrumento a mi servicio, o un dictador impiedoso. Inmediatamente acude a la mente la escena de Nelson Mandela en su celda de Robben Island descrita magistralmente en la película *Invictus*¹⁸ (“Yo soy el capitán de mi alma, yo soy el señor de mi destino”). Un ejemplo de liderazgo sobre sí mismo, de quien se pasó 29 años en prisión, sin perder los nervios ni el foco en su misión.

Las circunstancias nos desafían, pero no pueden condicionarnos. Imposible no evocar en este punto, las reflexiones de Ortega en sus *Meditaciones del Quijote*.¹⁹ "Los encantadores bien podrán quitarme la ventura, pero no el esfuerzo y el ánimo" dice Don Quijote. Si nos resistimos a esa herencia y el entorno nos impone acciones determinadas, es porque tratamos de basarnos, solo en nosotros, en el origen de nuestras acciones. Cuando el héroe quiere, no son los ancestros o las costumbres del presente quienes quieren algo, sino él mismo. La heroicidad consiste precisamente en este deseo de ser él mismo quien tiene que ser."

Nuevamente objetividad: prestar atención a lo que tenemos a mano, sin perderse en sueños o fantasías. O en quimeras y miedos. Vivir lo que tenemos, en nuestras condiciones y circunstancias. De ahí la conocida frase del filósofo: "Soy yo y mi circunstancias, y si no las salvo a ellas, no me salvo a mí mismo". Frase a menudo citada, pero en su mayoría incompleta. Las circunstancias se colocan, en la cultura popular, como una excusa y no como un desafío que debe salvarse, redimirse. Por eso Ortega agrega: "Tenemos que buscar para nuestras circunstancias lo que es peculiar, el lugar correcto en la inmensa perspectiva del mundo. No detenernos en valores fijos, sino conquistar en nuestras vidas individuales el lugar correcto entre ellos. En resumen: la reabsorción de las circunstancias es el destino concreto del hombre". Imposible mayor claridad con menos palabras.

Redimir las circunstancias, de eso se trata. Y nuevamente el cine surge para ampliar las reflexiones. Peter Weir, el director australiano, es un especialista en "redimir circunstancias". Subirse a la mesa, en *El Club de los Poetas Muertos*,²⁰ para ganar otras perspectivas de la realidad. O atarse al barco -hacerse uno con su misión de libertad- en el *Show de Truman*,²¹ para enfrentar los maremotos de esclavitud. O superar la pérdida de un brazo, como en *Master and Commander: Al otro lado del mundo*²² teniendo por ejemplo al almirante Nelson, que con un sólo brazo dirigió la escuadra británica a la victoria, y preside el panorama Londrino desde la columna en Trafalgar Square. Llegamos a la época de Pascua en medio de la crisis. Alguien envió una lectura de la Biblia específica para estos momentos. Leemos con calma, saboreándolo: "Aprende dónde se encuentra la prudencia, la fuerza y la inteligencia, para que puedas saber, al mismo tiempo, dónde se encuentran la vida y la felicidad, el brillo de los ojos y la paz".

Imposible no hacer la conexión con esa otra escena llamativa, de *El Puente de los Espías*,¹³ cuando el espía describe la categoría moral de un hombre que conoció en la infancia, a quien el abogado defensor le recuerda. Todo el diálogo, incluido en uno de los videos³ transpira emoción y liderazgo: "Cuando era pequeño, de la edad de su hijo, mi padre me llamó la atención sobre un hombre que nos visitaba y que, al parecer, nunca había hecho nada extraordinario. Un día, los guardias invadieron nuestra casa, golpearon a mi padre, a mi madre y también a este hombre. Y cada vez que lo golpeaban, se levantaba, una y otra vez, sin darse por vencido. Creo que su insistencia en levantarse hizo que los guardias se cansaran y le dejaran tranquilo. Recuerdo que decían *Stoikiy muzhik*, que en ruso significa algo así como hombre persistente." Esta es, quizá, la ayuda que los que trabajan en la *educación médica* deben ofrecer en este momento. Esto es Humanismo Médico²³ en tiempos de crisis.

Cuando la edad no nos permite estar en primera línea, pero desde el puente de comando, todos los días, podemos y debemos ayudar. Sin acciones heroicas, pero mostrando prudencia, objetividad, realismo. Transmitiendo serenidad, en esfuerzo diario, al equipo del que somos responsables. Saber estar presentes, con los brazos abiertos. Superar el desánimo, sin rendirse. Encarnar el *Stoikiy muzhik*, la persistencia como bandera.

Referencias

1. NEJM. April , 2, 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2006740
2. Julián Marías. *Una vida Presente. Memorias*. Páginas de Espuma. Madrid 2008.

3. www.sobramfa.com.br / cfr link. <https://vimeo.com/showcase/6982727/>
4. Marañón G.. La medicina y nuestro tiempo. Espasa Calpe. Madrid, 1954.
5. NEJM. Journal Watch. March 10, 2020. <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-Covid-19/2020/03/10/>
6. Fernando Pessoa. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
7. Blasco PG. *Educação Médica, Medicina de Família e Humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas*. Tese Doutoral. Faculdade de Medicina, USP. São Paulo, 2002. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php>
8. Blasco PG. *Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema*. Centro Universitário São Camilo. São Paulo. 2011.
9. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. *Fam Med* 2006; 38(2) 94-6.
10. <https://www.imdb.com/title/tt0480249/>
11. <https://www.imdb.com/title/tt0112573/>
12. <https://www.imdb.com/title/tt0349710/>
13. <https://www.imdb.com/title/tt3682448/>
14. <https://www.imdb.com/title/tt0172495/>
15. <https://www.imdb.com/title/tt0054331/>
16. Physical Distancing With Social Connectedness. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S; Stange, K. *Annals of Family Medicine*. 2020-03-26. (cfr. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/154577>).
17. <https://www.imdb.com/title/tt0111161/>
18. <https://www.imdb.com/title/tt1057500/>
19. Ortega y Gasset, J: "Meditaciones del Quijote". Revista de Occidente. Alianza Editorial. Madrid. 1981.
20. <https://www.imdb.com/title/tt0097165/>
21. <https://www.imdb.com/title/tt0120382/>
22. <https://www.imdb.com/title/tt0311113/>
23. Blasco PG, De Benedetto MAC, Reginato V. Humanismo em Medicina São Paulo SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo, 2015, v.100. p.437.

Plano de sobrevivência em tempos de Covid-19 (ou quem você será depois?): relato de experiência

Plan de supervivencia en tiempos de Covid-19 (¿O que será después?): relato de experiencia

Formative Survival Plan Covid-19 Times (or Will Be Next?): Experience Report

Luiz Marcelo Araújo.*

**Médico generalista e intensivista. Colaborador da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo.*

Correspondencia: Dr. Luiz Marcelo Araújo. **Correo electrónico:** luizmarcelo.araujo@yahoo.com.br.



Nestes tempos de Covid-19, nossa vida tem sido ouvir de todos os lados: conter a propagação, isolamento social, medidas do governo, apoio financeiro, maior crise do século, achatamento da curva, máscaras caseiras e lives de artistas famosos...

Para quem precisa se isolar em casa, porém, o que reina no silêncio é a solidão. Aquela solidão da qual tanto fugimos, quando perdemos horas procurando um filme em uma plataforma de streaming, interagindo nas redes sociais ou em jogos no celular sem nenhuma complexidade, ou seja, entregando-nos a vícios, clara ou secretamente nocivos. Fugimos dessa solidão por meios ainda mais sutis, quando simplesmente deixamos a TV ligada para não ouvir nossos próprios pensamentos ou nos afogamos em trabalho.

Talvez seja isso, fugir de não ter para onde olhar a não ser para nosso interior impede que identifiquemos o que realmente queremos e o que não queremos, enfim, o que realmente importa. É necessário encarar medos e inseguranças, vontades e insatisfações e identificar o que causa sofrimento e o que é supérfluo. Essa interiorização propiciada pelo isolamento nos faz reconhecer verdades duras de encarar e entender o que precisamos mudar na rotina cômoda para sermos realmente felizes.

Sou médico e nesta pandemia tenho atuado nas linhas de frente. Tive de lidar com muitas incertezas, aprendizados, dores, jornadas de pacientes que faleceram longe de seus familiares e também sucessos. E nos períodos em que não estou trabalhando, minha total adesão ao isolamento social tão necessário em nosso país nesse momento, proporcionou-me tempo para refletir. E identificando a possibilidade de superar essa crise e ajudar os demais a fazê-lo, quero propor um plano. Acreditem, não o testei. Enquanto escrevo esse texto, estou elaborando-o e pretendo aplicá-lo em minha vida. A situação ficou crítica e se eu não fizer nada vai ser impossível continuar. E as palavras de Assis Valente – “Chegou a hora dessa gente bronzada mostrar seu valor.”¹ – vão ecoando em minha mente e inspirando-me a compor meu texto em que coloco algumas questões e sugestões a seguir.

O que é importante e do que sinto falta?

Primeiro, sinto falta de autocuidado, de cuidar do meu corpo e da minha mente. Penso ser essencial incorporar ocupações variadas no dia a dia, as quais envolvam atividade física (por mais que eu não goste, e realmente não gosto, é preciso), estudo (medicina, finanças, autoconhecimento, política, inteligência emocional) e entretenimento (filmes, livros ou séries, ficção ou não, somente por hobby).

Depois vem o contato social, uma vez que somos indivíduos sociais. Preciso ter contato próximo e sentir-me conectado com as pessoas à minha volta, falar 'bom dia' ao porteiro do prédio ou abraçar quem eu amo. Sem isso, sinto-me sozinho, ainda que tenha pessoas ao meu redor.

Por último, sinto falta de preocupar-me com outras coisas que não sejam se peguei ou pegarei o vírus ou se o levarei para casa, colocando em risco as pessoas que amo. Certamente, essa é uma questão que diz respeito a muitos indivíduos, os quais se focam 24h por dia nas informações veiculadas pela mídia e acabam se imobilizando pelo medo decorrente de tal atitude. Embora seja essencial obter informações básicas e tomar todos os cuidados necessários para a prevenção da Covid-19, não se pode esquecer que a vida continua e deve ser contemplada em seus diferentes aspectos.

Mas, então, o que fazer?

Levando-se em conta essas três dimensões, foi possível estabelecer o seguinte plano em cinco etapas com algumas sugestões:

1. Incorporação de atividade física na rotina diária

Meu esporte era natação, mas por motivos claros não está sendo possível. No entanto, há outras alternativas viáveis e há a possibilidade, por exemplo, de acordar cedo (quando há menos pessoas na rua) e realizar uma caminhada, progredindo até conseguir correr. Mantendo o distanciamento das pessoas, é claro.

2. Estabelecimento de uma rotina diária de estudo

Em relação ao estudo, é imprescindível manter uma rotina diária: separar duas horas por dia para estudar, dividindo o tempo conforme as prioridades dentre os temas listados anteriormente.

3. Inclusão de lazer e entretenimento

Em relação ao entretenimento, assistir um filme ou episódio de série por dia, atentando para os temas e o impacto que estes possam gerar em mim).

4. Aprofundamento do contato social

Aparentemente, esta é a sugestão mais complicada, pois a volta à normalidade no que diz respeito ao contato social deverá ser a última coisa a acontecer. Por isso, pensei em fazer uma lista das pessoas que me são caras, com as quais quero manter proximidade, classificá-las para contatos diários, ou a cada dois ou três dias, ou semanais e fazer uma programação de videochamadas ou ligações telefônicas. Acredito que esta estratégia ajudará a cultivar os laços de amizade e a criar um grupo de pessoas afins que amparam umas às outras e, assim, fortalecem-se para atuar da melhor forma em seu círculo de influências. Além disso, a troca de narrativas pessoais tem por si só um efeito terapêutico ou paliativo, representando um recurso para organizar o caos que possa perturbar nossas mentes em períodos de crise e caos.²

5. E o mais importante – seguir o plano

Isto parece óbvio, mas caso o plano seja unicamente lido não passará de tinta no papel e não será de nenhuma valia. É certo que ele parece relativamente simples, porém sua adoção no cotidiano requer disciplina e deter-

minação, qualidades essenciais para a sobrevivências nos dias atuais. Essas são sugestões iniciais que vieram à minha mente quando comecei a refletir sobre o tema e representam um estímulo aos leitores para que estabeleçam o plano que melhor se adeque a suas características, hábitos e preferências. Muitas outras sugestões são viáveis, tais como: leitura de livros que estavam aguardando em nossas filas, prática de yoga, meditação ou mindfulness, prática de artesanato, culinária ou pintura, audição de música de boa qualidade e até mesmo a planejamento em relação às atividades domésticas necessárias. E, certamente, o estabelecimento de uma rotina diária para o seguimento de um plano como esse não deixará espaço para preocupações desnecessárias, cuja solução está além de nossa alçada.

E por fim, convém lembrar que a solidão não é exclusividade de ninguém. Não podemos nos esquecer da solidão de quem está doente, a qual é totalmente diferente. Estando em casa, não pode ter contato com seus familiares. Estando internado(a), não pode receber visitas. Às vezes, fica difícil saber o que dói mais, sua cama vazia que sempre teve alguém ou o sofá de acompanhante do hospital, que costumava ser ocupado, também vazio.

Ainda há a solidão da família de quem está doente. À distância, preocupada com quem está internado, ou morando na mesma casa com medo de também ficar doente e não mais poder cuidar de seu ente querido. Infelizmente, nessas situações temos ainda os idosos. Além de ter evolução mais grave, não têm familiaridade com as redes sociais para se comunicar com a família.

Difícil pensar em propor uma solução para tamanha complexidade. No momento em que a doença chega, precisamos agarrarmo-nos com toda a fé que temos, qualquer que seja, e pedirmos que tenhamos recursos disponíveis para o tratamento e a resposta adequada. Enquanto médicos, podemos tentar minimizar esse sofrimento com boletins diários (ligação ou videoconferência) aos familiares de nossos pacientes e, principalmente, exercendo a empatia. Talvez, essa última seja a mais importante, pensar e sentir o incômodo como se fosse seu e perceber, o que, muitas vezes, conduz a atitudes simples, as quais quando feitas com o coração fazem toda a diferença. Leia Johnson, médica brasileira que atua nos EUA afirmou: “Morrer é orgânico. Mas morrer aos montes, morrer sem ar, morrer sem um afago ou um adeus. Morrer sozinho entre estranhos mascarados. É muito triste.”³ Que não nos esqueçamos jamais dessas palavras e nem da letra desta canção de William Robinson Jr: “You're gonna miss me when I'm gone/ You're gonna miss me by my hair, (...) everywhere, (...) by my walk, (...) by my talk”, pois elas representam um poderoso estímulo à empatia.

Nos momentos de crise, além de autoconhecimento, também conhecemos aqueles que nos cercam, pois as pessoas acabam por se revelar como realmente são: egoístas ou solidárias, preocupadas com vidas ou unicamente com a economia, potencializadoras ou minimizadoras da fome.

E para sobrevivermos como humanidade hoje, nossa situação exige que contemplemos alguns aprendizados e atitudes: 1. Conhecermos o que é realmente importante para nós como indivíduos para que possamos conquistar o que realmente queremos; 2. Retomarmos valores que nos permitam um desenvolvimento como comunidade; 3. Escolhermos quem seremos depois que tudo passar, avaliando quem fez tudo que podia ou quem poderia ter feito mais. Que a solidão do isolamento seja nossa grande mestra e nos revele as sutilezas da condição humana, pois é essa busca que nos tornará capazes de viver em completude, quer estejamos sozinhos ou acompanhados.

Referências

1. Assis Valente. Brasil Pandeiro [música e letra]. Brasil: Colúmbia Discos; 1940.
2. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998; 16:197-212.
3. Johnson LT. A pandemia é o jogo para o qual, nós, médicos, treinamos a vida inteira. *A Gazeta*. 2020; Jornal – A Gazeta - edição de 07/04/2020. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/artigos/a-pandemia-e-o-jogo-para-o-qual-nos-medicos-treinamos-a-vida-inteira-0420>.

Covid-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos: pensando globalmente, atuando localmente e sentindo individualmente

Covid-19 en instituciones de cuidado a largo plazo para los ancianos: pensar globalmente, actuar localmente y sentir de forma individual

*Covid-19 in Long Term Care Institutions for the Elderly: thinking globally, acting locally and
feeling individually*

Guilherme A. Rossini,* Marcelo R. Levites,** Marco Aurelio Janaudis,*** Marcella Jovelli M. Ribeiro.****

* Doutorando em Medicina – Instituto Butantã - São Paulo - SP / Faculdade de Medicina da USP. **Doutor em Medicina. Diretor Comercial de SOBRAMFA.
Doutor em Medicina. Secretário Geral de SOBRAMFA. Diretor de Graduação e Conteúdo. *Acadêmica na Faculdade de Medicina, Universidade Municipal
de São Caetano do Sul (USCS).

Correspondencia: Dr. Guilherme A. Rossini **Correo electrónico:** dr.guilherme@usp.br

Resumo

O surto de Covid-19 iniciado na China no final de 2019 expandiu-se rapidamente, configurando uma pandemia e as instituições de saúde, vigilância epidemiológica, universidades e associações médicas ao redor do mundo estão trabalhando para definir precisamente as características clínicas e epidemiológicas do vírus causador da doença, o SARS-CoV-2. Neste artigo, apresentamos uma reflexão acerca dos efeitos e aprendizados decorrentes da pandemia nas Instituições de Longa Permanência para Idosos em que atuamos como médicos, ressaltando como a prática de uma medicina humanística e centrada na pessoa contribuiu para a introdução das medidas necessárias para a contenção e tratamento da doença, com redução de seus impactos.

Palavras-chave: Covid-19. Instituições de Longa Permanência para Idosos. Medicina Centrada na Pessoa.

Resumen

La epidemia de Covid-19 que comenzó en China a fines de 2019 se ha expandido rápidamente, configurando una pandemia y las instituciones de salud, vigilancia epidemiológica, universidades y asociaciones médicas de todo el mundo están trabajando para definir con precisión las características clínicas y epidemiológicas del virus causante de la enfermedad, SARS-CoV-2. En este artículo, presentamos una reflexión sobre los efectos y las lecciones aprendidas de la pandemia en los residenciales para mayores en las cuales trabajamos como médicos, enfatizando cómo la práctica de la medicina humanista y centrada en la persona ha contribuido para la institución de las medidas necesarias para la contención y tratamiento de la enfermedad, con reducción de sus impactos.

Palabras clave: Covid-19. Residenciales para mayores. Medicina Centrada en la Persona.

Abstract

The Covid-19 outbreak that started in China in late 2019 has expanded rapidly, configuring a pandemic and health institutions, epidemiological surveillance, universities, and medical associations around the world are working to define –

precisely the clinical and epidemiological characteristics of the disease-causing virus, SARS-CoV-2. In this article, we present a reflection on the effects and the lessons learned from the pandemic in nursing homes in which we work as doctors, emphasizing how the practice of humanistic and patient-centered medicine has contributed to the institution of the necessary measures for containment and treatment of the disease, with reduction of its impacts.

Keywords: Covid-19. Nursing Homes. Patient-Centered Medicine.

Os coronavírus (CoVs) constituem uma família de vírus RNA que têm potencial de causar, normalmente, doenças respiratórias leves em humanos. Em janeiro de 2020, a comissão municipal de saúde de Wuhan, na China, alertou sobre um surto de uma nova forma de pneumonia viral causada pelo “Wuhan coronavírus n-CoV”, a qual ficou conhecida como Covid-19¹ e pode evoluir com Síndrome Respiratória Aguda Severa. Este novo vírus é o sétimo coronavírus conhecido com capacidade de infectar seres humanos e foi nomeado como Sars-CoV-2.² O surto se expandiu rapidamente, configurando uma pandemia e as instituições de saúde, vigilância epidemiológica, universidades, associações médicas e editoriais de revistas científicas ao redor do mundo estão trabalhando para definir precisamente as características clínicas e epidemiológicas do SARS-CoV-2.

Aqui no Brasil não é diferente. Desde as instituições nacionais e públicas, como o Ministério da Saúde, até as privadas e locais, como as instituições de longa permanência para idosos (ILPI), estão empenhadas em proteger a população do vírus. As medidas requeridas para o “achatamento da curva” de transmissão da Covid-19 como o isolamento, o distanciamento social e a quarentena da população também apresentam “efeitos colaterais”, como, por exemplo, o anseio e a angústia dos familiares que têm seus entes queridos vivendo em ILPI. Em uma esfera mais ampla e nacional, as medidas preventivas citadas geram um impacto negativo em diferentes níveis da sociedade, sufocando a vida social e econômica.³ Isso talvez seja tão ruim quanto o próprio impacto direto da pandemia na população, por isso medidas extremas como lockdown, devem ser individualizadas⁴, uma vez que, sabidamente, a crise econômica gera desigualdade social⁵ e esta reflete negativamente na mortalidade infantil, em mortes por causas externas e em outros importantes indicadores de saúde. Ao mesmo tempo, países que já estavam abalados em decorrência de questões políticas e econômicas tendem a sofrer mais o impacto da pandemia.⁶

É praticamente impossível prever o resultado das medidas que vão sendo tomadas conforme o conhecimento acerca da doença vai sendo construído e todos os gestores de saúde do mundo vivem um desafio diário para tomar decisões acertadas baseadas em dados sólidos e protocolos (*guidelines*). Tais dados e protocolos apresentam um caráter dinâmico e o que era verdadeiro em um dia deixa de ser aceito em outro, pois estamos diante de uma ciência vivida em tempo real a partir da experiência. Em relação aos cientistas reducionistas estáticos, a pandemia desafia a ciência e, se a ciência quer representar a realidade como ela é, tem de ser dinâmica, com múltiplas variáveis a serem levadas em consideração e consciente de que existem perspectivas e interpretações dos dados que representam a realidade.

Neste artigo, aliamos nossas percepções pessoais aos dados epidemiológicos e clínicos que nos têm norteado com o objetivo comunicar nossa experiência como médicos atuantes em ILPI na cidade de São Paulo, SP, Brasil, durante a pandemia de Covid-19.

Qual o tamanho e as habilidades do “monstro”?

Desde o início da pandemia, estabeleceu-se uma grande preocupação em relação aos idosos e portadores de comorbidades, os quais foram considerados população de risco e realmente apresentam grandes taxas de morbimortalidade, as quais têm sido insistentemente transmitidas pelos veículos de comunicação. Imaginem um grupo de pessoas com essas características residindo em um mesmo local e tendo de ser cuidadas por profissionais que vêm de fora, muitos deles por meio dos transportes coletivos. Tudo isso e ainda as notícias

devastadores que vinham da Europa relatando um número absurdo de mortes criou um clima de insegurança e preocupação para gestores, médicos e profissionais que atuam em ILPI em nosso país.

Existem evidências de que mesmo em populações de risco, a infecção pelo SARS-CoV-2 pode ser assintomática⁷ e ao mesmo tempo, se houver sintomas, estes podem ser inespecíficos.⁸ Sintomas como tosse e cansaço, que são comuns em idosos com múltiplas comorbidades, representam um desafio para o médico que assiste a ILPI e trabalha com essa população vulnerável.

Em um primeiro momento, em relação aos residenciais de idosos onde atuamos, seguimos as recomendações da literatura para a adoção de medidas não farmacológicas de prevenção⁹ como:

- 1) restrição de visitas de familiares;
- 2) medição de temperatura de todas as pessoas que entram na unidade;
- 3) intensificação das medidas de higiene em áreas comuns;
- 4) suspensão de atividades em grupo;
- 5) afastamento de funcionários sintomáticos;
- 6) cuidados redobrados dos funcionários com lavagem de mãos, equipamentos de proteção individual (EPIs) e demais medidas de proteção.

Apesar de a utilização dos EPIs ser considerada eficaz, profissionais da saúde podem se contaminar.¹⁰ Um estudo em casas de repouso apontou a presença do vírus em pacientes pré-sintomáticos e também uma rápida disseminação do mesmo.¹¹ Por isso, os maiores desafios que envolvem a eficácia das medidas preventivas estão atrelados às características do SARS-CoV-2, como inespecificidade dos sintomas e a transmissibilidade por pessoas assintomáticas.^{7,12} Portanto, o vírus já poderia estar circulando nas instituições mesmo antes que as medidas tivessem sido tomadas, ou ainda, os próprios trabalhadores da área da saúde e cuidadores que assistem aos idosos poderiam ser fontes de contaminação, em especial os que estão em contato prolongado com o paciente.¹³ A identificação do possível local de origem de uma contaminação é incerta uma vez que grande parte dos profissionais possuem mais de um local de trabalho¹⁴, utilizam transporte público, vão ao mercado, etc.

Não existe outra saída: temos que nos adaptar à alta exposição ao vírus a que estamos sujeitos, e ser resilientes ao impacto na nossa profissão¹⁵ pois, certamente, toda a área da saúde irá mudar. Devemos estar preparados para as mudanças e as atualizações que estão ocorrendo no mercado, como por exemplo, a chegada da telemedicina.¹⁶ Além do mercado da saúde, o mercado de ações também sentiu, sente e sentirá o impacto da pandemia.¹⁷ A tendência é que toda economia em geral se transforme¹⁸⁻²⁰ e, certamente, modificações ocorrerão na medicina.

Existe a possibilidade de a pandemia ser a “gota d’água” de uma crise humanitária complexa que desafiará toda a humanidade.²¹ Precisamos estar conscientes de que governos e instituições buscam meios inéditos para superar essa crise, tendo sido sugerida até mesmo a necessidade da criação de uma Nova Ordem Mundial.²² No entanto, as pessoas mais vulneráveis estão agora abertas ao conhecimento e mudanças de comportamento, uma vez que a mudança já ocorreu e agora tudo é questão de resiliência.²³ E não são de se desprezar o grande número de estratégias criativas e de atitudes de compaixão e união que se espalham ao redor do planeta, na tentativa de se minimizar o sofrimento. Certamente, teremos a oportunidade de fazer algo diferente desta vez.²²

Narrativa de um jovem médico da equipe acometido pela Covid-19

No início de março de 2020, como parte de uma equipe que dá assistência a várias ILPI na cidade de São Paulo, comecei a passar visita em alguns desses residenciais. Logo após iniciar minhas atividades, tive a notícia do --

primeiro caso confirmado de Covid-19 em nosso país, o qual ocorreu em nossa cidade, bem próximo ao ambiente em que vivo e trabalho. Já tendo assimilado tudo o que havia lido e estudado sobre a doença, imediatamente senti um sinal de alerta interno: “Eu estou trabalhando justamente com os mais vulneráveis a desenvolverem formas severas do coronavírus!”.

A nossa equipe médica prontamente se decidiu, e logo iniciamos as recomendações preventivas supracitadas. Muita coisa mudou na prática, inclusive a maneira de cumprimentar meus pacientes. As visitas dos familiares foram restringidas, o que levou a um anseio de ambas as partes, dos pacientes e de seus familiares queridos. Estimulei o uso da tecnologia com videochamadas para aproximá-los, mas não é a mesma coisa que um contato presencial, como um jantar, por exemplo. Com os EPIs eu me sentia como se tivesse colocado uma armadura, e a máscara me fazia sentir de alguma maneira sufocado. No final da visita, eu ficava aliviado quando saía ao ar livre, retirava a máscara e respirava bem fundo. Algo novo para o qual todos médicos deverão se adaptar visando o bem do coletivo e o próprio bem.

De repente, no final de março, eu iniciei um quadro gripal com dores musculares e cansaço que persistiam por algum tempo e, quando achei que fosse melhorar, acordei com anosmia no quarto dia. Em todo esse processo e experiência, esse último foi o que me tirou da zona de conforto. Um tanto esquisito não sentir o cheiro do café. E se de algum modo foi de certo modo frustrante precisar me afastar de um trabalho empolgante que havia iniciado há pouco, por outro lado, eu me senti trabalhando em equipe, uma vez que os outros colegas assumiram as linhas de frente²⁴ para que eu conseguisse me isolar e recuperar. Todo contexto me fez sentir liderado pelos mais experientes da nossa equipe, algo necessário nos dias atuais²⁵⁻²⁷.

Nesta era em que estamos vivendo, com internet e muitas informações, existem dezenas de atualizações sobre Covid-19 todos os dias, e é preciso saber distingui-las e articulá-las para que se tornem conhecimento, uma vez que uma informação fora de contexto e mal interpretada leva confusão, dúvidas, medos e incertezas.

No entanto, analisando todos os cenários desta pandemia, eu escolhi ser otimista e acreditar que vai ficar tudo bem. Fui me recuperando aos poucos, sem necessitar internação e estou certo de que iremos nos adaptar como humanidade, evoluir, atingir uma nova etapa da vida, talvez com uma certa distância dos entes queridos e deixando os abraços, beijos, carinho no cabelo e outras linguagem do amor – tão presentes em nossa cultura – limitados. Talvez nada mude. Independentemente, nós seremos resilientes, inclusive com as próximas mudanças que virão.

Nesse período de quarentena, em que pude refletir e aprender a melhor a lidar com as incertezas da vida, um autor que muito me inspirou foi Eckhart Tolle que, em seu livro chamado “O Poder do Agora”²⁸, ensina sobre padrões da mente e a identificação com os pensamentos. E a prática das técnicas meditativas sugerida pelo autor tem me ajudado bastante no caminho da auto-observação e na organização e liberação dos sentimentos e pensamentos caóticos que comumente afloram em momentos de crise.

Narrativa coletiva dos médicos que se mantiveram atuantes nas ILPI

Estávamos no começo do mês de março de 2020. Muitas informações chegavam da China e da Europa e já tínhamos conhecimento de muitas mortes de idosos ocorridas em casas de repouso de alguns países europeus. Nesse momento, quando a Covid-19 tinha uma disseminação incipiente no Brasil e ninguém sabia ao certo o rumo que as coisas iriam seguir, fomos tomados pela dúvida e apreensão. Será que nas ILPI em que atuávamos muitos idosos iriam morrer? Será que teríamos de vivenciar situação semelhante à ocorrida na Europa? Essas notícias também abalaram os familiares dos hóspedes e muitos começaram a ligar perguntando se deveriam retirá-los das casas de repouso ou não. Explicamos que, apesar de o coronavírus ser muito transmissível e apresentar-se de forma mais grave nos idosos, iríamos adotar todas as medidas de prevenção necessária, pois havíamos já aprendido muito com as informações e relatos que chegavam das instituições do exterior. Em ---

nostros cenários de atuação, passamos a transmitir, incansavelmente, os conhecimentos adquiridos sobre a doença e sua prevenção a todos os funcionários. Muitas conversas com a equipe de enfermagem e cuidadoras foram necessárias para que adquirissem o hábito de se proteger adequadamente, porém, sem se deixar tomar pelo pânico. Continuávamos a aprender cada vez mais a partir de relatos que chegavam de outras casas de repouso dos EUA e da Europa, reforçando assim as estratégias de prevenção e nos preparando para quando tivéssemos de lidar com os primeiros idosos infectados. Durante todo o mês de março, nada de novo aconteceu com nenhum dos cerca de 600 hóspedes das ILPI em que atuamos.

No final de março, quando já tínhamos vários casos de Covid-19 reportados no Brasil, surgiu a primeira situação preocupante que envolveu uma hóspede nonagenária que teve febre e queda de saturação. Esta, no mesmo dia, foi encaminhada ao hospital. Após alguns dias, recebemos a notícia de que ela veio a falecer por um vírus intersticial e não em decorrência da Covid-19. No entanto, nesse momento, o nosso grau de preocupação com todos – hóspedes e funcionários – havia se intensificado e medidas de prevenção mais rígidas foram tomadas: EPIs para quem tinha contato direto com os idosos, intensificação das medidas de limpeza e higiene, restrição de visitas e isolamento de cada hóspede que apresentasse febre ou sintomas de um estado gripal, mesmo leve.

Com o decorrer do tempo foi aumentando o número de pacientes com sintomas de febre e apatia, mais do que tosse. Continuamos isolando esses hóspedes e passamos a testá-los com o PCR para coronavírus. Foi quando, de fato, confirmamos os primeiros casos da doença. Os que tinham qualquer indício de agravação ou queda da saturação de oxigênio eram prontamente enviados para internação hospitalar. Os que estavam bem continuavam conosco, isolados e com acompanhamento cuidadoso.

Não demorou para que alguns profissionais de saúde fossem contaminados, incluindo o médico autor da narrativa apresentada anteriormente. As conversas com os funcionários para aprofundamento das orientações e esclarecimento de dúvidas tornaram-se ainda mais necessárias. Felizmente, apenas uma enfermeira teve necessidade de internação e, no momento em que escrevemos este texto, ela já está totalmente recuperada, tendo reassumido seu trabalho.

Com o aumento do número de infectados entre funcionários e hóspedes – que sequer tinham saído para ambientes externos – tomamos a resolução de testar todas as pessoas dos dois grupos, com o intuito de colocar pacientes assintomáticos em isolamento e afastar os funcionários com teste positivo. O fantasma do que havia ocorrido nos residenciais de idosos do exterior ainda nos assombrava.

O resultado de muitos dos testes foi positivo e, surpreendentemente, a quase totalidade dos pacientes estava assintomática, mantendo bom estado geral. Ressaltamos a questão colocada por uma senhora: “Doutor, acho que este coronavírus não é tão grave assim. Como meu pai de 96 anos com resultado do teste positivo está melhor do que eu?” Constatamos na prática o que já vinha sendo sugerido pela literatura: a doença tem uma seletividade de gravidade que não podemos explicar... até o momento.

A troca de informações permitiu que aqui no Brasil nos adiantássemos em alguns aspectos pois, tendo recebido diretrizes que foram instituídas e testadas com bons resultados na França, vislumbramos alguns dos caminhos a seguir. O uso de hidroxiquina na dosagem de 400 mg nos primeiros cinco dias do surgimento dos sintomas era recomendado no protocolo francês e passamos a utilizá-la como suporte, ainda que haja muitas controvérsias a respeito da droga. Como era esperado, a introdução dessa conduta não foi assim tão simples. Inicialmente, passamos por uma certa tensão ao conversarmos e explicarmos às famílias como deveríamos agir. Neste momento, todo cidadão do mundo tinha uma opinião formada sobre a hidroxiquina e outros tratamentos. Uma boa comunicação com os familiares foi fundamental para que traçássemos um caminho em que as opiniões das famílias e da instituição fossem conciliadas e respeitadas.

Assim, não houve grandes problemas em relação à aceitação do tratamento. No entanto, alguns cuidados foram necessário antes da prescrição do medicamento, tais como a realização de eletrocardiograma (ECG) para a detecção do alargamento do espaço QT, contraindicação ao uso da hidroxicloroquina, pelas maiores chances de que possam ocorrer arritmias. Certamente seria inviável e não recomendado deslocar os hóspedes para fazerem os ECGs em outros locais. Estes deveriam ser realizados no próprio residencial. Para tal, tivemos de vencer algumas dificuldades técnicas, sendo a principal delas a necessidade de ensinar e preparar os técnicos de enfermagem e enfermeiros a fazer o exame corretamente. Convém ressaltar que o fato de proporcionarmos um canal aberto de contato entre os médicos e familiares, seja presencialmente ou por telefone fez toda a diferença. Esse investimento de tempo para falar, conversar e esclarecer dúvidas representou um aspecto imprescindível para a aceitação do bloqueio das visitas de familiares e demais condutas que se fizeram necessárias.

Assim fizemos o acompanhamento de um grande número de pacientes nas casas de repouso com teste positivo para coronavírus, assintomáticos e oligossintomáticos. Nesse período, o trabalho de todos, em especial dos funcionários da área de saúde se intensificou: visitas frequentes da equipe médica com resposta rápida às intercorrências, verificação constante dos sinais vitais considerando-se de vital importância a detecção da saturação de oxigênio por parte da equipe de enfermagem, cuidados com a alimentação e hidratação e tudo o mais que se apresentasse e requeresse a atenção. Os dias foram passando e, com sorte e proteção divina, ainda que alguns poucos pacientes tivessem sido hospitalizados por Covid-19 e menos ainda faleceram, a quase totalidade dos idosos que permaneceram nos ILPI sob nossos cuidados evoluíram bem. Esta evolução surpreendentemente mais favorável do que a esperada quando tudo começou está evidenciado no gráfico I.

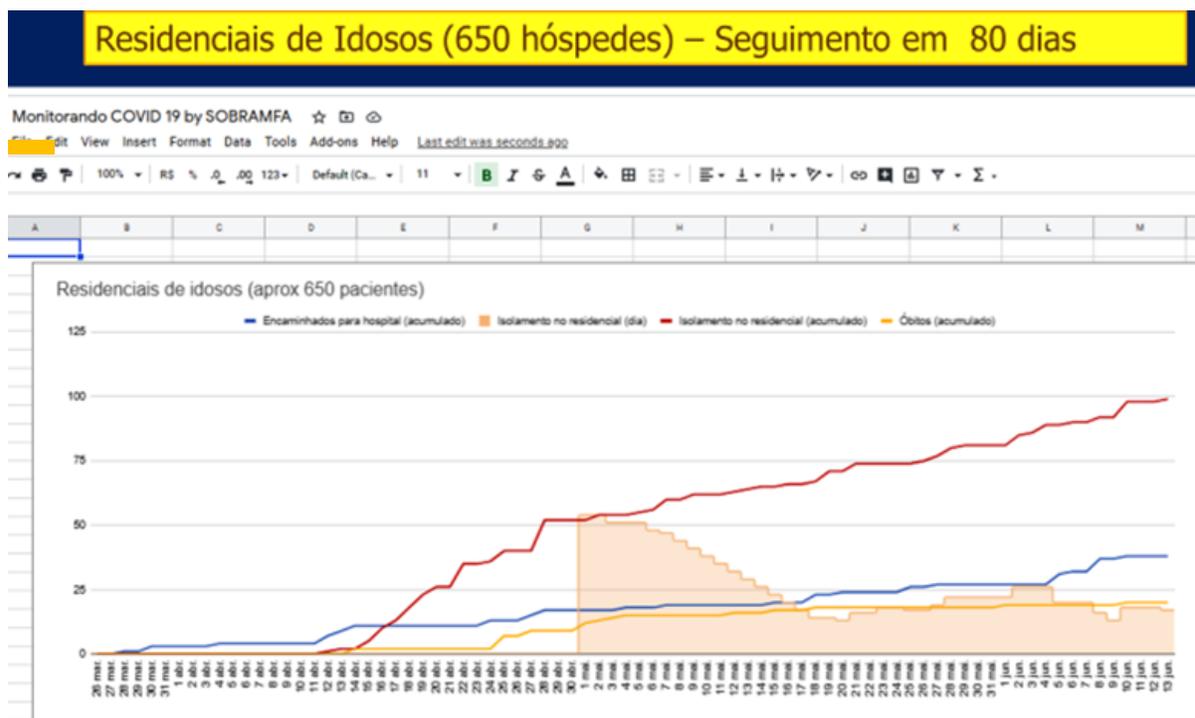


Gráfico I: número e evolução dos pacientes com covid-19 no período entre 23/03/20 a 13/06/20

- Encaminhados para hospital (acumulado)
- Isolamento no residencial (dia)
- Isolamento no residencial (acumulado)
- Óbitos (acumulado)

Sabemos que o coronavírus não sairá de nossas vidas por hora, ou seja, pelo menos até que uma vacina eficaz seja disponibilizada em larga escala. Enquanto isso, medidas preventivas, como o uso das máscaras, a lavagem sistemática das mãos, o isolamento dos sintomáticos e testagens em massa frequentes serão parte da nossa rotina. Além disso, já começamos a pensar em formas seguras para se promover alguma convivência de nossos queridos idosos com seus familiares e a volta de algum intercâmbio social dentro da própria casa, considerando-se que certa porcentagem dos hóspedes está desenvolvendo imunidade após a infecção, ainda que não se saiba por quanto tempo a imunidade adquirida persistiria.

Lições da Covid-19 para o manejo dos residenciais de idosos: pensando globalmente, atuando localmente e sentindo individualmente

Nossa equipe faz parte da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo,²⁹ entidade criada há 28 anos e que por meio de seu braço assistencial presta atendimento clínico em cenários tais como cuidados paliativos, acompanhamento de pacientes crônicos e com comorbidades – hospitalizados ou ambulatoriais –, programas de longevidade e atendimento ao idoso institucionalizado. O alicerce de nossa prática é a medicina centrada na pessoa que, por contemplar o ser humano em sua completude, ou seja, em seus aspectos físico, mental e emocional e em seu contexto social, cultural e espiritual, tem um caráter essencialmente humanizador.

No que diz respeito ao atendimento nas ILPI, temos uma rotina já bem estabelecida, a qual vem sendo construída há anos por meio da experiência prática e busca constante de atualização científica, em que sempre é mantida em mente a ideia de que na prática médica o principal ator é o paciente.

O trabalho desenvolvido nas ILPI envolve: presença diária de um médico nos residenciais para resolução de intercorrências e queixas clínicas e para a execução de receitas médicas e relatórios que forem requeridos; consulta regular dos hóspedes em intervalos frequentes; disponibilidade para reuniões com os familiares, presencial ou por contato telefônico; reunião multiprofissional semanal com debate acerca de pacientes com maior necessidade ou problemas; cobertura de 24 horas por dia nos 365 dias do ano para casos de eventuais emergências ou para o preenchimento de atestados de óbito, quando necessário, e para esclarecimento de dúvidas da equipe de enfermagem; manutenção de um relacionamento cooperativo com os médicos de referência dos pacientes, com disponibilidade para contato presencial ou telefônico; resposta rápida a intercorrências, com instituição de intervenções médicas para a prevenção de hospitalização.

Essa rotina bem estabelecida foi essencial para o enfrentamento da crise estabelecida pela pandemia de Covid-19 nas ILPI. Constatamos que o fomento contínuo do fortalecimento dos princípios e valores que nos norteiam faz com que possamos contar com os recursos necessários para a resolução das situações inéditas que se apresentam na prática clínica. Convém lembrar que é necessário atentar para o que está acontecendo em outros cenários, trocar informações e aprender com as experiências alheias bem sucedidas. Quando incorporamos o conhecimento teórico na prática, errando e acertando, tornamo-nos sábios. Compreender nossa humanidade, aceitar nossas limitações e simplesmente sermos “humanos” em tempos de crise é essencial para nos adaptarmos a novas realidades e compreendermos que primeiramente temos de aprender a cuidar de nosso “quintal”, ou seja, atuar em nosso círculo de influências, como diz o diretor científico da SOBRAMFA, Pablo Gonzáles Blasco.^{26,30}

Uma boa estratégia para tal envolve contemplar uma perspectiva Goetheniana do fenômeno, em que o filósofo alemão Johann Wolfgang von Goethe ressalta a importância de confiarmos nos nossos sentidos, os quais concebem a experiência da realidade.³¹ Sim, é necessário olhar para o interior, para a nossa própria percepção do fenômeno exterior e, a partir disso, questionarmo-nos: como podemos contribuir positivamente para o meio em que vivo? E mais uma vez contactamos que o primeiro passo é nos focarmos em nosso quintal. As –

preocupações com o mundo são válidas, mas as soluções para os problemas devem ser construídas no contexto local. Caso contrário, novos problemas são gerados e não conseguimos solucionar a parte que nos cabe. Assim, a grande lição que a pandemia nos ensinou foi: é necessário pensar globalmente, atuar localmente e sentir individualmente.³²

Referências

1. China Center Disease and Control (CHINA). Tracking the epidemic: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <http://weekly.chinacdc.cn/news/TrackingtheEpidemic.htm>.
2. China Center Disease and Control (CHINA). Human Coronavirus types: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>.
3. World Health Organization (USA). COVID-19 Strategy Update: April 2020. United States of America: World Health Organization [Internet]. 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19.
4. Karnon J. A Simple Decision Analysis of Mandatory Lockdown Response to the COVID-19 Pandemic. *Appl Health Economics and Health Policy*. 2020; 1-3.
5. Kalache A. Coronavirus Makes Inequality a Public Health Issue. *World Economic Forum* [Internet]. 2020 [acesso em 2020 abr 4]. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-makes-inequality-a-public-health-issue/>
6. Takian A, Raoofi A, Kazempour-Ardebili S. COVID-19 Battle During the Toughest Sanctions Against Iran. *The Lancet*. 2020; 395:1035.
7. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term care Skilled Nursing Facility. *Center for Disease Control and Prevention* [Internet]. 2020 March [acesso em 2020 Mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e1.htm>
8. China Center Disease and Control (CHINA). Symptoms of Coronavirus: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 March [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
9. China Center Disease and Control (CHINA). Preventing the Spread of COVID19 in Retired Communities and Independent Living Facilities: CCDC Weekly. China: China Center Disease and Control [Internet]; 2020 March [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/guidance-retirement-response.html>
10. Hunter E, Price DA, Murphy E, van der Loef IS, Baker KF, Lendrem D, et al. First Experience of COVID-19 Screening of Healthcare workers in England. *The Lancet*. 2020; 395:e77.
11. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020; 382:2081-2090
12. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, The Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382:2158-2160
13. Vera C, Heidi LS, Jan PR, Armin D, Lukas F, Tobias H, et al. Transmission Risk of SARS-CoV-2 to Healthcare Workers - Observational Results of a Primary Care Hospital Contact Care Tracing. *Swiss Medical Weekly*. 2020; 150:w20257.
14. van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential Long-Term Care Workers Commonly Hold Second Jobs and Double or Triple Duty Caregiving Roles. *Journal of American Geriatric Society*. 2020; 1-4.
15. Ferneini EM. Financial Impact of COVID-19 in our Practice. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020; 1-2
16. Hollander JE, Car BG. Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *N Engl J Med*. 2020; 382:1679-1681.
17. Al-Awadhi AM, Alsaifi K, Al-Awadhi A, Alhammadi S. Death and Contagious Infectious Diseases: Impact of COVID-19 Virus on Stock Market Returns. *Journal of Behavioral and Experimental Finance*. 2020; 1-4.
18. Cappelli A, Cini E. Will the COVID-19 Pandemic Make us Reconsider the Relevance of Short Food Supply Chains and Local Productions? *Trends Food Sci Technol*. 2020; 99:566-567
19. Gupta M, Abdelmaksoud A, Jafferany M, Lotti T, Sadoughifar R, Goldust M. COVID-19 and Economy. *Dermatologic Therapy* 2020; e13329.

20. Ayittey FK, Ayittey MK, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuovor C. Economic Impacts of Whuan 2019-n-CoV on China and the World. *Journal of Medical Virology*. 2020;92:473-475.
21. Polle DN, Escudero DJ, Gostin LO, Leblang D, Talbot EA. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crisis. 2020. 19(1):41.
22. Acikgoz O, Gunay A. The Early Impact of COVID-19 Pandemic on the Global and Turkish economy. *Turk J Med Sci*. 2020;50(3)520-526.
23. Bibbings-Domingo K. This Time Must be Different: Disparities During COVID-19 Pandemic. *Annals of Internal Medicine*. 2020;M20-2247 .
24. Blasco PG. Humanismo em Tempos de Crise [Internet]. 2020 [acesso em 2020 mai 4]. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727>
25. Shore DA. Today Leadership Lesson: Mind the Wild Life and Prepare for Tomorrow Disruption. *J Health Commun*. 2020;19:1-2.
26. Foster S. Leadership in Time of Crisis. *British Journal of Nursing*. 2020;29(7).
27. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the Power of Privilege in a Pandemic. 2020;31:158-160.
28. Tolle E. O Poder do Agora. Tradução Iva Sofia Gonçalves Lima. São Paulo: Sextante; 2000.
29. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Humanismo e Educação Médica em Tempos de crise. *Revista de Medicina*. 2020; 99(2):1-6.
30. Cfr: www.sobramfa.com.br.
31. Goethe JW. Teoría de la naturaleza. Madrid: Editorial Tecnos; 1997.
32. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to COVID-19. *N Engl J Med*. 2020;382:e75.

Narrativas médicas: empatia e habilidades de comunicação em tempos de Covid-19

Narrativas médicas: empatía y habilidades de comunicación en tiempos de Covid-19

Medical Narratives: Empathy and Communication Skills in Covid-19 Times

*Maria Auxiliadora Craice De Benedetto, * Graziela Moreto, ** Vitor Hugo Boso Vachi. ****

*Doutora em Medicina. Diretora de Publicações de SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo. Doutora em Medicina. **Diretora de Programas Educacionais em SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. *** Médico Colaborador da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo.

Correspondencia: Dra. Maria Auxiliadora Craice De Benedetto **Correo electrónico:** macbet@sobramfa.com.br

Resumo

A atual pandemia de Covid-19 trouxe desafios incontáveis aos médicos que atuam nas linhas de frente do cuidado aos portadores da doença. Dentre eles ressaltamos a imprescindibilidade de se expressar compaixão e empatia a pacientes que, pela necessidade de isolamento, vivem um processo solitário de doença ou morte, o que fica dificultado pela necessidade do uso de equipamentos de proteção individual que escondem as expressões faciais dos profissionais de saúde. Neste artigo, apresentamos duas narrativas médicas, as quais ilustram o papel do exercício filosófico da medicina ao longo da vida profissional como um instrumento para a aquisição e o aprimoramento de um repertório de recursos humanísticos os quais são essenciais para o enfrentamento de crises e representam fonte de inspiração para a criação de novas formas de expressão de empatia.

Palavras-chave: Covid-19. Narrativas Médicas. Exercício Filosófico da Medicina. Empatia. Habilidades de Comunicação.

Resumen

La actual pandemia de Covid-19 ha planteado innumerables desafíos a los médicos que trabajan en la primera línea de atención para personas con la enfermedad. Entre ellos, enfatizamos la necesidad de expresar compasión y empatía a los pacientes que, debido a las recomendaciones de aislamiento, viven un proceso solitario de enfermedad o muerte. Esto se ve obstaculizado por la necesidad de usar equipos de protección personal que ocultan las expresiones faciales de los profesionales de la salud. En este artículo, presentamos dos narrativas médicas que ilustran el papel del ejercicio filosófico de la medicina a lo largo de la vida profesional como un instrumento para la adquisición y mejora de un repertorio de recursos humanísticos que son esenciales para hacer frente a las crisis y representan una fuente de inspiración para la creación de nuevas formas de expresión de empatía.

Palabras-clave: Covid-19. Narrativas Médicas. Ejercicio filosófico de la medicina. Empatía. Habilidades de Comunicación.

Abstract

The current Covid-19 pandemic has raised countless challenges to doctors working on the front lines of care for people with the disease. Among them, we emphasize the need to express compassion and empathy to patients who, due to the recommendations for isolation, live a lonely process of illness or death, which is --

hampered by the need to use personal protective equipment that hide the facial expressions of health professionals. In this article, we present two medical narratives, which illustrate the role of the philosophical exercise of medicine throughout professional life as an instrument for the acquisition and improvement of humanistic resources which are essential for coping with crises and represent a source of inspiration for the creation of new forms for expressing empathy.

Keywords: Covid-19. Medical Narratives. Philosophical Exercise of Medicine. Empathy. Communication Skills.

Os desafios deflagrados pela Covid-19

A Covid-19, doença causada pelo novo vírus, foi detectada no final do ano de 2019 e, em pouco tempo, disseminou-se até atingir níveis pandêmicos, configurando-se como uma ameaça global à saúde. Assim, de uma hora para outra, estabeleceu-se ao redor do planeta uma crise sanitária nunca antes vivenciada. O vírus tem se mostrado ardiloso, apresenta rápida propagação e provoca quadros clínicos de intensidade variável em diferentes pessoas, ocasionando a morte em uma pequena porcentagem de pacientes, sendo que a mortalidade cresce em números absolutos por sua rápida disseminação.

A história da Covid-19 ainda está sendo escrita e, realizando-se uma pequena busca nos bancos de dados de revistas médicas, podemos encontrar dezenas de publicações de boa qualidade sobre a Covid-19 envolvendo principalmente estudos observacionais, ainda que, na busca de um medicamento efetivo para o seu tratamento, dezenas de ensaios clínicos estejam sendo realizados. A atual pandemia também tem se mantido como tema central abordado pelos principais veículos de comunicação. A questão é: até o momento não existe um medicamento efetivo para a cura da doença e nossa maior arma é a prevenção por meio de estratégias que evitem a propagação e o contágio. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estabelecido as diretrizes para tal, acompanhando as pesquisas realizadas ao redor do mundo e divulgando seus protocolos, os quais têm sido mais ou menos adotados nos diversos países.¹

Médicos e profissionais de saúde que atuam nas linhas de frente de combate à Covid-19 têm vivido dias desafiadores. A necessidade de busca de conhecimentos e aprimoramento técnico para se compreender e melhor enfrentar a doença se soma a longas e cansativas jornadas de trabalho e tudo isso é permeado por incerteza, medo de adoecer e demandas emocionais próprias, de pacientes e familiares. É perturbador cuidar de pacientes que sequer conseguem ver os rostos de seus enfermeiros e médicos paramentados com seus equipamentos de proteção individual (EPIs) ou presenciar suas mortes solitárias, pela impossibilidade da presença dos familiares, os quais não têm a oportunidade de despedir-se de seus entes queridos, nem mesmo mediante a realização de rituais funerários. Todos sabemos que os acontecimentos importantes na vida das pessoas, tais como a morte de pessoas próximas, precisam ser pontuadas e marcadas adequadamente. Considera-se que os rituais funerários têm uma função importante para elaboração das perdas por morte², oportunidade que no contexto atual não representa uma possibilidade.

Sonis *et al.* chamam a atenção para os desafios acrescentados pela pandemia aos profissionais de saúde que trabalham em serviços de emergência, uma vez que além da presença de grande número de pacientes infectados, muitos se apresentam conscientes acerca de sua situação e temerosos em relação ao potencial de mortalidade. Nesse contexto, nunca é demais enfatizar a importância da comunicação médico-paciente e das manifestações de compaixão. No entanto, muitas das técnicas empregadas para prover conforto aos pacientes e seus familiares ficam limitadas por circunstâncias em que o isolamento e demais cuidados para prevenir a contaminação são requeridos.

Convém ressaltar que os pacientes geriátricos, justamente os que se encontram em risco mais severo da doença, são particularmente vulneráveis ao isolamento. A questão que se apresenta é a seguinte: dentro das atuais circunstâncias, haveria oportunidades para se praticar empatia ou este seria um encargo a mais a ser –

assumido por profissionais já tão sobrecarregados? Os autores advogam que enfatizar compaixão e humanismo nas atuais circunstâncias não sobrecarrega a equipe. Ao contrário, essa atitude até aumenta a satisfação profissional e pessoal durante este período desafiador. Para tal, é necessária a busca de novas formas para se manifestar essas atitudes humanísticas.³

Neste artigo, são apresentadas duas narrativas compostas por médicos que fazem parte da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo⁴ e atuam em hospitais, ambulatorios de continuidade e residenciais de idosos, cuidando de pacientes crônicos ou em cuidados paliativos, a partir das quais é realizada uma reflexão, com possíveis sugestões para se fomentar as atitudes humanísticas tão necessárias nos cenários de cuidado aos pacientes portadores da Covid-19 e também de outras enfermidades.

Duas narrativas

I. Uma narrativa médica em tempos de Covid-19

Várias são as desculpas para não escrever: falta de tempo, falta de habilidade ou dom e cansaço. Porém, nesse sábado, em meio ao feriado de Páscoa, algo me impulsionou a sentar e escrever. Alguns fatores podem ter contribuído para isso. Um deles são os vídeos sobre Humanismo em Tempo de Crise⁵, em que semanalmente o querido professor Pablo González Blasco comenta aspectos de postura individual a serem adotados em meio à pandemia da Covid-19. Temas como: manter o foco, cuidar do seu “quintal”, trabalhar em equipe, persistência e serenidade são abordados e têm colaborado na minha atuação médica na trincheira. Tais vídeos também têm se mostrado inspiradores a pacientes e pessoas que atuam fora da área de saúde.

Outro fator que me motivou foi a leitura do livro “Em busca de sentido” de Viktor Frankl⁶. Um amigo querido comentou: “é uma vergonha você não ter lido esse livro ainda!!!”. Pode até ser verdade, mas acho que ele ficou na estante esperando o momento certo para tal. A leitura do livro trouxe várias reflexões, mas gostaria de ressaltar uma em especial: “*O que realmente importa não é o que eu espero da vida, mas sim o que a vida espera de cada um de nós*”.

No meio de uma quarentena, onde os idosos são orientados a ficar em casa, uma paciente de 90 anos, D. Regina (nome fictício), portadora de câncer de laringe, estava internada no hospital em cuidados paliativos. Inicialmente esta permaneceu por quase 10 dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com suspeita de Covid-19 em decorrência de um quadro de insuficiência respiratória. Devido ao diagnóstico de câncer e à idade avançada, optou-se por cuidados paliativos e D. Regina foi transferida para a enfermaria em que nossa equipe atua. Foi quando tive o primeiro contato com a senhora. Fiquei decepcionada ao constatar que ela estava sozinha e sedada. Não entendi a ausência da família nesse momento. No segundo dia, minha decepção fortaleceu-se, até que conversei com a assistente social e, enfim, pude ter uma visão do todo e então compreender a triste situação. A filha de D. Regina tinha 65 anos de idade e não a estava visitando por dois motivos. Primeiro, o medo de sair de casa pelo fato de ter mais de 60 anos e também pertencer ao grupo de risco para a Covid-19. Segundo, como a mãe tinha suspeita de Covid-19, a qual acabou sendo descartada, toda a família foi orientada a não comparecer ao hospital para vê-la. Fiquei pensando: como posso ajudar? Decidi telefonar.

Há anos, a equipe da SOBRAMFA atua no campo dos cuidados paliativos. Participar do processo de falecimento de um paciente é um desafio, mas ao mesmo tempo um privilégio para o médico. Poder estar ao lado do paciente e da família até o final, e de alguma forma poder confortar, proporciona uma sensação de dever cumprido. Um abraço, um olhar, um toque, sempre foram ferramentas utilizadas nesse processo. A dúvida que se impõe é: como substituir esses recursos agora proibidos pelo isolamento imposto em tempos de Covid-19?

Retornando à nossa paciente, durante 5 dias conversei com sua filha por telefone. Se o sofrimento é grande em vivenciar o processo de falecimento de um familiar, esse processo se torna ainda mais difícil quando ocorre à distância. Quando não é possível tocar ou falar. Ao escutá-la, pude compreendê-la e me empatizar com sua angústia. Ela queria saber se sua mãe estava sofrendo e quanto tempo tudo isso ainda iria durar. Nos primeiros dias, senti-me um pouco impotente, mas com o decorrer do tempo percebi que a filha ficava esperando minha ligação e que de certa forma eu estava conseguindo lhe transmitir paz e serenidade. No quinto dia, D. Regina estava muito mal, já com sangramento intestinal e períodos de apneia. Parecia que o falecimento estava próximo. Falei-lhe que estive conversando por telefone com sua filha e que ela estava bem. Nesse mesmo dia comentei com a filha acerca da gravidade da situação e, no dia seguinte, nossa paciente faleceu.

Outra experiência foi quando no meio da visita médica no hospital o telefone tocou e fui informada sobre o falecimento de um paciente em um residencial de idosos onde atendemos. Até aí tudo bem, era um paciente frágil, acamado em decorrência de demência avançada e o óbito não representou nenhuma surpresa. A questão era a seguinte: a funerária informou que devido à pandemia, para se realizar o enterro seria necessário realizar a coleta para teste de Covid-19. Situação totalmente inovadora. Fiquei perplexa com a situação e pensei: “como assim, a família não vai conseguir enterrar seu familiar”? Conversei com um amigo legista e a informação realmente procedia. Todos os pacientes que falecerem devido a um quadro respiratório deveriam ser testados para Covid-19 em até 24h após a morte. A caminho do residencial, a única certeza que eu tinha era que o paciente seria enterrado e que encontraríamos uma forma para tal.

Quando lá cheguei, a filha e o genro já estavam me aguardando. Após as condolências (sem abraço ou aperto de mão), no meio da dor da perda, tivemos que conversar sobre assunto prático: como enterrar o paciente. Confesso que nunca pensei que, como médica, passaria por essa situação. A solução encontrada foi permitir que o caixão fosse lacrado e que não houvesse velório, uma vez que, mesmo colhido o exame, o resultado levaria ainda alguns dias para ser liberado. A família aceitou. Preenchi o formulário de óbito e a filha conseguiu enterrar seu pai.

As diversas experiências que a vida nos proporciona, algumas boas outras mais difíceis, são sempre oportunidades para nos aprimorarmos e nos tornarmos melhores pessoas. Retorno ao autor Viktor Frankl para encerrar minha reflexão: “*Quanto mais a pessoa esquecer de si mesma -dedicando-se a servir uma causa ou a amar outra pessoa- mais humana será e mais se realizará*”.

2. Um exercício consciencial-Invertendo os papéis. Diário de um médico em isolamento em tempos de Covid-19

Diariamente acordo, faço minhas rotinas matinais, abraço minha esposa, minha filha; e despeço-me. Retiro a máscara de pai e marido; assumo a máscara de médico. Coloco o jaleco, pego meu estetoscópio e começo a atender meus pacientes. Entre queixas, sintomas, diagnóstico e tratamentos, raciocinamos praticamente o dia inteiro a partir do que o “outro” nos refere para auxiliá-lo da melhor forma possível. Temos a sensação de que estamos imunes a tudo o que escutamos nos cenários de trabalho. E, de repente, adoecemos! Cai a máscara de médico e nos tornamos pacientes.

Apesar de termos conhecimento médico, quando a fragilidade imposta pela doença nos abate e o cuidado que sempre demos ao outro torna-se uma necessidade nossa, praticamos o exercício inverso, em que nos deixamos ser cuidados. Isso propicia a expansão de nossa consciência para uma nova realidade.

Se adoecer, por si só, já provoca todas essas reflexões, como seria em tempos de pandemia vivenciar uma doença praticamente desconhecida sendo médico e vivendo isolado apenas com o contato das comunicações digitais das quais dispomos hoje? Essa é a experiência que gostaria de compartilhar.

Durante a pandemia da Covid-19 realizei alguns atendimentos a pacientes infectados pelo novo coronavírus. Após duas semanas, iniciei com sintomas de dores musculares generalizadas pelo corpo e por volta do quinto dia apresentei febre acompanhada de dor no fundo dos olhos e mal estar. Mantive febre de 38,5° C por 3 dias e, após algum tempo, as dores localizaram-se mais na coluna lombar e bacia.

Durante esse período, fiquei isolado do trabalho, da família, dos amigos, mantendo contato apenas com minha esposa que também é médica e quem cuidou de mim com muito carinho. A distância da minha filha de 1 ano e 3 meses foi o mais difícil de suportar. Sua ausência apertava meu coração. Tentei, na medida do possível, acompanhar os “tsunamis” de mensagens nas redes de comunicação digitais para tentar compreender o momento e as atualizações científicas em relação à doença ainda tão pouco compreendida. Mergulhei em artigos e mais artigos publicados em revistas científicas com uma velocidade incrível, comentários e mais comentários dos colegas médicos, críticas quanto ao desenho do estudo, críticas quanto ao método empregado, críticas pelo baixo número de pacientes no estudo e assim por diante. De outro lado, ouvia outros colegas médicos que elogiavam drogas promissoras aventadas para o tratamento da Covid-19 (azitromicina, hidroxicloroquina, remdesivir, enoxaparina) e eu permanecia perdido em meio a tantas informações. Enfim, a verdade é que pouco sabemos acerca dessa doença que, embora tão recente, causou tantos estragos em todos os setores da sociedade. A incerteza que faz parte do mundo médico torna-se ainda mais evidente e justificável na era da atual pandemia. Tudo isso me fez refletir acerca das pessoas que não atuam na área de saúde e sensibilizar-me com seus medos – infundados ou não –, inseguranças e reações desproporcionais de resposta à pandemia, que vão desde a negação da necessidade de isolamento até a comportamentos obsessivo-compulsivos em relação às medidas de higiene. Certamente, quando retornar aos meus pacientes, lembrar-me-ei dessas minhas vivências e responderei melhor a suas demandas.

Parece que a virtude da paciência é a que mais necessitamos nesses momentos de crise. Paciência para suportar a solidão imposta e tolerar a si mesmo. E, nesse momento em que vivenciei minha solidão, recordei-me de Jacobina, personagem do conto *O Espelho* de Machado de Assis⁷ e do cativo da caverna que se liberta das sombras em *O Mito da Caverna* de Platão⁸. Jacobina nos chama a atenção para nosso duelo interno entre o “parecer” e o “ser”. Machado de Assis insere no conto um jogo de máscaras do comportamento humano, onde o que se valoriza são as aparências e o prestígio social, ou seja, a imagem que os outros constroem a nosso respeito é muito mais importante do que realmente somos. Platão complementa essa visão nos convidando à reflexão para o autoconhecimento como forma de iluminar nosso caminho para nos libertarmos das nossas sombras que nos algemam em um mundo ilusório e repleto de crenças limitantes. Platão em *O Mito da Caverna* nos coloca em frente ao exercício filosófico de questionarmos o que de fato é real? Seriam as nossas sombras, a realidade? A realidade seria o mundo material transitório que sentimos e palpamos? Ou será que para compreendermos um pouco melhor a nossa realidade é necessário valorizarmos o eterno e imutável que Platão denomina o Mundo das Ideias.

Para muitos, esses questionamentos passarão como uma grande ficção ou uma bela divagação mental! Para outros, poderá servir como convite a tomar a pílula vermelha e sair da *matrix* do controle.⁹ Situações extremas podem nos ajudar a fazer essa escolha. Agradeço a doença por me despertar para uma consciência maior na qual pude tocar a essência da minha alma e, então, com paciência, limpar as sombras que me rodeiam.

Narrativas e Habilidades de Comunicação: a expressão da empatia em tempos de Covid-19

Em decorrência das circunstâncias desesperadoras consequentes à pandemia, a necessidade em se exercer a empatia é cada vez mais premente em cenários clínicos, especialmente em países que, como o nosso, vivem o fantasma do esgotamento dos recursos oferecidos pelos serviços públicos de saúde. Simone Benatti, médica que atua como infectologista em um hospital de Bergamo, Itália, afirma que à medida que a pandemia piora – o número crescente de pessoas necessitadas logo excede os recursos disponíveis, o tempo disponível para --

cada paciente diminui e o esgotamento de enfermeiras e médicos dispara – a chance de propiciar um acompanhamento decente até a morte se destaca como um dos "sinais vitais" a que somos chamados a observar. Isto, não apenas para impedir que os sobreviventes se sintam infelizes ou para proteger a sanidade dos médicos, mas também para resguardar o próprio significado de nossa profissão médica, que se resume em estarmos "lá"¹⁰, estarmos totalmente presentes. Esse acompanhamento decente que, muitas vezes, constitui a única coisa possível a se fazer, é necessariamente caracterizado por empatia e compaixão. Estas são atitudes humanísticas que os professores que trabalham com Humanidades Médicas procuram tanto preservar ou fomentar ao longo da formação médica.

Concordamos com Sonis *et al.*³ quando afirmam que enfatizar a empatia e compaixão nesses tempos tão desafiadores não sobrecarrega a equipe e, sim, proporciona uma maior satisfação profissional. Certamente, isso é verdadeiro em relação aos profissionais de saúde que, sendo naturalmente empáticos e compassivos, tiveram uma boa formação humanística durante seus anos acadêmicos, de tal forma que essas qualidades puderam ser trabalhadas, polidas e fomentadas para incorporar-se naturalmente à sua prática clínica. Talvez, para médicos mais técnicos e que tendem à prática da medicina centrada na doença, isso não seja totalmente verdadeiro. No entanto, estes também desempenham um papel importante nas atuais circunstâncias, podendo colaborar com sua expertise e sua vontade de ajudar. Assim, o ideal seria que as duas categorias de profissionais se unissem como forças complementares de forma a se fortalecerem para o bem maior almejado.

Voltando ao humanismo, emerge a seguinte questão: como exercer uma "empatia mascarada" durante a atual pandemia? Esta causou uma profunda ruptura na vida normal, enquanto o medo de se infectar espalha-se como um incêndio. Esse medo explica as notícias desconcertantes veiculadas ao redor do mundo acerca da estigmatização de profissionais de saúde por serem potenciais transmissores da doença. Com as evidências científicas de que a transmissão por meio de gotículas de saliva e secreções respiratórias são altamente infectantes, as recomendações das autoridades sanitárias levou médicos e pacientes a usar medidas de proteção apropriadas, como equipamentos de proteção individual (EPIs), máscaras N95 ou máscaras de camada tripla, escudos faciais, etc. e a praticar e estimular distanciamento social, o qual é necessário mesmo dentro dos consultórios.

Por outro lado, a falta de visibilidade da expressão facial do médico representa um empecilho à construção de um relacionamento satisfatório com o paciente. É difícil para o médico expressar empatia pelos sofrimentos do paciente sem mostrar suas expressões, o que, com certeza, atrapalha o sucesso do tratamento.¹¹

Ainda que não se possa afirmar que o treinamento em habilidades de comunicação aumente a empatia¹², a primeira narrativa nos sugere que, no atual contexto, o aprimoramento das habilidades de comunicação, com o desenvolvimentos de novas formas de convívio com pacientes e familiares pode fazer uma grande diferença. O simples fato de mostrar-se acessível por meio de chamadas telefônicas é uma alternativa. As novas tecnologias para comunicação têm sido utilizadas nas UTIs e enfermarias pelos profissionais de saúde e médicos, os quais, por meio de seus próprios dispositivos móveis, realizam videochamadas e colocam em contato pacientes e familiares, em sua busca para minimizar o sofrimento que acompanha os longos períodos de internação ou as mortes solitárias causados pela Covid-19. E, a cada momento, profissionais de saúde empáticos encontram soluções criativas para um "acompanhamento decente" de seus pacientes e familiares. Tivemos notícias, por exemplo, de profissionais de saúde que, escondidos por trás de seus EPIs, portavam um crachá com uma foto modificada, na qual se mostravam sorridentes. Vale ressaltar que pequenos detalhes como esse também ajudam a compor um cuidado humanizado.

Não podemos nos esquecer que, quando aparentemente não há nada a fazer, ainda podemos escutar¹³. Escutar as narrativas de nossos pacientes e seus familiares, narrativas essas que nem sempre são expressas por meio de palavras, é uma atitude que nos propicia identificar suas reais demandas e a atuar da melhor forma possível para supri-las. Dessa forma, seremos aptos a atuar como os testemunhos empáticos e compassivos capazes -

de propiciar que tais narradores organizem em suas mentes o caos desencadeado pela enfermidade e, assim, possam atingir um estado mental e emocional de aceitação, no qual se atribui um sentido à dor e ao sofrimento¹⁴. Anos de prática clínica nos ensinaram que pacientes, de alguma forma, reconhecem os médicos e profissionais de saúde propensos a praticar tal qualidade de escuta, ainda que eles estejam cobertos por camadas e mais camadas de EPIs. A questão que nos vem à mente é: como manter viva a chama da empatia e compaixão em tempos de crise?

O Exercício Filosófico da Medicina: a construção do médico reflexivo

Alguns autores consideram a empatia uma característica pessoal inata e difícil de ser ensinada, enquanto outros advogam que ela representa um estado pessoal que pode declinar ao longo da graduação médica, mas que também pode ser melhorada através de atitudes educacionais direcionadas. Talvez ambos os grupos tenham razão. Assim, se alguma influência durante a formação médica é capaz de fazer com que a empatia decline, é lógico admitir que a sua ampliação também possa ocorrer. De qualquer forma, podemos afirmar que as pessoas têm diferentes graus de dificuldade para apreender atitudes humanísticas, incluindo a empatia.^{15,16}

Uma boa formação humanística durante a graduação não é garantia para que possamos manter acesa a chama da empatia quando nos tornamos médicos da trincheira, onde vivemos as agruras da realidade. Se a empatia pode declinar durante a graduação, as possibilidades de que isso ocorra na fase de atuação profissional, época em que muitos não têm a oportunidade de se agregar a uma equipe em que uns deem suporte aos outros, são bem maiores. Imaginem o efeito da atual pandemia naqueles que já estão com a capacidade de expressarem compaixão e empatia enfraquecida.

Talvez, para sair desse impasse, possamos buscar inspiração nos filósofos estoicos, ainda que não tenhamos a elevação necessária para abarcarmos totalmente a grandeza de seus ensinamentos. Isso, porque eles transmitiram sua filosofia como um modo de vida. Para eles, de nada adiantaria a um filósofo apresentar uma concepção de vida extremamente elevada se seu comportamento não denotasse o que havia sido revelado por suas palavras. Epicteto, por exemplo, filósofo estoico tardio, transmitiu uma espécie de “medicina mental”, por meio da qual procurava-se suprimir as emoções destrutivas -e jamais as prazerosas- o que propiciaria o bom viver. Para ele, o que perturba a mente dos homens não são os eventos, mas o seus julgamentos sobre os eventos. Seus ensinamentos revelam a grande importância que atribuía à educação das emoções, uma vez que para os estoicos as emoções destrutivas resultam de erros de julgamento e que um sábio não deveria deixar-se afetar por tais emoções.¹⁷ Ousamos também afirmar que as emoções destrutivas não apenas são decorrentes de erros de julgamento como também ocasionam novos erros. Estas também representam um obstáculo para o exercício da empatia, pois as dificuldades em reconhecer, lidar com e transmitir emoções e sentimentos – especialmente junto a um grupo que vivencia as mesmas circunstâncias – resultam em atitudes de negação e não envolvimento com pacientes e familiares.¹⁸

Na atualidade, a educação da afetividade tem sido considerada essencial para a construção do profissionalismo médico e para uma atuação ética e humanizada.^{19,20} Como nós, médicos, poderíamos aderir a um plano de educação continuada da afetividade e buscar nossa “medicina mental” a qual nos permitiria melhor lidar com todas as dificuldades e situações de dor, sofrimento e morte a que somos expostos e atuar com empatia?

A criação de ambientes seguros, em que médicos e/ou estudantes de medicina possam se reunir para a promoção de reflexão acerca de temas relacionados à condição humana e a emoções e sentimentos que emergem em sua prática, os quais, certamente, influenciam em seus comportamentos e atitudes, tem se mostrado um bom recurso para a promoção de uma prática clínica em que valores humanísticos sejam naturalmente incorporados ao bom desempenho técnico-científico. No entanto, temos a impressão de que tal recurso têm sido pouco adotado em ambientes acadêmicos e que os alunos, na medida em que avançam -

na graduação, vão aprendendo a ocultar ou não atentar para suas emoções e sentimentos, quer seja para não revelar sua eventual sensação de impotência, para fugir do sofrimento, para imitar os mais velhos que lhes servem como modelo ou por não terem suporte para lidar com as dificuldades que se revelam em cenários clínicos e as quais acabam sendo ignoradas.¹⁸

Os afetos, quer sejam emoções ou sentimentos, podem ser positivos ou negativos. Alguns sentimentos podem originar-se de emoções e o reconhecimento e a reflexão acerca de nossas emoções habituais frente a determinadas situações são fundamentais para a construção de sentimentos elevados e construtivos capazes de fomentar os desejados comportamentos e atitudes característicos do profissionalismo médico e de uma atuação ética e humanizada.

Assim, é necessário abordar as emoções sob novos ângulos, contemplando-as e utilizando-as como um elemento essencial do processo formativo. No moderno contexto cultural se pode afirmar que as emoções são a porta de entrada para o entendimento do universo em que transita, move-se e, conseqüentemente, forma-se o estudante.^{19,20}

Consideramos que o exercício constante de reflexão acerca de emoções, sentimentos, dificuldades, dilemas e situações difíceis que comumente emergem nos cenários clínicos constituem o exercício filosófico da medicina. Certamente, as humanidades médicas são um recurso para clarificar e iluminar esse processo reflexivo, o qual propicia que todas as qualidades, atitudes e virtudes necessárias à excelência na prática médica se incorporem em nossas vidas, transformando-as em nossa segunda natureza.

Em seguida, colocamos algumas das atividades desenvolvidas na SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo com o intuito de fomentar a reflexão e a educação da afetividade:

1. Estímulo à escrita de narrativas (como as apresentadas acima) e ao seu compartilhamento com os pares em ambientes didáticos. Escrever narrativas tem sido apontado como um meio para ajudar estudantes de medicina a aprender as competências necessárias para a formação de um clínico empático, comunicativo e que atue com profissionalismo.²¹
2. Estímulo à leitura de obras literárias dos gênios da Literatura, pois estes, por conhecer profundamente as sutilezas da natureza e condição humana, são grandes mestres que, ao revelar a humanidade que une a todos, auxiliam-nos a compreender a nós próprios e aos outros. Além disso, muitos de seus personagens marcantes podem ser tomados como os modelos – às vezes tão escassos na vida real – que nos ensinam através de exemplos.
3. Indicações de filmes, os quais podem desempenhar papel similar ao dos livros.
4. Reuniões mensais que são apelidadas de “marcapasso de construção humanística”, em que o grupo de médicos da SOBRAMFA, médicos convidados e estagiários ou estudantes que estejam participando de um dos programas oferecidos pela entidade reúnem-se para a apresentação de artigos médicos – ou capítulos de livros – relacionados às Humanidades Médicas a partir dos quais se é estabelecida a reflexão. Narrativas pessoais, experiências vividas, sentimentos, dúvidas, dilemas éticos e enredos de obras literárias são reportados e clarificados à luz dos temas apresentados.

Assim, em tais atividades, narrativas reais ou literárias, textos filosóficos e vivências, ao serem compartilhados entre um grupo de pessoas afins, constituem o material que propicia a reflexão, não em um sentido puramente intelectual e analítico e, sim, como uma prática de auto-observação e busca de autoconhecimento, as quais -

permitem a organização do caos¹⁴ que costuma invadir nossas mentes quando vivenciamos histórias de crise tais como as criadas pelo novo coronavírus, com o conseqüente despertar de recursos internos que muitas vezes nem imaginamos possuir.

Certamente, a continuidade de atividades similares ao longo da vida profissional é essencial para que as qualidades humanísticas próprias naturais ou adquiridas na graduação sejam constantemente reforçadas e não sofram um desgaste com o decorrer do tempo.

Os recursos internos adquiridos mediante o exercício filosófico da medicina, com a conseqüente educação da afetividade, constituem a pedra angular para o enfrentamento dos desafios trazidos por esta pandemia sem precedentes. Tal prática permite a construção e expansão de um repertório para o exercício da empatia e compaixão, cujas formas de expressão necessitaram ser adequadas às regras de isolamento social então vigentes. E essa adequação requer uma criatividade que passa pela busca de formas inéditas de habilidades de comunicação, as quais podem ser inspiradas pela Humanidade Médicas. Esperamos que narrativas como as apresentadas se multipliquem, possam ser compartilhadas e representem uma fonte de inspiração para melhor lidarmos com as limitações dos sistemas de saúde, as incertezas, o medo de adoecer e as demandas emocionais próprios e alheios que se multiplicam a cada dia.

Últimas Palavras

Ainda que estejamos nos dedicando ao máximo e atuando de acordo com nossas melhores possibilidades dentro das circunstâncias em que ora somos inseridos, ao atentarmos para os noticiários somos bombardeados por uma quantidade imensa de más notícias que envolvem grande sofrimento, déficits a serem sanados, crises que se estendem aos diversos setores da sociedade e demais decorrências da atual pandemia. Em meio a essas centenas de histórias caóticas que nos chegam, a cena do filme “A Lista de Schindler”²², em que o industrial alemão afirma que poderia ter feito mais, nos vem à mente e nos remete ao mesmo questionamento. Em resposta a essa indagação, recorreremos novamente a Epicteto que ensinava que todas as coisas existentes se dividem da seguinte forma: as que estão sob o nosso poder, e as que não estão.¹⁷

Diferenciar o que está ou não sob nosso controle é sábio e nos faz evocar o trecho inicial da primeira narrativa em que é citada a importância de temas como manter o foco e “cuidar do próprio quintal”. Pois somente dessa maneira poderemos dar um sentido a essas histórias de caos que estamos vivenciando e mantermos firmemente a ideia: “O que realmente importa não é o que eu espero da vida, mas sim o que a vida espera de cada um de nós”.⁶

Referências

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (Covid-19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. Available in: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. Souza CP, Souza AM. Rituais Fúnebres no Processo do Luto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2019; 35:e35412. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722019000100509.
3. Sonis JD, Kennedy M, Aaronson EL, Baugh JJ, Raja AS, Yun BJ, et al. Humanism in the Age of COVID-19: Renewing Focus on Communication and Compassion. *West J Emerg*. 2020; 21(3): 499-502.
4. Cfr. www.sobramfa.com.br.
5. Blasco P. Humanismo médico em tempos de crise. [série de vídeos]. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727>.
6. Frankl V. Em busca de sentido. Um psicólogo no campo de concentração. São Paulo: Ed Vozes; 1991.
7. Machado de Assis JM. O Espelho. In: *Contos: uma antologia*. v1. 2ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
8. Platão. *A República*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 2018.
9. *The Matrix* [filme]. 1999. Available in: <https://www.imdb.com/title/tt0133093/>.
10. Benatti SV. Love in the Time of Corona. *Ann Intern Med*. 2020; 172: 628.

11. Hafi NAB, Jafferany M, Afra TP, Razmi TM, Uvais NA. "Masked" Empathy – A Post-Pandemic Reality: Psychodermatological Perspective. *Dermatol Ter.* 2020 May 23; e13649. doi: 10.1111/dth.13649. Available in: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32445255/?from_term=empathy+and+Covid+19&from_pos=10.
12. Son D, Shimizu I, Ishikawa H, Aomatsu M, Leppink J. Communication skills training and the conceptual structure of empathy among medical students. *Perspect Med Edu.* 2018; 7:262-71. doi: 10.1007/s40037-018-0431-z.
13. De Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco P. From Suffering to Transcendence: Narratives in Palliative Care. *Can Fam Physician.* 2007; 53(8):1277-9.
14. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health.* 1998; 16:197-212.
15. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurements, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry.* 2002; 159 (9): 1563-9.
16. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg A et al. The Devil Is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med.* 2009; 84 (9): 1182-91.
17. Epicteto. *O Manual para a Vida (Enchiridion)*. Tradução e comentários de Rafael Arrais. eBook para eReaders v1.1. São Paulo: Rafael Arrais; 2013.
18. De Benedetto MAC, Gallian DMC. Narrativas de Estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface (Botucatu).* 2018; 22 (67): 1197-207.
19. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, De Benedetto MAC, Delgado- Marroquín MT, Altisent R. Educar las emociones para promover la formación ética. *Pers Bioét* 2013; 17(1): 28-48.
20. De Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Revista Brasileira de Medicina [especial Oncologia]*. 2014; 2: 15-24.
21. Dhaliwal U, Singh S, Singh N. Reflective students narratives: honing professionalism and empathy. *Indian Journal of Medical Ethics.* 2018; 3 (1): 9-15.
22. *A Lista de Schindler [filme]*. 1993. Disponível em: <https://www.imdb.com/title/tt0108052/>.

Residenciais de idosos durante a crise do COVID-19: a gestão SOBRAMFA, um modelo eficaz

Nursing homes during the pandemic COVID-19 crisis: SOBRAMFA strategies, an efficient model

 Pablo González Blasco¹,  Marcelo Rozenfeld Levites¹,  Graziela Moreto¹,  Marco Aurelio Janaudis¹,  Maria Auxiliadora Craice De Benedetto¹

A situação: uma dupla ameaça

A atual pandemia pelo COVID-19 nos faz viver tempos difíceis e inéditos.¹ Os esforços de todos os profissionais de saúde, cada um nas suas competências, são essenciais. Enquanto pesquisadores e cientistas se debatem procurando recursos terapêuticos eficazes, aqueles que estão na linha de frente devotam seus melhores esforços no cuidado clínico dos pacientes afetados.²

A cada dia que passa mostra-se imprescindível o cuidado da própria equipe de saúde. Não apenas o cuidado físico (para o qual se tomam todas as providências possíveis em cada caso) mas também da saúde mental. Um elemento da equipe de saúde desanimado, pessimista, sem perspectiva é também um fator de crise, provoca insegurança nos pacientes e nas famílias -mais ainda da que lhes chega habitualmente da mídia - e nada ajuda na equipe de saúde. Torna-se preciso levantar o moral dos que lidam diariamente com esta ameaça de proporções antes nunca vistas.

A Gestão Prioritária: proporcionar uma perspectiva real e objetiva do próprio cenário

É preciso pensar globalmente, mas atuar localmente.³ Uma preocupação excessiva e desproporcionada pelos problemas globais que o mundo está enfrentando, nada ajuda - até atrapalha - para cada um cuidar das suas próprias responsabilidades, do setor concreto que lhe cabe nestes momentos. Neste sentido, as lideranças mundiais no combate à pandemia⁴ advertem que, embora todos estamos enfrentando um enorme desafio, ninguém deve carregar o ônus de sentir-se responsável pela saúde global do planeta. Quer dizer, respeito pela ameaça mundial, mas cada um de olho no seu foco. Objetividade e realismo, por tanto. As angústias globais nada ajudam.

Deste modo, saber proporcionar diariamente uma visão realista da situação

que se vivencia no próprio cenário, apoiar a equipe de saúde a todo momento, assim como aos pacientes e famílias é a ajuda principal e mais importante que a gestão da crise requer.

Cabe aqui dar um exemplo assistencial que ilustra esse modo de agir. A SOBRAMFA⁵ coordena os cuidados de várias residências de idosos, com mais de 650 hóspedes no total. Objetividade e realismo implica tabelar diariamente a evolução dos pacientes -aqueles que precisaram de serem hospitalizados, os óbitos, os isolamentos no próprio residencial e, muito importante, as altas dos que saíram do isolamento. A Figura 1 mostra o acompanhamento desse cenário ao longo de 80 dias de pandemia.

Não se trata de elaborar um estúdio epidemiológico do comportamento da pandemia, nem de estabelecer as bases de protocolos terapêuticos, aspectos que correspondem diretamente aos investigadores e à saúde coletiva. Trata-se de mostrar uma foto da realidade diária que se vivencia neste cenário dos Residenciais de Idosos, e da efetividade das medidas preventivas tomadas pela nossa equipe.

As medidas tomadas que fazem a diferença

Como a epidemia chegou no Brasil três semanas após os países Europeus e os Estados Unidos, estudamos as ações e os Reports feitos nestes países especificamente nos residenciais de idosos. Além de todos os cuidados no fechamento da casa para visitas, a utilização do equipamentos de proteção individual e treinamento da equipe de como utiliza-lo, um importante aprendizado foi a realização de testagem periódica em todos os pacientes e funcionários independente dos sintomas.

Experiências de locais que aguardaram os sinais clínicos para tomarem ações como isolamento na casa, tratamento ou encaminhamento para hospitais tiveram resultados piores com mais pacientes contaminados, adoecidos e falecidos.⁶⁻⁹

¹SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo

Correspondência

Pablo González Blasco
E-mail: pablogb@sobramfa.com.br
www.sobramfa.com.br

Recebido: 23 Junho 2020

Aceito: 23 Junho 2020

Como citar

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: 10.11606/issn.2317-0190.v27i1a173136



© 2020 by Acta Fisiátrica
Este trabalho está licenciado com uma licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

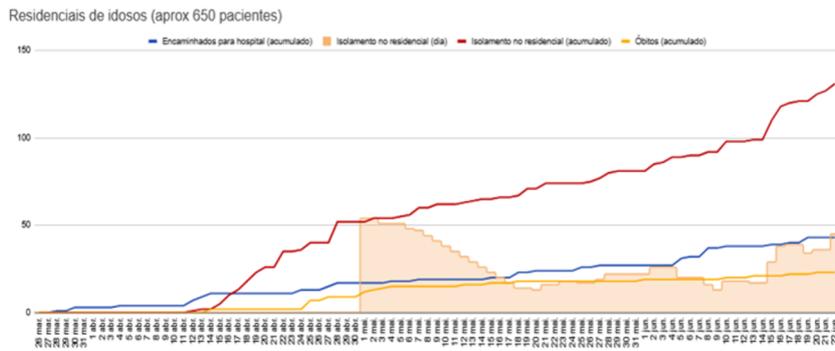


Figura 1. Residenciais de idosos (650 hóspedes) – seguimento em 90 dias

Deste modo, as ações que a nossa equipe praticou são as seguintes:

- O fechamento precoce dos residenciais à visitação: a partir do dia 20 de Março, os hóspedes residentes permaneceram isolados de toda e qualquer visita presencial dos familiares. O único contato dos hóspedes tem sido com os profissionais de saúde (médicos e equipe de enfermagem), que atuaram convenientemente protegidos conforme os protocolos adotados globalmente.

- Os hóspedes - mesmo os assintomáticos - foram testados para o COVID-19, o que permitia com os resultados isolar os positivos, não permitindo contato com o restante da comunidade.

- Manter diariamente a unidade e o foco da equipe de saúde, com orientação precisa em cada caso, sabendo gerenciar as incertezas normais neste momento. A crise afeta - como já comentado - a própria equipe de saúde que sente-se insegura perante uma ameaça desconhecida. É função do médico inspirar serenidade e profissionalismo para garantir a eficiência. Conversar individualmente com cada uma dos auxiliares e enfermeiras ajudaram a tirar dúvidas e permitir o trabalho equilibrado e sereno de cada um dos membros do time de cuidado dos residenciais

- Comunicação personalizada com as famílias: o isolamento familiar dos hóspedes é desafio enorme com o qual temos de lidar diariamente. Não basta “blindar” o residencial à visitação, é preciso explicar, dar notícias às famílias, esclarecer as dúvidas, mostrar os motivos de todas estas medidas e, de modo particular, nas famílias de pacientes graves que tiveram de ser encaminhados ao hospital, facilitando o contato com os médicos que tiveram de tomar conta dos hóspedes quando hospitalizados.

- Elaboração de material científico e de divulgação. A publicação das nossas experiências em revistas nacionais¹⁰ e internacionais,^{11,12} assim como a elaboração de vídeos explicativos¹³ tornaram nossas ações transparentes e disponíveis para a comunidade científica e assistencial que quiseram aproveitá-las. O envio dos gráficos de acompanhamento (como o apresentado na Figura 1) foram também disponibilizados diariamente para as equipes de saúde, para os gestores e para a comunidade científica.

O valor agregado na gestão de resultados: uma apologia da comunicação

É fácil perceber na Figura 1 o valor agregado decorrente dos resultados e das medidas tomadas ao longo destes 3 meses. Dos 650 hóspedes, apenas 6,6% (43) precisaram ser encaminhados ao hospital. Os falecimentos (a maioria estavam no hospital) foram 23 (3,5%). Chegaram a ser isolados 131 (20%) pacientes nos próprios residências, sendo que neste momento 45 permanecem em isolamento, estando os restantes recuperados. Os números são alentadores, sobre tudo levando-se em consideração que se trata de população de alta média etária e de risco.

A explicação para esta gestão que consideramos de excelência vem dada pela presença diária e constante da equipe médica da SOBRAMFA, incluídos finais de semana e feriados. É sabido que o setor de atenção ao idoso institucionalizado carece da presença real e ativa do médico, o que é representado frequentemente por visitas com alguma regularidade para cobrir intercorrências, e muitas ações que se delegam na equipe de enfermagem. Deve-se acrescentar também as habilidades de comunicação própria da

nossa gestão médica para coordenar a equipe de enfermagem, e atender as solicitações da família de modo habitual.

A situação de crise que o mundo está vivendo, o comportamento e a resposta dos profissionais revela fragilidades nos modelos vigentes de educação em saúde. Contemplamos heroísmo aliado a insegurança, e mesmo imprudência. 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 aquele comentário clássico: “todo sistema está perfeitamente desenhado para produzir os resultados que oferece”.¹⁴ Não podemos simplesmente reclamar do produto; temos de revisar o processo de fabricação que, certamente, é defeituoso.

Uma reflexão mais aprofundada sobre o processo formativo dos médicos foi já traçada com o sugestivo nome de que a ordem dos fatores sim altera o produto.¹⁵ Lembrava-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. Médicos que sempre sabem confortar e que, segundo os casos e as moléstias com as que se deparam, também sabem curar quando é possível. Quer dizer, a ordem dos fatores altera o produto.

Conclusão: gestão eficaz implica presença e profissionalismo

Não houve nenhuma solução mágica para obter estes resultados. Apenas a presença real e ativa dos médicos da SOBRAMFA, com capacidade de liderar a equipe de saúde, e de comunicar-se com as famílias, os hóspedes e os colegas médicos que eventualmente tiveram de intervir ao longo destas semanas. Uma atitude simples e eficaz que configura um novo modelo de negócio e uma postura de excelência no setor de atendimento ao idoso institucionalizado.

REFERÊNCIAS

- Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N Engl J Med.* 2020;382(10):929-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001191>
- Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms. Coronavirus (COVID-19) [text on the Internet]. Washington: CDC; c2020 [cited 2020 May 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
- 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>
- Podcast 256 - Anthony Fauci: Talking with patients about COVID-19 [Podcast on the Internet]. Waltham: NEJM. *Journal Watch*, c2020 [cited 2020 March 10]. Available from: <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-covid-19/2020/03/10/>
- SOBRAMFA Educação Médica & Humanismo [homepage on the Internet]. São Paulo: SOBRAMFA; c2020 [citado 2020 Jun 23] Disponível em: <https://sobramfa.com.br/atuacao-clinica/servicos/residencial-para-idosos/>
- Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med.* 2020;382(22):2081-90. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2008457>
- McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005-11. Doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>
- McMichael TM, Clark S, Pogojans S, Kay M, Lewis J, Baer A, et al. COVID-19 in a long-term care facility - King County, Washington, february 27-march 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(12):339-42. Doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e1>
- Centers for Disease Control and Prevention Preparing for COVID-19: long-term care facilities, nursing homes [text on the Internet]. Washington: CDC; c2020 [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
- Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Humanism and medical education in times of COVID-19. *Rev Med (São Paulo).* 2020;99(2):i-vi. Doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2pi-vi>
- 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]. Leawood: *Annals of Family Medicine*; c2020 [cited 2020 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>
- Blasco, PG, De Benedetto MAC. A senior family doctor supporting the health team in times of COVID-19 [text on the Internet]. Toronto: *Canadian Family Physician (CFP)*; c2020 [cited 2020 April 28]. Available from: <https://www.cfp.ca/news/2020/04/28/04-28-1>
- Blasco PG. Humanismo médico em tempos de crise [homepage on the Internet]. São Paulo: SOBRAMFA; c2020 [citado 2020 Jun 23]. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727>
- Carr S. Editor's Notebook: a quotation with a life of its own [text on the Internet]. Middleton: Patient Safety & Quality Healthcare (PSQH); c2008. [cited 2020 June 23]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/editor-s-notebook-a-quotation-with-a-life-of-its-own/>
- Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educ Med.* 2018;19(2):104-14. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>

Covid-19: casos que desafiam e agitam os médicos de família

Covid-19: casos que retan y estremecen a los médicos familiares

The Covid-19: Shudder Cases that Challenge and Family Physicians

Ismael Ramírez Villaseñor*

*Médico Familiar. Maestro en Farmacología. Comisión Académica, Colegio Jalisciense de MF, A.C. México.

Não tenho mais consultório médico, mas concordei em aconselhar o caso da sra. K, cuja família venho tratando episodicamente há cerca de 30 anos. Ela era uma mulher de 57 anos, sem doença crônica. Há 6 dias, seu marido me enviou uma mensagem: K estava com calafrios e uma temperatura de 37°C desde o dia anterior (vamos escrever como primeiro dia de cuidados). Uma vez que ela estava fazendo "tratamentos dermatológicos faciais", minha primeira hipótese foi a infecção por COVID-19. Como também temos uma epidemia de dengue, eu lhe disse que teríamos de medir a temperatura duas vezes por dia e observar a ocorrência de dificuldade em respirar ou outros sintomas; o quadro era muito vago para determinar a escolha de um ou de outro teste laboratorial nesse momento. No segundo dia de tratamento, ela se sentiu um pouco "apática", como se tivesse preguiça. Eu a instruí a descansar, a usar medidas de proteção em casa e a dormir sozinha no quarto deles. No dia 3, sentiu-se com muito bom ânimo, sua temperatura era de 37,6°C, mas às nove da noite surgiu uma "tossezinha".

Eu a orientei para que fizesse um teste para Covid-19 na manhã seguinte e, caso surgisse qualquer sintoma de desconforto respiratório ou "falta de ar", ela deveria ser levada ao departamento de emergência de um hospital designado para tratamento de Covid-19, sendo que forneci a seu marido os números de telefones nacionais de emergência para localizar o hospital mais próximo. No quarto dia de aconselhamento (quarta-feira), foi-lhe solicitado o teste Covid, o qual foi realizado no dia seguinte (quinta-feira). Nesse dia surgiu uma dor nas costas que melhorou com paracetamol. Agora lembro-me que senti alguma preocupação¹, mas, no momento, em vez de dizer a ele para levá-la ao hospital e não esperar pelo resultado do teste, orientei-o novamente quanto aos sintomas de alarme; na ocasião, sua temperatura era de 37,4°C. Ela sentiu energia suficiente para limpar seu dormitório. O resultado do teste, realizado em um hospital particular, seria liberado três dias úteis depois (seriam 5 dias devido à sobreposição de sábado e domingo). Na sexta-feira, 6º dia de aconselhamento, às 17h44min, o marido me escreve muito feliz, pois K havia comido muito bem, apresentava-se com a mente clara e sem sonolência e com uma temperatura de 36,4°C. Concordamos que ele me notificaria acaso houvesse qualquer alteração do quadro. Naquela noite eu dormi em paz...

7º dia, sábado assustador.

Às 13:00, o marido de K avisou-me que ela tinha morrido em um hospital onde ele a levou de manhã, pois "não conseguia respirar". Aparentemente eles não haviam conseguido intubá-la. Fiquei chocado, meu amigo estava calmo e agradecido por minha atenção. Eu disse-lhe que me sentia responsável, e sem palavras para me expressar. Minha segurança profissional de 40 anos havia sido imensamente reduzida, um sentimento de humildade permeava todo o meu ser; nunca havia sentido esse reconhecimento de minhas enormes limitações diante do imenso fenômeno da vida.² Senti pena e um pouco de culpa; percebi que nada pode substituir ver os pacientes diretamente. Busquei consolo em Jacob Needleman, que afirmou: "...para os médicos, a experiência da morte é tão necessária quanto a experiência de espanto que deixa o cientista perplexo..." Os médicos também são cientistas e precisam extrair o sentimento de maravilhosa perplexidade, mas seu chama-

do também exige confronto com a morte. Essas experiências extremas ou choques na personalidade podem aproximá-lo da inteligência - no antigo sentido do termo - e da compaixão que ele procura avidamente, mas que, neste momento, perdeu a esperança de encontrar".²

PS: O descrito acima significaria pouco ou nada para os jovens médicos de família e, especialmente, àqueles a quem devo a confiança de ter sido considerado seu "professor", caso eu não reconhecesse, cinco dias após meu luto, os seguintes erros no caso.

1. Infelizmente, meu foco permaneceu no nível epidemiológico e nos riscos biomédicos do caso. "80% dos casos de Covid-19 são assintomáticos ou leves, e os riscos de complicações são doenças crônicas bem conhecidas como diabetes, hipertensão, imunossupressão, câncer, obesidade, etc., assim como idade superior a 60 ou 65 anos... Minha paciente, portanto, não foi incluída nos critérios epidemiológicos. Além disso, o quadro apresentou-se como leve por seis dias. Minha culpa: não focar na pessoa, apesar da minha experiência nesse campo. Eu explico isso:

2. No México, 30% dos pacientes que morreram não apresentam as comorbidades amplamente descritas. Há muita especulação, mas pouco sabemos de concreto a partir do campo biomédico. E aí vem o meu maior erro, esqueci o que sabia, não apliquei o conhecimento muito sólido derivado da sociologia de que médicos a partir de fora do paciente só podem avaliar separadamente elementos de seu ser (temperatura, teste Covid-19 e quaisquer dados do exame físico ou laboratoriais), mas as partes não explicam o todo. Somente a autoavaliação da saúde da pessoa é capaz de dar uma ideia abrangente de sua saúde. A pergunta que nunca fiz: "Você sente que sua vida está em perigo? Você acha que tem uma doença leve, moderada ou grave?"³ Se eu tivesse feito essas perguntas, minha decisão teria sido realmente informada. Não pretendo dizer que "K" estaria viva, nem que, se ela tivesse chegado ao hospital no dia anterior, não teria apresentado insuficiência respiratória aguda ou que a intubação endotraqueal teria sido evitada. Não posso dizer nada sobre isso. Mas esse caso me lembrou que a sociologia médica mostrou que a autoavaliação da própria saúde é um poderoso preditor de mortalidade, ainda maior do que avaliações médicas, histórico de tabagismo ou registros clínicos. Minha pena é que eu não usei essas informações, e minha mensagem para os jovens médicos é investigar o tópico, porque ele é realmente relevante em meio à incerteza dessa pandemia. George Kaplan resumiu muito bem em 1983: "a autopercepção de problemas de saúde poderia ser uma característica comum que liga vários estados psicossociais, como isolamento social, eventos negativos da vida, depressão, fatores de estresse no trabalho..." Isso sugere que as autoavaliações da saúde são chaves para entender outras influências psicossociais na saúde.³ Kaplan concorda com a teoria do marcador somático de Antonio Damasio, o organismo faz em tempo real uma avaliação do estado de nosso ser. Como você se sente agora?⁴ A doença Covid-19 representa um desafio desconhecido para a Atenção Básica, sendo a maioria das pessoas afetada levemente e outras de forma sutil e fatal. Minha tristeza encontra algum consolo em entender o que não fiz e o que deveria ter feito. Assim, minha tarefa continuará. A dor se reconstrói e eu tento fazer isso, pois devo isso a muitos amigos queridos, meus pacientes, parentes e jovens médicos que confiaram em mim.

3.- Quando o presente manuscrito ainda se encontrava no prelo, foi publicado um artigo que afirmava que pelo menos 50% dos pacientes com Covid-19 desenvolvem distúrbios cerebrais, seja por invasão direta do parênquima cerebral pelo vírus ou por inflamação derivada do distúrbio imunológico⁵. Isso abre a possibilidade de que a insuficiência respiratória também se deva a danos no tronco cerebral. O caso da Sra. K é compatível com essa informação. Sua preocupação obsessiva com a oração, que registrei como uma característica acentuada de sua personalidade, poderia ter sido um aviso de encefalopatia.

Referências

1. Ramírez-Villaseñor, I, Gutiérrez-Castillo, A.J, Vázquez-Vázquez, D.S, Arce-Jiménez, P.X, Ramírez-Gutiérrez, G.P. El fenómeno clínico gut feelings, ¿Como expresarlo en español mexicano? Un estudio multimétodo. *Rev Mex Med Fam.* 2018;5(2): 62-67.
2. Needleman J. (ed.) *The way of the physician Recovering the heart of medicine.* Napa, CA, USA: Fearless Books; 2014.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of health and Social Behavior.* 1997;38(1): 21-37
4. Damasio AR. The somatic marker hypothesis. En: Damasio AR, ed. *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain.* New York: Avon Books; 1994. pp 191-230.
5. Cormier Z. BBC Future. [Online]. Available from: <https://www.bbc.com/future/article/20200622-the-long-term-effects-of-covid-19-infection> [Accessed 9 July 2020].

Ya no tengo un consultorio médico, pero accedí a asesorar el caso de la señora "K", a cuya familia atendí de manera episódica desde hace aproximadamente 30 años. Era una mujer de 57 años y sin enfermedad crónica. Hace 6 días su esposo me envió un mensaje: la Señora K había tenido escalofríos y temperatura de 37.0 C desde un día previo (anotaremos como día 1 de atención). Dado que hacía "tratamientos faciales", mi primera

hipótesis fue infección por Covid-19. Como tenemos también epidemia de dengue le dije que habría que tomar la temperatura 2 veces al día y vigilar dificultad para respirar o cualquier otro síntoma; el cuadro era demasiado indefinido para tomar una prueba de uno u otro. Al día 2 de atención, solo se sintió un poco “desganada” como con flojera. Yo les había indicado que reposara, y usara medidas de protección en casa y durmiera sola en su recámara. Día 3, se sintió muy bien de ánimo, la temperatura de 37,6°C, pero se agregó “tosecita” eran las 9 de la noche. Le indiqué que se tomara una prueba para Covid a la mañana siguiente, y que ante cualquier síntoma de dificultad respiratoria o “falta de aire” debería acudir a urgencias de un hospital que atendiera Covid, le di los teléfonos nacionales de urgencia para localizar su hospital más cercano. Día 4° de asesoría (miércoles), le dieron cita para su prueba de Covid al día siguiente (jueves).

El 5° día le tomaron la prueba para Covid-19, se asocia dolor del dorso del cuerpo que mejoró con el paracetamol. Ahora recuerdo que sentí cierta inquietud¹, pero en el momento, en lugar de indicarle que fuera a un hospital y no esperara el resultado de prueba, le volví a recordar síntomas de alarma, su temperatura era de 37.4 0C. Se sintió con la energía para asear su recámara. La prueba, realizada en hospital privado, se reportaría tres días hábiles después (serían 5 días por el traslape de sábado y domingo). El viernes día 6° de asesoría, a las 17:44 horas, su esposo me escribe muy contento, “K” ha comido muy bien, con mente clara, sin somnolencia, y con temperatura de 36.4°. Quedamos en que avisará cualquier cosa. Esa noche dormí tranquilo...

Día 7°, sábado estremecedor.

A las 13 horas el esposo de que K me avisó que ésta murió en un hospital a donde la llevó en la mañana, “no podía respirar” al parecer no pudieron intubarla. Me sentí impactado, mi amigo estaba tranquilo y agradecido con mi atención; le dije que me sentía responsable, y sin palabras que expresar. Mi seguridad profesional de 40 años se había reducido inmensamente, una sensación de humildad permeó todo mi ser, no había sentido esta sensación de reconocimiento de mis enormes limitaciones frente al inmenso fenómeno de la vida.² Me sentí apenado y de cierta manera culpable, me di cuenta de que nada puede suplir ver directamente a los pacientes. Busqué consuelo en *Jacob Needleman* “...para los médicos, la experiencia de la muerte es tan necesaria como la experiencia del asombro que deja perplejo al científico”... Los médicos son también científicos, y necesitan abreviar del sentido de la perplejidad maravillosa, pero su llamado demanda también la confrontación con la muerte. Estas experiencias extremas o choques a la personalidad pueden acercarle la inteligencia –en el sentido antiguo del término- y la compasión que él busca ansiosamente, pero que en esta época ha perdido esperanza de encontrar”.²

PD: Lo descrito de poco o nada serviría para los médicos familiares jóvenes y en especial a los que debo la confianza de haber sido considerado su “profesor”, si yo no reconociera los siguientes errores en el caso.

1.- Mi enfoque lamentablemente se quedó en el nivel epidemiológico y los riesgos biomédicos del caso. “80% de los casos de COVID-19 son asintomáticos o leves, y los riesgos de complicaciones son las enfermedades crónicas bien conocidas, diabetes, hipertensión arterial, inmunodepresión, cáncer, obesidad, etcétera. Al igual las personas mayores de 60 o 65 años... mi paciente no se encontraba incluida en los criterios epidemiológicos. Además, el cuadro se mostró por 6 días como leve. Mi falla: no centrarme en la persona, a pesar de mi experiencia en ese campo. Lo explico:

2.- En México, 30% de los pacientes que han muerto no tienen las co-morbidades ampliamente descritas. Se especula mucho, pero no sabemos algo concreto desde lo biomédico. Y aquí viene mi error mayor, me olvidé lo que sabía, no apliqué el conocimiento muy sólido derivado de la sociología de que los médicos desde fuera del paciente solo podemos evaluar por separado elementos de su ser (temperatura, prueba de Covid-19, cualquier dato de exploración física o auxiliares de laboratorio), pero las partes no explican el todo. Solo la autoevaluación de la salud de la persona es capaz de dar una idea integral de su salud. La pregunta que nunca hice ¿Siente usted que su vida está en peligro? ¿Cree usted que tiene una enfermedad leve, moderada o grave? De haber hecho estas preguntas mi decisión habría estado verdaderamente informada. No quiero decir con esto que la paciente K estaría viva, tampoco que de haber llegado al hospital un día antes no hubiera presentado falla respiratoria aguda, o que se hubiera evitado intubación endotraqueal. Nada de eso puedo decir. Pero este caso me recordó que la sociología médica ha demostrado que la autoevaluación de la propia salud es un poderoso predictor de mortalidad, mayor incluso que las evaluaciones médicas, la historia de tabaquismo, o los registros del expediente clínico. Mi pena es que no usé esa información, y mi mensaje a los médicos jóvenes es que investiguen el tema porque es realmente relevante en medio de la incertidumbre de esta pandemia.

“George Kaplan lo resumió muy bien en 1983: La autopercepción de mala salud podría ser una característica común que enlaza diversos estados psicosociales tales como el aislamiento social, eventos negativos de la vida, depresión, estresores laborales...esto sugiere que las auto calificaciones de salud son claves para comprender otras influencias psicosociales de la salud.”³ Kaplan concuerda con la Teoría del marcador somático de Antonio Damasio, el organismo hace en tiempo real una valoración del estado de nuestro ser. ¿Cómo se siente en este momento?⁴ La enfermedad COVID-19 representa un reto desconocido para la Atención Primaria, a la mayoría les afecta levemente a otros les resulta sutil y fatal; mi duelo encuentra algo de consuelo al lograr comprender lo que no hice y lo que debería haber hecho, mi tarea continuará. El dolor reconstruye y eso intento, se lo debo a muchos queridos amigos, a mis pacientes, mis familiares y a los médicos jóvenes que han tenido confianza en mí.

3.- Cuando el presente manuscrito estaba en prensa se publicó un artículo que planteaba que al menos 50% de los pacientes con Covid-19 desarrollan trastornos cerebrales ya fuera por invasión directa del parénquima cerebral por el virus o por la inflamación derivada del trastorno inmune.⁵ Lo que abre la posibilidad de que la falla respiratoria sea también por daño del tallo cerebral. El caso de la señora K es compatible con esa información. Su preocupación obsesiva por rezar, que yo registré como rasgo acentuado de su personalidad, podría haber sido un aviso de encefalopatía.

Referencias

1. Ramírez-Villaseñor, I, Gutiérrez-Castillo, A.J, Vázquez-Vázquez, D.S, Arce-Jiménez, P.X, Ramírez-Gutiérrez, G.P. El fenómeno clínico gut feelings, ¿Como expresarlo en español mexicano? Un estudio multimétodo. *Rev Mex Med Fam.* 2018;5(2): 62-67.
2. Needleman J. (ed.) *The way of the physician Recovering the heart of medicine.* Napa, CA, USA: Fearless Books; 2014.
3. Idler EL, Benyamini, Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of health and Social Behavior.* 1997;38(1): 21-37
4. Damasio AR. The somatic marker hypothesis. En: Damasio AR, ed. *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain.* New York: Avon Books; 1994. pp 191-230.
5. Cormier Z. BBC Future. [Online]. Available from: <https://www.bbc.com/future/article/20200622-the-long-term-effects-of-covid-19-infection> [Accessed 9 July 2020].

Como lidar com a incerteza do cisne negro chamado Covid-19? Ensinaamentos de Taleb e Churchill

¿Cómo lidiar con la incertidumbre del cisne negro llamado Covid-19? Enseñanzas de Taleb y Churchill

How to deal with the uncertainty of the black swan called Covid-19? Teachings of Taleb and Churchill

Marcelo Levites, Maria Auxiliadora Craice De Benedetto,** Pablo González Blasco.****

* Doutor em Medicina. Diretor Comercial de SOBRAMFA. Educação Médica e Humanismo. ** Doutora em Medicina. Diretora de Publicações de SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. *** Doutor em Medicina. Diretor Científico de SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo.

Correspondencia: Dr. Marcelo Levites. **Correo electrónico:** marcelolevites@sobramfa.com.br

Resumo

A disseminação do novo coronavírus em níveis pandêmicos atingiu o mundo como uma bomba e teve como consequência a morte de um grande número de pessoas e a necessidade de diferentes graus de isolamento social para a maior parte da população mundial. A questão que se coloca é: como lidar com tudo isso? Para responder a tal questão evocamos o conceito de antifragilidade, característica de pessoas que são estimuladas de forma positiva pelos desafios que se apresentam, o que as leva a trabalhar construtiva e criativamente em momentos de crise. Essa aptidão está por trás de tudo aquilo que muda através do tempo e não deverá ser diferente em relação ao coronavírus. Neste artigo, colocamos alguns exemplos que ilustram a antifragilidade e que representam fontes de inspiração para que possamos potencializar as nossas melhores capacidades e seguir em frente, ainda que todas essas considerações estejam sendo feitas no momento da pandemia e que nós, como médicos da trincheira, podemos ser vítimas do vírus.

Palavras-chave: Covid-19. Incerteza. Antifragilidade.

Resumen

La propagación del nuevo coronavirus a niveles de pandemia golpeó al mundo como una bomba y resultó en la muerte de un gran número de personas y la necesidad de diferentes grados de aislamiento social para la mayoría de la población mundial. La pregunta es: ¿cómo lidiar con todo esto? Para responder a esta pregunta, evocamos el concepto de antifragilidad, característico de las personas que se sienten positivamente estimuladas por los desafíos que surgen, lo que los lleva a trabajar de manera constructiva y creativa en tiempos de crisis. Esta capacidad está detrás de todo lo que cambia con el tiempo y no deberá ser diferente en relación con el coronavirus. En este artículo, ponemos algunos ejemplos que ilustran la antifragilidad y que representan fuentes de inspiración para que podamos aprovechar nuestras mejores capacidades y avanzar, a pesar de que todas estas consideraciones se están haciendo en el momento de la pandemia y que nosotros, como médicos desde la trincheira, podemos ser víctimas del virus.

Palabras-clave: Covid-19. Incertidumbre. Antifragilidad.

Abstract

The spread of the new coronavirus at pandemic levels hit the world like a bomb and resulted in the death of many people and the need of different degrees of social isolation for most of the world population. The question is: how to deal with this situation? To answer this question, we evoke the concept of antifragility, characteristic of people who are positively -

stimulated by the challenges that arise, which leads them to work constructively and creatively in times of crisis. This ability is behind everything that changes over time and should not be different concerning the coronavirus. In this article, we put some examples that illustrate antifragility and represent sources of inspiration so that we can potentialize our best capabilities and move forward, even though all these considerations are being made at the time of the pandemic and that we, as doctors working in the trench, can be victims of the virus.

Keywords: Covid-19. Uncertainty. Antifragility.

O cisne negro e o antifrágil

A disseminação em níveis pandêmicos do novo coronavírus, o Sars-Cov-2, causador da Covid-19, atingiu o mundo como uma bomba. Trata-se de uma nova doença, cuja história ainda está sendo escrita, uma vez que parece adquirir apresentações variadas conforme se expande ao longo do tempo e espaço. E em meio à tempestade – a rápida possibilidade de expansão com a contaminação de um grande número de pessoas, muitas pessoas morrendo e grande parte da população mundial em graus diferentes de isolamento social, conforme a situação regional e as políticas de saúde pública adotadas em cada país – é que temos de aprender a lidar com o novo vírus.

As árduas buscas efetuadas em todo o mundo por uma terapia medicamentosa adequada e pelo desenvolvimento de uma vacina efetiva contra esse mal ainda não propiciaram a resposta almejada e não sabemos até quando teremos de lutar da melhor forma possível com as armas que temos, isto é, fomentando o isolamento social e tentando proporcionar acesso ao tratamento das complicações da doença para o maior número possível de pessoas. E, por questões pré-existentes relacionadas aos serviços de saúde e por características culturais, isso não tem sido fácil em nosso país, o Brasil. Assim, embora, entre erros e acertos, grandes esforços têm sido realizados na tentativa de se propiciar o melhor cuidado a todos e minimizar os estragos, ainda continuamos a lamentar o aumento da quantidade dos pacientes infectados e do número de mortes. E, se a incerteza é intrínseca à prática da Medicina, nas atuais circunstâncias ela se mostra ainda mais evidente.

A questão que se impõe é: como lidar com tudo isso? Por ora, pouco sabemos. A nossa ignorância em relação ao vírus é visível pela rápida disseminação da doença e a grande quantidade de mortes por ela causada em um curto período de tempo.

Infelizmente, situações não previstas são inerentes à condição humana. A doença, por exemplo, muitas vezes, quando menos esperamos, bate à nossa porta, afetando nossas vidas. De um ponto de vista particular, não deve existir ninguém que não tenha enfrentado, em relação a si próprio ou a seus familiares, traumatismos ou doenças como câncer, derrames, infartos ou doenças degenerativas. Por outro lado, outras epidemias, como meningites, tuberculoses e gripes, já estão inscritas na história da humanidade.

Nassim Taleb, economista mundialmente conhecido, pode nos ajudar a encontrar respostas para o enfrentamento dessa crise. Ele descreveu a possibilidade de acontecimentos que definiu como improváveis e que causam rupturas em todo o campo de conhecimento e ação humanos.¹ Em seu trabalho sobre o cisne negro, o autor comenta que, antes que descobrissem a Austrália, as pessoas do Antigo Mundo estavam convencidas de que todos os cisnes eram brancos. Essa era uma crença inquestionável por ser absolutamente confirmada por evidências empíricas. Deparar-se com o primeiro cisne negro pode ter sido uma surpresa interessante para alguns ornitólogos, mas a importância desta história encontra-se no fato de ela ilustrar a fragilidade de nosso conhecimento e a possibilidade de uma iluminação severa no aprendizado por meio de observações ou experiência. A observação de um único cisne negro pode invalidar uma afirmação originada pela existência de milhões de cisnes brancos, os únicos até então conhecidos. Isso nos faz refletir acerca do significado de um único cisne negro.^{2,3}

Na medicina, a incerteza é uma certeza. As frases “a medicina é a ciência das certezas absolutas e transitórias” e a “medicina é a ciência da incerteza e a arte da probabilidades” são muito conhecidas e ditas por inúmeros professores em universidades de todo o mundo. Muitos estudam o impacto da incerteza e tentam nos ensinar a lidar com ela.⁴⁻⁷

Como lidar com os impactos do cisne negro chamado coronavírus? Como lidar com a incerteza deste momento? De acordo com Taleb, não podemos desprezar a ideia de que algumas coisas se beneficiam dos impactos; elas prosperam e crescem quando são expostas à volatilidade, ao acaso, à desordem e aos agentes estressores, e apreciam a aventura, o risco e a incerteza. E isso ocorre graças ao impulso proporcionado pela presença do antifrágil, termo criado pelo autor para designar exatamente o oposto do frágil. Apesar da universalidade desse fenômeno, não existia até então uma palavra para designá-lo.

A antifragilidade não se resume à resiliência ou à robustez. O resiliente resiste a impactos e permanece o mesmo; o antifrágil fica melhor e trabalha construtiva e criativamente com os desafios que se apresentam. Essa capacidade está por trás de tudo aquilo que muda ao longo do tempo: a evolução, a cultura, as ideias, as revoluções, os sistemas políticos, as inovações tecnológicas, o sucesso cultural e económico.⁸ A antifragilidade pode fazer toda diferença em nossa resposta individual, familiar, empresarial e coletiva à crise do coronavírus.

O cisne negro chamado coronavírus trouxe uma crise sanitária, humanitária e econômica sem precedentes e abalou as estruturas da sociedade em todo o planeta. Além disso, outra questão importante diz respeito aos outros problemas de saúde que parecem estar sendo de alguma forma negligenciados. Um amigo, por exemplo, contou-nos que cortou a orelha, teve um grande sangramento e não sabia se deveria ir ou não ao hospital, pois estava com medo do coronavírus.... Um filho de uma paciente estava com medo de trazê-la para consulta e exames, ainda que ela estivesse com sintomas de infecção urinária. Vários pacientes crônicos estão tendo agravamento de sua condição clínica ou necessitam ajustes em sua medicação e recusam-se a procurar seu médico e até mesmo a recebê-lo em suas casas para uma consulta domiciliar. O que fazer? Não adianta não se infectar de coronavírus e falecer de infarto em casa.

A atual pandemia tem se mostrado tão devastadora quanto uma guerra. Ainda que lutemos contra um inimigo comum que ameaça toda a humanidade, um vírus que se comporta sornateiramente, em nosso país, divisões têm ocorrido, o que dificulta ainda mais a luta. Certamente, assim como tudo passa nesta vida, esta crise sanitária, econômica e política sem precedentes, mais cedo ou mais tarde, também passará. Sua duração será determinada pelas atitudes e comportamentos tomados pela sociedade como um todo, os quais são determinados pela visão de mundo predominante.

Mesmo a partir da perspectiva de nosso pequeno grupo de médicos que atua em dois hospitais privados de pequeno porte e em alguns residenciais para idosos – cuidando de cerca de 600 idosos – fica evidente a gravidade da presente situação. Neste momento, a existência de líderes que encarnem a postura do antifrágil é vital, pois, mesmo resolvida a crise sanitária, muito restará a ser feito em todos os campos. Nosso país e muitos outros terão de ser recriados, com muito trabalho e criatividade. Talvez esse seja o motivo pelo qual Winston Churchill, o primeiro ministro britânico durante a Segunda Guerra Mundial, tenha sido tão evocado pela mídia atualmente.

Ensinaamentos da História de como lidar com a crise: Churchill e a Segunda Guerra Mundial

Um jornal de grande circulação em nosso país publicou recentemente um artigo denominado “Lições de Winston Churchill para líderes globais em tempos de crise”⁹, em que, baseado na autobiografia de Churchill – Memórias da Segunda Guerra Mundial¹⁰, o autor, Daniel Fernandes, elenca atitudes e características do ---

primeiro ministro da Inglaterra, que poderiam ser considerados lições de vida e liderança. Tomamos a liberdade de afirmar que as atitudes e os comportamentos descritos enquadram-se no que entendemos como características do antifrágil.

Diante do cisne negro chamado nazismo e do despreparo inicial britânico para enfrentar o inimigo, Churchill soube conduzir sua nação até a vitória aliada após cinco anos de uma guerra cruel. Acreditamos que algumas das lições transmitidas por Churchill em sua autobiografia possam servir como fonte de inspiração não somente para os líderes governamentais, mas também para todas as pessoas de boa vontade, que buscam atuar como antifrágéis e fazer a parte que lhes cabe em seu círculo de influências, não importa quão humilde ou amplo este possa parecer.

Churchill era dotado de um humor inteligente e do dom da palavra. Seus discursos e frases de impacto, que denotam sua profunda perspicácia acerca da natureza humana, ainda são lembrados até o momento, e mantiveram a esperança e força de seu povo e de todos os que ousaram fazer frente ao nazismo que ameaçava todo o mundo livre. Algumas de suas lições são sintetizadas em seguida e cada qual é ilustrada por uma de suas célebres frases.

Conhecer o inimigo

“Se Hitler invadissem o inferno, eu faria uma referência favorável ao diabo na Câmara dos Comuns.”

Antes mesmo da deflagração da segunda guerra, Churchill já vinha fazendo uma análise bastante precisa de Adolf Hitler, aquele que haveria de ser seu principal inimigo – e também inimigo de grande parte da humanidade – durante cinco longos invernos. Considerava-o um inconformado com a derrota. Na visão deturpada do cabo alemão que literalmente perdera transitoriamente a visão durante a Primeira Guerra, a derrota alemã na primeira guerra havia ocorrido por processos não convencionais. Deveria ter ocorrido em decorrência de uma traição em algum lugar.

Aparentemente, “sozinho e ensimesmado, o soldadinho ponderou e especulou sobre as possíveis causas da catástrofe, guiado apenas por sua reduzida experiência pessoal”. Infelizmente, Hitler não estava sozinho. Encontra pares, nacionalistas alemães e radicais que sabem a quem culpar pela derrota. “Em Viena, ele se misturara com grupos nacionalistas alemães radicais e ali ouvira histórias de atividades sinistras e sabotadoras de uma outra raça, inimiga e exploradora do mundo nórdico, os judeus”, conclui Churchill. E a tempestade perfeita estava armada.

Confiar para ir até o fim

“Se estiver passando pelo inferno, continue caminhando.”

Em outra passagem, já carregada pelo drama da guerra, Churchill havia promovido com êxito e de forma quase milagrosa a retirada de tropas – muitas delas, inúmeras delas, todas elas? – de Dunquerque. Lá estavam encurralados praticamente todo o exército inglês e parte das tropas francesas e, caso falhasse, a inevitável derrota teria se dado pouco após o início da Segunda Guerra. No entanto, não falhou. Antes do ocorrido, com a crença de que seria impossível resgatar tantos soldados, alguns membros do governo britânico defenderam a assinatura de um tratado de paz com Hitler, com a mediação de Mussolini, ao que Churchill se negou terminantemente. E, ao reunir-se com o parlamento, durante o que ele considerou a hora mais escura, expôs com precisão as circunstâncias vigentes e concluiu seu discurso assim: “Muito embora grandes pedaços da Europa e muitas nações antigas e famosas tenham caído ou venham a cair sob o jugo da Gestapo e de todo o odioso aparato de dominação nazista, não esmoreceremos nem fracassaremos. Vamos até o fim”. E foram.

Ousar pedir união

“...se nós cairmos, então o mundo inteiro vai afundar no abismo de uma nova Idade das Trevas, ainda mais sinistra e talvez mais prolongada pelo uso de uma ciência pervertida. Que nós nos unamos para cumprir nosso dever e, dessa forma, nos elevemos de tal modo que, se o Império Britânico e sua comunidade durarem mil anos, as pessoas ainda digam: ‘aquele foi seu melhor momento.’”

Em dado período da guerra, quando tudo ainda ia mal para os aliados, Churchill escreveu indicando que o leitor deveria compreender “quão espesso e desconcertante é o véu do desconhecido”. E acrescentaria: “Agora, à plena luz da posteridade, é fácil discernir onde fomos ignorantes ou alarmados demais, e onde fomos descuidados ou inábeis”. No espírito do momento, o primeiro-ministro sentencia: “Essa foi uma época em que toda a Inglaterra trabalhou e se esforçou até o limite máximo e esteve mais unida do que nunca”. E essa unidade, em que cada qual contribuiu com seus melhores dons, talentos e parcela de sacrifício, foi o que permitiu que os ventos soprassem para outra direção.

Recomeçar e recomeçar

“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.”

A França havia caído rapidamente diante da exuberante máquina de guerra conduzida por Hitler. Havia sido subjugada, porém, quase sem resistência. Pelo rádio, devastado, Churchill não esconde a gravidade da situação. No entanto, reforça sua crença inabalável num futuro menos sombrio. “Defenderemos nossa ilha em casa e, junto com o Império Britânico, prosseguiremos na luta sem nos deixarmos conquistar, até que a maldição de Hitler seja retirada dos ombros da humanidade. Temos certeza de que no fim tudo sairá bem.”

Aguentar...

“Iremos até o fim. Lutaremos na França. Lutaremos nos mares e oceanos, lutaremos com confiança crescente e força crescente no ar, defenderemos nossa ilha, qualquer que seja o custo. Lutaremos nas praias, lutaremos nos terrenos de desembarque, lutaremos nos campos e nas ruas, lutaremos nas colinas; nunca nos renderemos, e se, o que eu não acredito nem por um momento, esta ilha, ou uma grande porção dela, fosse subjugada e passasse fome, então nosso Império de além-mar, armado e guardado pela Frota Britânica, prosseguiria com a luta, até que, na boa hora de Deus, o Novo Mundo, com toda a sua força e poder, daria um passo em frente para o resgate e libertação do Velho.”

Há quem diga que as frases emblemáticas e os discursos de Churchill tiveram seu papel na vitória aliada. Ainda assim, só discursos não bastavam para conter o inimigo. E Londres era bombardeada continuamente, noite após noite. Eram discursos de alguém que realmente acreditava em suas próprias palavras e vivia aquilo que falava. Assim, a cidade ousava aguentar, sob a liderança de alguém que conseguiu manter a unidade e esperança da população. No primeiro volume de suas Memórias sobre a Segunda Guerra Mundial, o primeiro-ministro relembra uma visita trivial a um vilarejo quando sobrevém um ataque aéreo. O líder teve de se abrigar em um túnel, local que abrigava um imenso número de moradores que lá viviam permanentemente. E isto o comoveu intensamente e resultou em ação realizada para o bem maior de todos.

...E ajudar

“É inútil dizer ‘estamos fazendo o possível’. Precisamos fazer o que é necessário.”

Quando Churchill saiu do túnel, quinze minutos depois, contempla a destruição. Um pequeno hotel que lá existia foi totalmente destruído e, ainda que ninguém tivesse sido ferido, o local foi reduzido a escombros repletos de móveis, louças e utensílios destruídos. Churchill relata: “o proprietário, sua mulher, os cozinheiros

e as garçonetes estavam em prantos. Onde estava seu lar? Onde estava seu ganha-pão? Eis aqui um privilégio do poder. Tomei uma decisão imediata. No caminho de volta, ainda no trem, ditei uma carta para o ministro das Finanças, Kingsley Wood, estabelecendo o princípio de que todos os danos resultantes do fogo inimigo ficassem por conta do estado, e de que se pagassem indenizações integrais em caráter imediato. Assim, o ônus não recairia apenas sobre aqueles cujas casas e estabelecimentos comerciais fossem atingidos, mas seria equanimente distribuído sobre os ombros da nação.”

Saber liderar

“Os problemas da vitória são mais agradáveis que aqueles da derrota, mas não são menos difíceis.”

Cinco anos antes da comemoração da vitória aliada em maio de 1945, tal desfecho parecia pouco provável, quando poucos ousaram opor-se a Hitler, o líder enlouquecido que parecia invencível. Churchill, um dos principais responsáveis por esse desfecho, era admirado por todos, até mesmo por seus adversários políticos e podemos imaginar a explosão de alegria que se espalhou pelo planeta, quando todo o mundo livre se entregou à euforia da vitória. Naquele momento, dirigindo-se à nação que havia sofrido o impensável, Churchill, como era seu habitual, surpreendeu a todos por suas palavras: “Gostaria de poder dizer-lhes esta noite que toda a nossa labuta e todos os nossos problemas estão terminados. Mas, ao contrário, devo adverti-los, como fiz ao iniciar esta missão de cinco anos – e ninguém sabia, na época, que ela duraria tanto – de que ainda há muito por fazer, e de que vocês devem estar preparados para novos esforços da mente e do corpo e para novos sacrifícios em nome de causas grandiosas, se não quiserem recair na vala da inércia, da confusão de objetivos e do medo covarde de serem grandes.” Celebra e, ao mesmo tempo, chama todos à responsabilidade que o amanhã reserva. Pois os problemas não estavam terminados e os anos subsequentes à guerra, em que se deu a reconstrução do país, foram árduos e difíceis, embora em um nível diferente de dificuldade.

Suas palavras denotam que ele não se deixou seduzir pelos louros da vitória, e que é necessário atuar de acordo com as necessidades e demandas de cada momento, o que sempre foi a marca de sua grande capacidade de liderança.

Aprender com o passado e vigiar sem cessar

“Se o presente tentar julgar o passado, perderá o futuro”

Em 1948, no prefácio da edição de suas *Memórias da Segunda Guerra Mundial*, Churchill relembra a conversa que teve com o presidente Franklin Roosevelt. O norte-americano lhe pergunta sobre como a guerra deveria se chamar. Churchill retrucou de pronto: “A Guerra Desnecessária”, pois, para ele, “nunca houve guerra mais fácil de impedir do que esta que acaba de destroçar o que restava do mundo após o conflito anterior.” Churchill, talvez fazendo uma de suas pausas dramáticas, retoma o raciocínio. “A tragédia humana atinge seu clímax no fato de que, após todos os esforços e sacrifícios de centenas de milhões de pessoas, e após as vitórias da Boa Causa, ainda não encontramos Paz ou Segurança e estejamos sujeitos a perigos ainda maiores do que aqueles que superamos.”

Ainda que estejamos vivenciando a história, é preciso distanciamento para compreender com exatidão a natureza dos acontecimentos. Churchill entende como foi e como poderia ter sido o mundo e reflete acerca das possibilidades de aprendizado e atuação a partir de eventos passados, sugerindo que se tivessem apreendido as lições da Primeira Guerra, talvez a segunda pudesse ter sido evitada. “É meu objetivo, sendo alguém que viveu e foi atuante nesses dias, mostrar com que facilidade a tragédia da Segunda Guerra Mundial poderia ter sido evitada; como a maldade dos perversos foi reforçada pela fraqueza dos virtuosos; como faltam à estrutura e aos hábitos das nações democráticas, a menos que elas se agreguem em organismos maiores, os

elementos de persistência e convicção que são os únicos capazes de dar segurança às massas humildes; e como, mesmo nas questões de autopreservação, nenhuma política é seguida sequer por períodos de dez ou 15 anos de cada vez.”

A grande lição – A herança de Churchill para o século XXI

Churchill abre suas Memórias com as seguintes palavras, as quais sintetizam seu pensamento e modo de vida:

“Na guerra: determinação
Na derrota: desafio
Na vitória: magnanimidade
Na paz: boa vontade.”

Sabemos, pela história e de modo gráfico pela ilustração que o cinema faz dela, a influência que Winston Churchill teve na formação da atual soberana britânica, a Rainha Elizabeth II. ¹¹ Por isso, emociona assistir o recente discurso da Rainha desde o Castelo de Windsor, animando o seu povo -como o fez inúmeras vezes- e lembrando um pensamento que, mesmo em sua boca, tem a marca do antigo primeiro ministro britânico: “Se estivermos unidos e com resolução, superaremos esta crise (...) O orgulho do que somos não é só parte do passado: mas define o nosso presente e o nosso futuro”. ¹²

A Guerra Metafórica Contra a Covid-19

Ainda que não estejamos passando por uma terceira guerra mundial, vivemos uma guerra metafórica contra um inimigo comum, que é o SARS-Cov-2. As consequências da ação desse vírus têm mostrado similaridades com as de uma guerra em seu sentido literal: grande número de pessoas infectadas e com outras doenças ou traumatismos que perdem a possibilidade de ter um tratamento adequado pela sobrecarga dos sistemas de saúde; aumento da mortalidade geral, especialmente entre os grupos de risco; grandes prejuízos econômicos em curto, médio e talvez longo prazo, com a fome batendo à porta dos mais vulneráveis. As lições de Churchill se mostram necessárias, não apenas aos líderes que comandam o país e os serviços de saúde, mas também a todas as pessoas, as quais necessitam lidar com uma situação aparentemente tão desesperadora quando a dos ingleses, que no início da guerra tiveram de fazer frente sozinhos a um inimigo que ameaçava toda a humanidade. No que diz respeito aos profissionais de saúde e a temas relacionados à saúde podemos fazer algumas considerações de alguma forma vinculadas às ideias expostas anteriormente.

É imperativo buscar conhecer cada vez melhor nosso inimigo, o coronavírus 19, e isto está sendo realizado com afinco na maioria dos países graças ao trabalho incansável de pesquisadores, epidemiologistas, generalistas, infectologistas e demais especialistas que estão atuando nas linhas de frente. Conforme novos sintomas desse vírus ardiloso se manifestam, as condutas médicas para manutenção da vida vão sendo melhor adequadas para que as defesas do organismo consigam eliminar o vírus e a cura sobrevenha, ainda que não se tenha chegado a um medicamento eficaz para o tratamento. A produção de uma vacina que atenda à população mundial também não é uma possibilidade para esse momento. Assim, o que podemos fazer e como ajudar nossos pacientes e seus familiares?

Como médicos, é nosso dever fomentar as medidas de higiene, a quarentena para indivíduos afetados com boa evolução que não tiveram necessidade de internação e o isolamento social no grau recomendado pelas autoridades sanitárias, que são medidas que comprovadamente diminuem a velocidade de contágio. É sabido que essas medidas não extinguem o vírus e estimativas apontam que 70% da população mundial poderá ser contaminada mais cedo ou mais tarde. ¹³ Seu objetivo é impedir que muitas pessoas sejam contaminadas ao -

mesmo tempo e precisem de atendimento médico, saturando os sistemas de saúde, o que ocasionaria um aumento de mortalidade. No entanto, isso não garante que não sejamos contaminados. Assim, até que tenhamos uma vacina efetiva, ainda que a incidência da Covid-19 diminua conforme a evolução esperada para qualquer epidemia, graus variados de isolamento social serão necessários por certo tempo.

A questão é que, com o decorrer do tempo, mesmo as pessoas que concordam e apoiam o isolamento começam a desgastar-se e ressentir-se de suas consequências emocionais, sociais e econômicas. E os profissionais de saúde devem estar sempre prontos a lhes transmitir confiança, a estimulá-las a aguentarem firme e a ajudarem-se uns aos outros, pois tudo isso passará. Parece que essas atitudes têm sido a escolha de parte da população e temos visto uma onda crescente de solidariedade para com os mais vulneráveis e um florescimento de ideias criativas e atitudes que propiciam novas formas de convívio. A impressão é que muita gente busca oferecer o que tem de melhor aos demais, o que se evidencia, por exemplo, pelo grande número de professores, profissionais de saúde, filósofos e palestrantes que transmitem *lives* gratuitamente e pelas aulas de ginástica, yoga e meditação que abundam nas redes sociais.

Vale ressaltar que as pessoas têm características diferentes e respondem de formas diferentes ao estresse criado pela pandemia. Assim como alguns são passíveis de serem imobilizados pelo medo, outros ignoram a presença do vírus e continuam agindo como se nada estivesse acontecendo. Isso tem ocorrido em determinados segmentos da população de nosso país, talvez influenciados por mensagens ambíguas transmitidas pelas *fake news* que abundam nas redes sociais e por uma pequena porcentagem de autoridades governamentais que contestam as medidas adotadas e consolidadas ao redor do mundo. Esta é mais uma situação problemática e desafiadora aos nossos sistemas de saúde pública e privada. Isso demonstra o quão necessário é que os diversos segmentos da sociedade se unam para combater um inimigo comum a todos. Certamente, aprender com as lições de um passado recente transmitidas pelas experiências compartilhadas de países que já passaram pelo período crítico da pandemia antes de nós é uma condição altamente desejável nesses dias em que vivemos.

Ainda que em nosso país estejamos em uma curva crescente de incidência da covid-19 e haja muitas questões a serem resolvidas ou minimizadas, muitas pessoas já se perguntam: como será nossa vida após o afrouxamento do isolamento? Poderemos voltar ao normal? Ou haverá um novo normal? Não iremos mais nos encontrar com amigos? Não iremos mais ao clube, ao shopping, ao cinema ou ao jogo de futebol? Para nos proteger, solicitaremos semanalmente testes de PCR para Covid-19 para verificar se fomos contaminados ou para avaliar nossos pais ou pacientes mais idosos?

Algumas Reflexões

Essa guerra metafórica contra a Covid-19, traz variantes importantes que não podem ser ignoradas. A atitude de Churchill, amplamente analisada anteriormente, implicava uma postura diante do caos bélico, mas também identificava um culpável, aquele que renderia um voto de confiança até ao próprio diabo na câmara dos comuns. No nosso caso, buscar um culpável a todo custo – como parece que se empenham as frágeis lideranças políticas e de saúde do momento – está fora de questão. Quando se busca desesperadamente alguém em quem colocar a culpa, é porque se elude – mesmo inconscientemente – da responsabilidade que cabe a cada um de nós. Vale neste ponto citar o pensamento de Jordan Peterson, conhecido psicólogo clínico, que esclarece o dilema dos culpáveis pelos desastres globais:

Como Hitler poderia deixar de acreditar que estava correto quando todos em torno dele se curvavam às suas ordens? Não seria excepcional resistir à tentação do poder absoluto, livremente oferecido, democraticamente concedido – até insistido? Como alguém consegue permanecer humilde sob tais condições? Se todos ao redor pensarem que você é o salvador, quem sobrar para apontar seus

defeitos e te manter conscientes deles? Não é uma apologia de Hitler, apenas reconhecer que era humano. Hitler era humano, Stalin também, Idi Amin também. O que isto nos ensina? Concedida a oportunidade, quantos de nós não seria Hitler? Nunca esquecer significa conhecer-te a ti mesmo; reconhecer e compreender esse gêmeo ruim, esse inimigo mortal que faz parte e integra todo indivíduo”.

Como médicos e de um ponto de vista particular fizemos algumas reflexões oriundas dos questionamentos de nossos pacientes e de nossas vivências em cenários clínicos. Seguramente, é essencial planejarmos como nos comportaremos assim que for possível um retorno à quase normalidade. Ainda estamos buscando respostas até para questões aparentemente simples, mas que no fundo envolvem grande complexidade. Como será o convívio social e o lazer? Como as empresas deverão cuidar dos funcionários quando voltarem a funcionar após o afrouxamento do isolamento? Trabalhar com distância de um metro e usar máscaras é uma possibilidade. Em cada ambiente que frequentamos é mister refletir sobre a tênue linha divisória que existe entre ser cauteloso e continuar a viver ao menos próximo à normalidade. É isto que devemos fazer agora e não ficar diante da televisão acompanhando números de óbitos pelo mundo. Precauções e regras de convívio não são o fim do mundo e não devem gerar pavor. Significam apenas que teremos de mudar nossos hábitos. E com a perspectiva em mente de que esta seja uma condição transitória, tudo fica mais suave.

O medo do vírus pode mudar muito a sociedade. A única solução é encarar o medo e voltar a viver. Claro que obediência civil é necessária, pois está baseada em estudos epidemiológicos realizados por pesquisadores competentes, os quais guiam as diretrizes fornecidas pelas secretarias de saúde para determinar o grau e o tempo necessário para o isolamento.

É importante ter cuidado e respeitar o vírus, sem, contudo, entregar-se ao medo. Porque ter medo é viver pela metade. O vírus é um problema grande. Mas não vai dizimar a humanidade. O medo, sim, pode causar grandes prejuízos em todos os níveis. Viver em plenitude e valorizar as coisas simples da vida, mesmo dentre de condições limitantes, são atitudes que podem fazer toda a diferença e determinar a forma como sairemos de tudo isso.

Por que, então, não nos cuidamos de maneira geral? Ter saúde não é uma questão binária em ter ou não ter coronavírus. Nossa vida e nossa saúde devem continuar, conforme nos adequamos ao grau de isolamento necessário em cada fase. É necessário atentarmos para nossas dimensões física, mental, emocional e espiritual. Portanto, cuidem-se em sua totalidade. Valorizem as coisas simples, como boas risadas, uma taça de vinho e alimentação em família, liberada no momento para os que residem na mesma casa. Evitem discussões com seus pares e filhos. Se todos estão estressados, você pode fazer a diferença mostrando alegria e confiança. Pratiquem atividade física, que, certamente, representa um poderoso antídoto contra a ameaçadora depressão, além de seus benefícios já bem estabelecidos para a saúde. Claro que com o isolamento fica mais difícil. Porém, uma caminhada solitária na rua, usando máscara, não fará mal a ninguém. Não fazer exercícios não faz sentido. Não se esqueçam da possibilidade de realização de atividade física em domicílio, com a orientação de experts que se dispuseram a transmitir aulas em aplicativos e vídeos gratuitos. Continuem a cuidar da sua saúde e falem com seu médico, venham ao consultório e se for o caso passem pelas cirurgias que forem necessárias. As clínicas e hospitais já estão totalmente preparados para recebê-los. Um verdadeiro esquema de guerra vai se delineando para cuidarmos da nossa saúde geral em tempo de Covid-19. Assim, seguir as orientações para evitarmos a propagação do vírus é essencial. Todavia, parar a vida em decorrência do medo é uma atitude equivocada. Se teremos de conviver com "ele" por um bom tempo, sigamos em frente e busquemos, ao mesmo tempo, abolir o medo e manter nossa segurança, com a certeza de que essas diferentes visões são complementares e não opostas e deve haver um equilíbrio em sua adoção.

E que assim seja até que cheguemos ao sonhado dia em que a notícia acerca de uma vacina eficaz disponível em todo o planeta será veiculada por todos os meios de comunicação e novamente uma explosão de alegria se expandirá pelo planeta e todo o mundo livre se entregará à euforia da vitória.

Últimas Palavras

Finalizamos essas reflexões com uma consideração circunstancial acerca do momento em que escrevemos este artigo. Estamos em meio à pandemia de Covid-19. Somos médicos da trincheira e estamos cuidando de pacientes com e sem coronavírus em hospitais, ambulatorios e residenciais para idosos. Estamos expostos ao vírus, assim como nossas famílias e passando pelas mesmas agruras que os demais. E, como todos, buscamos afastar o medo e manter em mente a firme ideia de que não iremos ser infectados, adoecer e morrer. Estamos em meio à tempestade e queremos ajudar os nossos pacientes e os familiares daqueles que pereceram na batalha. Assim, não podemos ser acusados de ter escrito por diletantismo.

Vale lembrar a conhecida frase de Ortega¹⁵: “Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo, eu também não me salvo”. Frase muito citada, mas a maior parte das vezes de modo incompleto. Coloca-se -na cultura popular- a circunstância como uma desculpa, e não como um desafio que é preciso salvar, redimir. Por isso acrescenta o filósofo: “Temos de buscar para nossa circunstância o que tem de peculiaridade, o lugar acertado na imensa perspectiva do mundo. Não nos deter diante dos valores fixos, mas conquistar na nossa vida individual o local oportuno entre eles. Em resumo: a reabsorção da circunstância é o destino concreto do homem”. Daí que, na mesma obra, Ortega nos lembre por boca de D. Quixote: “Bem poderão os encantadores tirar-me a ventura (a sorte) mas o esforço e o ânimo são impossíveis”. E acrescenta: “Se resistimos a que a herança e o meio nos imponham ações determinadas, é porque procuramos assentar em nós mesmos -somente em nós- a origem de nossos atos. Quando o herói quer, não são os antepassados ou os costumes do presente os que querem, mas ele mesmo. A heroicidade consiste justamente neste querer ser ele mesmo quem tem de ser”. Assim, o que importa é que busquemos a parte que nos cabe sem delegar responsabilidades ou encontrar desculpas.

Mantemos em mente as palavras de Churchill: “antes que alguém possa levar a plateia à emoção é preciso que se deixe arrebatar. Se quiser despertar indignação, seu coração tem que transbordar de ódio. Antes de provocar lágrimas, terá de derramar as suas. Para convencer alguém, ele tem que ser o primeiro a acreditar. Suas opiniões podem mudar à medida que as impressões esmoreçam, mas todo orador crê no que diz no momento em que profere as palavras. Jamais é conscientemente insincero”.¹⁶ Pois talvez esta seja a melhor forma de despertarmos o antifrágil adormecido em nosso interior.

Referências

1. Taleb NN. *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable*. New York: Random House; 2007.
2. Taleb NN. *The Black Swan of Cairo*. *Foreign Affairs*. 2011; 90 (3): 33-9.
3. Garner R, Ash M. Review: *The Black Swan: The Impact of the Highly Improbable* by Nassim Nicholas Taleb. *Science & Society*. 2010; 74 (2): 248-58.
4. Applegate, WB. Physician Management of patients with adverse outcomes. *Archives of Internal Medicine*. 1986; 146: 2249-52.
5. Bursztajn H, Feinbloom RI, Hamm RM, Brodsky A. *Medical choices, medical chances: how patients, families, and physician can cope with uncertainty*. New York: Delacort; 1981.
6. Gerrity MS, White KP, DeVellis RF, Dittus RS. Physicians' reactions to uncertainty: refining the constructs and scales. *Motivation and Emotion*. 1995; 19 (3): 175-91.

7. Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG. Construindo a motivação profissional na medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza. *Revista Brasileira de Medicina*. 2011; 68: 13-18.
8. Taleb NN. *Antifragile: Things That Gain from Disorder*. New York: Random House; 2012.
9. Fernandes D. Lições de Winston Churchill para líderes globais em tempos de crise. Available in: <https://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,licoes-de-winston-churchill-para-lideres-globais-em-tempos-de-crise,70003269705>.
10. Churchill W. *Memórias da Segunda guerra Mundial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Harper Collins Brasil; 2015.
11. *The Crown*. [TV Series (2016-)]. Available in: <https://www.imdb.com/title/tt4786824/>.
12. Elizabeth II. We will meet again - The Queen's Coronavirus broadcast | BBC. Available in: <https://www.youtube.com/watch?v=2klmuggOEIE&feature=youtu.be>.
13. Hamner L, Polly Dubbel MPH, Capron I, Ross A, Jordan A, Lee J, et al. High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice — Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wlly Rep*. 2020; 69: 606-610. DOI:
14. Peterson J. *Mapas de Significado. A Arquitetura da Crença*. São Paulo: É Realizações Editora; 2018. 696 pg.
15. Ortega Y Gasset J. *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Alianza Editorial; 1981.
16. Enright D. *A Verve e o Veneno de Winston Churchill*. Rio de Janeiro: Odisseia Editorial; 2009.

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.

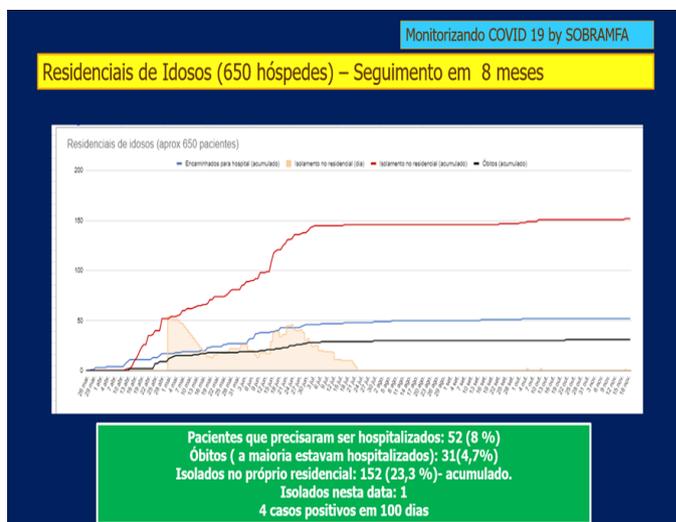


Figura1. Residenciais de idosos: seguimento por nove meses

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.

Impactos diretos e indiretos da COVID-19 em instituição de longa permanência na cidade de São Paulo (Brasil): uma comparação da mortalidade entre 2018, 2019 e 2020

Impactos directos e indirectos del COVID-19 en una institución de largo plazo en la ciudad de São Paulo (Brasil): una comparación de la mortalidad entre 2018, 2019 y 2020

Direct and indirect impacts of COVID-19 in nursing home in São Paulo (Brazil): a comparison of mortality between 2018, 2019 and 2020

Rafaela Piccolo Avallone, MS, * Luís Felipe Arruda Laganaro, MS,* Marcelo Levites, MD, PhD-**

* Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina São Camilo, São Paulo, SP, Brasil. Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina São Camilo, São Paulo, SP, Brasil. **Diretor da SOBRAMFA Educação Médica e Humanismo, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo, USP, SP, Brasil.

Recibido: 09/06/21

Aceptado: 30/07/21

Correspondencia: Marcelo R. Levites Correo electrónico: marcelolevites@sobramfa.com.br

Resumo

Objetivos: o primeiro desfecho foi avaliar a taxa de mortalidade dos idosos em instituição de longa permanência, de janeiro a julho de 2020, comparada ao mesmo período dos dois anos anteriores. Os desfechos secundários foram determinar a taxa de mortalidade pela COVID-19, coletar o número de casos da doença e analisar o perfil dos indivíduos que foram a óbito por esta. **Método:** Os dados sobre a mortalidade geral dos meses de janeiro a julho de 2020 e dos dois anos anteriores foram coletados retrospectivamente e serviram como base para um estudo observacional transversal em residencial de idosos na cidade de São Paulo. **Resultados:** O primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 29 de março de 2020, sendo que as medidas para restringir visitas e eventos foram implementadas em 19 de março de 2020. A taxa global de mortalidade nos residenciais aumentou a partir de maio de 2020, 3,5 vezes em relação ao mesmo mês de 2018 e 1,85 vez em relação a 2019. Em junho de 2020, o aumento foi 2,3 vezes maior em relação a 2018 e 1,85 vez maior em relação a 2019. Enquanto em julho, o aumento foi 1,67 vez maior em relação a 2018 e 1,80 vez maior em relação a 2019. Foram registrados 52 casos de infecção por Sars-Cov-2 e 9 mortes. **Conclusão:** O baixo número de óbitos por medidas de restrição precoce, em oposição ao aumento da mortalidade global de até 3,5 vezes reflete os impactos indiretos da pandemia da COVID-19 em uma instituição de longa permanência.

Palavras-chave : Sars-Cov-2. COVID-19. Instituição de longa permanência. Idosos. Medidas Preventivas.

Resumen

Objetivos: evaluar la tasa de mortalidad de las personas mayores en los centros de cuidados de larga duración, de enero a julio de 2020, en comparación con el mismo período de los dos años anteriores. Los resultados secundarios fueron determinar la tasa de mortalidad por COVID-19, recopilar el número de casos de la enfermedad y analizar el perfil de las personas que murieron a causa de ella. **Método:** Los datos sobre la mortalidad general de enero a julio de 2020 y los dos años anteriores fueron recolectados retrospectivamente y sirvieron de base para un estudio observacional transversal en un hogar de ancianos en la ciudad de São Paulo. **Resultados:** El primer caso de COVID-19 se confirmó el 29 de marzo de 2020 y las medidas para restringir visitas y eventos se implementaron el 19 de marzo de 2020. La tasa de mortalidad general en atención residencial aumentó a partir de mayo de 2020, 3.5 veces en comparación con el mismo mes en 2018 y 1,85 veces en comparación con 2019. En junio de 2020, el aumento fue 2,3 veces mayor en comparación con 2018 y 1,85 veces mayor en comparación con 2019. Mientras que en julio, el aumento fue 1,67 veces mayor en comparación con 2018 y 1,80 veces mayor en comparación con 2019. Se registraron 52 casos de infección por Sars-Cov-2 y 9 defunciones.

Conclusión: El bajo número de muertes debido a las medidas de restricción tempranas, a diferencia de un aumento en la mortalidad global de hasta 3.5 veces, refleja los impactos indirectos de la pandemia COVID-19 en un centro de atención a largo plazo.

Palabras clave: Sars-Cov-2. COVID-19. Institución de larga estancia. Anciano. Medidas preventivas.

Abstract

Objectives: the first outcome was to evaluate the mortality rate of the elderly in the nursing home, from January to July 2020, compared to the same period of the previous two years. The secondary outcomes were to determine the mortality rate by COVID-19, collect the number of cases of the disease and analyze the profile of individuals who died from it. **Methods:** data was retrospectively collected regarding the general mortality from the months of January to July 2020 and the previous two years and formulated a cross-sectional observational study in a residential home of the elderly in the city of São Paulo. **Results:** measures to restrict visits and events were implemented on March 19, and the first case was confirmed on March 29. The overall mortality rate in the residential homes has increased from May 2020, 3.5 times compared to the same month in 2018 and 1.85 times compared to 2019. In June 2020, the increase was 2.3 times greater when compared to 2018 and 1.85 times greater when compared to 2019. While in July, the increase was 1.67 times greater when compared to 2018 and 1.80 times greater when compared to 2019. Fifty-two cases of Sars-Cov-2 infection and 9 deaths were recorded. **Conclusion:** the low number of deaths due to early restriction measures, as opposed to the increase in overall mortality of up to 3.5 times reflects the indirect impacts of the COVID pandemic – 19 in a long-term institution.

Keywords: Sars-Cov-2. COVID-19. Nursing home. Elderly. Preventive measures.

Introdução

A pandemia de COVID-19 levou a mais de um milhão mortes ao redor do mundo, tendo impactado diretamente na mortalidade dos países. Na China, primeiro epicentro da doença, a taxa de mortalidade nos pacientes acima de 80 anos foi de 21,9% e na Itália 20,2%¹. Neste país, considerado o primeiro centro europeu da doença, idosos e casas de repouso foram os que mais sofreram os impactos da infecção: até o final de abril, 95% dos óbitos de COVID foram em pacientes com mais de 60 anos².

Em Bergamo, Italia entre 7 e 27 de março, de um total de 6400 leitos em casas de repouso, mais de 600 residentes morreram da doença. Evento similar ocorreu nas províncias de Lombardia, Vêneto e Emília-Romanha, em que residenciais de idosos com cerca de 70 residentes apresentaram cerca de 10 a 15 mortes. Em alguns casos, ocorreram de 3 a 4 mortes em um único dia³.

Nos países da Europa, mortes de residentes de casa de repouso representaram 37% – 66% de todas as mortes por COVID-19 em março de 2020⁴. Na Inglaterra e País de Gales, de 2 de março a 1 de maio de 2020, houve 20 mil mortes a mais nestas instituições, se comparado ao mesmo período dos anos anteriores⁵. Em Madrid, foram registradas 900 mortes de idosos residentes em 2019, enquanto em 2020 este número se elevou para quase 5000⁶.

O terceiro epicentro do SARS-Cov-2 foi os Estados Unidos, que registrou, no início de junho, 40% do total de mortes do país em lares de idosos. Em 26 estados, esse total representou 50% até o dia 28 de maio⁷. Não menos importante foi o impacto indireto decorrente dos efeitos colaterais de uma pandemia. Como exemplo histórico, tem-se o surto de HINI em 1918, em que estudos demonstram aumento exponencial de mortalidade na Europa (86%), liderado por Itália (172%), Bulgária e Portugal (102% cada)⁸.

Em 2014, durante a epidemia de Chikungunya nas ilhas caribenhas de Guadalupe e Martinica, houve forte correlação entre o aumento no número de hospitalizações devido à doença e o excesso de mortalidade apresentado no período⁹.

Na pandemia de 2019-2020, os dados clínicos demonstraram os mesmos desfechos. No Brasil, em Manaus, epicentro amazônico da epidemia de COVID-19, a mortalidade por “demais causas” de morte triplicou durante o pico da doença. Foi avaliado, ainda, que o aumento coincidiu com o momento de fragilidade da rede de atenção à saúde, somada à marcante desigualdade social¹⁰. No entanto, o excesso de mortalidade não está restrito aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, tendo sido apresentados em diversos estados americanos¹¹ e na Itália¹², por exemplo.

Método

Foi realizado um estudo observacional transversal com coleta de dados retrospectiva, em residencial de idosos na cidade de São Paulo. Os dados referentes à mortalidade geral dos meses de janeiro a julho de 2020 e dos dois anos anteriores foram coletados a partir da ficha administrativa da empresa. O número de óbitos pela COVID-19 foi confirmada através do atestado de óbito. Já os dados relativos ao perfil dos pacientes que contraíram a patologia, como idade, sexo, diabetes e/ou hipertensão arterial, foram consultados na evolução clínica do residencial, o qual conta com visitas médicas diariamente.

O tamanho da amostra foi de 268 a 343, variação devido a saídas, entradas e mortes de idosos, tendo sido aceitos para o estudo todos os residentes da casa de repouso com mais de 60 anos, de ambos os sexos, com comorbidades associadas ou não, dependente ou independente em relação aos aspectos físico, cognitivo e comportamental. Como critério de inclusão, foram aceitos no estudo: residentes da casa de repouso, os quais morreram entre janeiro e julho de 2018, 2019 e 2020 e pacientes que foram infectados ou morreram devido a COVID-19. Foram excluídos aqueles que encerraram o contrato com a empresa.

O primeiro desfecho foi avaliar a taxa de mortalidade de idosos em casa de repouso particular, de janeiro a julho de 2020, comparada ao mesmo período dos dois anos anteriores. Os desfechos secundários foram determinar a taxa de mortalidade pela COVID-19, coletar o número de casos da doença e analisar o perfil dos indivíduos que foram a óbito por esta. O estudo foi aplicado e analisado por todos os autores. A metodologia foi aceita em 27 de setembro de 2020 pelo Comitê de Ética da USP via Plataforma Brasil e não foi necessário o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), já que os dados foram coletados através das fichas administrativas da empresa.

Resultados

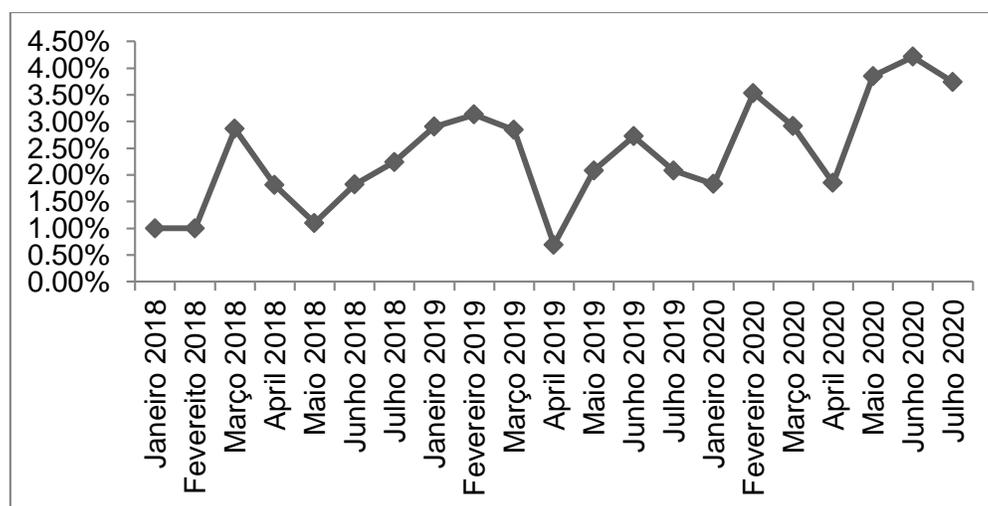
As medidas de restrição a visitas e eventos no residencial foram implementadas no dia 19 de março e o primeiro caso de Covid-19, confirmado através do PCR, foi registrado no dia 29 de março.

Os dados obtidos em relação às taxas de mortalidade geral no residencial demonstraram que o aumento se iniciou em maio de 2020, de 3.5 vezes comparado ao mesmo mês em 2018 e 1.85 vez comparando a 2019. Em junho de 2020, o aumento foi de 2.3 vezes se comparado a 2018 e 1.85 vez se comparado a 2019. Enquanto em julho, o aumento foi de 1.67 vez comparado a 2018 e 1.80 vez comparado a 2019 (figura 1). Em relação ao número de casos no residencial, foram registrados 52 casos, sendo 14 homens com 10 (71,4%) hospitalizações e 38 mulheres com 3 (7,9%) hospitalizações. Os residentes que foram a óbito eram 4 (10,5%) em número do sexo feminino com média de idade 87.75 anos (81-95) e 5 (35,7%) do sexo masculino com média de idade de 86,6 anos (77-96).

As comorbidades mais associadas aos pacientes foram hipertensão arterial, diabetes mellitus e déficit cognitivo (tabela 1).

Tabela I. Perfil demográfico e características clínicas dos pacientes com Covid - 19

CARACTERÍSTICAS	MORTES DE COVID (N=9)	CASOS DE COVID (N=52)
Média de idade (variação)		
Feminino	87,75 (81-95)	84,6 (61-100)
Masculino	86,6 (77-96)	81,1 (67,95)
GÊNERO (%)		
Feminino	4 (44,4)	38 (73,1)
Masculino	5 (55,5)	14 (26,9)
HOSPITALIZAÇÕES (%)		
Sim	7 (77,7)	13 (25)
Não	2 (22,2)	39 (75)
DOENÇAS CRÔNICAS ASSOCIADAS (%)		
Hipertensão	3 (33,3)	25 (48,1)
Diabetes mellitus	2 (22,2)	15 (28,8)
Deficit cognitivo	6 (66,6)	30 (57,7)

Figura 1. Comparação entre as taxas de mortalidade da COVID-19 entre os meses de Janeiro a Julho de 2018, 2019 e 2020. Município: São Paulo (SP), 2020.

Discussão

De acordo com o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-gripe), em que são notificados todos os casos de síndrome respiratória, a maior mortalidade de Covid-19 no Brasil ocorreu em pacientes entre 60 e 79 anos¹³, faixa etária comum em instituições de longa permanência. Nestas instituições, os idosos permanecem em contato próximo, o que indica alto risco de transmissão, uma vez que se acredita

que a doença se espalhe principalmente por meio de gotículas respiratórias produzidas quando um paciente infectado tosse ou espirra. O controle da infecção pode ser desafiador, visto que muitos idosos apresentam sintomas inespecíficos (falta de apetite, confusão, febre baixa, falta de energia) ou ausência de sintomas, o que se agrava em decorrência da falta de um local previamente preparado para isolamento social, diferentemente de um hospital¹⁴. Somam-se a isso, a dificuldade de testagem entre os moradores, devido ao alto custo do teste de PCR e o fato de muitos residentes serem incapazes de praticar os níveis de higiene pessoal necessários e frequentemente apresentarem doenças crônicas associadas.

Além disso, o afastamento de funcionários detectados com a infecção e a falta inicial de evidências para um tratamento eficaz resultaram em prejuízo do funcionamento do corpo clínico da empresa¹⁵. Por esses motivos, no dia 19 de março de 2020 foram implementadas medidas de restrição à visitação dos familiares e eventos públicos com os idosos, como por exemplo: missas, coral e aniversários. Foi também impedido o uso de áreas comuns como salão de beleza, terapia ocupacional, fisioterapia e refeições em conjunto. Todas as refeições dos residentes foram realizadas nos aposentos dos mesmos. Práticas sanitárias foram aperfeiçoadas, como: estações adicionais de higiene das mãos nos corredores e desinfecção de superfícies com frequência.

Foi realizada a triagem dos sintomas dos residentes e funcionários com aferição de temperatura e avaliação da saturação periférica por meio de oxímetro. Em caso de alteração e/ou sintomas como tosse e falta de ar, foi executado um ensaio de reação em cadeia de polimerase de transcrição reversa (RT – PCR). Profissionais treinados utilizando EPIs (máscaras, óculos, aventais e luvas) coletaram amostras por meio de swab inserido em uma narina de cada vez, girando por 15 segundos.

O primeiro caso de Covid-19 no residencial foi registrado no dia 29 de março e, conforme novos casos foram detectados, houve isolamento social em um andar específico com medidas de higienização diária, sem rotação de funcionários e com cozinha própria, onde os utensílios eram lavados separadamente. Ainda, quando era necessária a saída para hospitais, foi realizado isolamento social por 14 dias com teste de PCR. Com a evolução da pandemia no Brasil, decidiu-se realizar testagem em massa de funcionários e residentes, no dia 11 de junho de 2020.

Todas as medidas proporcionaram um controle da infecção, indicado pelo baixo número de casos (51) e mortes (9) em uma amostra que variou de 268 a 343 residentes. Apesar disso, no mês de maio, houve um aumento da mortalidade geral de 3.5 vezes se comparado ao ano de 2018 e 1.85 vez em relação a 2019.

Este mesmo fato já foi observado no Brasil¹⁰, nos Estados Unidos¹⁶ e em diversos outros países. Do excesso de mortalidade na Europa, apenas 71% foram registradas como mortes por COVID-19 na Inglaterra e País de Gales, 73% na Alemanha e 78% na Espanha¹⁷. Desse modo, fica evidente o efeito colateral da pandemia. Como os recursos foram alocados para tratamento de pacientes com o novo coronavírus, emergências médicas não relacionadas à COVID-19 e os cuidados com doenças crônicas foram prejudicados¹⁸.

Outro fator é a resistência em ir ao hospital por medo de contrair a doença ou pelo receio de superlotar o sistema de saúde, como no Reino Unido, em que os atendimentos em pronto-socorro diminuíram 29% e as admissões 23%, o que poderia contribuir para aumento de mortalidade de outras causas médicas não diretamente relacionadas com a epidemia¹⁹. Estudos na Itália²⁰ e na França²¹ demonstraram que houve aumento de parada cardiorrespiratória fora dos hospitais em 2020 se comparado com os anos anteriores e essas mortes devem ser contabilizados como efeitos da pandemia.

Por isso, conclui-se que houve um impacto indireto da pandemia na mortalidade dos idosos no residencial, principalmente em razão da diminuição de hospitalização por outras causas, hospitais com capacidade reduzida, adiamento de exames de rotina e diminuição de consultas com especialistas, além do isolamento social.

Conclusão

O novo coronavírus alterou a dinâmica de funcionamento do residencial e de todas as esferas mundiais. Na instituição, o seu impacto direto ocorreu através de 51 casos e as dificuldades do isolamento social desses residentes, com 9 óbitos decorrentes da infecção pulmonar pelo Sars-Cov-2.

O baixo número de óbitos por COVID-19 em relação à quantidade total de pacientes, comparado a países em que o cenário em relação aos residenciais de idosos mostrou-se assustador, deveu-se às medidas de restrição precoces. Convém lembrar que no período estudado não havia vacinas disponíveis. Em contraposição, o aumento da mortalidade geral de até 3.5 vezes reflete os impactos indiretos da pandemia em uma instituição de longa permanência. Dessa forma, acreditamos que o estudo possa colaborar para um maior conhecimento da COVID-19 por apresentar dados referentes à população idosa em residenciais de idosos - os quais são escassos em nosso país-, o impacto direto e indireto da pandemia junto a essa população e, especialmente, a importância das medidas restritivas na prevenção da COVID-19, as quais propiciaram, no residencial em questão, um cenário bem melhor do que o previsto com base nas experiências iniciais relatadas em países da Europa e nos Estados Unidos da América.

Referências

1. Lai C, Wang JH, Ko WC, et al. COVID-19 in long-term care facilities: An upcoming threat that cannot be ignored. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. 2020 Apr 13;53(3):444-446.
2. Crotty F, Watson R, Wen KL. Nursing homes: the titanic of cruise ships – will residential aged care facilities survive the coronavirus disease 2019 pandemic? *Intern Med J*. 2020 Aug 10;50(9):1033 - 1036.
3. Trabucchi M, Diego De L. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *The Lancet*. 2020 May;7(5):387 - 388.
4. Danis K, Fonteneau L, Georges S, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA. *Europe's journal on infectious disease surveillance, epidemiology, prevention and control*. 2020 Jun 04;25(22):1 - 5.
5. Burki T. England and Wales see 20.000 excess deaths in care homes. *The Lancet*. 2020 May 21;395(10237):1602.
6. Rada AG. Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes. *BMJ*. 2020;369:m1554.
7. Abbasi J. "Abandoned" Nursing Homes Continue to Face Critical Supply and Staff Shortages as COVID-19 Toll Has Mounted. *JAMA*. 2020 Jun 11;324(2):123 - 125.
8. Ansart S, Pelat C, Boelle PY, Carrat F, Flahault A, Valleron AJ. Mortality burden of the 1918-1919 influenza pandemic in Europe. *Influenza Other Respir Viruses*. 2009 May;3(3):99 - 106.
9. Freitas ARR, Alarcón – Elbal PM, Donalisio MR. Excess mortality in Guadeloupe and Martinique, islands of the French West Indies, during the chikungunya epidemic of 2014. *Epidemiol Infect*. 2018 Dec;146(16):2059 – 2065
10. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Explosion in mortality in the Amazonian epicenter of the COVID-19 epidemic. *Cad. Saúde Pública*. 2020 Jul 03;36(7):1 - 8.
11. Weinberger D, Cohen T, Crawford F, Mostashari F, Olson D, Pitzer VE, et al. Estimating the early death toll of COVID-19 in the United States. *medRxiv* 2020; 29 apr. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.15.20066431v2>.
12. Ghislandi S, Muttarak R, Sauerberg M, Scotti B. News from the front: excess mortality and life expectancy in two major epicentres of the COVID-19 pandemic in Italy. *medRxiv* 2020; 13 may. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.29.20084335v2>.
13. Centro de Operações de Emergências. Coronavírus: Vigilância epidemiológica de casos no Brasil e no mundo e medidas de saúde pública [Internet]. [place unknown]; 2020 Mar 26 [cited 2020 Nov 11]. Available from: https://setorsaude.com.br/wp-content/uploads/2020/03/2020-03-26-COVID-ATUALIZA%C3%87%C3%83O-DE-VIGIL%C3%82NCIA-EPIDEMIOL%C3%93GICA-QUINTA.pdf_compressed.pdf
14. Barnett ML, Grabowski DC. Nursing Homes Are Ground Zero for COVID-19 Pandemic. *JAMA Health Forum* [Internet]. 2020 Mar 24 [cited 2020 Nov 11]; DOI 10.1001/jamahealthforum.2020.0369. Available from: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2763666>

15. Ouslander JG, Grabowski DC. COVID-19 in Nursing Homes: Calming the Perfect Storm. *J Am Geriatr Soc*. 2020 Jul 31;68(10):2153 - 2162.
16. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy*. 2020 Jul - Oct;32(4 - 5):310 - 315.
17. Krelle H, Barclay C, Tallack C. Understanding excess mortality: What is the fairest way to compare COVID-19 deaths internationally? The Health Foundation [Internet]. 2020 May 06 [cited 2020 Nov 11]; Available from: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/understanding-excess-mortality-the-fairest-way-to-make-international-comparisons>
18. The Lancet Oncology. Safeguarding cancer care in a post-COVID-19 world. *Lancet Oncol*. 2020 May;21(5):603. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30243-6. PMID: 32359483; PMCID: PMC7252123.
19. Appleby J. What is happening to non-covid deaths?. *BMJ*. 2020 Apr 24;369:m1607.
20. Baldi E, Sechi GM, Mare C. Out-of-Hospital Cardiac Arrest during the Covid-19 Outbreak in Italy. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Jul 30 [cited 2020 Nov 11]; DOI 10.1056/NEJMc2010418. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2010418>
21. E. Marijon, N. Karam, D. Jost, et al. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study. *The Lancet*. 2020 Aug 01;5(8):437 - 443.

SEÇÃO II: ARTIGOS EM INGLÊS
SECTION II: ARTICLES IN ENGLISH

EDITORIAL

Humanism and Medical Education in Times of COVID-19

Humanismo e Educação Médica em Tempos de COVID-19

**Pablo González Blasco¹, Maria Auxiliadora C. de Benedetto²,
Marcelo R. Levites³, Graziela Moreto⁴, Marco Aurelio Janaudis⁵**

The current pandemic covid-19 makes us live difficult and unprecedented times. The efforts of all health professionals, each of them in their own competencies, are essential. While researchers and scientists struggle to find effective therapeutic resources, those on the frontline devote their best efforts to clinical care of affected patients. At this moment, it is worth asking what would be the role of medical education to contribute to this global crisis?

Evidently the way of helping is different in each circumstance. In the case of veterans and teachers, because of their age and factor risks, their place is not in the front line, in the trench. But experience must be used to help in a different way. The omission is not justified. Thus, knowing how to provide a realistic view of the facts, supporting the team always, as well as patients and families as far as possible, can be an excellent help from behind the scenes.

Day by day, the care of the health team itself is essential. Not only physical care (for which all possible measures are always taken), but also mental health. Or more simply, it is necessary to raise the determination and self-esteem of those who deal daily with this threat of proportions never seen. A discouraged, pessimistic doctor without perspective is also an element of crisis, making patients feel a greater insecurity than that what is already commonly transmitted by the media, which does not help the medical team in any way.

Objectivity and realism: facilitating perspectives of the real scenario

“In order to understand things, the most urgent thing is to restore their real proportions” - says a philosopher¹ and disciple of Ortega y Gasset. Seeking to collaborate in this sense, SOBRAMFA - Medical Education and Humanism has published short videos² with recommendations that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. Each one, within his circle of influence, must be aware of his / her responsibilities. It is necessary - as a recent publication recommended - to think globally, but to act locally³. An

1. MD, PhD. Scientific director of SOBRAMFA SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo. www.sobramfa.com.br. ORCID: 0000-0001-8682-8770. E-mail: pablogb@sobramfa.com.br.

2. MD, PhD. Publications Director of SOBRAMFA. ORCID: 0000-0003-3958-7438. E-mail: macbet@sobramfa.com.br.

3. MD, PhD. Commercial Director of SOBRAMFA. ORCID: 0000-0002-2816-4432. E-mail: marcelolevites@sobramfa.com.br.

4. MD, PhD. Educational Programmes Director of SOBRAMFA. ORCID: 0000-0003-0651-2595. E-mail: graziela@sobramfa.com.br.

5. MD, PhD. General Secretary of SOBRAMFA. ORCID: 0000-0003-2496-232X. E-mail: marcojanaudis@sobramfa.com.br.

Mailing Address: Pablo González Blasco. SOBRAMFA. Rua Sílvia, 56, Bela Vista, São Paulo, CEP: 01331-010

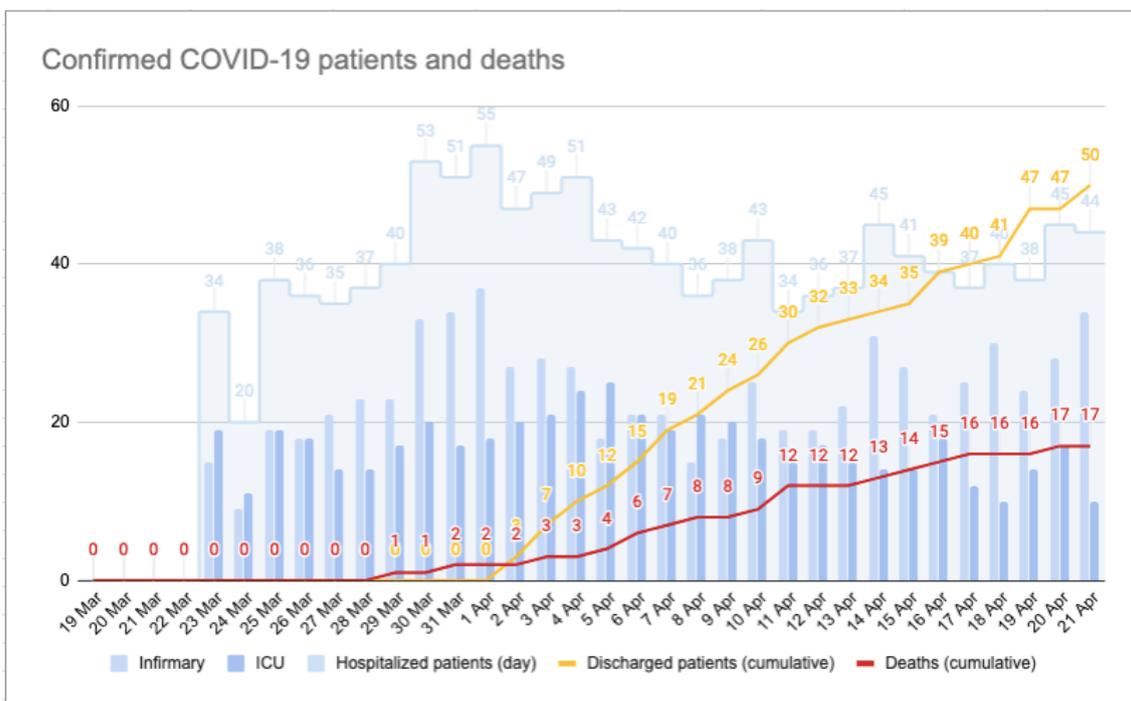
excessive and disproportionate concern about the global problems that the world is facing does not help – it even muddles - individuals to assume their own responsibilities at the concrete sector that constitute their duty at this moment.

One of the doctor’s first responsibilities is to maintain serenity, or more precisely, do not transmit, unnecessarily, the doubts and anxieties that, naturally, he has the right to feel. But he must work on them internally, with resources from his own moral fibre, without transmitting them toxically to the patient. It is worth remembering the comment made by a humanist doctor more than half a century ago: *“the dogmatic doctor is a slave of his reputation, ignoring that it serves, not to make his family puff up, but to risk it whenever necessary to keep patients’ morale high. High morale is almost always the best medicine and, sometimes, the only one we can prescribe”*⁴.

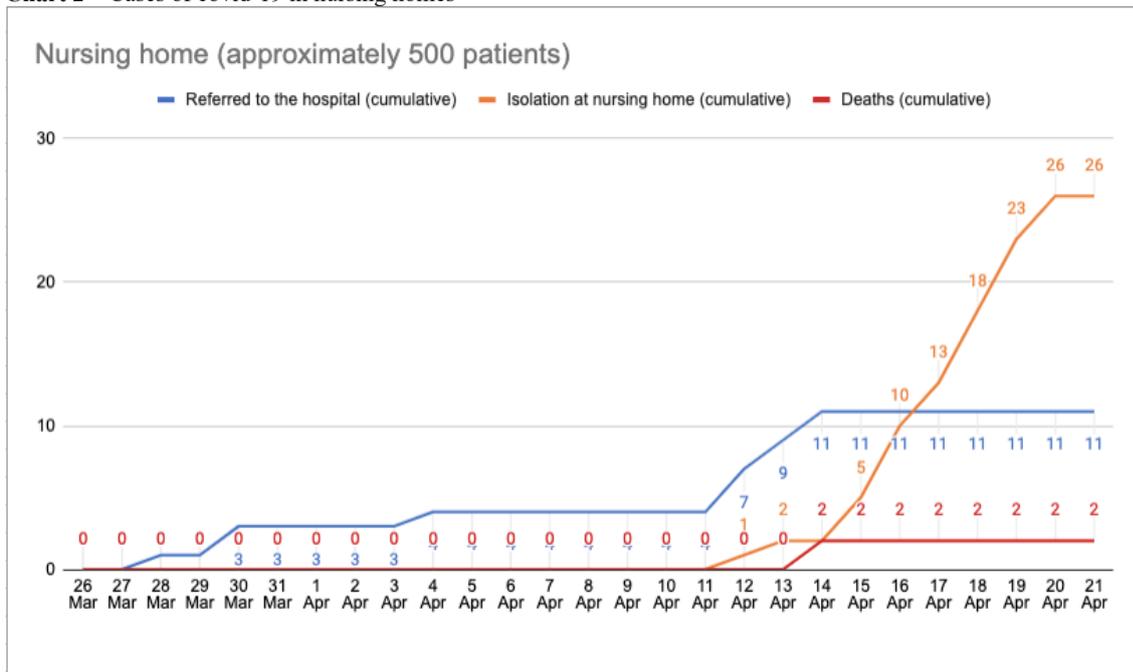
In crisis situations like the one we are living in, it is good to remember this other classic saying, which I heard from my teachers: What distinguishes a good doctor, is not the curriculum, nor the prizes, not even the gifts he receives from his/her patients. A good doctor is one whose patient leaves a consultation better than when he entered! In a recent audio interview⁵, published by an important medical journal, one of the world leaders in combating the current pandemic (as he did in past pandemics) stated that, even facing a huge challenge, nobody has to feel responsible for the global health of the planet. I mean, keeping the respect for the global threat, without losing focus on your clinical setting. Therefore, be objective and realistic. Global anxieties do not help.

It is worth mentioning an example that illustrates this way of acting. The team we coordinate works in two small hospitals, and takes care of several nursing homes, with more than 600 guests. Objectivity and realism imply daily tabulation of the evolution of patients who have been entrusted to each physician - the hospitalized ones, the deaths, and, most importantly, the recovered patients who were discharged - which provides a sense of reality (Graphs 1 and 2). Global data, which are available to anyone, being important in health policies, are not relevant for professionals who must face challenges related to their context. The excess of attention to such kind of information can even generate an anticipated concern and, worse, distract doctors from their own responsibilities. It is possible - as the saying goes - that the many trees prevent you from seeing the forest.

Chart 1 – Evolution of covid-19 patients in two hospitals



Source: SOBRAMFA Files

Chart 2 – Cases of covid-19 in nursing homes

Source: SOBRAMFA Files

In informal talks, and after the divulgation of videos² mentioned above, some people commented that the “n” of this team is small. If the objective were to develop an epidemiological study, it would indeed be insufficient. But, on the other hand, it is a totally real n, that represents daily challenge we must deal with. You can think globally, but you need to focus locally.

And when things get worse? Once again, realism helps, since even with the foresight that prudence recommends, living day by day is comfortable and a way for keeping serenity. This is what we have today, and we will do it in the best possible manner. The anticipated anxieties, which leads to suffering a priori, evoke that known event of the 16th century, lived by Teresa de Ávila, during the reform of Carmel in the lands of Castile. It seems that Teresa - with a leader profile that would make any CEO jealous today - had taken possession of an old students' residence in Salamanca, to establish one of her small convents. It was night, she was accompanied by two young nuns. He realized that one of them was restless and asked what was going on. “*Mother, I am thinking what would happen if in the middle of the night any of the students returns here ...*”. Teresa smiled, and closed the question: “*Sister, if that happens, I will think about what to do; now let me sleep*”⁶.

Lessons on medical education

The crisis that the world is experiencing, the behaviour and the response of health professionals reveal weaknesses in the current models of medical education. We contemplate heroism combined with insecurity, and even recklessness. Knowledge is distorted where medical evidence is diluted amid media information and the sensationalistic bombardment of social networks. A well-known prestigious European teacher asked himself in one of the informal messages he sent us: what is all the knowledge and years of professional experience for if colleagues succumb to this great amount of information?

And we also contemplate that the communication skills, which in these moments are one of the most necessary medical virtues, are absent in many doctors. It is worth reminding the comment of the American physician and educator, Paul Batalden: “*every system is perfectly designed to produce the results it offers*”⁷. We cannot just complain about the product; we must review the manufacturing process, which is certainly defective.

A more in-depth reflection on medical education has already been outlined in a previous publication with the suggestive name: “the order of factors alters the product”⁸. In this article, we remembered that “healing sometimes, relieving frequently, always comforting”, the classic statement that sums up the doctor’s role, presents itself in an order that contains an important educational mistake. What can be expected when the recommended order for the physician acting is to heal, relieve and, ultimately, comfort? It is logical to think that we must move from the

most important to the details. When it is not possible to cure it is necessary to relieve it; and when relief is not possible, it remains to provide comfort. Proceeding in this sequence, relief and comfort are inevitably considered as a consolation prize for the doctor who faced an incurable, painful, terminal illness. The product resulting from this equivocal process - the doctor - presents important deficiencies.

This is more evident in times of crisis like the one we are living in, when healing is far from being manageable and the relief and comfort for patients and families - that should be expected from professionals - is not exercised, because it is unknown. So, how to do it? A Hippocratic-Copernican turn in medical education would be necessary to avoid this misunderstanding that leads to important deficiencies. While comforting is something that should always be done, due to the extremely high prevalence, healing is a less frequent possibility. The medical education process must consider this proportion to produce better doctors, those ones who recognise that comfort is especially important and always possible. Doctors who always know how to comfort according to the cases and illnesses they face, also know how to cure when it is possible. That is, the order of factors does alter the product.

It is said globally that the world and the human being will not be the same after the pandemic. This statement does not seem precise because it is a fact that man, as the classics said, is a being that forgets. Forget about wars, tragedies, and real eddies that, while experienced, one think will always be present in mind. Just read history to know that it is not so. It does not matter if the world will different or not, but regarding to medical education, one thing is certain: an honest review of the pedagogical priorities and skills we intend to teach is required.

Contemplating emotions

The crisis we are experiencing has a twofold component: on the one hand, the biological threat of a new virus, with dire consequences for population health, while we deal with something unknown. On the other hand, anxiety, fear, and disordered emotions are also a threat to mental balance and the serenity necessary to cope with such a great challenge.

A poem by Fernando Pessoa illuminates this reflection. The poet says: "*Life is what we make of it / Travel is travellers / What we see is not what we see / but what we are*"⁹. In other words: we filter reality through our emotions, through the way we are experiencing that reality. This explains the anguish and afflictions when we consider the reality of the scenario we have in our context with eyes, feelings and emotions amplified and deformed by the world panorama presented by the media. Again, it is necessary to act - and feel - locally, preventing global emotions.

In medical practice, ethical dilemmas are often blurred by emotions: those of the patient and those of the professional who takes care of him. Working on emotions is an imperative need in medical education. Humanities such as literature, music, cinema and narratives are a useful resource for educating emotions and promoting empathy, which is the cornerstone of medical professionalism and ethical behaviour. The emotions that these experiences arouse must be transformed by reflection into experiences that generate attitudes capable of building ethical attitudes and building professionalism¹⁰.

The universe of affectivity - feelings, emotions and passions - has been assuming an increasing role as a protagonist in the world of education. The student's emotions cannot be ignored in this process. It is up to the educator to contemplate and use them as a true gateway to understand the universe of the student. Training human beings requires educating their affectivity, working with their emotions. How to do this in an agile, modern, understandable and effective way? Educating attitudes is more than offering theoretical concepts or simple training; it implies promoting reflection which facilitates the discovery of oneself and allows to extract from the intimate core of the human being a commitment to improve.

The classical pedagogical approach tends to divide educational objectives into three major categories: cognitive, psychodynamic and affective, which imply knowledge acquisition, skill development and affectivity education, respectively. While the first two are easy to assess or, at least, subject to an objective assessment - through exams, tests and performance of skills - assessing the quality of affective education is a topic that involves much greater complexity. There is no way to measure growth or the correct orientation of the student's affective dynamics with "objectivity"; and as always with what is difficult to measure, it risks being forgotten, or placed within the scope of pure arbitrariness. In other words: each educator evaluates affective education as he wants, or as he can, or simply does not do it. This means that, in practice, it is often not even considered when educational goals are established. To aim for an objective assessment - analogous to that practiced with technical knowledge of physics or history and geography - is to ignore the nature of the phenomenon. It corresponds to wanting to add litres to meters, or to measure love in kilograms. Perhaps it is not so much about measuring as it is about promoting and fostering affectivity. Cinema is particularly useful in affective education¹¹, as it is in tune with the student's

universe, where a culture of emotion and image prevails.

Cinema as a resource for emotional balance

The videos² mentioned above, in which the cinema - an educational resource that we have applied in medical education^{12,13} - is included in the form of clips of scenes from different films¹⁴, help us to clarify many of the recommendations stated here.

We highlight a first message: you are not alone. The film *I am legend*¹⁵ goes straight to the point: (“*if there is someone out there, I can help, you are not alone*”). And then, the fight against reigning pessimism: (“*if people who make this world worse never take a vacation, how am I going to take it?*”). One cannot succumb to pessimism, nor be passively involved in all kinds of news that arrive indiscriminately. In addition to social distance as an epidemiological prevention resource, a healthy informational distance must be kept.

The essential importance of leadership is represented in the scene of *Braveheart*¹⁶ in which William Wallace asked his soldiers to wait for the right moment to face the attack of enemy cavalry. Leadership is also about keeping the team together and not tolerating the divisions that occur due to the natural tendency to look for culprits in times of crisis. Here is something that we witness daily, very well addressed in *Ladder 49*¹⁷ in the scene after the fireman’s death: (“*I’ve just told a mother that her son died, and you quarrel in my house! We can deal with this if we stay together, so we learn the lesson, and we return to the vehicle and thus honour the dead colleague*”).

Running away from unnecessary anxieties, such as the healthy nonchalance of the Soviet spy in *Bridge of Spies*¹⁸, which contrasts with the disproportionate concern of the lawyer’s son. Without forgetting the importance of the union that characterizes true teamwork: *Gladiator*¹⁹ (“*I do not know what will come out from these gates, but if we stay together, we will survive*). Such an union is brilliantly depicted in the *Spartacus*²⁰ scene (“*I am Spartacus!*”), in which the character is much more than a person: it is an idea that takes care of the team and promotes solidarity in times of crisis!

We arrived at Easter time in the middle of the crisis. Someone sent a proper Bible reading for these moments. We read calmly, savouring it: “*Learn where prudence, strength and intelligence are, so that you may know, at the same time, where long life and happiness, brightness of the eyes and peace are found.*” Impossible not to make the connection with that other, striking scene, from *Bridge of Spies*¹⁸, when the spy describes the moral category of a man he met in childhood, whom the lawyer who is defending him reminds him of. The complete dialog, included in one of the videos² radiates emotion and leadership: “*When I was small, your son’s age, my father drew my attention to a man who visited us and who, apparently, had never done anything extraordinary. One day, the guards invaded our house, beat my father, my mother and this man too. And every time they hit him, he got up, over and over, without giving up. I think his insistence on getting up made the guards give up beating him, leaving him alone. I remember what they said: ‘Stoikiy muzhik’, which in Russian means something like steady man*”.

This is the aid that those involved in medical education must offer at this time. When age does not allow us to be on the front line, but from the bridge of command, daily, we can and must help. Without heroic actions, but showing prudence, objectivity and realism. Leading the team for which we are responsible to serenity, in daily effort. Being present, with open arms, overcoming discouragement, without ever giving up. *Stoikiy muzhik*, a steady man, a persistent man!

REFERENCES

1. Mariás J. Una vida presente. Memorias. 2a ed. Madrid: Páginas de Espuma; 2008.
2. Humanismo médico em tempos de crise. Disponível em: <https://vimeo.com/showcase/6982727/>.
3. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to Covid-19. N Engl J Med. 2020 Apr 2. doi: 10.1056/NEJMp2006740.
4. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
5. Podcast 256 — Anthony Fauci: Talking with patients about COVID-19. NEJM. Journal Watch. March 10, 2020. Available from: <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-covid-19/2020/03/10/>
6. Auclair M. Teresa de Avila. São Paulo: Quadrante; 1995.
7. Carr S. Editor’s notebook: a quotation with a life of its own. Patient Safety & Quality Healthcare, July/August 2008. Available from: <https://www.psqh.com/julaug08/editor.html>.

8. Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educ Med*. 2018;19(2):104-14. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>.
9. Pessoa F. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
10. De 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 (Rio de Janeiro)*. 2014;71:15-24.
11. Blasco PG. Educação da afetividade através do cinema. São Paulo: IEF – SOBRAMFA; 2006.
12. Blasco PG. Educação médica, medicina de família e humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php>.
13. Blasco PG. Humanizando a medicina: uma metodologia com o cinema. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.
14. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Fam Med*. 2006;38(2):94-6. Available from: <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2006/February/Pablo94.pdf>.
15. Eu Sou a Lenda [filme]. 2007. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0480249/>.
16. Coração Valente [filme]. 1995. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0112573/>.
17. Brigada 49 [filme]. 2004. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0349710/>.
18. Ponte dos Espiões [filme]. 2015. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt3682448/>.
19. Gladiador [filme]. 2000. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0172495/>.
20. Spartacus [filme]. 1960. Available from: <https://www.imdb.com/title/tt0054331/>



Brazilian Family Medicine Team Develops Videos: Humanism and Medical Education in Times of COVID-19

By Pablo González Blasco, MD, PhD; Maria Auxiliadora C. de Benedetto, MD, PhD; Marcelo R. Levites, MD, PhD; Graziela Moreto, MD, PhD; Marco Aurelio Janaudis MD, PhD



Editors

Follow



May 5, 2020 · 3 min read

A network of family medicine practices in Brazil have developed and disseminated short recommendation videos in their "Humanism and Medical Education in Times of COVID-19" series

What problem was addressed?

The current COVID-19 pandemic has resulted in a difficult and unprecedented predicament. With each passing day, the physical and mental care of the health team itself is essential. Put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged, pessimistic doctor, with no perspective is also an element of the crisis and that attitude causes insecurity in patients

What was tried?

SOBRAMFA — Medical Education and Humanism, a private organization of family practice physicians in Brazil, has disseminated recommendations through short videos to help professionals maintain an objective view of the reality they are experiencing. Excessive and disproportionate concern for the significant public health problems the world is now facing, does not help, and can even hinder, professionals from taking care of their own responsibilities of the specific area they are in charge of at this moment.

Thus, knowing how to tabulate the daily evolution of their patients — the hospitalized, the deceased, and very importantly, the discharge of the recovered — provides a sense of perspective to doctors. Daily updates of global pandemic mortality statistics are not

really relevant to the daily work of frontline health care professionals. Such information can even distract professionals from their primary responsibilities. To rework the old saying, it is possible that too much focus on the forest can prevent you from seeing the trees that need help.

The use of clips from well-known movies, [an educational resource used in medical education](#), helps to clarify the recommendations made in these videos, and to maintain emotional balance. Thus, the scene from *Braveheart* where the leader, William Wallace, asks his army to wait for the right moment in time to fight the oncoming enemy cavalry, or the scene from *Bridge of Spies* where the healthy unconcern of the Soviet spy is contrasted with the disproportionate concern of the lawyer's son, illustrate the benefits of maintaining a sense timing and keeping perspective. Or the union that characterizes true teamwork, as in *Gladiator*:

“I don't know what will come out of these gates, but if we are united we will survive.”

and *Spartacus*:

“I am Spartacus!”

Spartacus is not so much a name as an idea: one that takes care of the team and promotes solidarity in times of crisis.

What lessons were learned?

Providing a realistic view of the facts that each team is experiencing in this crisis, accentuating the positive and highlighting achievements via instructional, morale-boosting videos, could be a way for medical educators to provide valuable assistance from the background. It is sometimes necessary — as the New England Journal of Medicine recently warned — to think globally but act locally.

The Authors

Pablo González Blasco, MD, PhD, Scientific director of SOBRAMFA- Medical Education and Humanism

Maria Auxiliadora C. de Benedetto, MD, PhD, Publications Director of SOBRAMFA

Marcelo R. Levites, MD, PhD, Commercial Director of SOBRAMFA

Graziela Moreto, MD, PhD, Educational Programmes Director of SOBRAMFA

Marco Aurelio Janaudis MD, PhD, General Secretary of SOBRAMFA

[Coronavirus](#)

[Covid 19](#)

[Family Medicine](#)

[Brazil](#)

[About](#) [Write](#) [Help](#) [Legal](#)

Get the Medium app



A senior family doctor supporting the health team in times of COVID- 19

by Pablo González Blasco MD PhD; Maria Auxiliadora Craice De Benedetto MD PhD

How Can I Help Today?

This is the question that has woken me up every day for the past few weeks. The current COVID-19 pandemic makes life difficult in this unprecedented time. As a senior doctor and professor, my place is certainly not in the front line, in the trenches. But I feel compelled to help: first of all the team of doctors I coordinate; the health professionals around us; and, of course, patients and their families.

The efforts of all health professionals, each with their own competencies, are essential. While researchers and scientists work to find effective therapies and vaccinations, those on the front line devote their best efforts to the clinical care of affected patients. It is worth asking - what is the role of those involved in medical education in the midst of this global crisis?

With each passing day, the care of the health team itself is essential. Not only physical care (for which all possible measures are taken), but also mental health. Or put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged, pessimistic doctor, with no perspective is also an element of the crisis. That attitude can cause insecurity in patients and does not help the health team.

Suddenly the idea arises - to provide a realistic view of the facts, to recover the sense of proportion that the team is experiencing in this crisis. This can be my help from the back stage. It is necessary - as a recent publication advised - to think globally, but act locally¹.

The Decision Made - I will Act Locally

Our team operates in three small hospitals and takes care of several nursing homes with more than 600 residents. Thus, knowing how to tabulate daily the evolution of patients each of us has been entrusted to care for - the hospitalized, the deaths and, importantly, the discharge of the recovered - provides a sense of reality. Global information is important in shaping health policies, but is not necessarily relevant to what each professional has to face on a daily basis. Such information can even generate an anticipated concern and, worse, distract professionals from their immediate responsibilities. It is possible - to adapt an old saying - that too much focus on the forest can prevent you from seeing the trees that need help.

At our institution (**SOBRAMFA - Medical Education and Humanism**) we started to make short videos² with recommendations that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. An excessive and disproportionate concern for the global problems that the world is facing may not help and may even hinder each professional taking care of their own specific responsibilities.

The cinema, an educational resource used in medical education³, which is also included in these videos, helps to clarify the recommendations made.

The first message is - you are not alone! The film *I am Legend*⁴ has a straightforward message: *if there's someone out there, I can help, you're not alone*. After that, from the same movie, the fight against reigning pessimism - *the people who are trying to make this world worse are not taking a day off. How could I?*

The importance of leadership is revealed in the scene in *Bravehearts* where the leader asks to wait for the right moment to face the enemy cavalry. Leadership also means knowing how to keep the team together and avoiding scapegoating people in the midst of a crisis. This is addressed in the film *Ladder 49*⁶ after the fireman's

death - *I come to tell a mother that her son is dead, and this happens in my house. We deal with this by sticking together. We learn from it. And we get back on the goddam truck and that is how we honour him.*

Then, to avoid useless worries, the scene showing the healthy unconcern of the Soviet spy in *Bridge of Spies*⁷ is helpful as it contrasts with the disproportionate concern of the lawyer's son. Then there is the importance of true teamwork revealed in *Gladiators*⁸ - *I don't know what will come out of these gates, but if we are united we will survive - and Spartacus*⁹ (*I am Spartacus!*). Spartacus is more than a person: it is an idea that takes care of the team and promotes solidarity in times of crisis!

We arrived at Easter time in the middle of the crisis. Someone sent me a Bible reading specific to these moments. I read it calmly, savoring it:

"Learn where prudence, strength and intelligence are found, so that you may know, at the same time, where long life and happiness are found, the brightness of the eyes and peace".

I smiled pleased with the advice I realized I was incorporating.

And I remembered another scene from *Bridge of Spies*⁷ included in my teaching videos:

"When I was young. My father used to say: 'watch this man', so I did, every time he came. And never once he do anything remarkable. This one time, I was at the age of your son, our house was overrun by partisan border guards. Dozen of them. My father was beaten, my mother was beaten, and this man, my father's friend, he was beaten. And I watched this man. Every time they hit him, he stood back up again. Soldier hit him harder, still he got back up to his feet. I think because of this they stopped the beating and let him live. "Stoikiy muzhik". Which sort of means like a standing man."

I realized that this is the help that as a senior doctor I can offer. My age does not allow me to be on the front lines, but from the rear of the battle I understand that I can and must help every day. No heroic actions, but showing prudence, objectivity, realism. Leading to serenity, daily effort, the team that I am responsible for. Being there, with open arms. Overcoming discouragement, without giving up. Like a standing man.



*Dr. Pablo González Blasco is a Professor in Family Medicine, and since 1992 when he founded **SOBRAMFA**- (the former Brazilian Society of Family Medicine, nowadays **SOBRAMFA- Medical Education and Humanism**), has been involved in promoting the humanistic dimensions of doctoring. His research and teaching is focus on medical anthropology, medical ethics in the context of family medicine and medical education. His particular expertise is in teaching medical students through movies and cinema to promote positive attitudes and ethics.*



Dr. Maria Auxiliadora Craice De Benedetto holds a medical degree from the Botucatu School of Medicine (Paulista State University - UNESP), São Paulo, Brazil (1980) and a PhD in Medicine (Health Sciences) from the

Federal University of São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil (2017). Doctoral Thesis: "The Role of Narratives as a Didactic Resource in Medical and Nursing Education" cfr: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41856>. She is Publications Director of SOBRAMFA - Medical Education & Humanism, where she also acts in educational activities.

References

1. DOI: 10.1056/NEJMp2006740
2. www.sobramfa.com.br
3. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. *Fam Med* 2006; 38(2) 94-6
4. <https://www.imdb.com/title/tt0480249/>
5. <https://www.imdb.com/title/tt0112573/>
6. <https://www.imdb.com/title/tt0349710/>
7. <https://www.imdb.com/title/tt3682448/>
8. <https://www.imdb.com/title/tt0172495/>
9. <https://www.imdb.com/title/tt0054331/>

Objectivity and Realism for monitoring COVID 19 in Brazilian Health Facilities: a four-month follow up of two local hospitals and several nursing homes

Objetividade e Realismo para monitorar COVID 19 em Instituições de Saúde Brasileiras: seguimento de 4 meses em dois hospitais e vários residenciais de idosos

Pablo González Blasco¹ , Maria Auxiliadora C. De Benedetto² , Marcelo R. Levites³ , Graziela Moreto⁴ 

How to cite: 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 Onc Let. 2019;4(1):xx-xx. <https://doi.org/10.4322/col.2019.008>

Abstract

The current COVID-19 pandemic makes us live in a difficult and unprecedented time. With each passing day, the care of the health team itself is essential. Not only physical care, but also mental health. The authors describe their experience in disseminating recommendations through short videos that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. SOBRAMFA team, integrated by doctors and educators, provided a fourth month follow up monitoring COVID 19 patients in two community hospitals and in several nursing homes entrusted to take care for. Thus, tabulating daily the evolution of patients - the hospitalized, the deceased and, very importantly, the discharge of the recovered - provides a sense of reality. The real and active presence of us, SOBRAMFA physicians, with the ability to lead the health team and to communicate with families, patients and fellow doctors portrays an effective attitude that shapes a new business model and a posture of excellence, which is suitable to different clinical settings.

Keywords: COVID 19, Monitoring Strategies, Nursing Homes, Communication Skills, Objectivity.

Resumo

A atual pandemia COVID-19 nos faz viver em uma época difícil e sem precedentes. Cada dia que passa, o cuidado da própria equipe de saúde é fundamental, não apenas cuidados físicos, mas também saúde mental. Os autores descrevem sua experiência na divulgação de recomendações por meio de vídeos que auxiliam os profissionais a manter uma visão objetiva da realidade que estão vivenciando. A equipe da SOBRAMFA, integrada por médicos e educadores, fez um acompanhamento ao longo de quatro meses dos pacientes com COVID 19 em dois hospitais comunitários e em vários residenciais de idosos a eles confiados. Deste modo, tabulando diariamente a evolução dos pacientes - os hospitalizados, os falecidos e, muito importante, a alta dos recuperados - proporciona um sentido de realidade. A presença real e ativa dos médicos da SOBRAMFA, com capacidade de liderar a equipe de saúde e de se comunicar com familiares, pacientes e colegas médicos mostra uma atitude efetiva que configura um novo modelo de negócios e uma postura de excelência, aplicável aos diferentes cenários clínicos.

Palavras-chave: COVID 19, Estratégias de Monitorização, Residenciais de Idosos, Habilidades de Comunicação, Objetividade.

TAKING CARE OF THE HEALTH TEAM

The current COVID-19 pandemic makes us live difficult and unprecedented times.¹ The efforts of all health professionals, each one with his/her own competencies, are essential. While researchers and scientists struggle to

¹ Scientific director of SOBRAMFA- Medical Education and Humanism. www.sobramfa.com.br. E-mail: pablogb@sobramfa.com.br.

² Publications Director of SOBRAMFA. E-mail: macbet@sobramfa.com.br.

³ Commercial Director of SOBRAMFA. E-mail: marcelolevites@sobramfa.com.br.

⁴ Educational Programmes Director of SOBRAMFA. E-mail: graziela@sobramfa.com.br.

Financial support: No financial support

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

find therapeutic resources that can be effective, those on the frontline devote their best efforts to the clinical care of affected patients.² It is worth asking what the role of those involved in medical education would be at this moment to collaborate in the global crisis.^{3,4}

With each passing day, the care of the health team itself is essential. Not only physical care (for which all possible measures must be taken in each case), but also mental health. Or put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged, pessimistic doctor, with no perspective is also an element of crisis, since this causes insecurity in patients – even more than what usually comes to them from the media – and does not help the health team in any way. The realistic view of the facts requires a true recovery of the proportions that each one experiences.

Family medicine, dealing with both the emotional and the scientific side of medicine on a daily basis, plays a central role in tackling this pandemic.⁵ Seeking to collaborate in this sense, our private institution of family practice in Brazil, **SOBRAMFA - Medical Education and Humanism**,⁶ in which we act as physicians and professors, has transmitted recommendations through short videos^{7,8} that help professionals to maintain an objective view of the reality they are living. In addition to helping with a realistic perspective, the videos address aspects of affective education and how to calibrate emotions to help with the ethical decisions that daily practice entails.

An excessive and disproportionate concern with the global problems that the world is facing does not help – even hinder – each health professional to take care of his/her own responsibilities in the specific sector he/she is in charge of at the moment. It is necessary – as a recent publication warned – to think globally but act locally.⁹ In this sense, the world leaders in combating the pandemic¹⁰ warned that although we are all facing an enormous challenge, no one should bear the burden of feeling responsible for the global health of the planet. Thus, the advice is to have respect for the global threat, but to keep focus on our own scenario. Objectivity and realism, therefore. Global anxieties do not help.

OBJECTIVITY AND REALISM: A PORTRAIT OF DAILY REALITY

Global information, which is available to anyone, being important in health policies, is not really relevant for every single professional who has to face his/her own challenges on a daily basis. Such information can even generate an anticipated concern and further distract professionals from their own responsibilities. It is possible – to adapt an old saying - that too much focus on the forest can prevent you from seeing the trees that need help.

Knowing how to provide a realistic view of the situation experienced in the daily scenario, supporting the health team always, as well as patients and families, are the main and most important help that crisis management requires.

Objectivity implies in providing a daily picture of our particular reality. Thus, it is essential to tabulate daily the evolution of patients cared for by each one of our doctors - the hospitalized ones, the deceased ones and, very importantly, the recovered ones who were discharged. This provides a sense of reality.

SOBRAMFA's team is responsible for the medical care of about 650 guests distributed in several nursing homes and works in two small hospitals in monitoring chronic patients with comorbidities or in palliative care. Chart 1 and 2 show the daily evolution of patients entrusted to the care of our team. A realistic and numerical view of our “own courtyard” helps us to keep the focus on the responsibilities and functions that must be developed by health professionals.

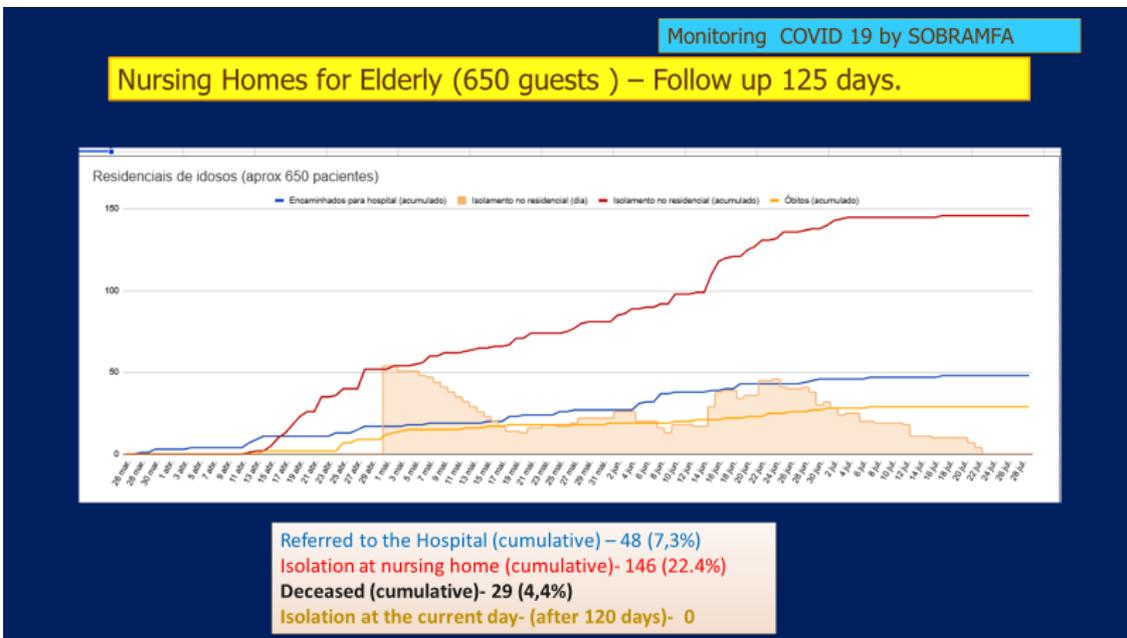


Chart 1. Nursing Homes for Elderly -Follow up 4 months. **Source:** SOBRAMFA Files

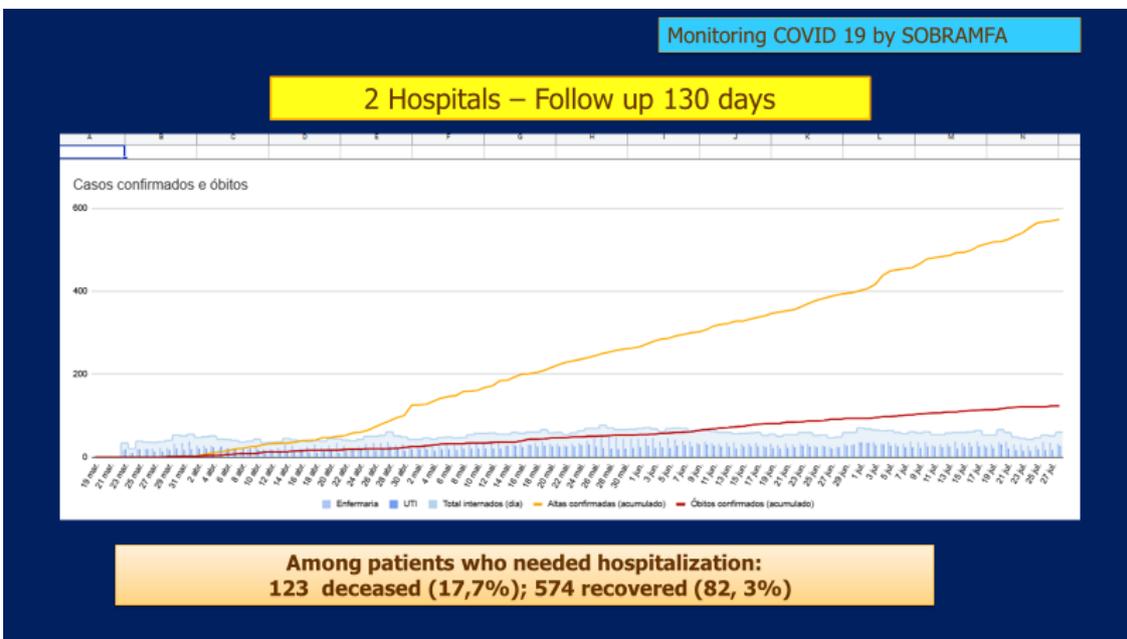


Chart 2. Four Months Follow in two community hospitals. **Source:** SOBRAMFA Files

It is not our goal to outline an epidemiological study of the behavior of the pandemic, nor to establish the basis for therapeutic protocols, aspects that are directly up to researchers and public health. It is about showing a picture of the everyday reality experienced in our current work scenario.

ACTIONS THAT MAKE THE DIFFERENCE

As the COVID-19 epidemic arrived in Brazil three weeks after the European countries and the United States, we realized that we were facing something totally new, a disease whose story was still being written. So, we started studying the reports and actions made in those countries and realized that nursing homes for the elderly constituted

a weak point that deserved great attention. Experiences reported about nursing homes in which they waited for clinical signs to take actions such as isolation, treatment or referral to hospitals and had terrible results with more infected, sick and deceased patients¹¹⁻¹⁴ represented a great teaching for us. We also learned that, in addition of closing the house for visits, using personal protective equipment and training the staff on how to use it, conducting periodic testing of all patients and employees regardless of symptoms started making the difference at the nursing homes from countries in which the pandemic was more advanced.

Concerning the hospitals in which we work, we do not have the role of accompanying hospitalized patients in infirmaries or ICUs for the treatment of COVID-19. However, some patients we care for developed the disease. In that case, we continue to accompany them while being treated with the Infectology or ICU team, especially providing support, guiding and information to their families. We also continue to treat patients who had been cured of COVID-19 but have other illnesses that required attention and out-patients with mild forms of COVID-19. From the need to do the best for such patients and their families, a constant commitment to update ourselves on this disease arose, what is done at our weekly scientific meetings. This way, the following actions were established by our team to be adopted in clinical settings – nursing homes, hospitals and outpatients care:

- The early closing of nursing homes to visitation: from the 20th of March, the resident guests remained isolated from any and all family members visits. The only contact of the guests has been with the health professionals (doctors and nursing staff), who acted properly protected according to the protocols adopted globally.
- The nursing homes residents – even asymptomatic ones – were tested for COVID-19, which allowed isolating the ones whose tests were positives, avoiding contact with the rest of the community.
- Providing the maintenance of the unit and focus of the entire nursing homes health team on a daily basis by a precise guidance in each case which contemplates the management of the uncertainties risen at this time. The crisis affects - as already mentioned – the health team itself, which feels insecure in the face of an unknown threat. It is the doctor's role to inspire serenity and professionalism to ensure efficiency.
- Personalized communication with patients and families: family isolation from nursing homes guests is a huge challenge that we must deal with daily. It is not enough to “shield” the residential to visitation, it is necessary to explain, to inform the families, to clarify doubts, and to show the reasons for all these measures, especially for the families of critically ill patients who had to be referred to the hospital. In this case it is essential facilitating contact with the doctors who had to look after the elderly when hospitalized. Regarding hospitalized and outpatients of the hospitals in which we provide care, in addition to individualized care according to the clinical method of patient-centered medicine, we adopt the same concern in transmitting good quality information to patients and families.
- Preparation of scientific and broadcasting material: the publication of our experiences in national³ and international journals,^{4,7} as well as the elaboration of explanatory videos⁸ made our actions transparent and available to the scientific and assistance community that wanted to take advantage of them. The follow-up graphs (as shown in Charts 1 and 2) have been sent daily to the health teams, managers, and scientific community.

THE ADDED VALUE IN EARNINGS MANAGEMENT: AN APOLOGY FOR COMMUNICATION

Regarding nursing homes, the results presented in Chart 1 show that the measures taken over these 4 months were reassuring, as they depict a situation quite different from that reported initially in nursing homes in Europe and USA. Of the 650 guests, only 7,3% (48) needed to be referred to the hospital. Deaths (most occurred in the hospital) were 29 (4.4%). 146 (22,2%) patients keep isolated in the nursing home, and at this moment all of them are recovered. So, such numbers are encouraging, especially considering that it is a population of high average age and risk. It is worth mentioning that many of the elderly who tested positive for COVID-19 remained asymptomatic and evolved well.

The explanation for this management that we consider to be excellent comes from the daily and constant presence of SOBRAMFA's medical team, including weekends and holidays. It is known that the institutionalized

elderly care sector lacks the real and active presence of the physician, whose action is often represented only by regular visits to cover complications. Thus, many of the necessary actions end up being delegated to the nursing team. In our country, a nursing home is rarely served by a doctor every day. We must also add the communication skills proper to our medical management to coordinate the nursing team, and to meet the family's requests in the usual way.

Although we are not responsible for the COVID-19 treatment units in the hospitals where we work, we consider it is essential to keep us informed about the data regarding COVID-19, for the reasons already explained before. So, when we receive the daily bulletins from each hospital, we organize and update the data as it is shown in graphs 1 and 2. This help us to apprehend the true dimension of the problem within our own circle of influences, avoiding disruptions arose from the excess of information, often misinterpreted, transmitted by the media which insistently replicates the statements of the World Health Organization (WHO) and the Brazilian Ministry of Health and the results of international clinical studies. Over time, we have also started sharing such graphs with health teams and managers, which we believe has helped each one to do his/her own job, without unnecessary distractions. It is obvious that this does not exclude the constant need of scientific updating for an adequate clinical practice.

Certainly, this search for clinical excellence through scientific updating led to the adoption of conducts that resulted in the good results obtained in the management of COVID-19 in nursing homes. The sharing of consolidated data in nursing homes with the managers and the entire health team also brought serenity to daily work, removing the nightmare that everyone foresaw from the news initially released about the situation in other countries.

The behavior and the response of the professionals to face the crisis that the world is experiencing reveals weaknesses in the current models of health education. We contemplate heroism combined with insecurity, and even recklessness, a deformed knowledge in which the evidence is diluted amid media information and the sensationalistic bombardment of social networks. The ability to communicate, which in these moments would be one of the most necessary skills, is far below what is desired in healthcare professionals. It is worth remembering that classic comment: "every system is perfectly designed to produce the results it offers"¹⁵. We cannot just complain about the product; we must revise the manufacturing process, which is certainly defective.

A more in-depth reflection on the doctors' training process has already been drawn up with the suggestive name that the order of factors does change the product¹⁶ here meaning that the order in which is summarized the doctor's role, contains an important educational mistake. What can be expected when the recommended order for the physician to act is to heal, relieve and, ultimately, comfort? The logical thing is to think that the most important progress is made from the main goal to the detail. When it is not possible to cure it is necessary to relieve it; and when relief is not possible, it remains to provide comfort. Proceeding in this sequence inevitably presents relief and comfort as a consolation prize for the doctor who is faced with an incurable, painful, terminal illness. The product resulting from this equivocal process - the doctor - has important deficiencies.

In times of crisis like this one we are undergoing, in which healing is far from being manageable, the relief and comfort – for patients and families – that should be expected from professionals is not exercised, because we do not know how to do it properly. A Hippocratic-Copernican turn in medical education would be necessary to avoid this misunderstanding that leads to important formative deficiencies. While comforting is something that should always be done, due to the extremely high prevalence, healing has a much lower prevalence. The medical education process must include this proportion to produce better doctors. Doctors who always know how to comfort and according to the cases and illnesses they encounter, they also know how to cure when it is possible. That is, the order of factors changes the product.

CONCLUSION: EFFECTIVE MANAGEMENT IMPLIES PRESENCE AND PROFESSIONALISM

There was no magical solution to obtain these results. Only the real and active presence of us, SOBRAMFA doctors, with the ability to lead the health team, and to communicate with families, patients and fellow doctors with whom we eventually had to interact. A simple and effective attitude that shapes a new business model and a posture of excellence, which is suitable to different clinical settings.

REFERENCES

1. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020;382(10):929-36. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2001191>. PMID:32004427.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Symptoms. Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Atlanta, Geórgia: CDC; 2020. [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
3. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Humanismo e Educação Médica em Tempos de COVID-19. *Rev Med*. 2020;99(2):i-vi. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2pi-vi>.
4. Blasco PG, De Benedetto MAC. A senior family doctor supporting the health team in times of COVID-19. *Can Fam Physician*. 2020 april 28. Available from: <https://www.cfp.ca/news/2020/04/28/04-28-1>
5. De Sutter A, Llor C, Maier M, et al. Family medicine in times of ‘COVID-19’: A generalists’ voice. *Eur J Gen Pract*. 2020;26(1):58-60. <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2020.1757312>. PMID:32349550.
6. SOBRAMFA [Internet]. São Paulo: SOBRAMFA. [cited 2020 Aug 12]. Available from: www.sobramfa.com.br
7. 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. *Annals of Family Medicine Blog Post*. 2020 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>
8. VIMEO [Internet]. New York: Vimeo. [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://vimeo.com/showcase/6982727>
9. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382: e75. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006740>.
10. NEJM [Internet]. Clinical Conversations. Journal Watch. 2020 mar. 10. [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://podcasts.jwatch.org/index.php/podcast-256-anthony-fauci-talking-with-patients-about-covid-19/2020/03/10/>
11. Arons M, Hatfield K, Reddy S, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2081-90. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2008457>. PMID:32329971.
12. McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2005-11. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2005412>. PMID:32220208.
13. McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al. COVID-19 in a long-term care facility – King County, Washington, February 27–March 9, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(12):339-42. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e1>. PMID:32214083.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Preparing for COVID-19: long-term care facilities, nursing homes [Internet]. 2020 June 25. [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
15. Carr S. Editor’s Notebook: A Quotation with a Life of Its Own [Internet]. *Patient Safety & Quality Healthcare*. 2008 jul.-aug. [cited 2020 Aug 12]. Available from: <https://www.psqh.com/julaug08/editor.html>.
16. Blasco PG. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. *Educación Médica*. 2018;19(2):104-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>.

Corresponding author:

Pablo González Blasco
Rua Silvia, 56.
Fone: (011) 32537251
pablogb@sobramfa.com.br

Medical strategies in nursing homes during the COVID-19 pandemic

A Brazilian experience

Pablo González Blasco,

Maria Auxiliadora C de Benedetto,
Marcelo R Levites, Graziela Moreto,
Elvis P Fernandes

NURSING HOME FACILITIES in Brazil are privately owned; they are independent of the government and not included in the health insurance companies' portfolio. The quality of assistance offered is varied and depends on the investment that each company decides to make. The best-quality nursing homes have a responsible clinical staff and a doctor who visits the facility daily, coordinating the nursing team and interacting with families. This difference in the quality of care proved to be important for facing the pandemic. The COVID-19 epidemic arrived in Brazil three weeks after it reached European countries and the US. Nursing homes for the elderly constituted a weak point deserving great attention, as was reported from the beginning.¹⁻⁴

The current COVID-19 pandemic has resulted in difficult and unprecedented times. The efforts of all health professionals, each with their own competencies, are essential. While researchers and scientists struggle to find effective therapeutic resources, those on the frontline devote their best efforts to the clinical care of affected patients. With each passing day, the care of the health team itself is essential – not only physical care (for which all possible measures are taken in each case), but also attention to mental health. A discouraged, pessimistic doctor with no perspective is not helpful, and that attitude causes insecurity in patients.

Practitioners' self-care is a clear priority and is an area in which senior doctors and medical educators could provide guidance.⁵

Priority management: Providing a real and objective perspective of the scenario

It is not our goal to design an epidemiological study of the behaviour of the pandemic, nor to establish the bases of therapeutic protocols. It is to describe the daily reality that is experienced in this scenario and the preventive measures taken by our team. An excessive and disproportionate concern for the global problems that the world is facing does not help – and even hinders – each professional to take care of their own responsibilities in their specific sectors.

Thus, knowing how to tabulate daily the evolution of patients each professional has been entrusted to care for – the hospitalised, the deceased and, very importantly, those who have recovered and been discharged – provides a sense of reality. Global information, which is available to anyone, while important for health policies, is not overly relevant to what each professional faces on a daily basis. Such information can generate an anticipated concern and, even worse, distract professionals from their own responsibilities. It is possible – to adapt an old saying – that too much focus on the forest can prevent you from seeing the trees that need help.

In order to assist with this issue, our organisation of family practice physicians in Brazil, SOBRAMFA – Medical Education and Humanism,⁶ has disseminated

recommendations through a series of short videos ('Medical humanism in times of crisis')⁷ that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing.

Managing nursing homes: Actions taken

We learned from global reports on nursing homes that waiting for clinical signs to provide isolation, treatment or referral to hospitals led to worse results, with a greater number of infected, sick and deceased patients.⁸⁻¹⁰ We also realised that – in addition to closing the home to visitors, using personal protective equipment and training the staff on how to use it – conducting periodic testing of all patients and employees regardless of symptoms makes the difference.

Based on this global experience, we closed the residences to visitation at the end of March. The resident guests remained isolated from all visits by family members. The only contacts of the guests were health professionals, who were protected according to the protocols adopted globally.

At this point, more than ever, personalised communication with families was prioritised. It is not enough to 'shield' the residential guests from visitation; it is also necessary to inform families, resolve doubts and explain the reasons for all these measures. This was especially true for the families of critically ill patients who had to be referred to the hospital, for whom contact was facilitated with the doctors acting at the hospitals. For the guests, who are used to the environment of the nursing home, the feeling of isolation

was relative without constituting an additional problem, since they maintained their routines interacting with the staff.

All guests – including those who were asymptomatic – were tested for COVID-19, and those who tested positive were isolated from the rest of the community. This process was well accepted by the families; in fact, many had the expectation that they would take the test, as it was representative of better care according to the daily information they received from the media.

The publication of our experiences¹¹ and the release of a special short video¹²

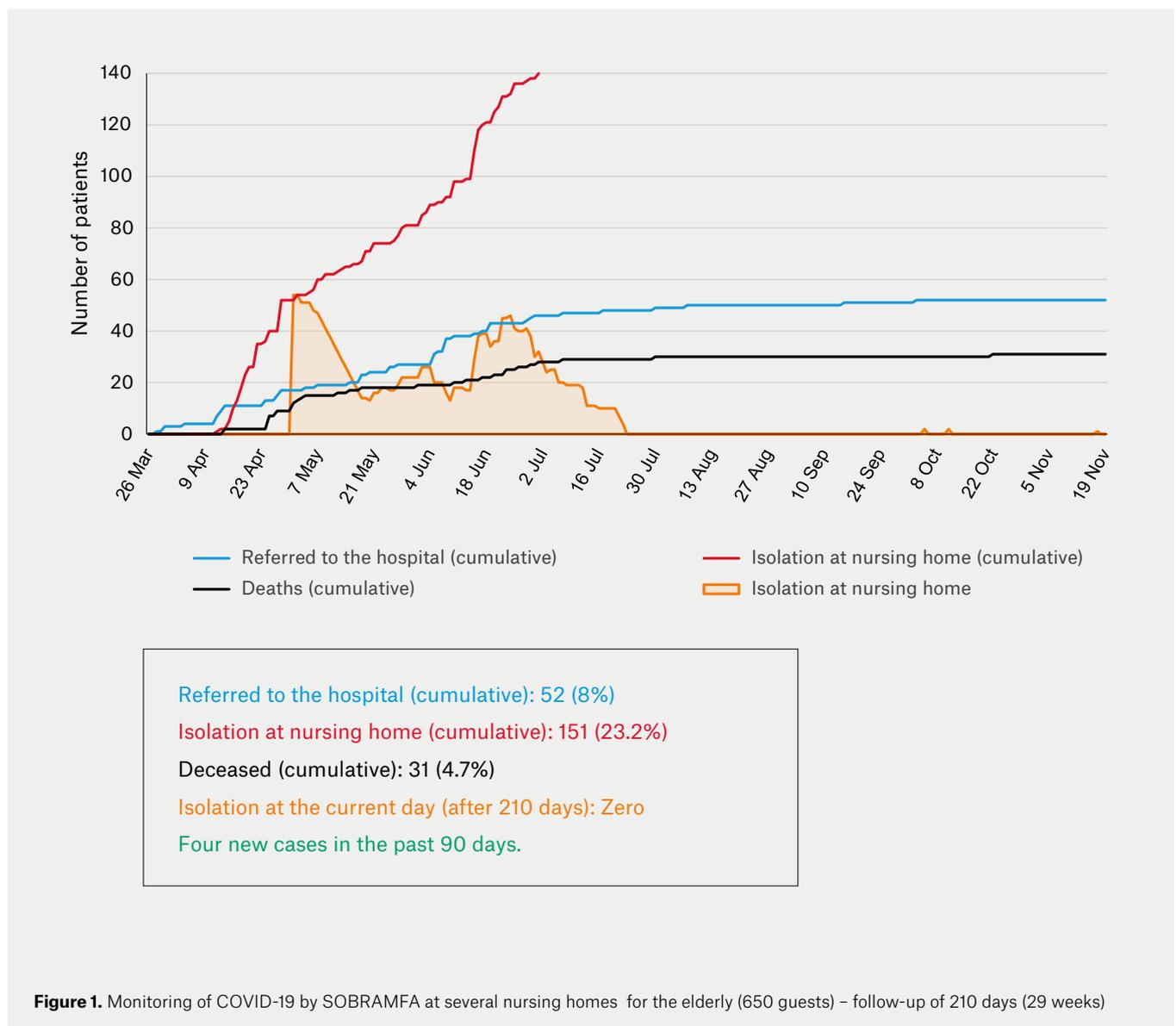
helped to support the health team and the families, showing that we were available to help at all times, inspiring serenity and compassion. That specific effort in communication also made our actions transparent and available to the scientific and healthcare worker community.

Results and lessons learned: Being there for patients and families

SOBRAMFA doctors coordinate the care of several nursing homes, with more than

650 guests in total. Figure 1 shows the monitoring of this scenario over 210 days (29 weeks) of the pandemic. Of the 650 guests, 8% (52) needed to be referred to the hospital. There were 31 (4.7%) deaths, and most were in the hospital. There were 151 (23.2%) patients with COVID-19 isolated in the nursing home. Four new cases were reported in the past 90 days, and currently there is no guest in isolation. The numbers are encouraging, especially considering that it is a population of high average age and risk.

These outcomes are the result of the



daily presence of SOBRAMFA's medical team, including on weekends and holidays. It is known that the institutionalised elderly care sector lacks the real and active presence of the doctor, which is often represented by visits with some regularity to cover complications, and many actions that are delegated to the nursing team. There was no self-evident solution to obtain these results, only the real and active presence of SOBRAMFA doctors who were there for guests and families as well as providing support to the health team.

First published online X November 2020.

Authors

Pablo González Blasco MD, PhD, Scientific director, SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, São Paulo, Br. pablogb@sobramfa.com.br

Maria Auxiliadora C de Benedetto MD, PhD, Publications Director, SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, São Paulo, Br

Marcelo R Levites MD, PhD, Executive Director, SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, São Paulo, Br

Graziela Moreto MD, PhD, Educational Programs Director, SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, São Paulo, Br

Elvis P Fernandes Eng, Chief Technology Engineer, SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, São Paulo, Br

Competing interests: None.

Funding: None.

Provenance and peer review: Not commissioned, peer reviewed.

Citation: 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: 10.31128/AJGP-COVID-41. [ePub ahead of print]

References

1. Rada AG. Covid-19: The precarious position of Spain's nursing homes. *BMJ* 2020;369:m1586. doi: 10.1136/bmj.m1586.
2. Danis K, Fonteneau L, Georges S, et al. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Euro Surveill* 2020;25(22):2000956. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956.
3. Ouslander JG, Grabowski DC. COVID-19 in nursing homes: Calming the perfect storm. *J Am Geriatr Soc* 2020. doi: 10.1111/jgs.16784. [ePub ahead of print]
4. Abbasi J. 'Abandoned' nursing homes continue to face critical supply and staff shortages as COVID-19 toll has mounted. *JAMA* 2020;324(2):123-25. doi: 10.1001/jama.2020.10419.
5. Blasco PG, De Benedetto MAC. A senior family doctor supporting the health team in times of COVID-19. 28 Apr 2020. CFP MFC. Available at www.cfp.ca/news/2020/04/28/04-28-1 [Accessed 19 November 2020].
6. SOBRAMFA. Medical humanism in times of crisis. São Paulo, Br: SOBRAMFA, 2020. Available at <https://sobramfa.com.br/eng> [Accessed 19 November 2020].
7. 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. *Ann Fam Med*. 6 May 2020. Available at <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> [Accessed 19 November 2020].
8. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* 2020;382(22):2081-90. doi: 10.1056/NEJMoa2008457.
9. McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med* 2020;382(21):2005-11. doi: 10.1056/NEJMoa2005412.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Preparing for COVID-19 in nursing homes. Atlanta, GA: CDC, 2020. Available at www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html [Accessed 19 November 2020].
11. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Janaudis MA. Humanism and medical education in times of COVID-19. *Rev Med* 2020;99(2):i-vi. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v99i2pi-vi.
12. Blasco PG. Para as famílias do residencial Pró – Vita. São Paulo, Br: SOBRAMFA, 2020. Available <https://vimeo.com/showcase/6982727/video/408571455> [Accessed 19 November 2020].

correspondence ajgp@racgp.org.au

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc202016e5768>

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

Cine en tiempos de la pandemia del COVID: películas que ayudan a moderar las emociones y apoyan al equipo de salud

Pablo G. BLASCO; Maria Auxiliadora C. DE BENEDETTO; Marcelo R. LEVITES; Graziela MORETO

SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. (www.sobramfa.com.br) S. Paulo (Brazil).

Correo electrónico: pablogb@sobramfa.com.br

Received 13 July 2020;

Accepted 31 July 2020

Published: 29 January 2021

Abstract

The current COVID-19 pandemic emerges the need of taking care of the health team, not only physical, but also mental health. The crisis we are experiencing has a twofold component: on the one hand the biological threat and on the other to deal with anxiety, fear, and disordered emotions, which are a threat to mental balance and to maintain the serenity necessary to cope with such a great challenge. It is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged doctor is an element of the crisis and causes insecurity in patients and families. *SOBRAMFA - Medical Education and Humanism*, has disseminated recommendations through short videos for helping professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. Using cinema through movie clips from different films helps to clarify details of the commented recommendations. Sense of community, leadership, teamwork, holding the emotions on realistic basis, communication skills, educating through example, professionalism, objectivity and realism for redeeming the circumstances are the topics emphasized by the movie clips. Below we list some of the ethical and existential dilemmas as well as the corresponding movie scenes that can help with decisions.

Keywords: COVID-19; cinema; medical education; emotions.

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO;
MARCO AURELIO JANAUDIS

Resumen

La actual pandemia de COVID-19 coloca la necesidad de cuidar del equipo de salud, no solo física, sino también mentalmente. La crisis que estamos viviendo tiene un doble componente: por un lado, la amenaza biológica y, por otro, lidiar con la ansiedad, el miedo y las emociones desordenadas, que son una amenaza para el equilibrio mental y para mantener la serenidad necesaria para hacer frente a tan gran reto. Es crucial elevar la moral de quienes se enfrentan a diario con esta amenaza de proporciones sin precedentes. Un médico desanimado es un elemento de crisis y causa inseguridad en pacientes y familias. *SOBRAMFA - Educación médica y humanismo*, ha difundido recomendaciones a través de videos cortos para ayudar a los profesionales a mantener una visión objetiva de la realidad que están experimentando. El uso del cine a través de escenas de diferentes películas ayuda a aclarar los detalles de las recomendaciones comentadas. Sentido de comunidad, liderazgo, trabajo en equipo, mantener las emociones de forma realista, habilidades de comunicación, educación a través del ejemplo, profesionalismo, objetividad y realismo para redimir las circunstancias son los temas enfatizados por los clips de películas. A continuación, enumeramos algunos de los dilemas éticos y existenciales, así como las escenas de películas correspondientes que pueden ayudar con las decisiones.

Palabras clave: COVID-19; cine; educación médica; emociones.

THE SITUATION AND THE CHALLENGES

The current COVID-19 pandemic makes us live in a difficult and unprecedented time. With each passing day, the care of the health team itself is essential. Not only physical care, but also mental health. Or put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unprecedented proportions. A discouraged, pessimistic doctor, with no perspective is also an element of the crisis and that attitude causes insecurity in patients.

Family medicine, dealing with both the emotional and the scientific side of medicine on a daily basis, plays a central role in tackling this pandemic¹. Seeking to collaborate in this sense, our private Institution of family practice physicians and educators in Brazil, *SOBRAMFA - Medical Education and Humanism*, has disseminated recommendations through short videos² that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing. An excessive and disproportionate concern for the global problems that the world is facing, does not help - even hinders - each professional to take care of their own responsibilities, of the specific sector that they are in charge of at this moment.

In addition to helping with a realistic perspective, the videos address aspects of affective education and how to moderate emotions to help with the ethical decisions that daily practice entails.

DEALING WITH EMOTIONS: THE HIDDEN THREAT

The crisis we are experiencing has a two-fold component: on the one hand, the biological threat of a new virus, with terrible consequences for population health, since we deal with something unknown. On the other hand, anxiety, fear, and disordered emotions are also a threat to mental balance and the serenity necessary to cope with such a great challenge.

A poem by Fernando Pessoa illuminates this reflection. The poet says: "Life is what we make of it / Travel is travelers / What we see is not what we see / but what we are"³. In other words: we filter reality through our emotions, through the way we are experiencing that reality. This explains the anguish and afflictions when we consider the reality of the scenario we have in our context with eyes, feelings and emotions amplified and deformed by the world panorama presented by the media. Therefore it is necessary to act – and feel – locally⁴, preventing global emotions.

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

In medical practice, ethical dilemmas are often blurred by emotions: those of the patients and those of the professional who takes care of them. The universe of affectivity - feelings, emotions and passions - has been assuming an increasing role as a protagonist in the world of health education. The learners' emotions cannot be ignored in this process. Training human beings requires educating their affectivity, working with their emotions. Educating attitudes is more than offering theoretical concepts or simple training; it implies promoting reflection which facilitates the discovery of oneself and allows to extract from the intimate core of the human being a commitment to improve. How to do this in an agile, modern, understandable and effective way?

Humanities such as literature, music, cinema and narratives are a useful resource for educating emotions and promoting empathy, which is the cornerstone of medical professionalism and ethical behavior. The emotions that these experiences arouse must be transformed by reflection into experiences that generate attitudes capable of building ethical attitudes and building professionalism⁵.

**MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS:
SUPPORTING ETHICAL DECISIONS**

The cinema, an educational resource used in medical education^{6,7} is included in these videos². Using clips from different film scenes⁸, it helps to clarify details of the commented recommendations. Below we list some of the ethical and existential dilemmas as well as the corresponding movie scenes that can help with decisions.

You are not alone: feeling sense of community

The film *I am legend*⁹ goes straight to the point: (“if there is someone out there, I can help, you are not alone”). And then, the fight against

reigning pessimism: (“if people who make this world worse never take a vacation, how am I going to take it?”). One cannot succumb to pessimism, nor be passively involved in all kinds of news that arrive indiscriminately. In addition to social distance as an epidemiological prevention resource, a healthy informational distance must be kept.



I am legend

Social isolation is recommended. Free museums and concerts are available on the Internet. Although cultural opportunities are unique we feel something is lacking. Aristotle said human beings are social animals, and what we lack is the experience of living the whole culture with someone, in society. At this point, the cinema illuminates the challenge: In *The Shawshank Redemption*¹⁰, the educated banker finds “Figaro’s Wedding” record, and realizes that he can’t enjoy Mozart’s melody in solitude. He displays on loudspeakers and for a few minutes all those prisoners felt free. What we probably need is physical distance but maintaining social connectivity, as some authors recently point out¹¹.



The Shawshank Redemption

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

Teamwork

Teamwork is about keeping the team together and not tolerating the divisions that occur due to the natural tendency to look for culprits in times of crisis. Here is something that we witness daily, very well addressed in *Ladder 49*¹² in the scene after the fireman's death: ("I just told a mother that her son died, and you argue in my house! We deal with this if we stay together, we learn the lesson, and we return to the vehicle and thus honour the dead colleague").



Ladder 49

The importance of the union that characterizes true teamwork stands out in *Gladiator*¹³ ("I do not know what will come out from these gates, but if we stay together, we will survive). Such an union is brilliantly depicted in the *Spartacus*¹⁴ scene ("I am Spartacus!"), in which the character is much more than a person: it is an idea that takes care of the team and promotes solidarity in times of crisis!



Gladiator



Spartacus

Holding your emotions on realistic basis: the ethical decision

The essential importance of patience and knowing how to wait represented in the scene of *Braveheart*¹⁵ in which William Wallace asks his soldiers to wait for the right moment to face the burden of enemy cavalry.



Braveheart

Running away from unnecessary anxieties, such as the healthy indifference of the Soviet spy in *Bridge of Spies*¹⁶ which contrasts with the disproportionate concern of the lawyer's son.



Bridge of Spies

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

The two classic scenes from *Casablanca*¹⁷ remind us about the ethical doubt: (“I don’t know what is right any longer; you will have to think for both of us”). Then at the airport: (“You will get on that plane, because otherwise you will regret it. Maybe not today, maybe not tomorrow, but someday and for the rest of your life”). As a student once said in a workshop: “the hard part is knowing how to get on the plane, nobody will do it for us”.



Casablanca

Leadership follows self-control

Immediately comes to mind the scene of Nelson Mandela in his cell on Robben Island Prison masterfully described in the movie *Invictus*¹⁸ (“I am the captain of my soul, I am the lord of my destiny”). An example of leadership on himself, of whom spent 29 years in prison, without losing his nerves or focus on his mission.



Invictus

Again, *Bridge of Spies*¹⁴, brings a clarifying scene in the soviet spy narrative: (“When I was small, your son’s age, my father drew my attention to a man who visited us and who, apparently, had never done anything extraordinary. One day, the guards invaded our house, beat my father, my mother and this man too. And every time they hit him, he got up, over and over, without giving up. I think his insistence on getting up made the guards give up beating him, leaving him alone. I remember what they said: ‘Stoikiy muzhik’, which in Russian means something like steady man”).



Bridge of Spies

Leading by example

In times of crisis, the absence of real leaders is perceived. Something analogous to what Ortega said about the pain of the phantom limb: feeling something that it should have and is missing. To set example is needed: “One of the most disconcerting mysteries of human psychology is that the fact of having an excellent ideal of life is not enough to live it, to put it into practice. How many companies proclaim their mission and values and then never happens. It is not enough

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

to compose ideals, even with conviction. You need to get to the facts”¹⁹.

The scene from *We were soldiers*²⁰ illustrates this point. The leader warns that the enemy is powerful and cannot promise to bring everyone back alive. But that he will be the first to set foot on the battlefield and the last to leave.



We Were Soldiers

“The affective leader is the one capable of managing expectations and producing confidence among those around him”²¹. It is worth remembering the Enemy at the Gates²² scene, where Khrushchev asks the generals what to do to motivate the frightened soldiers during the Battle of Stalingrad. Standard answers come up until someone points out: (“Give them hope. Men must believe in victory. They need pride and the will to fight. We need to create examples to be followed. We need heroes”).



Enemy at the Gates

Leading by example necessarily invokes the final battle of *The Last Samurai*²³. An unequal struggle, against modern weapons, where the Samurai’s persistence ultimately yields a tribute from the enemy who, from winner, turns into admirer.



The Last Samurai

The leader is an educator

To set an example is needed, beside the wisdom of knowing how to wait. In *K 19: The Widowmaker*²⁴ the admiral follows the advice of his subordinate: (“don’t order, explain the situation, wait for the men to respond”). The responses of support with the command arrive little by little. The leader feels that he can make the decision.



K 19: The Widowmaker

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

To lead is to make people understand the situation, the risks, and let people freely embrace the commitment. This is what *Glory*²⁵ tells us, a film that is poetry wrapped in blue uniforms and cannon smoke. Colonel Shaw exposes the risk to his regiment, the 54 of Massachusetts, integrated by black men, former slaves. (“If we fall into the hands of the enemy, we will be summarily shot. Whoever wants to leave, will be dismissed tomorrow”). Everyone stays and faces the difficulties, starting with the reduced salary, in which Shaw also makes a point of participating. In the final battle, Shaw asks for the honor of leading the attack, even though he knows that few will survive: (“There is more than rest in the battle. There is character, strength of heart”).



Glory

*Saving Private Ryan*²⁶, an epic that exudes education. James Ryan does not want to return home despite having lost his brothers in the war: (“I will stay here with the brothers I have left”). Captain Miller – who was a professor in civilian

life – is dying, and pronounces the definitive words: (“James, earn this”). Decades later, James Ryan goes to the cemetery and next to the captain’s grave faces his commitment: (“Every day I think about what you said that day on the bridge. I tried to live my life the best I could. And I hope that at least at your eyes I earned what you did for me”). A striking example of leadership that educates, of lifelong learning.



Saving Private Ryan

The art of communication: getting to know the interlocutor

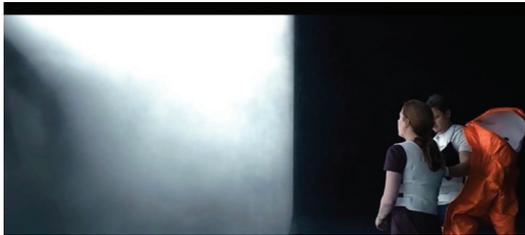
We live in a connected world over which we have control. We spend hours exchanging messages, interconnected with the world in real time, we know everything and everyone. But we don’t communicate and, consequently, we don’t understand each other.

*Arrival*²⁷ magnificently illustrates these shortcomings in communication. The dialogue we think we have is a fiction. We listen, but our focus is on putting our opinion, without a vital opening to what comes to us from the other, and to the

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

way we see life and the world. We are shielded and avoiding to leave the comfort of our position.



Arrival

Communicating implies knowing others, their history. “Before judging a person, spend three moons wearing their shoes. Outwardly, many lives can seem wrong, irrational, crazy. As long as we stick to the outside, it will be easy to misinterpret people and our relationship with them. Only by penetrating them, just walking three moons with their shoes, will we be able to understand their motivations, their feelings, which leads them to act in one way, and not in another. Understanding is born out of humility, not pride in knowing”²⁸.

Amistad²⁹ illustrates magnificently this thought in the scene where the lawyer who defends the mutinous slaves asks the American politician for advice (“What is their story? Don’t tell me they are Africans, we already know that. But who are they, what is their story?”).



Amistad

Ortega warns of this humility: “to understand others, it is necessary to reconstruct their

landscape and their world, and for that the focus of the gaze must be guided by the pupil of others”³⁰. And he adds: “It is necessary to put yourself in tune, adjust the melodic tempo to the rhythm of the other’s heart”³¹.

Melody and music that can be created when looking at each other, and not just the score of the guidelines. This aspect is very well illustrated in The Legend of 1900³²: (“How do you create this song? I look at people, I try to understand their inner world, and music emerges”). A wonderful example of Person-Centered- Music (evocating the Patient Centered care model)



The Legend of 1900

Knowing that the science of communication is up to the professional, and that the patient does not have to have this competence. Learning to read between the lines, knowing how to listen even with an open heart and mind, without diagnostic urgencies or classificatory impulses. Analyze This³³ offers a good example, in the dialogue between the mafia boss and the psychiatrist who manages to guess what the patient does not have the courage to report explicitly.



Analyze This

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

Difficult patients and families or lack of professionalism?

The suffering that the disease implies - for the patient and the family - makes professionals to face situations where there are apparently challenged, and the system is questioned. Several scenes from *John Q*³⁴ (A father willing to commit suicide in order to give his heart to his son who needs a transplant), situate the problem crudely.



John Q

The ways to face the challenge always go through understanding and affection, which is a professional attitude, as it implies a sincere desire to help. An anthological scene from *In the Name of the Father*³⁵ where the father, supposedly a pusillanimous one, calms his son's sterile revolutionary anxieties.



In the Name of the Father

A variant on the same theme offers us the scene of *Blood Diamond*³⁶ where the father awakens his son's affective memory, transformed

into a young terrorist through brainwashing. If the paternalistic model in medical practice is questioned because of the patient's autonomy, it is worth thinking if emulating the degree of dedication of a father who really loves does not offer a model to be followed. Affection and dedication that in no way compromise professionalism.



Blood Diamond

Dedication that surpasses technique, like the mirror lights in the scenes of *Marvin's Room*³⁷, to calm the anxieties of a demented elder, managing to get a smile from him.



Marvin's Room

Redeeming the circumstances.

Circumstances challenge us, but cannot condition us. Impossible not to evoke at this point, Ortega y Gasset's reflections in his *Meditations on Don Quixote*³⁸. To live what we have, in our conditions and circumstances. Hence

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

the well-known phrase of the philosopher: “It is me and my circumstances, and if I do not save them, I do not save myself.” Phrase often cited, but mostly incomplete. Circumstances are placed, in popular culture, as an excuse and not as a challenge to be saved, redeemed. For this reason, Ortega adds: “We have to search for our circumstances what is peculiar, the right place in the immense perspective of the world. Not dwell on fixed values, but conquer the right place among them in our individual lives. In short: the reabsorption of circumstances is the specific destiny of man.” To redeem the circumstances, that’s what it’s all about in the midst of crisis.

And again the cinema appears to broaden the reflections. Peter Weir, the Australian director, is a specialist in “redeeming circumstances”. Getting on the table in *Dead Poet Society*³⁹, to gain other perspectives on reality. Or tie yourself to the ship - become one with your mission of freedom - in *The Truman Show*⁴⁰, to face the tidal waves of slavery. Or overcome the loss of an arm, like in *Master and Commander: The Far Side of the World*⁴¹ having Admiral Nelson as role model: with one arm led the British squad to victory, and presides over the London landscape from the column in Trafalgar Square.



Dead Poet Society



The Truman Show



Master and Commander

OBJECTIVITY AND REALISM: D. QUIXOTE AT THE BOTTOM LINE

The toxic news that arrives daily through all the communication channels, saturates and depresses. Tragedies - which certainly exist - are highlighted but conquests and overcoming are omitted. We see how the people around us - citizens, patients and, of course, health professionals - succumb to this bombardment. What we need is to pay attention to what we have at hand, without getting lost in dreams or fantasies. Or in chimeras and fears.

It is worth invoking D. Quixote again through Ortega’s reflections³⁸: “The enchanters may well take my luck, but not the effort and the spirit. If we resist that inheritance and the environment imposes certain actions on us, it is because we try to base ourselves, only on ourselves, on the

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

origen of our actions. When the hero wants, it is not the ancestors or the customs of the present who want something, but himself. Heroism consists precisely in this desire to be himself who he has to be”.

REFERENCES

1. De Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, et al. Family medicine in times of ‘COVID-19’: A generalists’ voice. *Eur J Gen Pract.* 2020; 26(1): 58–60.
2. González Blasco P. Humanismo Médico em tempos de crise. *Vimeo* [Internet]
3. Pessoa F. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
4. Haffajee RL, Mello MM. Thinking Globally, Acting Locally - The U.S. Response to COVID-19. *N Engl J Med* 2020; 382: e75
5. 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* (Rio de Janeiro). 2014;71:15-24.
6. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. *Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2005
7. Blasco PG. *Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema.* São Paulo: Centro Universitário. São Camilo;2011.
8. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners’ reflection: Improving Education in the Affective Domain. *Fam Med* 2006; 38(2) 94-6.
9. *I Am Legend.* (2007). [Internet]
10. *The Shawshank Redemption.* (1994) [Internet]
11. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S; Stange, K. Physical distancing with social connectedness. *Ann Fam Med.* 2020; 18(3):272-7.
12. *Ladder 49* (2004). [Internet]
13. *Gladiator* (2000) [Internet]
14. *Spartacus* (1960) [Internet]
15. *Braveheart* (1995) [Internet]
16. *Bridge of Spies* (2015) [Internet]
17. *Casablanca* (1942) [Internet]
18. *Invictus* (2009) [Internet]
19. Sonnenfeld A. *Liderazgo ético.* Madrid: Encuentro; 2011.
20. *We were soldiers* (2002) [Internet]
21. Jovell A. *Liderazgo Afectivo.* Barcelona: Alienta Editorial; 2007.
22. *Enemy at the Gates* (2002) [Internet]
23. *The Last Samurai* (2003) [Internet]
24. *K 19: The Widowmaker* (2002) [Internet]
25. *Glory* (1989) [Internet]
26. *Saving Private Ryan* (1998) [Internet]
27. *Arrival* (2016) [Internet]
28. Tamaro S. *Va’ dove ti porta il cuore.* Roma: Baldini & Castoldi; 1994
29. *Amistad* (1997) [Internet]
30. Ortega y Gasset J. *Notas de andar y ver.* Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial; 1988.
31. Ortega y Gasset, J. *Estudios sobre el Amor.* Madrid: Revista de Occidente; 1957.
32. *The Legend of 1900* (1998) [Internet]
33. *Analyze This* (1999) [Internet]
34. *John Q* (2002) [Internet]
35. *In the Name of the Father* (1993) [Internet]
36. *Blood Diamond* (2006) [Internet]
37. *Marvin’s Room* (1996) [Internet]
38. Ortega y Gasset, J. *Meditaciones del Quijote.* Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial;1981.
39. *Dead Poets Society* (1989) [Internet]
40. *The Truman Show* (1998) [Internet]
41. *Master and Commander: The Far Side of the World* (2003) [Internet]

CINEMA IN TIMES OF THE PANDEMIC COVID: MOVIES HELPING TO MODERATE EMOTIONS AND SUPPORTING THE HEALTH TEAM

PABLO G. BLASCO; MARIA AUXILIADORA C. DE BENEDETTO; MARCELO R. LEVITES; GRAZIELA MORETO; MARCO AURELIO JANAUDIS

	<p>Pablo González Blasco. Médico y Doctor en Medicina, por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Miembro fundador y actual Director Científico de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Autor de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo y Medicina, Educación de la Afectividad a través del Cine y de las Artes.</p>
	<p>Maria Auxiliadora Craice De Benedetto. Médico y Doctor en Medicina por la Universidad Federal de São Paulo, Brasil. Directora de Publicaciones de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Autora de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Humanidades Médicas, Medicina Basada en Narrativas (Narrative Medicine), Literatura & Medicina, Cuidados Paliativos, Educación Médica y Bioética.</p>
	<p>Marcelo R. Levites. Médico y Doctor en Medicina por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Director Ejecutivo de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Autor de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Longevidad, Cuidados Paliativos y los desafíos de la Incertidumbre y del Burnout en estudiantes y profesionales de la salud.</p>
	<p>Graziela Moreto. Médico y Doctor en Medicina, por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Directora de SOBRAMFA- Educação Médica & Humanismo. Coordina los Programas de Formación y Cooperación Internacional. Autora de diversas publicaciones y trabajos presentados en congresos nacionales e internacionales, donde aborda los temas de Medicina de Familia, Educación Médica, Humanismo y Empatía.</p>

Lifting Health Professionals' Morale During the COVID-19 Pandemic: Moderating Emotions to Support Ethical Decisions

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. de Benedetto, Marcelo R. Levites
et Graziela Moreto

Volume 4, numéro 1, 2021

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1077644ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1077644ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Blasco, P. G., de Benedetto, M. A. C., Levites, M. R. & Moreto, G. (2021). Lifting Health Professionals' Morale During the COVID-19 Pandemic: Moderating Emotions to Support Ethical Decisions. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 4(1), 179–186. <https://doi.org/10.7202/1077644ar>

Résumé de l'article

La pandémie actuelle de COVID-19 nous fait vivre une période difficile et sans précédent. Chaque jour qui passe, les soins de l'équipe de santé elle-même sont essentiels. Non seulement les soins physiques, mais aussi la santé mentale. Les auteurs décrivent leur expérience dans la diffusion de recommandations par le biais de courtes vidéos qui aident les professionnels à garder un regard objectif sur la réalité qu'ils vivent. Ainsi, savoir comptabiliser quotidiennement l'évolution des patients dont chaque professionnel a été chargé de s'occuper – les hospitalisés, les décès et, très important, la sortie des personnes rétablies – donne un sens de la réalité. Le cinéma, ressource pédagogique utilisée dans l'enseignement médical, qui figure également dans ces vidéos, aide à clarifier les recommandations formulées ci-dessus et à maintenir l'équilibre émotionnel. Les auteurs concluent que le fait de donner une vision réaliste des faits que l'équipe vit dans cette crise et de souligner les faits positifs et les réalisations pourrait être une aide précieuse apportée par les éducateurs médicaux depuis l'arrière-scène.

© Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. de Benedetto, Marcelo R. Levites and Graziela Moreto, 2021



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

ART, CULTURE ET OEUVRE DE CRÉATION / ART, CULTURE & CREATIVE WORKS

Lifting Health Professionals' Morale During the COVID-19 Pandemic: Moderating Emotions to Support Ethical Decisions



Pablo González Blasco^a
Maria Auxiliadora C. de Benedetto^a
Marcelo R. Levites^a
Graziela Moreto^a

Résumé

La pandémie actuelle de COVID-19 nous fait vivre une période difficile et sans précédent. Chaque jour qui passe, les soins de l'équipe de santé elle-même sont essentiels. Non seulement les soins physiques, mais aussi la santé mentale. Les auteurs décrivent leur expérience dans la diffusion de recommandations par le biais de courtes vidéos qui aident les professionnels à garder un regard objectif sur la réalité qu'ils vivent. Ainsi, savoir comptabiliser quotidiennement l'évolution des patients dont chaque professionnel a été chargé de s'occuper – les hospitalisés, les décès et, très important, la sortie des personnes rétablies – donne un sens de la réalité. Le cinéma, ressource pédagogique utilisée dans l'enseignement médical, qui figure également dans ces vidéos, aide à clarifier les recommandations formulées ci-dessus et à maintenir l'équilibre émotionnel. Les auteurs concluent que le fait de donner une vision réaliste des faits que l'équipe vit dans cette crise et de souligner les faits positifs et les réalisations pourrait être une aide précieuse apportée par les éducateurs médicaux depuis l'arrière-scène.

Mots-clés

COVID-19, enseignement par vidéo, travail d'équipe, équilibre émotionnel, objectivité

Abstract

The current COVID-19 pandemic creates a difficult and unprecedented time. With each passing day, the care of the health team itself is essential; and not only physical care, but also for mental health. The authors describe their experience in disseminating recommendations through short videos to help professionals maintain an objective view of the reality they are experiencing. Thus, knowing how to tabulate daily the evolution of the patients that each professional has been entrusted to care for – the hospitalized, the deaths and, very importantly, the discharge of the recovered – provides a sense of reality. Cinema, an educational resource used in medical education, which is also included in these videos, helps to clarify the recommendations made above and to maintain emotional balance. The authors conclude that providing a realistic view of the situation that the team is experiencing in this crisis and highlighting the positive facts and achievements could be a valuable means of help from medical educators behind the scenes.

Keywords

COVID-19, video teaching, teamwork, emotional balance, objectivity

Affiliations

^a SOBRAMFA - Medical Education and Humanism, São Paulo, Brazil

Correspondance / Correspondence: Pablo Blasco, pablogb@sobramfa.com.br

INTRODUCTION

The current COVID-19 pandemic creates difficult and unprecedented times. The efforts of all health professionals, each in their own competencies, are essential. While researchers and scientists struggle to find therapeutic resources that can be effective, those on the frontline devote their best efforts to the clinical care of affected patients. It is worth asking what the role of those involved in medical education would be at this moment to collaborate in responding to this global crisis. As senior doctors and professors, our place is certainly not on the front line, in the trenches. But we need to help: first of all, the team of doctors we coordinate, the health professionals around us and, as well as patients and families (1).

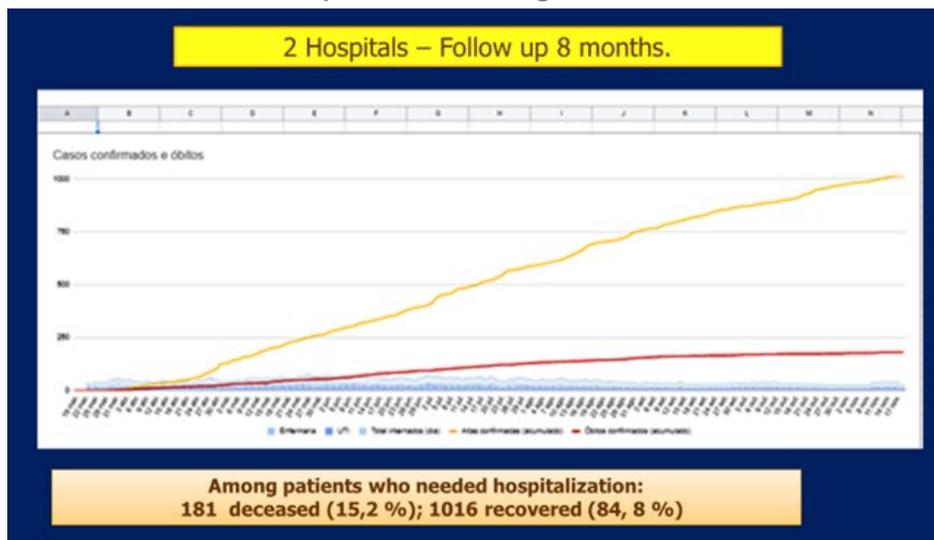
With each passing day, the care of the health team itself is essential; and not only physical care (for which all possible measures are taken in each case), but also care for mental health. Put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of unique proportions. A discouraged, pessimistic doctor could become a contributing element of the crisis; that attitude causes insecurity in patients – even more than what usually comes to them from the media – and also does not help the health team. Family medicine, in dealing with both the emotional and the scientific side of medicine on a daily basis, plays a central role in facing this pandemic (2). Seeking to collaborate in this sense, our private institution of family practice physicians in Brazil, *SOBRAMFA - Medical Education and Humanism* (3), has disseminated recommendations through short videos (4) that help professionals to maintain an objective view of the reality they are experiencing (5). An excessive and disproportionate concern for the global problems that the world is facing, does not help – and even hinders – each professional to assume their own responsibilities. In addition to helping with a realistic perspective, the videos address aspects of affective education and how to moderate emotions to help with the ethical decisions that daily medical practice requires.

OBJECTIVITY AND REALISM: A PORTRAIT OF DAILY REALITY

Global information, which is available to anyone and is important for health policies, may not be particularly relevant for what each professional has to face on a daily basis. Such information can even generate an anticipated concern and, worse, distract

professionals from their own responsibilities. It is possible, to adapt an old saying, that too much focus on the forest can prevent one from seeing the trees that need help. It is necessary to think globally but act locally (6). For example, the team we coordinate operates in two small hospitals and is responsible for several nursing homes, with more than 600 elderly guests (clients). Thus, knowing how to tabulate daily the evolution of patients that each professional has been entrusted to care for – the hospitalized, the deaths and, very importantly, the discharge of the recovered – can provide a sense of reality (7). The strategy adopted in the nursing homes to face the pandemic is well described in a recent published report (8). For the hospitals – which are not directly on the front line for COVID patients – the frequent tabulation of real data can bring a realistic and numerical view of our “own courtyard” (See Graphic 1).

Graphic 1. Monitoring COVID 19



DEALING WITH EMOTIONS: AN EDUCATIONAL CHALLENGE

The crisis we are experiencing has two components: on the one hand, there is the biological threat of a new virus with terrible consequences for population health, since we are dealing with something unknown. On the other hand, there are chaotic emotions that could be a threat to professionals' mental balance and the serenity necessary to cope with such a great challenge. The poet Pessoa illuminates this reflection: *“Life is what we make of it / Travel is mostly the travelers / What we see is not what we see / but what we are”* (9). In other words, we filter reality through our emotions, through the way we are experiencing that reality. This explains the anguish and afflictions that may arise when we consider the reality of the situation we have to face, and with our feelings and emotions amplified and deformed by the world panorama presented by the media.

In medical practice, ethical dilemmas are often blurred by emotions: those of the patients and those of the professional who takes care of them. To teach ethics implies setting out rules, guidelines and processes for rational decision-making. But it also requires creativity and acknowledgement of the affective aspects of our decision-making processes. Usually, ethical inquiries involve emotions, and those emotions cannot be ignored. Instead, they should be included in the learning process as an essential tool. Training human beings requires educating their affectivity, working with their emotions. To share emotions, in an open discussion surrounded by a friendly learning scenario, can create the path for affective education and foster empathy that empowers professionals and improves patient care (10). Educators need to go beyond instructions and perform a caring model in the pursuit of excellence. Educating attitudes is more than offering theoretical concepts or simple training; it implies promoting reflection that facilitates the discovery of oneself and allows to extract from the intimate core of the human being a commitment to improve (11).

Humanities such as literature, music, cinema and narratives are a useful resource for educating emotions and promoting empathy (12), which is the cornerstone of medical professionalism and ethical behaviour (13). The emotions that these experiences arouse must be transformed by reflection into experiences that generate attitudes capable of building ethical behaviour and professionalism (14).

MOVIES TEMPERING EMOTIONS AND FAVOURING ETHICAL DECISIONS

The cinema, an educational resource used in medical education (15,16), is included in the videos we developed for health professionals (4). Using clips from different film scenes (17), the aim is to help clarify details of the commented recommendations (18). Below we list some ethical issues as well as the corresponding movie scenes that can help with health professional decision making.

How to work with fears and insecurities?

Here is a dilemma whose answer depends on the moral fiber of each person. In the face of challenges and dangers, the answers are varied. In *Titanic* (1997) we see that while some seek to save themselves at any cost, others value teamwork, and remain attached to the mission: "Gentlemen, it was a pleasure to play with you tonight." A similar situation is presented in *Strictly Ballroom* (1992), where the obsessive search for security is the counterpart of living in permanent tension. Living in fear is like half-living, according to the protagonist, a situation that is also presented in *Changing Lanes* (2002) – what would be the life you could have had if you had made another choice?

Figure 1. *Titanic*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0120338/>

Figure 2. *Strictly Ballroom*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0105488/>

Figure 3. *Changing Lanes*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0264472/>

Seeking for help: advice and coaching

Solving the challenges that we face implies the wisdom of knowing how to seek help and advice. No one is born with wisdom; we need to allow to be educated. Cinema is a frequent stage of this educational dimension where the need to ask for help is highlighted. *The Guardian* (2006) presents several pertinent scenes: the objective of the rescue school is stated, a teacher is included whose mission is to bridge the gap that exists between theory and practice, and he teaches the outstanding student in practice that it is not always possible to win all the battles. The *Star Wars: Episode V - The Empire Strikes Back* (1980) mythology has in Master Yoda a true paradigm of counsellor and effective coaching: "You have to unlearn what you learned wrongly." That is YODA advice, which in the original interpretation of some authors is an acronym for Your Own Data Appraiser (19). Teacher films, such as *Music of the Heart* (1999), showing the importance of inner strength (and not just physical strength) to achieve the goal; or the need to learn to enjoy what you do to do it well, as in *De-Lovely* (2004); and films portraying leaders who know how to get the best out of each of their subordinates, like *Men of Honor* (2000).

Figure 4. *The Guardian*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0406816/>

Figure 5. *Star Wars: Episode V - The Empire Strikes Back*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0080684/>

Figure 6. *Music of the Heart*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0166943/>

Figure 7. *De-Lovely*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0352277/>

Figure 8. *Men of Honor*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0203019/>

Leadership in Education

This theme is related to the previous topic. In the film *The Hurricane* (1999), the importance in on writing, which is the way to make our thoughts clear to ourselves. Or the teacher's creativity in *Innocent Moves/Searching for Bobby Fischer* (1993), where he removes the chessboard pieces so that the student can visualize the move. Or the gratitude of those who notice that the teacher taught them to live beyond protocols and guidelines and to be creative in life, as in *Instinct* (1999). There is also the apparent hardness of those who do not agree with mediocrity and help to overcome their complexes, as in *Limelight* (1952). And the educator who shows that life always hits hard, but the important thing is to always get up, as is shown in *Rocky Balboa* (2006).

Figure 9. *The Hurricane*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0174856/>

Figure 10. *Innocent Moves*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0108065/>

Figure. 11 *Instinct*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0128278/>

Figure 12. *Limelight*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0044837/>

Figure 13. *Rocky Balboa*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0479143/>

The Leader's doubts

It is well known that when a leader openly acknowledges their mistakes, it has a formative effect of great impact. How, then, to work out the leader's weakness? Cinema brings us notable examples. In *Defiance* (2008), we can see the leader's hesitations, and how those he formed help him not to give up. In *Scent of a Woman* (1992) the critical moment: "Give me a good reason not to kill myself" gets the answer from the disciple who was educated by the leader in crisis: "I'll give you two: you dance tango and drive Ferrari like no one else". The apparent failures of life are another weakness, as in *Mr. Holland's Opus* (1995), until it is revealed that students are the real notes of a symphony that he has been building with his pedagogical attitude. The strength of a leader comes from the mission: in *Star War: Episode V - The Empire Strikes Back* (1980), it is worth highlighting the cane that Yoda uses just to walk, but he has no need of it when facing the warriors on the dark side.

Figure 14. *Defiance*



IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt1034303/>

Figure 15. *Scent of a Woman*

IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0105323/>

Figure 16. *Mr. Holland's Opus*

IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0113862/>

Figure 17. *Star Wars: Episode V - The Empire Strikes Back*

IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0080684/>

Humanities, aesthetics and art: a path to serenity

Some film scenes, including excerpts from Opera, clearly show how aesthetics is an essential aid to maintain the serenity that arises from the humanistic attitude. *Pretty Woman* (1990), with the background of *La Traviata* (which is actually the same story of the protagonist, located in Paris in the 19th century), and the environment theme (*Amame Alfredo*, meaning: "love me Alfredo, get me out of this miserable life"). What is two hours of Opera capable of producing for someone who has never seen a performance, never heard about Verdi, nor knows the story of the *Lady of Camellias*? Another classic scene is in *Philadelphia* (1993), where the trapped lawyer who does not know Opera is surprised by Andrea Chenier's aria. The viewer wonders at the end who sang the aria: Maria Callas or Tom Hanks himself?

Social isolation is also recommended. Free museums and concerts are available on the Internet. But while cultural opportunities are unique, we feel something is lacking. Aristotle said that human beings are social animals, and what we lack is the experience of living the whole culture with someone, in society. At this point, cinema illuminates the challenge: In *The Shawshank Redemption* (1994), the educated banker finds a record of "Figaro's Wedding" and realizes that he cannot enjoy Mozart's melody in solitude. He plays it on loudspeakers and for a few minutes all those prisoners felt free. What we probably need is physical distance, but social connectivity, as some authors recently point out.

Life is Beautiful (1997), offers one of the most romantic scenes produced in cinema, also through Opera. The protagonist looks at his beloved during the Barcarole of *The Tales of Hoffman*, apparently distracted. Then, in the concentration camp, finds the same music, and puts it on to play, opening the window. The melody flies to the women's pavilion, waking only his wife who knows that it is he, her husband, who is talking to her. They do not see, do not touch, do not speak, but it is a remarkable romanticism.

Figure 18. *Pretty Woman*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0100405/>Figure 19. *Philadelphia*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0107818/>Figure 20. *The Shawshank Redemption*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0111161/>Figure 21. *Life is Beautiful*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0118799/>

What is the legacy of my life?

Legacy is a successfully placed theme in *About Schmidt* (2002), in the monologue of the protagonist who wonders, “what difference have I made with my life? What’s better in the world because of me?” It is a question of vital importance. Although it is always possible to answer that we did our duty – what was foreseen and contracted – the answer does not always satisfy us. It is the contrast presented by the film *Broken Embraces* (2009) where the professional confines herself to lip reading, without omitting opinions or judgments (after all she was hired just for that). A huge contrast of that “aseptic attitude”, is set in *Schindler’s List* (1993), in the anthological scene where Oskar Schindler understands that he could have done more. It does not comfort him to know that he has done more than most people, that he is much better than the others: he knows that he could have done more. And he cries disconsolately, feeling the pain of omission. Doing everything possible without being content with what is expected or fair.

Commitment also requires the prudence of knowing our role. In the film *Churchill* (2017), the dialogue with the King enlightens this topic. Churchill wants both himself and the King to be present at the Normandy landings, to set an example. The King shows him that this example would be of no use, except to jeopardize the safety of both. “Our role now is not to fight, but to exist, to survive, so that we can cheer and optimize everyone”.

Figure 22. *About Schmidt*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0257360/>Figure 23. *Broken Embraces*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0913425/>

Figure 24 *Schindler's List*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0108052/>Figure 25. *Churchill*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt2674454/>

THE BOTTOM LINE: REDEEMING THE CIRCUMSTANCES, THE ROLE FOR EDUCATORS AND LEADERS

Circumstances challenge but cannot condition us. It is impossible not to evoke at this point Ortega y Gasset's reflections in his *Meditations on Don Quixote* (20), to live what we have, in our conditions and circumstances. Hence the well-known phrase of the philosopher, "It is me and my circumstances, and if I do not save them, I do not save myself," a phrase often cited but mostly incomplete. Circumstances are placed, in popular culture, as an excuse and not as a challenge to be saved, redeemed. For this reason, Ortega adds: "We have to search for our circumstances what is peculiar, the right place in the immense perspective of the world. Not dwell on fixed values but conquer the right place among them in our individual lives. In short: the reabsorption of circumstances is the specific destiny of man." To redeem the circumstances, that's what it's about.

The toxic news that arrives daily through all the communication channels, saturates and depresses. Tragedies, which certainly exist, are highlighted but conquests and overcoming are omitted. We see how the people around us – citizens, patients and, of course, health professionals – succumb to this bombardment. What we need is to pay attention to what we have at hand, without getting lost in dreams or fantasies, or in chimeras and fears.

It is worth invoking D. Quixote again through Ortega's reflections: "The enchanters may well take my luck, but not the effort and the spirit. If we resist that inheritance and the environment imposes certain actions on us, it is because we try to base ourselves, only on ourselves, on the origin of our actions. When the hero wants, it is not the ancestors or the customs of the present who want something, but himself. Heroism consists precisely in this desire to be himself who he has to be." Here come together the mission and the dream, as D. Quixote reminds us in *Man of La Mancha* (1972) singing that unforgettable song: the impossible dream (21).

Figure 26. *Man of La Mancha*IMDB: <https://www.imdb.com/title/tt0068909/>**Reçu/Received:** 22/05/2020**Remerciements**

Notre gratitude à Mme Jaqueline da Silva Queiroz, pour le montage de la série de vidéos « Medical Humanism in Times of Crisis », et à M. Elvis P. Fernandes pour le montage des images d'écran.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Publié/Published: 01/06/2021**Acknowledgements**

Our gratitude to Ms. Jaqueline da Silva Queiroz, for Editing the Video Series "Medical Humanism in Times of Crisis", and to Mr. Elvis P. Fernandes for editing the screen images.

Conflicts of Interest

None to declare

Édition/Editors: Jacques Quintin & Jessika Roy-Desruisseaux

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

REFERENCES

1. Blasco PG, De Benedetto MAC. [A senior family doctor supporting the health team in times of COVID-19](#). Can Fam Physician. 28 Apr 2020.
2. Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, et al. [Family medicine in times of COVID-19: A generalists' voice](#). Eur J Gen Pract. 2020;26(1):58-60.
3. [SOBRAMFA - Medical Education and Humanism](#). 2020.
4. Blasco PG. [Humanismo Médico em tempos de crise](#). Vimeo. n.d.
5. 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](#). Annals of Family Medicine. 5 May 2020.
6. Haffajee RL, Mello MM. [Thinking globally, acting locally - The U.S. response to Covid-19](#). N Engl J Med. 2020; 382:e75.
7. 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](#). Clinical Oncology Letters. 2020;4:1-6.
8. Blasco PG, De Benedetto MAC, Levites MR, Moreto G, Fernandes EP. [Medical strategies in nursing homes during the COVID-19 pandemic: A Brazilian experience](#). Australian Journal of General Practice. 2020;49:1.
9. Pessoa F. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
10. Blasco PG, Moreto G, Pessini L. [Using movie clips to promote reflective practice: a creative approach for teaching ethics](#). Asian Bioethics Review. 2018;10:75-85.
11. Blasco PG, Moreto G, Pessini L. [Medical Humanities, emotions and ethics: Using movies to foster reflective practice](#). Camillianum (Roma). 2017;49-50:99-115.
12. Moreto G, Santos I, Blasco PG, Pessini L, Lotufo PA. [Assessing empathy among medical students: A comparative analysis using two different scales in a Brazilian medical school](#). Educación Médica. 2018;19(2):162-170.
13. Triffaux JM, Tisseron S, Nasello JA. [Decline of empathy among medical students: Dehumanization or useful coping process?](#) L'Encéphale. 2019;45(1):3-8.
14. 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 (Rio de Janeiro). 2014;71:15-24.
15. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. Cinemeducation: a Comprehensive Guide to Using Film in Medical Education. Oxford (UK): Radcliffe Publishing; 2005.
16. Blasco PG. Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo; 2011.
17. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. [Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain](#). Fam Med. 2006;38(2):94-6.
18. Blasco PG. [Review of Henri Colt, Silvia Quadrelli, and Lester Friedman, eds. The Picture of Health. Medical Ethics and the Movies: Getting Familiar with the Cinema Education Methodology](#). American Journal of Bioethics. 2011;11:39-41.
19. Rosser W. Information Mastery: Evidence-based Family Medicine. V1. 2nd. Hamilton (Ontario): B C Decker Inc; 2004.
20. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote. Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial; 1981.
21. [Man of La Mancha \(1972\) - The Impossible Dream Scene \(6/9\) | Movieclips](#). YouTube.



SPECIAL ARTICLE

Taking care of the health team in times of covid-19: A creative experience from Brazilian health educators



Pablo González Blasco^{a,*}, Maria Auxiliadora C. de Benedetto^{b,*}, Marcelo R. Levites^c, Graziela Moreto^d

^a Scientific Director of SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, Brazil

^b Publications Director of SOBRAMFA, Brazil

^c Executive Director of SOBRAMFA, Brazil

^d Educational Programmes Director of SOBRAMFA, Brazil

Received 13 October 2020; accepted 7 November 2020

Available online 26 December 2020

KEYWORDS

COVID-19;
Medical education;
Medical humanities;
Cinema;
Affectivity education

Abstract The current COVID-19 pandemic makes us live difficult and unprecedented times and health professionals are in great demand. Thus, health teams also need to be taken care of. Not only physical care, but also mental health care. The authors describe an educational strategy developed with the objective of helping doctors, health workers and medical students to work with efficiency and serenity in their clinical settings. The strategy consists in the elaboration and dissemination of short videos with recommendations that can aid professionals having an objective view of the reality they are experiencing and so maintaining the emotional balance. The cinema, which is also included in these videos in form of film clips, is an important resource for the education of affectivity and helps to clarify the recommendations. Since it is a remote activity, even medical educators prevented from working on the front lines because they are at risk for COVID-19 can collaborate from the backstage providing a realistic view of the situation that the team is experiencing in this crisis and highlighting the positive facts and achievements. © 2020 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
Educación médica;
Humanidades
médicas;
Cine;
Educación de las
emociones

Cuidando del equipo de salud en tiempos de la COVID-19: Una experiencia creativa de educadores brasileños

Resumen La actual pandemia de COVID-19 nos hace vivir tiempos difíciles y sin precedentes. Los profesionales de la salud tienen una gran demanda y deben ser cuidadosos, no solo físicamente, sino también cuidar de su salud mental. Los autores describen una estrategia educativa, desarrollada con el objetivo de ayudar a los médicos, trabajadores de la salud y estudiantes

* Corresponding authors.

E-mail addresses: pablogb@sobramfa.com.br (P.G. Blasco), macbet@sobramfa.com.br (M.A.C.d. Benedetto).

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.11.010>

1575-1813/© 2020 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de medicina a trabajar con eficiencia y serenidad en sus entornos clínicos. La estrategia consiste en la elaboración y difusión de videos cortos, con recomendaciones que puedan ayudar a los profesionales a tener una visión objetiva de la realidad que están viviendo y así mantener el equilibrio emocional. El cine, que también se incluye en estos videos en forma de clips de películas, es un recurso importante para la educación de la afectividad y ayuda a aclarar las recomendaciones. Dado que se trata de una actividad remota, incluso los educadores médicos a los que se les impide trabajar en primera línea, por estar en riesgo de contraer COVID-19, pueden colaborar desde los bastidores brindando una visión realista de la situación que vive el equipo, destacando los hechos y las conquistas positivas.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

What problem was addressed?

The current COVID-19 pandemic makes us live difficult and unprecedented times. The crisis we are experiencing has a double component: on the one hand, the biological threat of a new virus, with terrible consequences for the health of the population, since we are dealing with something unknown. On the other hand, anxiety, fear and disordered emotions are a threat to emotional balance and represent an obstacle to maintaining the necessary serenity to face such a challenge. Thus, day in day out, the care of the health team itself is essential. Beyond physical care, it is also necessary to pay attention to mental health. Or put more simply, it is crucial to raise the morale of those who deal daily with this threat of outstanding proportions. A discouraged, pessimistic doctor without perspective also represents an element of the crisis and such attitude causes insecurity in patients. The general/family practice, that deals with both the emotional and the scientific side of medicine, plays a central role in facing this pandemic.¹

These days, as in times of war, all health providers are being asked to do their best. An excessive and disproportionate concern for the global problems that the world is facing does not help – even hinders – health professionals to assume their own responsibilities in the specific sector they are acting every moment. To operate properly in clinical settings, it is necessary to think globally, but act locally.² Global information, which is available to anyone, being important in health policies, is not really relevant to what each health worker has to face on a daily basis. Such information can even generate an anticipated concern and, worse, distract professionals from their own responsibilities. It is possible – to adapt an old saying – that too much focus on the forest can prevent you from seeing the trees that need help.

Focusing on realism and fostering objectivity

The ideas previously exposed were consolidated from the work in clinical and educational settings carried out by general practitioners and educators who are part of SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, a private organization located in São Paulo, Brazil. The clinical practice developed by SOBRAMFA team takes place in several nursing homes for elderly and in two community hospitals in which

chronic patients with comorbidities or in palliative care are monitored. Although in hospitals such doctors do not act specifically in caring for patients with COVID-19, which is done by infectious disease specialists and intensivists, they have the responsibility to collaborate in the management of COVID-19 in the nursing homes, which promised to be very problematic in view of the information initially received from the USA and European countries. The learning from others' experiences is propitiating best results in such scenarios. As family doctors, they still have to interact with members of the health team of hospitals to which their patients who developed COVID-19 are referred and to face a range of emotional, social and cultural issues raised in patients, families and co-workers by the disease still little known.

As pandemic progressed, it became increasingly clear that discernment, serenity and keeping the focus in the own circle of influences are required for health professionals who work on the front lines. The education of affectivity and the promotion of a realistic view of the situation that each team is experiencing in this crisis, with focus in the positive facts and achievements, could be a valuable instrument in such a situation. In this sense, even those who are prevented from acting in clinical settings because they belong to risk groups can and must join forces.

Cinema helping to cope better with emotions and feelings

The education of affectivity is especially necessary now when contradictory and negative emotions emerge from the difficult circumstances experienced. Clinical issues and ethical dilemmas are often blurred by disturbing emotions and destructive feelings: those of patients and those of the professional who cares for them. Such emotions must be transformed by reflection into experiences that generate behaviours capable of building ethical attitudes and professionalism.³ Transforming human beings requires educating their affectivity and attitudes, that is more than offering theoretical concepts or simple training; it implies promoting reflection which facilitates the discovery of oneself and allows to extract from the intimate core of the human being a commitment to improve. The cinema, which has been included in the field of medical humanities,

Table 1

Movie and IMDB reference	Comments, topics
Braveheart https://www.imdb.com/title/tt0112573/	The leader asks to wait for the right moment in time to face the burden of enemy cavalry.
Gladiator https://www.imdb.com/title/tt0172495/	I do not know what will come out of these gates, but if we are united, we will survive.
Bridge of spies https://www.imdb.com/title/tt3682448/	The healthy unconcern of the Soviet spy that contrasts with the disproportionate concern of the lawyer's son.
Spartacus https://www.imdb.com/title/tt0054331/	The union that characterizes true teamwork: I am Spartacus. He is more than a person; he is an idea that promotes solidarity.
I am legend. https://www.imdb.com/title/tt0480249/	You are not alone: feeling sense of community.
The Shawshank Redemption https://www.imdb.com/title/tt0111161/	The educated banker finds "Figaro's Wedding" record and realizes that he can't enjoy Mozart's melody in solitude.
Ladder 49 https://www.imdb.com/title/tt0349710/	Teamwork: I just told a mother that her son died, and you argue in my house! We deal with this if we stay together, we learn the lesson, and we return to the vehicle and thus honour the dead colleague.
Invictus https://www.imdb.com/title/tt1057500/	Leadership follows self-control: I am the captain of my soul; I am the lord of my destiny.
We were soldiers https://www.imdb.com/title/tt0277434/	Leading by example: Before a powerful enemy, the leader warns that he cannot promise to bring everyone back alive. But that he will be the first to set foot on the battlefield and the last to leave.
The Last Samurai https://www.imdb.com/title/tt0325710/	Leading by persistence: The final battle, an unequal struggle, against modern weapons, and the Samurai's persistence ultimately yields a tribute from the enemy who, from winner, turns into admirer.
Dead Poet Society https://www.imdb.com/title/tt0097165/	Getting on the table, to gain other perspectives on reality.
Master and Commander https://www.imdb.com/title/tt0311113/	To overcome the loss of an arm, having Admiral Nelson as role model: with one arm he led the British squad to victory
Glory https://www.imdb.com/title/tt0097441/	Everyone stays and faces the difficulties, starting with the reduced salary. In the final battle, Shaw asks for the honour of leading the attack, even though he knows that few will survive: There is more than rest in the battle. There is character, strength of heart".
Saving Private Ryan https://www.imdb.com/title/tt0120815/	Captain Miller pronounces the definitive words: James, earn this. And James every day thinks about what he said that day on the bridge: I tried to live my life the best I could. And I hope that at least at your eyes I earned what you did for me.

represents a useful resource in medical education, especially because of its role in the education of affectivity.^{4,5}

In order to promote reflection on the emotional and existential issues that have touched people during COVID-19 pandemic and based on previous experiences with cinema in medical education, SOBRAMFA team has posted short videos that are available freely to anyone who accesses its site. The link to the videos⁶ has also been sent to medical students and doctors who have participated in any of SOBRAMFA educational programs and to co-workers who interact with SOBRAMFA clinical staff in the settings mentioned above.

In the videos, a senior medical educator gives a short talk and addresses topics such as sense of community, leadership, teamwork, holding the emotions on realistic basis, communication skills, educating through example, professionalism, objectivity, realism for redeeming the circumstances, overcoming fear, keeping the focus, the pointlessness of unnecessary worries, you are not alone, and so on. These themes are developed from the context of the pandemic. The speech is interspersed with emblematic excerpts from films (movie clips), which, in turn, inspire

new comments related to the topic addressed. The films from which the clips were extracted and related comments are listed in Table 1.

Most authors have described didactic experiences with cinema in which reflection on a complete movie is promoted.⁷ The method idealized and adopted at SOBRAMFA concerns the use of several clips from different films in a single presentation, whether it be a class for undergraduate or graduate students, or a lecture for health professionals. Usually, these activities are face-to-face, which allows ample interaction with the participants. As, due to the social distancing imposed by the pandemic this is not possible, one chose to spread the videos as described.

What lessons were learned?

The objective of this action was to inspire health workers to put themselves in their own circle of influences and to focus on the particular situations they have to face in their day to day, without allowing themselves to be confused with the

bombardment of information, often contradictory, which is diffused by the media. It is about an educational strategy to encourage the acquisition of objectivity and serenity by clarifying the reality.

It is known that the combination of narrative, images and music, which characterizes cinema, is often very impactful. The use of cinema in the form of commented sequences of film clips has been an educational resource adopted for many years by SOBRAMFA educators in face-to-face presentations, with possibility of interaction between participants. Among the benefits resulting from the activity, we can mention: promotion of reflection in clinical and didactic scenarios, improvement of teaching and communication skills, development of empathy, education of affectivity, stimulation of the philosophical practice of medicine, acquisition of ethical attitudes.⁸⁻¹¹ As a result of the pandemic, this educational strategy had to be adapted to a remote format and, although a qualitative assessment has started, it is still too early to determine its effectiveness.

Nevertheless, many of the health professionals and medical students to whom the interventions were addressed gave spontaneously their feedback via social media messages and it was possible to perform an initial qualitative assessment. All texts sent represented the data source for an analysis by immersion-crystallization techniques inspired in Phenomenology-Hermeneutics.¹² After an in-depth reading of the texts, sub-themes emerged. These ones were organized into major themes such as gratitude, inspiration for day-to-day work, parallelism of videos contents with situations experienced in real life and need to search for meaning. The participants highlighted positive aspects in relation to the videos. These preliminary results are promising and certainly a more accurate data collection should be done for deepening analysis.

Anyway, many lessons were learned from these experiences, such as: creativity and flexibility are needed to overcome new challenges and even those who are prevented from acting on the front lines because they belong to risk groups can and must collaborate in times of crises. We hope that over time this pandemic and its serious consequences will fade away. We would suggest that this teaching strategy can be replicated and adapted to other situations during and after pandemic with the aim of helping doctors and medical students to a good medical practice, in which Science and Art can coexist in harmony.

Conflict of interest

The authors of this article declare no conflict of interest.

References

1. De Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, Van Weert H, et al. Family medicine in times of 'COVID-19': a generalists' voice. *Eur J Gen Pract.* 2020;26:58–60 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2020.1757312>
2. Haffajee RL, Mello MM. Thinking globally acting locally – the U.S. response to covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382:e75, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2006740>.
3. De 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 (Rio de Janeiro).* 2014;71:15–24 https://sobramfa.com.br/wpcontent/uploads/2017/09/2015_jan_educando_as_emocoes_para_uma_atuacao_etica.pdf
4. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. *Cinemameducation: a comprehensive guide to using film in medical education.* Oxford (Oxon): Radcliffe Publishing; 2005.
5. Blasco PG. *Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema.* São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo; 2011.
6. <https://sobramfa.com.br/eng/> (cfr <https://vimeo.com/showcase/6982727>).
7. Kassai R. Cinemameducation in G.P. training. *Educ Primary Care.* 2016;27:239–40, <http://dx.doi.org/10.1080/14739879.2016.1163515>.
8. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: improving education in the affective domain. *Fam Med.* 2006;38:94–6 https://sobramfa.com.br/wpcontent/uploads/2019/07/2006_fev_Movie_Clips.pdf
9. Blasco PG, Garcia DSO, De Benedetto MAC, Moreto G, Roncoletta A, Troll T. Cinema for educating global doctors: from emotions to reflection, approaching the complexity of the human being. *Primary Care.* 2010;10:n3.
10. Blasco PG, Moreto G. Teaching empathy through movies: reaching learners' affective domain in medical education. *J Educ Learn.* 2012;1:22–34. DOI:10.5539/jel.v1n1p22.
11. Blasco PG. Commentary on Hannah Arendt. *Acad Med.* 2016;91:675, <http://dx.doi.org/10.1097/01.ACM.0000482810.25929.e4>.
12. Borkan J. Immersion/crystallization. In: Miller WL, Crabtree BF, editors. *Doing qualitative research.* 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1999.