

DA VULNERABILIDADE À INVISIBILIDADE. OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DURANTE A PANDEMIA COVID 19

FROM VULNERABILITY TO INVISIBILITY. INSTITUTIONALIZED ELDERLY DURING THE PANDEMIC COVID 19

Autor

Ângela Simões - Unidade Local de Saúde de Castelo Branco | Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias | Comunidades Envelhecidas Funcionais (Age.Comm), Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD

Centro de execução do trabalho

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e Comunidades Envelhecidas Funcionais (Age.Comm)

Conflitos de interesse

A equipa de investigação declara não existirem conflitos de interesse

Fontes de Financiamento

Não se aplica

Contacto do autor responsável

angela.simoes@gmail.com

Tipo de artigo

Artigo de Revisão

“Se não posso salvar-te a vida, eu, fico contigo”
Eduardo Bruera

Resumo

O “timbre ético” de uma sociedade não é determinado pela forma como trata os seus membros mais fortes, poderosos e ricos, mas pela forma como trata os mais frágeis, mais necessitados e mais vulneráveis, onde se incluem os idosos, especialmente os que residem em instituições. O que será que o nosso cuidado e preocupação (ou descuido e despreocupação), em particular durante a pandemia COVID19, dirá sobre nós e sobre o “timbre ético” da sociedade contemporânea?

Objetivo

Este artigo visa contextualizar o dantesco cenário pandêmico da Covid-19 em relação aos idosos institucionalizados, evidenciando a invisibilidade da vulnerabilidade da pessoa idosa.

Materiais e Métodos

Procedeu-se a uma investigação bibliográfica de documentos atuais, com foco qualitativo e reflexão ética.

Resultados Principais

A Pandemia Covid 19 atinge de forma dramática os nossos idosos. A explicação veiculada é que os idosos correm um maior risco de morte por causa do vírus. Mas podemos perceber que essa não é a única explicação. Um razão importante é o ageísmo crescente e a colisão destas duas “pandemias”, COVID-19 e ageísmo tem-se revelado realmente letal.

Conclusão

Dezenas de milhares de idosos morrem todos os dias, vítimas não apenas do vírus, mas de décadas de avisos ignorados, de que as instituições onde residem são vulneráveis. Agora é o momento, de aprender com as “fendas” percebidas durante a pandemia, e iniciar uma conversa profunda e urgente a nível local, nacional e internacional, para ainda tentar evitar uma “catástrofe ética e moral” de que todos nos envergonharemos

Descritores

Pandemia (D058873); COVID-19 (D018352); Idoso (D000368); Instituição de Longa Permanência para Idosos (D006707); Ética (D004989)

Abstract

The “ethical tone” of a society is not determined by the way it treats its strongest, most powerful and wealthiest members, but by the way it treats the most fragile, most needy and most vulnerable, including the elderly, especially the elderly living in institutions. What will our care and concern (or carelessness and unconcern), particularly during the COVID19 pandemic, say about us and the “ethical tone” of contemporary society?

Objective

This article aims to contextualize the dantesque pandemic scenario of Covid-19 in relation to institutionalized elderly, showing the invisibility of the vulnerability of the elderly.

Materials and Methods

Method: A bibliographic investigation of current documents was carried out, with a qualitative focus and ethical reflection.

Main Results

Covid-19 Pandemia dramatically affects our elderly. The explanation given is that the elderly are at a higher risk of death from the virus. But we can see that this is not the only explanation. An important reason is the increasing ageism and the collision of these two “pandemics”, COVID-19 and ageism has revealed itself really lethal.

Conclusion

Tens of thousands of elderly people die every day, victims not only of the virus, but of decades of ignored warnings that the institutions where they live are vulnerable. Now is the time to learn from the “cracks” perceived during the pandemic, and start a deep and urgent conversation in a local, national and international level, in order to try to avoid an “ethical and moral catastrophe” that we will all be ashamed of.

Keywords

Pandemics (D058873); COVID-19 (D018352); Aged (D000368); Instituição de Homes for the Aged (D006707); Ethics (D004989)

Introdução

Em dezembro de 2019 surgiram relatos sobre uma doença respiratória potencialmente perigosa detetada na cidade de Wuhan, Província de Hubei, China. Foi alertada a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre vários casos de uma pneumonia incomum causada por um vírus desconhecido, que se acreditava ter tido origem num mercado húmido em Wuhan. O vírus responsável foi identificado e nomeado na Classificação Internacional de Doenças como uma síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2 ou SARS-CoV-2, ficando a doença conhecida oficialmente, mais tarde, como COVID-19 (WHO, 2020). Nos quatro meses seguintes, o vírus alastrou rapidamente por vários países, tendo sido caracterizado pela OMS, como uma pandemia, no dia 11 de março de 2020. À data de conclusão deste artigo, já ultrapassamos os 2 milhões de mortes por Covid 19.

Percebemos hoje que a pandemia é complexa e multidimensional e, apesar de todos os esforços para a conter, parece desenvolver-se mais rapidamente do que a nossa capacidade de responder de forma totalmente eficaz e abrangente. As consequências dessa situação inesperada, são imprevisíveis e impossíveis de prever, mas percebemos que a pandemia COVID-19 apresenta os seus efeitos mais profundos nas pessoas idosas, pessoas com problemas de saúde complexos, pessoas com deficiência, pessoas dependentes, os pobres, os desfavorecidos e os privados de direitos (Comas-Herrera, Zalakain, Litwin, et al., 2020). Nesse contexto, os idosos acabam tornando-se duplamente vulneráveis devido às alterações naturais do processo de envelhecimento, que reduzem a capacidade de defesa do sistema imunitário, bem como à gravidade dos sintomas provocados pela Covid-19, os quais intensificam a debilidade fisiológica na velhice.

Os idosos residentes em instituições (que neste artigo denominaremos por Lar de Idosos) são particularmente vulneráveis, uma vez que nestas instituições residem habitualmente idosos com mais de 80 anos, com multimorbilidade, fragilidade, elevado grau de dependência, bem como convivência grupal frequente em espaços fechados. As primeiras estimativas do International Long Term Care Policy Network, indicam, a 23 de abril de 2020, que cerca

de 40% das mortes ocorridas em Portugal, pelo novo coronavírus, foram de idosos residentes em lares. (Comas-Herrera, Zalakain, Litwin, et al., 2020).

Durante este tempo complexo que vivemos, levantam-se diversas questões éticas e morais decorrentes dos desafios da justiça das políticas públicas implementadas para conter a pandemia e cuidar das suas vítimas, no que se refere aos cuidados prestados (ou ausência dos mesmos) dentro das instituições, suspensão de cuidados importantes prestados por profissionais externos, a triagem e tomada de decisão relativa a cuidados prestados, especialmente suporte de vida, mas também em relação ao isolamento social completo com impossibilidade de visitas familiares, saídas das instituições e separação dentro da própria instituição, a qualidade do suporte e de cuidados em fim de vida e acompanhamento familiar na morte e pós mortem (Robert, Kentish-Barnes, Boyer, Laurent et al., 2020), além do ageísmo tão presente na nossa vida quotidiana (WHO, 2017).

Materiais e Métodos

Investigação bibliográfica de documentos atuais, com foco qualitativo e reflexão ética.

O retrocesso para as Instituições Totais

Na história portuguesa das instituições de apoio aos idosos, os espaços residenciais surgiram como locais para extinção da mendicidade. Os depósitos ou asilos de mendicidade (denominação da época), instalados em cada província tinham como objetivo recolher todos os mendigos e oferecer socorro, educação ou trabalho. O asilo proporcionava cama, alimentação, vestuário e o apoio de um capelão e de um cirurgião (Guimarães Sá, 2002). Segundo Goffman (1974, p. 11), os asilos faziam parte das, designadas, instituições totais, que definiu como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Para prevenir e controlar infeções por COVID-19 e proteger a vida e a integridade dos idosos, os lares de idosos de todo o mundo adotaram medidas

restritivas, incluindo a proibição de visitas (Wang, Li, Barbarino et al., 2020). Muitas vezes, estas restrições também se aplicam a profissionais de saúde externos à instituição, como médicos, psicólogos e fisioterapeutas e outros cuidadores ou voluntários (Dichter, Sander, Seismann-Peterson, Köpke, 2020).

Este isolamento total e absoluto, a nível global, provocou um afastamento da vida familiar e social com um enorme impacto no bem-estar dos residentes, "... o isolamento social gera os subprodutos letais da solidão: depressão, distúrbios alimentares e do sono, ansiedade, abuso de substâncias, automutilação" (Gubar, 2020) e a criação de dilemas importantes para a equipa de cuidadores (Wang, Li, Barbarino et al., 2020; Dichter, Sander, Seismann-Peterson & Köpke, 2020).

Mas não é apenas o afastamento da família que fragiliza os residentes. Durante toda a pandemia, as diretrizes recomendaram que os residentes permanecessem nas suas áreas individuais (os seus próprios quartos) o máximo tempo possível e a maioria das atividades sociais e de grupo foram canceladas. "De entre as relações que criam com outros, a ligação aos outros residentes do lar assume uma centralidade inegável, desde logo pela proximidade e acessibilidade de que se reveste, e pelo facto de que um dos motivos de admissão ao Lar é a necessidade de não estar sozinho" (Simões, 2019, p. 203).

Sempre existiram pessoas isoladas, por motivos de saúde, mas não sozinhas, porque as famílias e amigos acompanhavam com o material de proteção necessário. Durante esta pandemia a associação entre isolamento e solidão é perversa, pois condena milhares de pessoas à morte na solidão, um final de vida sem dignidade que termina numa morte indigna também (Dichter, Sander, Seismann-Peterson & Köpke, 2020).

O desejo de morrer na presença de quem amamos está tão enraizado na nossa essência humana, que durante as várias guerras, os soldados que morriam nos campos de batalha colocavam junto a si as fotografias da família, que transportavam sempre com eles, para na sua imaginação, criar a experiência de acompanhamento. Em 2020, a vigília familiar da morte junto da família, tornou-se um "luxo" impraticável.

Durante a pandemia, assistimos também às restrições nos rituais fúnebres, (outra medida desproporcional e aleatória). Vemos dilacerada a nossa promessa silenciosa, tão profundamente honrada, por milénios, de cuidar dos corpos de nossos mortos com reverência. Tão visceral é essa obrigação que na poderosa tragédia grega "Antígona", a heroína conscientemente arrisca a prisão quando se aventura num campo de batalha, para dar ao seu irmão um funeral adequado, ao invés de deixar o seu corpo para ser "mastigado por pássaros e cães e violado", pois quem morresse sem rituais fúnebres seria condenado a vagar cem anos nas margens do rio que levava ao mundo dos mortos, sem poder ir para o outro lado. Os rituais fundamentais, como apresentação pública do cadáver foram desaconselhados, e mesmo proibidas no caso da morte ter sido por Covid 19. Acompanha-se de forma solitária, à distância, ou nem se acompanha, se a restante família também estiver infetada. Podemos afirmar que nunca foi tão triste morrer e deixar partir, como nestes tempos.

"...mas morrer sem se poder dar a mão a quem se ama ou sem ter direito a um funeral, sem despedidas e sem abraços... sem que as pessoas que gostam de nós possam chorar na companhia umas das outras, reduz a morte a um imperativo asséptico e a uma urgência sanitária que nos humilha a todos. Morrer sozinho é triste; é muito triste! Desaparecer estando só nós e quase mais ninguém é morrer duas vezes. De uma vez só. É pior, ainda, é que as pessoas que nos amam e que não podem estar connosco, quando se morre, por perigo do contágio, e que não podem acompanharnos, depois de morrer, para que a nossa morte não as contagie, morrem connosco; várias vezes. Porque se culpam por nos terem "deixado" morrer. Porque se culpam por nos terem "deixado" a morrer sem ninguém. E porque se culpam por não nos terem dito, sequer, adeus..." (Sá, 2020,s.p.).

Entende-se que uma situação sem precedentes, para a qual ninguém estava preparado, levaria a restrições importantes, mas o que não se entende, é a manutenção continuada de medidas que "... parecem ser pelo menos, desproporcionais e discriminatórias" (Presno, 2020, p. 7), quando o nosso conhecimento acerca da Covid 19 aumentou. Até onde estamos dispostos a ir? Quanto tempo esta distopia vai durar? Quantas vidas perderemos ao tentarmos manter a Vida?

Com a constatação de que “...as residências foram de fato convertidas em prisões com celas de confinamento solitário” (Presno, 2020, p. 7), temos de refletir em que ponto da pandemia perdemos a nossa humanidade e permitimos que em pleno século XXI, os Lares de Idosos voltassem às características dos antigos asilos, lugar para a degeneração da velhice e a alienação do mundo com flagrantes situações de abandono e dependência dos idosos (Groisman, 1999).

Novas camadas de atropelamentos morais e éticos

Embora a prioridade seja manter a capacidade dos sistemas de saúde, para lidar com um fluxo elevado de doentes, no início da pandemia os Lares de Idosos foram excluídos ou negligenciados nos planos de preparação da pandemia por todas as autoridades de saúde pública, de todo o mundo, e não incluíram os residentes nos modelos matemáticos utilizados para orientar as suas respostas. (Stavis-Gridneff, Apuzzo, Pronczuk, 2020). Apenas cerca de um terço dos Lares europeus dispunha de planos ou equipas de controlo de doenças infecciosas antes da pandemia de Covid-19. A maioria não possuía médicos internos ou equipas de saúde exclusivas e muitos não tinham acordos com equipas externas para coordenar o atendimento e com mantida escassez de funcionários (Stavis-Gridneff, Apuzzo, Pronczuk, 2020).

Matt Apuzzo, jornalista, vencedor do Prémio Pulitzer por duas vezes, e a sua equipa, fizeram várias investigações importantes durante a pandemia. Na Suécia, os médicos de emergência, sobrecarregados, reconheceram que rejeitaram admissão a doentes idosos (Stavis-Gridneff, Apuzzo, Pronczuk, 2020), mesmo com camas disponíveis (Comissário do Conselho da Europa para os Direitos Humanos, 2020).

Na Grã-Bretanha, o governo ordenou que milhares de doentes idosos, fossem enviados de volta, do hospital para os lares, para conseguir espaço para um aumento previsto, de casos de contágio. Na Bélgica, os residentes dos lares foram excluídos das políticas de testes. (Stavis-Gridneff, Apuzzo, Pronczuk, 2020). Em Espanha, investigam-se casos chocantes, em que os soldados, que ajudavam no combate à pandemia, encontraram idosos abandonados em lares e, em

alguns casos, mortos nas suas camas há vários dias. (Comissário do Conselho da Europa para os Direitos Humanos, 2020).

O Colégio Italiano de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Cuidado Intensivo (Società Italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva - SIAARTI) perante a gravidade com que foi afetado o país, adotou critérios etários para determinar a alocação de recursos. Agora, esse mesmo colégio mudou um pouco a linguagem, mas apesar da mudança de critérios, mantêm que “*pode ser necessário estabelecer um limite de idade para o acesso à terapia intensiva*” (Vergano, Bertolini, Giannini, Gristina, et al., 2020).

Em março de 2020, o Serviço de Emergências Médicas do Departamento de Saúde da Generalitat da Catalunya (Salut/emergències mèdiques) preparou um documento de orientação com recomendações para que o esforço terapêutico seja limitado quando se tratasse de doentes com mais de 80 anos de idade, e deveriam priorizar o atendimento a quem pudesse beneficiar mais, em termos de anos de vida salvos ou a máxima possibilidade de sobrevivência (Salut /emergències mèdiques, 2020).

Surgem também relatos alarmantes, de idosos residentes em Lar, com COVID-19, que foram sedados sem justificação objetiva e transparente para tal procedimento. Esta sedação como forma de “contenção química” ou “controlo de comportamento” é uniformemente condenada e eticamente inaceitável (Somerville, 2020).

Em Portugal, aparentemente não se verificaram casos “tão graves” e alarmantes, com algumas situações pontuais a levantar mais questões (que não foram respondidas), mas percebe-se que em muitos países e instituições individuais, a gestão da crise parece ser fragmentada e caótica, alguns com esforços heroicos para salvar os residentes (Comissário do Conselho da Europa para os Direitos Humanos, 2020) e que os líderes europeus, muitas vezes deixaram os residentes e funcionários dos Lares de Idosos completamente sozinhos no combate à pandemia (Stavis-Gridneff, Apuzzo, Pronczuk, 2020). Segundo Gubar (2020), os Lares de idosos foram abandonados ao seu destino.

A disseminação perigosa do Ageísmo

A expressão “Ageísmo” foi apresentada pela primeira vez por Robert Butler como uma analogia ao sexismo e ao racismo. Pode ser entendido como um processo de estereotipagem sistemática e de discriminação contra pessoas apenas porque são velhas (Butler, 1969).

O ageísmo está em franca disseminação, evidente durante esta pandemia, em todas as áreas da sociedade, inclusive quando se discute o acesso a cuidados de saúde.

O ageísmo na área da saúde, pode ser explícito ou implícito, como por exemplo a exclusão de idosos da investigação aplicada. Revistas científicas médicas regularmente apresentam os resultados de ensaios clínicos randomizados das quais os doentes mais velhos são excluídos por um limite de idade explícito e vários outros critérios relacionados (Crome, Cherubini & Oristrell, 2014). Esses critérios estão muitas vezes enraizados em estereótipos, preconceito e discriminação contra as pessoas com base na sua idade, sem qualquer evidência científica e essa prática insidiosa tem efeitos nocivos para a saúde dos idosos, já que a não inclusão dos mesmos, impede perceber a variação que existiria nos resultados. Percebeu-se exatamente isto, durante a pandemia, já que uma farmacêutica não incluiu pessoas com mais de 65 anos nos ensaios clínicos da vacina que desenvolviam.

Inclusive alguns bioeticistas argumentaram que, sob certas condições, a idade cronológica pode ser utilizada como critério moralmente permissível para o racionamento dos cuidados de saúde. Um exemplo desta postura foi reforçado nas declarações do Prof. Arthur Caplan, um proeminente especialista em ética médica, conselheiro para a ética do governo dos EUA, ao jornal *The Guardian*, em abril de 2020, em que defende que deveria ser negado tratamento para o coronavírus aos idosos, sendo a idade, um “critério válido” para fazer a “escolha terrível” de quem deveria receber recursos escassos durante a pandemia.

Estas e outras declarações, obviamente têm gerado discussão extensa (WHO, 2017).

Dois argumentos frequentemente empregados para justificar o uso da idade cronológica para racionar os cuidados de saúde são a maximização da utilidade e “fair innings” (WHO, 2017). A maximização da utilidade é um argumento baseado num cálculo utilitário dos cuidados de saúde, que devem ser maximizados, e o resultado da sua utilização medido como qualidade ajustada pelos anos de vida (QALYs). Como as pessoas mais velhas têm uma expectativa de vida média mais curta, do que pessoas mais jovens, dar prioridade aos mais jovens irá maximizar a QALYs.

O argumento do “fair innings” está baseado no princípio ético da justiça. Por exemplo, Daniel Callahan e outros, defendem a existência de um limite de 70 anos para alocação de recursos de saúde dispendiosos, que consideram ser a “vida natural humana” e que permite uma vida suficientemente realizada (Callahan & Gaylin, 2017). Larry Churchill, um bioeticista reformado da Universidade de Vanderbilt apresenta uma “abordagem ética à duração da vida”, assente no argumento do “fair innings”, referindo que os idosos já tiveram a sua oportunidade de vida e os mais jovens devem ser protegidos porque tiveram menos tempo para experimentar as oportunidades e os prazeres da vida.

As sociedades profissionais mundiais têm feito um trabalho notável em criar orientação de conduta o mais rapidamente possível, durante a pandemia Covid 19, mas algumas inconsistências e imprecisões permanecem. A maioria dos documentos de orientação, não menciona a idade como um critério para decisões de triagem, e todos procuram evitar essa discriminação, no entanto, a maioria dos documentos cita o prognóstico a longo prazo como um critério de decisão para a triagem, que inclui inerentemente a idade e co morbilidades como importantes fatores contribuintes. Portanto, há uma clara tensão entre maximizar benefícios e objetivar a não discriminação de grupos que se caracterizam por uma saúde mais frágil (Jöbges, Vinay, Luyckx, Biller-Andorno, 2020).

Apesar do discurso bélico, associado a esta pandemia, parece que serão deixadas para trás, sem reflexão e sem respostas, ameaças reais, na forma de ideias, argumentos ou critérios que parecem

plausíveis num olhar mais superficial, mas que a um olhar atento revelam questões preocupantes para o futuro como: o critério “qualidade de vida”; o critério “sobrevivência livre de deficiência ou doença”, ou a simples consideração de “deficiência ou doença” como um critério para acesso aos recursos, que viola completamente os princípios básicos que governam a coexistência, em sociedades que têm como fonte do seu direito convenções internacionais sobre proteção e defesa dos direitos humanos; o critério “valor social” da pessoa; o critério de que os idosos “desenvolveram a maior parte do seu projeto de vida” e o critério “deficiência cognitiva ou demência”. Além da enorme diversidade existente sob estes critérios, a sua consideração terá de remeter-nos indubitavelmente para a terrível memória coletiva, da justificativa do extermínio de pessoas, porque eram “vidas indignas de serem vividas”.

Por uma Ética da Vulnerabilidade, da Responsabilidade e do Cuidado

As situações descritas neste artigo, são apenas exemplos do que já foi chamado em Bioética de “um mundo de tristezas concorrentes”. Perante uma crise sem precedentes, existem situações que podem abalar os nossos princípios morais e aguçar os nossos dilemas éticos, mas teremos sempre que incluir a opção preferencial a favor dos mais fracos, dos mais necessitados, dos mais vulneráveis.

A falta de equipamento de proteção individual e a consequente reutilização de máscaras e outro material, escassez de profissionais (problema já anterior à pandemia), profissionais a trabalhar com sintomas de doença e um pobre planeamento, preparação, organização e liderança na gestão da Covid-19 em Lares de Idosos foram alguns dos fatores que contribuem para a alta taxa de mortalidade nestas instituições, uma emergência global de saúde pública, com questões de direitos humanos consequentes. (Somerville, 2020).

Parece também que as situações excecionais e extremas (ou percebidas como tal), estimulam o desenvolvimento de uma “ética de exceção” em que se procura uma solução para a ameaçadora, complexa e contraditória realidade, à custa de deixar em suspensos princípios que até ontem pareciam

válidos, importantes, invioláveis e até sagrados. Associações profissionais como a *American Geriatrics Society* e grupos de defesa como *Justice in Aging* e outros, têm-se multiplicado em solicitações para evitar que as pessoas idosas sejam arbitrariamente colocadas na “retaguarda da fila de espera”.

Numa recente declaração, a Diretoria Executiva do *European Geriatric Medicine Society*, insiste que a idade avançada não deve ser nunca critério para exclusão e se um idoso, não reunir critérios de atendimento hospitalar, cuidados paliativos especializados devem ser garantidos (EuGMS, 2020). Este aspeto é referido por várias equipas de cuidados paliativos, pelo mundo, e salientado pelo Comissário do Conselho da Europa para os Direitos Humanos (2020) ao afirmar que mesmo em casos em que os critérios não discriminatórios estejam presentes na alocação de recursos, excluindo a intervenção de cuidados curativos, os cuidados paliativos devem obrigatoriamente estar disponíveis.

O limite da ação humana é agora evidente e surge delimitado pela ação previsível e imediata dos sujeitos que a praticam não alcançando assim, uma visão maior e mais ampla das consequências de que se reveste. Por outro lado, este desconhecimento ou ignorância acerca das consequências das nossas ações, vem compreensivelmente tornar a reflexão e o debate esclarecido, parte imprescindível da ética destes tempos.

Surge a necessidade de uma ética da responsabilidade, de natureza essencialmente ontológica no que se refere à capacidade do homem em se preocupar pelos que cuida, mas também de se responsabilizar e preocupar em desmitificar ideias e conceitos errados transmitidos à população em geral, que amplificam situações concretas.

“Só quero colocar as coisas no lugar, sem demagogia ou sensacionalismo. Coisas erradas terão sido feitas, terão existido discriminações, nem todos os direitos dos idosos terão sido respeitados, com certeza tem sido assim. Mas não misturemos, nem confundamos a população com o que é uma boa morte ou qual é o lugar ideal para morrer... Se quase todos nós concordamos que as pessoas devem morrer em casa e sem dor, e concordamos que os Lares de Idosos devem ser as casas dos idosos que lá vivem, por que

é tão ultrajante que as pessoas morram nos lares e recebam cuidados paliativos?” (Caro, 2020, s.p.)

A esta ética da responsabilidade teremos de aliar a ética da vulnerabilidade. Daniel Serrão afirmou que a reflexão ética acerca dos cuidados aos idosos dependentes, com base no princípio da vulnerabilidade está o “cuidado” que devemos prestar aos idosos dependentes, sempre apoiado numa discriminação positiva que não atenda a critérios economicistas. “A ética da vulnerabilidade deve fazer-nos olhar para o mundo como algo muito frágil, como uma realidade viva que necessita de cuidados especiais e de protecção permanente” (Serrão, s.d., s.p.)

Cuidar numa ética da vulnerabilidade, de proteção e preocupação pelos idosos mais frágeis, não significa defender o internamento hospitalar universal. Num mundo, em que todos têm opinião “especializada” defende-se muitas vezes um paradoxo. A não alocação de leitos de hospital a idosos residentes em Lar para evitar o colapso do sistema da saúde e a total desaprovação da não transferência de idosos doentes para o hospital, confundindo conceitos importantes, mas bastante diferentes.

“«Não encaminhar para o hospital é deixá-los morrer.» Há muita especulação sobre isso... mas é difícil defender [o contrário] em tempos de demagogia sem ser acusado de ser sem alma ou “mata velhos”. Quem sabe um pouco sobre cuidados geriátricos sabe que... desde que possa ser tratado no próprio Lar, seja com recursos próprios ou externos, pode relatar muitos mais benefícios do que a hospitalização, mas acima de tudo terá menos consequências... Essa triagem, que assume quem vai para o hospital e quem não vai, tem gerado imensa polémica. Por um momento, afastemo-nos do coronavírus, pensemos numa pessoa com doença de Alzheimer em fase avançada, em posição quase fetal, que há muitos anos não articula uma palavra e nem reconhece ninguém, literalmente “desligada do mundo”. Agora vamos pensar que desenvolve uma pneumonia típica e começa com sinais premonitórios de morte. Deveria ser transferido para o hospital? Se a sua resposta for NÃO, agora pergunto: mudaria alguma coisa se a pneumonia fosse causada pelo coronavírus?” (Caro, 2020, s.p.)

A partir de certo momento, as mortes nos Lares de Idosos assumiram um papel de destaque nos média. Poderíamos dizer que a realidade forçou a quebra de dois tabus ainda muito estabelecidos na nossa sociedade. O tabu geral da morte e o tabu particular da morte em lares. Ou seja, o mesmo tabu, mas que, surpreendentemente, parece ainda mais reforçado no segundo caso, como se quiséssemos esquecer que quase cem por cento das pessoas que entram num Lar, passarão aí o último período das suas vidas. Por isso, foi com alguma estranheza que se percebeu esta ênfase desproporcionada da morte no lar, como se resultasse de uma surpreendente anomalia, ou pior, a sugestão subliminar de que teria resultado de algum ato negligente. “Medicalizar a morte em excesso é vender a ideia de que a morte sempre pode ser vencida, que sempre há mais uma possibilidade, que está muito longe da realidade. Segurar um prego em chamas geralmente pica e queima, mas não segura” (Caro, 2020, s.p.).

“As situações descritas diariamente nos média, que nos fornecem substrato para imaginarmos a nossa própria morte, sob certas condições, como uma galeria de horrores, deveriam servir principalmente para ressaltar novamente o direito de poder receber cuidados paliativos, que no contexto dos idosos exposto ao Covid-19, não devem ser considerados nunca, como a solução para a escassez de recursos em saúde, mas como uma necessidade, uma vez que permite garantir a dignidade, a autonomia e o respeito dos valores da pessoa idosa. Mas este tema é sucessivamente negligenciado e não referido” (Caro, 2020, s.p.).

Sabendo que os custos de saúde mais altos, em qualquer pessoa, geralmente surgem durante o último ano de vida e sabendo também que muitas pessoas preferiam não ser tratadas agressivamente no final da vida, limitar o tratamento que apenas propõe o prolongamento da vida, de acordo com as preferências individuais, pode ser uma estratégia aceitável (WHO, 2017). Teria sido importante, durante esta pandemia, dedicar espaço para informar sobre a necessidade de melhorar e reforçar o acesso necessário e urgente a cuidados paliativos, tanto hospitalares como domiciliários, que teriam conseguido ajudar a garantir processos de vida e morte dignas. A American Nurses Association (ANA, 2020, p.1) declara que temos de nos empenhar “no respeito pelos direitos humanos, incluindo os direitos

culturais, o direito à vida e escolha, à dignidade e a ser tratado com respeito”, mas

“A pandemia atual evidenciou vários vícios ocultos de nossa sociedade. Um deles, e não menos importante, é que deixamos os idosos sem voz. Tem havido opiniões sobre o que pensam, o que sentem e o que merecem. Dizemos e publicamos, mas perguntamos-lhes? Nós, a sociedade, permitimos que a rigidez das regras em alguns lares de idosos e a solidão em alguns domicílios, silenciassem a sua voz. E, se já é grave que as pessoas não possam escolher como querem que seja o seu dia, não é menos grave que não lhes perguntemos, que não os ajudemos a refletir, sobre como gostariam que fosse o seu fim da vida. O respeito é o pilar básico no cuidado das pessoas. Sem respeito não há liberdade nem dignidade.” (Cantarell, 2020, s.p.).

Propõe-se e defende-se uma abordagem comprometida com a ética e compaixão pelo ser humano vulnerável, uma ética do cuidado, que possui uma dimensão ontológica, um modo-de-ser singular do homem, caracterizada por uma atitude de desvelo, de solicitude e atenção para com o outro e que provoca, no cuidador, preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade por quem cuida (Boff, 2005).

“Importa colocar em tudo cuidado...Isso significa: conceder direito de cidadania fundamental à nossa capacidade de sentir o outro; ter compaixão com todos os seres que sofrem...; obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas... Este é o modo-de-ser que resgata a nossa humanidade mais essencial...” (Boff, 2005, p.35)

Uma ética a partir do qual todos possamos ser amparo e porto de abrigo, e permita desenvolver uma atitude cuidadosa, protetora e amorosa, porque é no afeto profundo que se revela a dimensão humana do cuidado. O cuidado que protege a vida, mas que expande a vida em simultâneo.

Considerações finais

Ainda é muito cedo para avaliar com precisão as consequências desta situação sem precedentes, mas é urgente abordar todas as possibilidades, para planejar eficazmente as medidas e ações relevantes que resolvam, ou pelo menos aliviem ou mitiguem os fatores que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas, famílias e, em última instância, a sociedade.

De todos os passos incertos, dados pelos vários governos, durante a pandemia, poucos tiveram um impacto tão imediato e devastador como a falha em proteger os Lares de Idosos. A vulnerabilidade dos Lares de Idosos a uma doença complexa como a Covid-19 foi totalmente subestimada. Desde o início da pandemia, vários países foram duramente afetados, com grandes surtos em Lares, a multiplicarem-se à medida que a pandemia avançava.

“Várias iniciativas de apoio aos Lares de Idosos estão a surgir, com níveis variáveis de investimento entre regiões e comunidades. O grau de urgência, porém, não corresponde aos apelos urgentes das próprias instituições. À medida que a vida comum recomeça lentamente fora dos limites destas instituições, as medidas práticas que visem dar resposta às necessidades de residentes e funcionários, precisam ser tomadas. Não há tempo a perder: quando o vírus bater de novo à porta, não podemos permitir que os idosos paguem o preço da nossa indiferença” (MSF, 2020, pág. 5).

As questões éticas estão entre os tópicos mais difíceis, que a sociedade em geral e os formuladores de políticas públicas devem abordar. Por isso, a tentação de as evitar ou adiar é geralmente muito forte. No caso desta emergência internacional, evasivas e demoras no reconhecimento das nossas obrigações como sociedade, deverão ser evitadas se quisermos evitar uma catástrofe moral.

Em primeiro lugar, temos de questionar se todos os aspetos focados neste artigo, de forma superficial, estarão apenas relacionados com a pandemia. Acreditamos que a pandemia, da forma mais dolorosa, mas eficaz, abriu “velhas feridas”, ou seja, questões fundamentais sobre como organizamos o cuidado aos idosos e, de forma mais ampla, como entendemos o envelhecimento na sociedade.

A maioria dos países ocidentais depende de um modelo institucionalizado de cuidado para as pessoas que não são mais capazes de viver de forma independente devido ao declínio das capacidades físicas e mentais. Atul Gawande, cirurgião, escritor e conselheiro do atual presidente dos EUA, argumenta que as grandes instituições medicalizaram o envelhecimento, concentrando-se na saúde e segurança e circunscrevendo ainda mais as escolhas dos residentes. Ironicamente, estas grandes instituições correm um risco maior de serem afetadas por todos os tipos de patógenos.

O ênfase dado à priorização para a alocação de recursos escassos, é um assunto dominante destes tempos, mas sabemos que não se limita à pandemia COVID-19. A priorização reflete práticas estabelecidas que regulam a distribuição de recursos finitos quando a demanda ultrapassa a oferta. A discriminação não pode estar baseada no sexo, raça ou idade, a menos que seja claramente justificado. (Martínez-Sellés, Martínez-Sellés & Martínez-Sellés, 2020), porque a priorização não pode significar nunca que uma vida é mais valiosa ou digna que outra.

Os critérios de priorização devem ser tão objetivos quanto possível, mas também flexíveis para se adaptarem a mudanças na situação clínica. Mecanismos transparentes para determinar quais doentes irão receber um recurso específico são desejáveis, e devem ser explicados aos que recebem o recurso, àqueles a quem são negados e ao público. (Martínez-Sellés, Martínez-Sellés & Martínez-Sellés, 2020).

Outro aspeto apresentado, que nos deve inquietar, é o ageísmo manifesto durante esta pandemia. Um membro de um painel televisivo noticia a transferência de residentes como sendo “decantados” para os hospitais. Alguém numa fila de supermercado mostra a sua indignação na vacinação dos residentes em Lares antes das “pessoas válidas”. As notícias que constantemente nos bombardeiam com “o peso dos idosos nos números da pandemia”... Muitas vezes, o ageísmo é subtil, mas sempre devastador, porque as palavras são fundamentais e influenciam a tomada de decisão ética.

Talvez por este ageísmo crescente e assustador, a série de televisão *Star Trek Next Generation*, exponha esse problema num episódio provocador chamado *Half a life*, onde se apresenta um povo que voluntariamente escolhe um ritual de suicídio aos 60 anos para evitar que os idosos se tornem um fardo para os seus filhos e para a sociedade. Este episódio retoma na modernidade as lendas do Velho e do Monte (que relata o costume de levar os velhos, doentes e deficientes ao monte e deixá-los aí, para morrerem) ou a história da Tigela de Madeira (em que o velho com mãos trémulas, visão embaçada e passos vacilantes é colocado numa mesa sozinho, com uma tigela de madeira para não importunar a restante família).

À luz da pandemia, estas histórias deixam-nos com várias perguntas. Se ficamos chocados com elas, não deveríamos ser capazes de definir, identificar e proteger o(s) valor(es) dos idosos? Estaremos tão distantes destes exemplos, considerando os recentes debates polémicos sobre se os avós estariam (ou deveriam) aceitar riscos se isso significasse salvar a economia e os seus netos?

“Em muitos países, as populações idosas, muito frágeis para serem uma prioridade, foram esquecidos na resposta emergente à pandemia. É chegada a hora desses indivíduos, e seus cuidadores, que foram levados ao limite, receberem o respeito que merecem, e que a ação seja urgente.” (MSF, 2020, p. 29). Percebemos que esta pandemia ofereceu oportunidades significativas para aprender, encontrar melhores formas de proteger os idosos e contribuir para formulação de políticas sempre baseadas em evidências.

“A tragédia que a Europa experimentou nas últimas semanas nas suas instalações de cuidados de longa duração é um forte lembrete de que os Estados membros ignoram os padrões e conhecimentos internacionais de direitos humanos e as recomendações das suas próprias estruturas nacionais de direitos humanos, no perfil das vidas dos seus próprios cidadãos. A prioridade absoluta agora deve ser garantir que essa experiência nunca mais se repita ao longo da pandemia COVID-19... com urgência das reformas de assistência social que todos os países europeus devem empreender

sem deixar de eliminar as causas profundas desta tragédia a longo prazo, e a transição para sistemas de cuidados de longa duração centrados nas necessidades e dignidade das pessoas” (Comissário do Conselho da Europa para os Direitos Humanos, 2020, p. 31).

Abraham Heschel disse que *“Poucos são culpados, mas todos são responsáveis”*, relativamente ao massacre de My Lai em 1968, durante a Guerra do Vietname. Esta afirmação aplica-se perfeitamente ao que acontece com os idosos em geral, mas particularmente aos residentes em Lares de Idosos, durante a pandemia. E foi pela concordância com esta frase que este artigo foi redigido, com o objetivo principal de alertar, interpelar, questionar quem o lê, e compartilhar o que aqueles de nós, que estão conscientes e comprometidos com o bem-estar dos nossos idosos sentem neste momento, o que já se denomina como efeito “Lista de Schindler”, a sensação angustiante de que podemos fazer mais, de que temos que fazer mais.

Este artigo foi escrito motivado pela angústia do presente, mas também pela preocupação do que vai acontecer para a frente. A “lente da retrospectiva” é um grande amplificador de falhas e lacunas. O que pensaremos, historicamente, no futuro, quando olharmos para trás? Seremos julgados pelo número de pessoas que não conseguimos salvar? Ou pela forma como cuidamos dos mais frágeis e vulneráveis durante estes tempos complexos? Os cuidados compassivos aparentam ser algo pelo qual seremos julgados, pelo qual devemos ser julgados. A forma como cuidamos dos idosos, globalmente, será algo que olharemos para trás com vergonha.

As estruturas éticas relevantes precisam ser revisitadas, revistas ou desenvolvidas e amplamente adotadas, beneficiando, todos nós, de uma conversa local, nacional e internacional urgente sobre as questões relativas à ética e moralidade. A pandemia incita-nos a repensar uma ética do envelhecimento. É urgente e inadiável. Espero que tenhamos a coragem para o fazer.

Referências Bibliográficas

ANA - American Nurses Association (2020) *Nurses, Ethics and the Response to the Covid-19 Pandemic*. Consultado a 25 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.nursingworld.org/~4981cc/globalassets/covid19/nurses-ethics-and-the-response-to-the-covid-19-pandemic_pdf-1.pdf

Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*; 1(1):28-35

Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*. 9:243-6.

Callahan, D. & Gaylin, W. (2027). How long a life is enough life? *Hastings Cent Rep*; 47:16-8.

Cantarell, G. (2020). ¡Un poco de respeto! *Infolibre*. Consultado a 4 de janeiro 2021. Disponível em: https://www.infolibre.es/noticias/club_infolibre/librepensadores/2020/07/09/poco-respeto_108643_1043.html

Caro, J. (2020). ¿Morir en la residencia o en el hospital? Escucha menos a los políticos y más a Ramón. *Geriatría en el espejo*. Consultado a 13 de junho 2020. Disponível em <https://geriatriaenelspejo.com/2020/06/12/morir-en-la-residencia-o-en-el-hospital-escucha-menos-a-los-politicos-y-mas-a-ramon/>

Comas-Herrera, A. Zalakain, J. Litwin, C. et al. (2020). Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: Early international evidence. LTC Responses to COVID-19. International Long-term Care Policy Network, CPEC-LSE. Consultado a 6 de janeiro 2021. Disponível em: <https://LTCcovid.org>.

Council Of Europe Commissioner for Human Rights (2020). *Lessons to be drawn from the ravages of the COVID-19 pandemic in long-term care facilities*. Estrasburgo. Consultado a 20 de janeiro 2021. Disponível em: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/lessons-to-be-drawn-from-the-ravages-of-the-covid-19-pandemic-in-long-term-care-facilities>

Crome, P. Cherubini, A. Oristrell, J. (2014). The PREDICT (increasing the participation of the elderly in clinical trials) study: the charter and beyond. *Expert Rev Clin Pharmacol*;7:457-68.

Dichter, M. Sander, M. Seismann-Peterson, S. & Köpke, S. (2020). COVID-19: It is time to balance infection management and person-centered care to maintain mental health of people living in German nursing homes. *Int Psychogeriatr*;1e4.

EuGMS - European Geriatric Medicine (2020). Statement of the EuGMS Executive Board on the COVID-19 epidemic. Consultado a 13 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.eugms.org/news/read/article/489.html>

Goffman, E. (1974). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Groisman, D. (1999). Asilos de velhos: passado e presente. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, 2,67-87.

Gubar, S. (2020). Pandemic Loneliness in Late Life. *New York Times*

Guimarães Sá, I. (2002). As Misericórdias. Da fundação à União Dinástica. In I. Guimarães Sá, L. Abreu, & Lopes, M.A. *Portugalia e Monumenta Misericordiarum*. Fazer a História das Misericórdias. Volume 1. Centro de Estudos de História Religiosa. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: União das Misericórdias Portuguesas. Acedido a 15 de janeiro de 2016 em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8630/1/PMM_Vol1.pdf.

Jöbges, S. Vinay, R. Luyckx, VA. Biller-Andorno, N. (2020). Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics*; 34:948-959. doi 10.1111/bioe.12805

Martínez-Sellés, D. Martínez-Sellés, H. & Martínez-Sellés, M. (2020). Ethical Issues in Decision-making Regarding the Elderly Affected by Coronavirus Disease 2019: An Expert Opinion. *European cardiology*, 15, e48. doi 10.15420/ecr.2020.14

MSF - Médecins Sans Frontières (2020). *Left behind in the times of COVID-19 Médecins Sans Frontières/Doctors Without Borders (MSF) sharing experiences from its intervention in care homes in Belgium*. Consultado a 3 de novembro de 2020. Disponível em https://www.msfazg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_EN_FINAL.pdf,

Presno, M. (2020). Lo que la gestión de la pandemia ha soslayado: La vida y la salud son importantes. Los demás derechos, también. *Revista DMD*; 83:3-7.

Robert, R. Kentish-Barnes, N. Boyer, A. Laurent, A. et al. (2020) Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann. Intensive Care*; 10(84): 1-9. doi 10.1186/s13613-020-00702-7

Sá, E. (2020). *Morrer sem ninguém*. Consultado a 5 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.eduardosa.com/blog/notas-soltas/morrer-sem-ninguem/>

Salut/emergències mèdiques (2020). *Recomanacions per suport a les decisions de limitació D'esforç terapèutic (let) per pacients amb sospita de Covid-19 i insuficiència respiratòria aguda (ira) hipoxèmica*. Grup de treball de Ventilació, Cap Àmbit Emergències, Direcció Mèdica i Direcció Infermera de SEM. Consultado a 26 de abril de 2020. Disponível em: <https://estaticoscdn.elperiodico.com/zeta/public/content/file/original/2020/0331/23/recomendaciones-del-servei-d-emergencies-mediques-ante-pacientes-concoronavirus-7a06e37.pdf>

Serrão, D. (s.d). *Vulnerabilidade: uma proposta ética*. Consultado a 13 de junho 2014. Disponível em: <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124>

Simões, A. (2019). *A Promoção e a Preservação da Dignidade no contexto de Cuidados e Lares de Idosos*. Lusodidacta: Loures.

Somerville, M. (2020). Elderly people as “ethical canaries” in the COVID-19 pandemic coalmine. *The Catholic Weekly*. Consultado a 14 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.catholicweekly.com.au/elderly-people-as-ethical-canaries-in-the-covid-19-pandemic-coalmine/>

Stevis-Gridneff, M. Apuzzo, M. Pronczuk, M (2020). Behind the curve. When covid-19 hit, many elderly were left to die. *New York Times*.

Vergano, M. Bertolini, G. Giannini, A. Gristina, G. et al. (2020). *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione: in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*. Itália: Siaarti. Consultado a 18 de abr 2020. Disponível: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20%20Covid19%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

Wang, H. Li, T. Barbarino, P. et al. (2020). Dementia care during COVID-19. *Lancet*; 395:1190e1191.

WHO - World Health Organization (2017). *Developing an ethical framework for health ageing: report of a WHO meeting*, Tübingen, Germany, 18 March 2017. Geneva: World Health Organization; (WHO/HIS/IER/REK/GHE/2017.4). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO - World Health Organization (2020) Naming the Coronavirus Disease (COVID-19) and the Virus that Causes it. Consultado a 5 de maio de 2020. Disponível em: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)