

Cuidados de saúde durante a pandemia COVID-19

Documento dirigido a todos os profissionais de saúde católicos

Associação dos Médicos Católicos Portugueses

A pandemia COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, provocou um estado de emergência de saúde pública mundial. Confiamos na Medicina e testemunhamos o empenho abnegado dos profissionais de saúde. O conhecimento sobre o novo coronavírus aumenta com a publicação diária de artigos científicos nas mais prestigiadas revistas médicas. Todavia, persistem ainda lacunas no nosso saber, pelo que a sociedade, legitimamente, teme a incerteza do que está para vir. Observamos com apreensão a evolução desta pandemia, que provocou em alguns países o aterrador colapso dos serviços de saúde e inúmeras fatalidades. Vivemos dias árduos e antecipamos escolhas difíceis. Neste contexto, a Associação dos Médicos Católicos Portugueses achou oportuno publicar um documento propondo algumas linhas orientadoras para cuidados de saúde durante a pandemia COVID-19, para deste modo ajudar os profissionais de saúde a tecer juízos retos e a tomar opções prudenciais.

A Igreja Católica anuncia os seguintes princípios¹, baseados na palavra de Deus e na tradição:

- **Toda a pessoa humana é igualmente digna**, pois foi criada à imagem e semelhança de Deus. A vida é um dom e qualquer discriminação é contrária ao desígnio de Deus.
- A **vocação humana** é conhecer e amar a Deus. Isto não legitima o desrespeito ao corpo, pois “Não sabeis que sois templo de Deus e que o Espírito de Deus habita em vós?” (1 Cor 3, 16)
- O **amor** (caridade) a Deus é indissociável do amor ao próximo. A caridade obriga ao respeito do próximo e da sua consciência: “Ao pecardes assim contra os irmãos, ao ferir-lhes a consciência, é contra Cristo que pecais” (1 Cor 8, 12).
- O **sofrimento faz parte da condição humana**. Este mistério contém um sentido salvífico que só encontra sentido pleno na morte redentora de Cristo na cruz.
- A **sociedade** é uma necessidade que decorre da natureza da pessoa humana. As pessoas são o princípio, o sujeito e o fim de todas as instituições sociais. A sociedade necessita de uma autoridade legítima que a governe.
- O **bem comum** inclui o respeito dos direitos fundamentais da pessoa, o desenvolvimento dos bens espirituais e temporais, a paz e a segurança.
- O **destino universal dos bens** significa que Deus destinou a terra com tudo o que ela contém para uso de todos, de modo que os bens devem chegar às mãos de todos, segundo a justiça e caridade.
- A **subsidiariedade** evita que o Estado ou organização mais abrangente se substitua à iniciativa e responsabilidade das pessoas e dos corpos intermédios.
- A **solidariedade** é uma virtude cristã que decorre da fraternidade humana e inclui a partilha dos bens materiais e espirituais.
- O **princípio moral clássico do duplo efeito** admite a licitude de uma ação com intenção positiva de onde possam advir consequências negativas, desde que estas não sejam o fim desejado. Os fins não justificam os meios e nunca é permitido fazer o mal para que daí resulte o bem.
- A **missão do profissional de saúde** é salvar, promover e amar a vida de cada ser humano. Isto pressupõe uma atitude de solicitude amorosa, inspirada na imagem evangélica do bom Samaritano. A importância de cuidar dos enfermos foi anunciada pelo próprio Jesus: “Recebei em herança o Reino que vos está preparado desde a criação do

¹ Catecismo da Igreja Católica (3ª parte, capítulos 1º e 2º); Constituição Pastoral *Gaudium et Spes*; carta apostólica *Salvifici Doloris*; alocução de S. João Paulo II no Jubileu dos Médicos Católicos.

mundo. Porque (...) adoeci e visitaste-me” (Mt 25, 34-36). Junto de cada pessoa que sofre, somos chamados a ser testemunha dos valores superiores, fundados na fé.

Fundamentado no que acima se expôs, propõe-se aos profissionais de saúde católicos as seguintes linhas orientadoras durante a pandemia COVID-19² :

1. **Colaboração com as autoridades**, que trabalham para cuidar desta grave e inédita crise de saúde pública da pandemia COVID-19;
2. **Manter um relacionamento adequado** entre profissionais de saúde, prestando uma especial atenção àqueles que estão em maior risco de *burnout*. A nossa fé deve tornar-nos portadores de esperança e não de desespero;
3. **Cuidar da pessoa e não apenas tratar a doença**. Os doentes devem ser respeitados na sua individualidade irrepetível, atendendo à sua dignidade e crenças. Os mais vulneráveis e sós merecem uma particular atenção e cuidado. Não devemos discriminar com base em deficiências físicas ou mentais. A noção de qualidade-de-vida depende da valoração subjetiva de cada um dos atores e não é um critério ético essencial;
4. **Não praticar o encarniçamento terapêutico e a eutanásia**. Não somos os donos da vida e a sua preservação a todo o custo não é um absoluto. Devemos evitar o encarniçamento terapêutico, abstendo-nos das intervenções que não beneficiam o doente, o seu prognóstico ou a sobrevida. Estas decisões devem ser ponderadas de acordo com critérios-padrão aceites pelo estado-da-arte, através de resultados objetivos de parâmetros vitais de órgãos vitais. Por outro lado, condenamos a eutanásia, por meio de atitudes ou omissões que causem intencionalmente a morte;
5. **Cuidados domiciliários**. Devemos ter disponibilidade para acompanhar – social e medicamente – os doentes que padecem desta pandemia fora dos hospitais, sobretudo aqueles que sofrem de solidão;
6. **Cuidados paliativos** devem ser disponibilizados atempadamente. Sabemos que Portugal apresenta um défice significativo nesta área, pelo que somos convocados a procurar soluções no curto prazo que garantam que a vida seja vivida dignamente até ao seu fim natural. Devemos igualmente respeitar as “diretivas antecipadas de vontade” (testamento vital) para cuidados em fim de vida. Por fim, é legítimo alguém recusar um bem escasso – por exemplo, um ventilador – em favor de outro doente, desde que o faça como um ato extraordinário de caridade e não com a intenção de morrer;
7. **Acompanhamento espiritual**. O sofrimento e a morte iminente são momentos de abertura à graça. Reconhecemos as dificuldades acrescidas no acesso aos sacramentos em tempo de pandemia. Saudamos os capelães hospitalares, que se colocam em risco para levar Cristo aos doentes. Sempre que possível, e os doentes o solicitarem, devemos facilitar o direito inalienável da sua presença, assegurando as regras segurança. Encorajamo-los a serem criativos e valorizamos o recurso aos meios de comunicação *on-line*, porém não podemos dispensar a sua presença física quando solicitada. Os profissionais de saúde devem estar atentos a essas necessidades, pois são quem frequentemente as transmite aos sacerdotes. Devemos ainda continuar o trabalho de sensibilização para a importância vital do apoio espiritual a quem está doente;

² Para além das referências doutrinárias acima mencionadas, consultámos:

- a. Guiding Principles for Catholic Healthcare Professionals During a Pandemic USA Catholic Medical Association (March 27, 2020): <https://www.cathmed.org/guiding-principles-for-catholic-healthcare-professionals-during-a-pandemic/>
- b. USCCB, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services (June 2018): <http://www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives/upload/ethical-religious-directives-catholic-health-service-sixth-edition-2016-06.pdf>
- c. The Coronavirus Pandemic and the Ethics of Triage, Charlotte Lozier Institute (March 26, 2020): <https://lozierinstitute.org/the-coronavirus-pandemic-and-the-ethics-of-triage/>
- d. Moral guidance on Prioritizing Care During a Pandemic (April 5 2020): <https://www.thepublicdiscourse.com/subscribe/?ok=daily>
- e. Bleck J, Félix A. Considerações Doutrinárias e Princípios Orientadores no Contexto COVID-19. Acção Médica [in print]

8. **Escassez de cuidados de saúde.** Numa pandemia, há menos recursos que necessidades, o que pode levar um sistema de saúde a uma rutura. Temos assim um especial dever na cuidada administração e gestão de recursos finitos. Esta é uma importante medida para evitar que não faltem recursos humanos, vagas de cuidados intensivos, equipamentos mecânicos e consumíveis suficientes para as súbitas e imperiosas necessidades de todos os pacientes que afluam num curto espaço de tempo;
9. **Priorização de recursos.** Numa pandemia mantém-se o dever de cuidar todos. Em situações limite, é legítimo estabelecer regras de priorização de recursos escassos. Há o dever de cuidar dos doentes, sem deixar de antecipar os que poderão vir a adoecer. Em situações extremas, o melhor critério é buscar o máximo bem para o máximo de pessoas, evitando a aleatoriedade ou *o first come, first serve*. A probabilidade objetiva de recuperação deve ser o critério de alocação de cuidados: os que têm maior probabilidade de sobreviver a curto prazo, seguidos daqueles cujo estado de saúde permite antecipar uma melhor sobrevivência a longo prazo. Pelo contrário, encontram-se aqueles em quem a evolução da doença ou a presença de co-morbilidades antecipam uma alocação de recursos desproporcionada relativamente ao prognóstico e à probabilidade de recuperação. Nestas circunstâncias, será lícito providenciar cuidados paliativos ao invés de ventilação mecânica em cuidados intensivos. Ou de, perante a morte iminente, efetuar a transição de cuidados intensivos em curso (iniciados com uma legítima expectativa de recuperação) para cuidados paliativos, de modo a alocar os recursos intensivos para outro doente com maior probabilidade de recuperação. Estas ações não devem deixar-nos cair na tentação de considerar que umas vidas são mais válidas que outras. A idade, isoladamente, nunca deverá ser o único critério, mas poderá haver circunstâncias em que pode ser levada em conta. No final, devemos simplesmente assumir que, em circunstâncias excecionais, os recursos de saúde são finitos e não podem ser disponibilizados para todos, e que as mortes que daí advêm são um efeito secundário indesejável, mas proporcional a uma sã escolha moral. Estes cenários sempre se colocaram em situações de guerra, ao longo da história da humanidade. Nunca é demais sublinhar que esta avaliação deve ser fruto de um julgamento muitíssimo prudencial, ancorado em dados científicos. Estes critérios devem ser comunicados de forma transparente e revistos regularmente. As decisões não devem ser individuais, mas baseadas em protocolos escritos, aplicados por uma comissão de ética, para os quais os católicos se devem disponibilizar para integrar.
10. **A objeção de consciência** mantém-se um esteio da prática médica e nenhum profissional de saúde pode ser obrigado a praticar atos contra a sua consciência informada.
11. **Oração.** Nós, profissionais de saúde católicos, não devemos esquecer o dom da oração e das indulgências que a Igreja concedeu para serem aplicadas neste contexto da COVID-19. O mesmo se diga a respeito do que a Igreja dispôs sobre o sacramento da Reconciliação, em que - na ausência de um sacerdote - qualquer um de nós pode ajudar alguém perto da morte a fazer um sincero e verdadeiro ato de contrição perfeita.

Nesta tão incerta conjuntura e no meio da insegurança, alivia-nos a certeza de que Deus, na Sua admirável Providência, nunca permite um mal sem que dele possa tirar um bem maior. Mas devemos recordar-nos que a participação que nela livremente podemos ter, torna-nos ainda mais responsáveis³. Como Católicos, vivemos confortados com a palavra que Jesus nos dirigiu: “não temais”. Como profissionais de saúde católicos, somos impelidos a imitar o nosso Mestre, “médico das nossas almas e dos nossos corpos”⁴. Desde os primeiros tempos que os cristãos, alguns mártires e santos, assumiram esta missão de estarem na linha da frente do cuidado dos doentes. Somos convocados a ser profissionais de saúde hoje. Pedimos ao Senhor a graça para tratar sempre de acordo com o melhor estado da arte médica, reconhecendo em cada doente um inestimável irmão.

³ Cf. *Catecismo da Igreja Católica*, nº 302-307

⁴ Cf. *Idem*, nº 1421