

## A DIGNIDADE DA MORTE: O CUIDADO PALIATIVO COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Sabrina Zimkovicz<sup>1</sup>  
Mariza Schuster Bueno<sup>2</sup>

**RESUMO:** Qualquer procedimento médico, terapêutico ou interventivo sobre o paciente deve estar voltado à preservação da dignidade da pessoa humana submetida aos instrumentos de manutenção vital. Tratamentos terapêuticos altamente invasivos podem não representar solução adequada ao futuro da restauração física do paciente. Em muitos casos, mesmo após a utilização de vários instrumentos para restauração da capacidade física e mental do paciente terminal, a situação apresentada não justifica a continuidade da utilização dos meios terapêuticos invasivos. Projetos pioneiros no Brasil vêm estabelecendo a implementação de políticas públicas de saúde denominadas de cuidados paliativos. A proposta é garantir a terminalidade da vida com qualidade, livre da dor e em ambiente que respeite a autonomia do paciente. Essa determinação pela não sujeição a tratamentos de prolongamento da vida e da dor, pode ser manifestada em instrumento denominado de diretivas antecipadas de vontade. O modelo, por representar a interrupção ou suspensão dos procedimentos e terapêuticas médicas, permite que a doença siga seu curso normal o que resultará na morte do paciente.

**Palavras-Chave:** Cuidados Paliativos. Direitos Fundamentais. Sistema Único de Saúde.

## THE DIGNITY OF DEATH: PALLIATIVE CARE AS FUNDAMENTAL LAW

**ABSTRACT:** Any medical, therapeutic or interventional procedure on the patient must be aimed at preserving the dignity of the human person subject to the instruments of vital maintenance. Highly invasive therapeutic treatments may not represent an adequate solution to the future of the patient's physical restoration. In many cases, even after the use of several instruments to restore the physical and mental capacity of the terminal patient, the presented situation does not justify the continuity of the use of the invasive therapeutic means. Pioneering projects in Brazil have been establishing the implementation of public health policies called palliative care. The proposal is to guarantee the termination of life with quality, free of pain and in an environment that respects the autonomy of the patient. This determination for non-subjection to

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Direito na Universidade do Contestado Campus Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: [sabrinazimkovicz@yahoo.com.br](mailto:sabrinazimkovicz@yahoo.com.br).

<sup>2</sup>Mestre em Direito. Orientadora da Pesquisa. Membro do Corpo Docente da Universidade do Contestado Campus Mafra. Santa Catarina. Brasil. E-mail: [marizasb@unc.br](mailto:marizasb@unc.br)

treatments of prolonged life and pain, can be manifested in an instrument called the anticipated directives of will. The model, because it represents the interruption or suspension of medical procedures and therapeutics, allows the disease to proceed in its normal course, which will result in the death of the patient.

**Keywords:** Palliative care. Fundamental rights. Health Unic System.

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico na medicina não conseguiu desvendar um dos mistérios mais elementares de seus dilemas: como definir o momento em que a vida deve terminar.

Os impactos desta incerteza, sopesados aos inúmeros estudos e pesquisas sobre o tema, lançam divergências na seara jurídica quanto ao momento distintivo entre a vida e a morte. A autonomia dos profissionais médicos na condução de sua profissão, relacionados, sobretudo a realização do diagnóstico e opção de terapêutica não autoriza uma postura de escolha entre os que devem viver e aos quais não serão garantidas as condições mínimas de acesso aos direitos sociais da saúde e vida digna.

Qualquer procedimento médico, terapêutico ou interventivo sobre o paciente deve estar voltado à preservação da dignidade da pessoa humana submetida aos instrumentos de manutenção vital. No entanto, tratamentos terapêuticos altamente invasivos podem não representar solução adequada ao futuro da restauração física do paciente. Em muitos casos, mesmo após a utilização de vários instrumentos para restauração da capacidade física e mental do paciente terminal, a situação apresentada não justifica a continuidade da utilização dos meios terapêuticos invasivos.

Estabelecido esse cenário a proposta é garantir a terminalidade da vida com qualidade, livre da dor e em ambiente que respeite a autonomia do paciente. Ao mesmo tempo, pode ser manifestado pelo paciente através de instrumento chamado de diretivas antecipadas de vontade, por meio do qual o próprio paciente decide se irá ou não se submeter a tratamentos de prolongamento da vida e da dor. O modelo, por representar a interrupção ou suspensão dos procedimentos e terapêuticas médicas, permite que a doença siga seu curso normal o que resultará na morte do paciente.

Esta prévia constatação da morte quando tomada a decisão de interrupção dos tratamentos têm gerado constante polêmica entre profissionais da área de saúde e também no meio jurídico, desde a possibilidade de adequação típica a legislação penal, até o entendimento de ocorrência de negativa de acesso à prestação de serviço público de saúde de forma adequada.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Em todas as áreas da ciência que se preocupam em estudar a vida e a morte há um consenso quanto à impossibilidade de se fixar limites claros entre ambas. A situação limítrofe é de maior complexidade quando se verifica a pluralidade de fatores que devem ser considerados de ordem científica, cultural, biomédicas e jurídicas.

Para o senso comum a parada dos movimentos cardíacos representa a morte. Inicialmente, a ciência afirmava a ocorrência da morte com a interrupção irreversível dos batimentos cardíacos, a cessação da circulação e da respiração como representativos do final da vida (OLIVEIRA, 2005, p. 78).

A possibilidade de prolongamento indeterminado da vida, mesmo quando inviável sua realização com qualidade permite o surgimento de discussões em torno da eutanásia, e partir dela a necessidade da clara distinção entre esta, a ortotanásia e distanásia.

Com os avanços nas pesquisas médicas, coloca-se a morte cerebral como novo critério para estabelecer a morte no paciente sob cuidados médicos. “Dessa forma, a ocorrência da morte deixou de ser considerada fenômeno súbito e terminal, tornando-se processo evolutivo, dinâmico, complexo e, sobretudo, sequência de eventos terminativos” (OLIVEIRA, 2005, p. 78). Nos anos 80 novo passo no desenvolvimento da ciência permite a utilização de mecanismos tecnológicos que substituem funções vitais do organismo garantindo o prolongamento da vida humana.

No Brasil o Conselho Federal de Medicina (CFM) determina que na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do

paciente ou de seu representante legal. Referida orientação do órgão classista está suspensa por decisão judicial de inconstitucionalidade.

O mesmo Código de Ética Médica no Brasil veda em seu art. 56 a conduta médica que desrespeite a autonomia do paciente na execução de práticas terapêuticas, exceto em iminente risco de vida.

O conceito de futilidade médica começa a ganhar espaço nas discussões sobre assuntos de bioética, principalmente nos casos de prolongamento da vida de pacientes gravemente enfermos e presos a quadros considerados irreversíveis. Esta é uma situação muito delicada para o médico por tratar-se de uma condição de iminente perigo de vida num paciente com comprometimento da vida de relação, como nos casos de coma, mas que não apresenta ainda os critérios para caracterização de parada total irreversível das funções encefálicas [...] Hoje se tem como justificativa considerar um tratamento fútil aquele que não tem objetivo imediato, que é inútil ou ineficaz, que não é capaz de oferecer uma qualidade de vida mínima e que não permite uma possibilidade de sobrevida (FRANÇA, 2004, p. 42).

Os questionamentos da bioética são lançados para definição dos limites da intervenção indevida do tratamento médico sem autorização ou sem respeito à autonomia do paciente. A utilização desmedida e não planejada de instrumentos e métodos de tratamento ineficazes deve ser o quanto possível esclarecida ao paciente submetido aos seus efeitos.

A possibilidade de que o paciente rejeite se submeter a tratamentos que prolongam sua condição de vida mesmo sem perspectiva de reversão da doença o que associa a dor e a angústia, já é realidade em diversos países como Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, Estados Unidos da América, Holanda, França, Inglaterra, Portugal, Porto Rico e Uruguai.

No entanto, no Brasil o tema foi regulamentado tão somente pelo Conselho Federal de Medicina, inexistindo legislação aplicável a matéria. Assim, desde os poderes regulamentares do órgão de classe até o próprio controle material da norma levantam o problema dos limites da decisão do paciente e da conduta do profissional de saúde.

Com o crescente avanço tecnológico envolvendo a medicina emergiu a necessidade de uma nova ciência que tratasse de estabelecer parâmetros e limitações éticas e morais na utilização dessas novas tecnologias. Trata-se do conceito hoje conhecido como bioética.

Destarte, surge o chamado biodireito, o qual se refere aos princípios da bioética inseridos no ordenamento jurídico do país. Neste sentido, “Biodireito é o ramo do Direito que estipulará quais valores são aceitáveis e quais conceitos bioéticos são aplicados para a legalização ou a proibição de uma prática biotecnológica” (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

Outro princípio autônomo da bioética é o que se entende por autodeterminação, que decorre da dignidade da pessoa humana e também se caracteriza como uma forma de moldá-la (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 59).

Tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 5559/2016, onde busca-se preencher a lacuna no que se refere aos direitos dos pacientes quanto à aceitação ou recusa de tratamentos médicos. Deste Projeto de Lei se extrai uma conceituação acerca do princípio da autodeterminação:

Art. 2º Para os fins desta Lei, são adotadas as seguintes definições:

I – autodeterminação: capacidade do paciente de se autodeterminar segundo sua vontade e suas escolhas, livre de coerção externa ou influências subjugante; (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2016).

O princípio da autonomia, aqui analisado de forma ampla, emerge da acepção de Estado liberal, onde pregou-se pela menor intervenção possível na individualidade das pessoas. Trata-se da autonomia da vontade, que surgiu a partir da ideia de que os seres humanos eram livres e aptos a se autorregular (DADALTO, 2014, p. 8).

Apesar do avanço tecnológico na ciência médica, a hipótese de ter a vida ceifada no leito de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresenta-se como um dos maiores medos do ser humano. As escolhas de não prolongamento da vida também são características daqueles profissionais que detêm o conhecimento da medicina, conforme reportagem divulgada em 2012 nos Estados Unidos pelo jornal The Guardian (PRATA, 2017, p. 104-105).

Neste diapasão é que se faz necessária a regulamentação dos direitos dos pacientes com vistas ao respeito de sua dignidade por meio dos direitos de autodeterminação ou de decisão.

A bioética é, um sistema que interage com as demais ciências, pois produz seus conceitos a partir da interdisciplinaridade. Ao ponto em que a bioética é o norte da defesa da dignidade humana, esta busca por proteção da pessoa dentro do próprio sistema. Os princípios da bioética se difundem com os princípios constitucionais,

sendo que os direitos humanos são a essência da bioética e do direito (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

Já o biodireito o qual se refere aos princípios da bioética inseridos no ordenamento jurídico do país. Neste sentido, “Biodireito é o ramo do Direito que estipulará quais valores são aceitáveis e quais conceitos bioéticos são aplicados para a legalização ou a proibição de uma prática biotecnológica” (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 42).

No que tange aos princípios basilares da bioética, cumpre destacar aqueles previstos na própria Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: dignidade humana, autonomia da vontade, justiça e beneficência (UNESCO, 2006).

A dignidade da pessoa humana é o princípio fundamental de qualquer ramo do direito, vez que é inerente, inseparável, irrenunciável e inalienável a todos os homens. Tem seu conceito mitigado no decorrer do tempo e do espaço, pois sofre diretamente as consequências da evolução social (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 50-51).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) concede ao princípio da dignidade da pessoa humana o *status* de fundamento da República, servindo como princípio estruturante de todo o sistema jurídico nacional.

As discussões em torno dos direitos dos pacientes ensejaram à defesa das diretivas antecipadas da vontade, que em síntese “é um documento escrito por um ser humano capaz que tem por objetivo dispor sobre tratamentos em geral que porventura ele venha a se submeter” (PENALVA, 2008, p. 518).

Ainda como princípio da bioética e do biodireito, surge a beneficência ou a não maleficência, que estabelece que ao profissional de saúde incumbe o dever de não praticar atos maléficos ao paciente a não ser que o dano causado seja menor do que o benefício esperado, ou seja, “não expor o paciente a tratamentos desnecessários, desproporcionais negativamente com os resultados a serem obtidos, impingindo-lhe dores e sofrimentos que poderiam ser evitados” (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 78).

Em 2012 o Conselho Federal de Medicina ao tratar do tema, define as diretivas antecipadas e determina a atuação médica nesses casos. Tal resolução, no entanto, serve como norte de justificação da atuação médica, e não propriamente como norma apta a conferir direito aos cidadãos. Isso é evidente no próprio texto, conforme art. 2º, § 2º: – “O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de

vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica” (CFM, 2012).

Em que pese tratar de uma ciência nova e com terminologia ainda mais recente, os primeiros indícios da bioética remetem ao Código de Nuremberg, de 1947, que trouxe à baila a acepção de dignidade da pessoa humana como objeto de proteção jurídica. Tal inovação insurgiu dos experimentos científicos com seres humanos iniciados à época. No ano seguinte, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos reforçou a proteção à dignidade humana em seu texto (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 37).

Vale ressaltar a importância da conceituação de eutanásia, distanásia, ortotanásia e mistanásia, com o objetivo de diferenciá-las do tratamento paliativo.

A eutanásia incide em findar o sofrimento existente, causado pela doença em sua fase terminal, para que assim o paciente possa vivenciar seus últimos momentos da melhor maneira possível, sem dor, sem sofrimento. Assim “a eutanásia se preocupa prioritariamente com a qualidade de vida humana na sua fase final” (ALVES; CASAGRANDE, 2016, p. 3)

Para Lepargneur eutanásia é “[...] o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam ou em razão de outro motivo de ordem ética” (LEPARGNEUR). Ao lado oposto, a distanásia “[...] trata-se do prolongamento exagerado da morte de um paciente terminal ou tratamento inútil. Não visa prolongar a vida, mas sim o processo de morte” (DINIZ, 2001). Nesse aspecto, parte da doutrina defende a qualificação típica do médico que sem base científica prolonga a natural falência vital do paciente, provocando graves lesões e maus tratos, sabedor da impossibilidade de reversão de seu estado de morte.

A distanásia não se preocupa em suma com a qualidade de vida que o paciente terá, mas sim, em prolongar a sua vida o máximo possível, através das mais diversas e avançadas tecnologias médicas. Ensina Alves e Casagrande (2016, p. 3) que “a distanásia se dedica a prolongar ao máximo a quantidade de vida humana, combatendo a morte como o grande e último inimigo”.

A mistanásia resume-se à falta de estrutura estatal para atender às demandas, e que por este motivo, cidadãos acabam morrendo por falta de leitos, por falta de médicos, remédios, ou até mesmo por não possuírem condições de chegar a um

hospital, ou de buscarem um tratamento para as moléstias que lhes assolam. Preceitua Pêcego e Lima, que a mistanásia é a “morte prematura, miserável dos que vivem em precárias condições de vida na sociedade” (2014, p. 2)

Já a ortotanásia entende-se pela aceitação da morte a seu tempo e na sua forma, apenas deixando o paciente confortável, sem antecipar e nem prolongar a sua vida, deixar que a vida se encerre em seu momento certo (BARROSO; MARTEL. 2010).

Em outra esteira, a ortotanásia é a conduta atípica frente ao ordenamento jurídico-penal, pois se refere somente ao posicionamento médico diante de dores intensas sofridas pelo paciente em estado de terminalidade, consideradas por este intoleráveis e inúteis, agindo o médico para amenizá-las, mesmo que a consequência venha a ser, indiretamente, a morte (VIEIRA, 1999, p. 90).

Por fim, o tratamento paliativo consubstancia-se em deixar o paciente escolher até onde chegar com o tratamento, ou seja, dar ao paciente a opção entre seguir, parar, fazer ou não fazer o tratamento disponível para a enfermidade que possui.

Por vezes, as escolhas dos médicos que detém conhecimento técnico e científico divergem das escolhas dos pacientes, o que justifica a existência e proteção de tal autodeterminação, que deverá prevalecer mesmo em casos que representem risco de vida para o paciente (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 68).

Desta forma, independentemente das escolhas do médico, predomina a escolha do paciente, sendo que se decidir interromper seu tratamento habitual e iniciar o tratamento paliativo, assim deverá ser feito.

Destarte, cuidados paliativos é a denominação mais utilizada na ciência médica para se referir aos cuidados com o paciente, que objetivam melhorar a qualidade de vida desse e de sua família, diante de uma doença ameaçadora da vida, com foco no cuidado da dor física, social, espiritual e emocional do paciente.

Como fundamento dos cuidados paliativos, busca-se aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes terminais de forma a assegurar sua qualidade de vida.

Por vezes o paciente não possui condições de manifestar sua vontade ou não têm capacidade para fazê-lo. Emerge de tal situação a teoria do menor maduro, que trata dos menores de 16 (dezesseis) anos – considerados civilmente incapazes. Segundo tal teoria, mesmo o menor absolutamente incapaz, desde que apresente discernimento necessário, deve ter sua decisão respeitada.



A capacidade é configurada, então, como uma capacidade de fato, respaldando-se no princípio bioético da autonomia de vontade em que o menor demonstre a consciência moral para percepção e construção de um juízo de valor e por meio de uma relação dialógica entre médico-paciente e médico-pais ou responsável legal (ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 75).

Isto posto, com a recusa do paciente ao tratamento médico disponível, passa-se a atendê-lo de outra forma, não mais com o objetivo de curar a doença, mas sim de retirar a dor desse paciente, deixando-o confortável, em companhia da família, com acompanhamento de psicólogos e assistentes sociais.

Trata-se, em verdade, de garantir concretização e efetividade ao princípio da dignidade da pessoa humana, com vistas à não submissão a tratamentos degradantes, e ao próprio direito da autodeterminação, direitos de personalidade e manifestação da vontade dos pacientes.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA**

A presente pesquisa foi desenvolvida através de investigação utilizando o método de abordagem quali-quantitativo, mediante o desenvolvimento de pesquisa bibliográfica e de campo. Quanto ao fundamento teórico o método utilizado foi o dedutivo, através das técnicas de fichamentos, estudos documentais, jurisprudencial. A pesquisa de campo foi realizada através de questionários, contendo 6 (seis) questionamentos aplicados nos ESF (Estratégia de Saúde da Família), localizados na cidade de Mafra/SC.

As questões servem para verificar o conhecimento dos profissionais a respeito de cuidados paliativos, a existência de atendimentos domiciliares ou hospitalares, se tais cuidados são realizados como políticas públicas e da possibilidade de implementação de cuidados paliativos pelo Sistema Único de saúde – SUS.

Por meio destes dados coletados, foi realizada a tabulação, e a partir desta, confeccionadas as tabelas informativas constates neste artigo.

A amostra compõe-se de dados estatísticos coletados através de 87 questionários entre diferentes profissionais da saúde, quais sejam: médicos,

enfermeiros, psicólogo, dentista, farmacêutica, técnicos de enfermagem, técnico de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, recepcionista, estagiária.

### 3.2 UNIVERSO

O universo pesquisado foi o município de Mafra/SC

#### 3.2.1 Local

Os locais de aplicação foram os ESF (Estratégia da Saúde da Família) de Mafra/SC

#### 3.2.2 População

Profissionais atuantes na área, os quais desenvolvem as funções de: médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, farmacêutico, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, agente comunitária de saúde, recepcionista, auxiliar de conservação e manutenção e estagiário.

#### 3.3.3 Amostra

A amostra compõe-se de dados quantitativos coletados através de questionário, aplicados aos profissionais que atuam na área pesquisada.

### 3.3 DESCRIÇÃO DA COLETA DE DADOS

Para a coleta das informações foi aplicado os questionários diretamente aos profissionais que atuam nos ESF (Estratégia da Saúde da Família) de Mafra/SC.

O levantamento de dados foi realizado através de pesquisa doutrinária e jurisprudencial, com o intuito de descrever e quantificar a análise.

Neste passo, participaram da pesquisa um total de 87 (oitenta e sete) profissionais, os quais forneceram os dados constantes das tabelas abaixo expostas.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme já explanado anteriormente, foi realizada pesquisa de campo utilizando-se do método quali-quantitativo, tendo como meio de pesquisa questionários que foram aplicados aos profissionais da saúde que atuam nos ESF (Estratégia da Saúde Familiar). Assim, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 1 – Função

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Agente Comunitária de Saúde	46	52,9	52,9	52,9
Auxiliar	1	1,1	1,1	54,0
Dentista	3	3,4	3,4	57,5
Enfermeiro	9	10,3	10,3	67,8
Estagiária	1	1,1	1,1	69,0
Farmacêutica	1	1,1	1,1	70,1
Médico	4	4,6	4,6	74,7
Psicóloga	1	1,1	1,1	75,9
Recepcionista	3	3,4	3,4	79,3
Técnico em Enfermagem	15	17,2	17,2	96,6
Técnico em Saúde Bucal	3	3,4	3,4	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Desta forma, vê-se que participaram da pesquisa 87 (oitenta e sete) profissionais, com diversas funções, acima delineadas, tendo uma predominância de agentes comunitários de saúde, conhecedores da realidade das condições de saúde e de doença e seus tratamentos.

Tabela 2 – Entendimento do profissional quanto aos cuidados paliativos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	15	17,2	17,2	17,2
Domiciliar	43	49,4	49,4	66,7
Hospitalar	29	33,3	33,3	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Na questão número 1 (um) do questionário, referente ao entendimento do profissional quanto aos cuidados paliativos, obteve mais respostas correspondentes à letra “A”, sendo ela, que cuidados paliativos é apenas o atendimento domiciliar, com

orientação de uma equipe multidisciplinar, promovendo o tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais dos pacientes em fase terminal.

Tabela 3 – Caso prático 1

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	4	4,6	4,6	4,6
Domiciliar	67	77,0	77,0	81,6
Hospitalar	16	18,4	18,4	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

A segunda questão traz um caso prático onde o personagem é portador de doença terminal em que os tratamentos disponíveis não permitiriam a reversão da doença. Informado, o paciente decidiu não mais se submeter a nenhum tratamento. A resposta mais adequada foi a letra “A”, na qual consta que o ideal é que o paciente fique em sua residência ao lado de seus familiares e receba a visita domiciliar de equipes de saúde multidisciplinar com monitoramento de seus sintomas de dor. Como não há tratamento disponível para a reversão do quadro patológico, o espaço hospitalar não é o mais adequado para sua permanência.

Tabela 4 – Caso prático 2

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	5	5,7	5,7	5,7
CP_Política Pública	64	73,6	73,6	79,3
Declaração Responsabilidade	18	20,7	20,7	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Na questão número 3, também trazendo um caso concreto, no qual o paciente é portador de carcinoma com baixa probabilidade de reversão do quadro patológico através dos tratamentos disponíveis no atual estágio da medicina. Quando informado de sua condição clínica João Mário decidiu não se submeter a nenhum tratamento invasivo para reversão do quadro patológico. Afirma que sua decisão não está contaminada pelo impacto da notícia da gravidade de sua doença, e que pretende viver intensamente o tempo de sobrevivência com a família. A resposta mais adequada foi a letra “A” na qual seria adequado a existência de uma política pública que realizasse o acompanhamento de João Mário para avaliar a evolução da doença e prescrever

medicação necessária para garantir sua qualidade de vida, especialmente dos sintomas dolorosos.

Tabela 5 – Caso prático 3

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	7	8,0	8,0	8,0
Decisão Clínica	2	2,3	2,3	10,3
Decisão Paciente	6	6,9	6,9	17,2
Tratamento Multidisciplinar	72	82,8	82,8	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

A questão número 4 (quatro), traz mais um caso prático, no qual o paciente com carcinoma avançado e de controle irreversível, desiste de se submeter a tratamentos médicos invasivos e solicita apenas o controle das fortes dores de que é acometido. A opção mais respondida foi a letra “C”, onde a decisão do paciente deve ser considerada, depois de devidamente esclarecido, e nesse caso, a continuidade do tratamento deve ser multidisciplinar entre médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos entre outros profissionais.

Tabela 6 – Declaração expressa e consciente do paciente de que não quer se submeter a procedimentos invasivos ou de reversão

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	7	8,0	8,0	8,0
Decisão exclusiva Médico	10	11,5	11,5	19,5
Decisão expressa Paciente	45	51,7	51,7	71,3
Decisão conjunta	25	28,7	28,7	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

A questão número 5 (cinco) informa que a declaração expressa e consciente do paciente de que não quer se submeter a procedimentos invasivos ou de reversão como por exemplo a reanimação. Nesse caso a resposta mais adequada foi a letra “B”, na qual será considerada desde que, expressamente assinada uma declaração do paciente.

Tabela 7 – Entendimento em relação as políticas públicas de saúde no Município de Mafra

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	8	9,2	9,2	9,2
NÃO	18	20,7	20,7	29,9
SIM	61	70,1	70,1	100,0
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

A questão número 6 (seis) em seu enunciado questiona: no seu entendimento e considerando o estado atual das políticas públicas de saúde no Município de Mafra, especialmente no que se refere a pacientes com diagnóstico clínico que não permitem a reversão da doença no estágio atual da medicina, é possível afirmar? Em sua letra “A”, revela a importância do SUS na realização de atendimento através de políticas públicas especializadas. Tendo como sua resposta majoritária SIM.

Primeiramente, antes de demonstrar os dados colhidos referentes aos itens b, c e d correspondentes à questão número 6 (seis), cumpre ressaltar que, a expressão “ausente sistema” refere-se aos participantes que não escolheram àquela resposta, portanto considera-se em branco.

Em sua letra “B”, questiona: se sim, como é realizado? Conforme demonstrado abaixo, a maior incidência de respostas recaiu ao item que se refere ao tratamento de forma “ambulatorial”. Ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Tabela 8 – Como é realizado atendimento através de políticas públicas especializadas

<b>Q6_Hospitalar</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	26	29,9	100,0	100,0
Ausente Sistema	61	70,1		
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Domiciliar</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	44	50,6	100,0	100,0
Ausente Sistema	43	49,4		
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Ambulatorial</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1	18	20,7	100,0	100,0
Ausente Sistema	69	79,3		
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

Em sua letra “C”, questiona-se: Se não, qual a probabilidade de implantação dos cuidados paliativos no município? Tem como maior incidência de resposta o item “prevista”. Conforme demonstra-se abaixo, ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Tabela 9 – Se não, qual a probabilidade de implantação dos cuidados paliativos no município

<b>Q6_Imediata</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	5	5,7	100,0	100,0
Ausente	Sistema	82	94,3		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Prevista</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	4	4,6	100,0	100,0
Ausente	Sistema	83	95,4		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Médio_Prazo</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	6	6,9	100,0	100,0
Ausente	Sistema	81	93,1		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Longo_Prazo</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	15	17,2	100,0	100,0
Ausente	Sistema	72	82,8		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Não_Consta</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	16	18,4	100,0	100,0
Ausente	Sistema	71	81,6		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

Em sua letra “D” questiona-se: Quais as principais dificuldades encontradas para a sua implementação? Conforme demonstrado abaixo, teve maior incidência de resposta “aceitação por parte dos familiares”. Ressalta-se que em alguns questionários, os participantes da pesquisa responderam mais de uma opção.

Tabela 10 – Quais as principais dificuldades encontradas para a sua implementação

<b>Q6_Falta_Legislação</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	29	33,3	100,0	100,0
Ausente	Sistema	58	66,7		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Capacitação</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	28	32,2	100,0	100,0
Ausente	Sistema	59	67,8		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Dificuldades_Financeiras</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	42	48,3	100,0	100,0
Ausente	Sistema	45	51,7		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		
<b>Q6_Aceitação_Familiar</b>					
		<b>Frequência</b>	<b>Porcentual</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Válido	1	11	12,6	100,0	100,0
Ausente	Sistema	76	87,4		
<b>Total</b>		<b>87</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

Desta forma, concluiu-se a pesquisa de campo, e passou à tabulação dos dados colhidos, conforme acima explanado. Pode ser consultado o questionário em sua íntegra em anexo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa teórica e também da pesquisa de campo, foi possível verificar que existe grande aceitação na aplicação e adesão por parte dos profissionais de saúde ao novo modelo de respeito à autonomia do paciente e a própria forma como este deve ser tratado, ou seja, sem a aplicação de métodos padronizados e dos quais o paciente não é consultado.

Destarte, verificou-se também que os cuidados paliativos estão em consonância com o ordenamento pátrio, em especial quando do estabelecimento da dignidade da pessoa humana como base estruturante do Estado brasileiro. Isto pois, a busca constante pela cura sendo substituída pela primazia da opção do alívio da dor e da angústia com o estreitamento da vida e a dignidade da morte, garante maior



autonomia aos pacientes acometidos de doenças em estado terminal, prezando pelo respeito aos direitos de personalidade.

Verificada a adequação com o ordenamento jurídico do projeto de “Cuidados Paliativos”, avaliado com a aceitabilidade dos profissionais do Município, será possível apresentar projeto à administração pública com diretrizes indicativas da viabilidade de sua execução. Em que pese a constatação através da análise de sua execução. Em que pese a constatação através dos dados de que os profissionais de saúde do município consideram a existência dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, é evidente que tal modelo de tratamento ainda não é gerido na forma de política pública.

Assim, necessário se faz a implantação desse tratamento, como política pública no município, a fim de melhor atender as necessidades dos pacientes, bem como de treinar uma equipe multidisciplinar especificamente para atender essas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, Jesualdo Eduardo de. **Bioética**: da principiologia à ética, desafio dos limites orçamentários. 1 ed. Curitiba. Juruá, 2017.

ALVES, Natália Lima; CASAGRANDE Maria Lourdes. Aspectos éticos, legais e suas interfaces sobre o morrer. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 9, n. 1, Pub.2, fev. 2016.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é**: dignidade e autonomia individual no final da vida. Revista da Faculdade de Direito de Uberlândia v. 38, p. 235-274. 2010.

CARVALHO, Ricardo Tavares de. et al. **Manual de cuidados paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p. 07. Disponível em: <[http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up\\_publicacoes/8011/10577\\_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf](http://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FRANÇA. Genival V. Comentários ao Código de Ética Médica. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994 In: PESSINI, Leo. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. **Bioética**, v. 12. n. 1. 2004.

LEPARGNEUR, Hubert. **Bioética da eutanásia**: argumentos éticos em torno da eutanásia.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 2013.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de. Terminalidade da vida em situação de morte encefálica e de doença incurável em fase terminal. **Revista Bioética**, v. 13, n. 2, 2005,

PÊCEGO, Antônio José Franco de Souza; LIMA, Ticiane Garbellini Barbosa. **Mistanásia:** uma questão de políticas públicas, direito coletivo e cidadania. Primeiro Congresso Internacional de Direitos da Personalidade Unicesumar. Maringá/PR. 2014.

RESOLUÇÃO n. 1.085/2006 CFM. NUNES, Rui. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. **Revista Bioética**. 2009. p. 31

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Bioética e direito**. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1999.

UNESCO. **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. 2006. Disponível em: <[unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf)>. Acesso em: 08 jul. 2018.

**Artigo recebido em: 06/12/2018**

**Artigo aprovado em: 26/02/2019**

**Artigo publicado em: 28/02/2019**