

## CUIDADOS PALIATIVOS DIREITO ÉTICO LEGAL

Ana Teresa Garcia Milho<sup>1</sup>

Sumário: Guidelines. Introdução. 1- Contextualização. 1.1-Gé-  
nese dos Cuidados Paliativos. 1.2-Rede de Cuidados Continua-  
dos. 2- DIREITO ÉTICO LEGAL. 2.1-Morte. 2-2. Ética. 2-3.  
Princípios Éticos Fundamentais. 2.3.1-. Princípio da Autonomia.  
2.3.2- Princípio da Beneficência. 2.3.3-. Princípio da Não Male-  
ficência. 2.3.4- Princípio da Justiça. 2.3.5- Vulnerabilidade. 3-  
Visibilidade Constitucional. 4- Conclusão. 5- Referências Bibli-  
ográficas / Bibliografia\*

### GUIDELINES



Hoje em dia, em pleno século XXI, a ciência médica  
pode lutar contra uma doença potencialmente fatal,  
bem como, contra a morte. O médico, principal ga-  
rante nesta matéria, assim como, outros profissionais

---

<sup>1</sup> Pós-graduada em Bioética pela Universidade de Lisboa, Faculdade de Direito, Cen-  
tro de Investigação de Direito Privado (CIDP).

\* LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS: CCI Cuidados Continuados Integrados;  
CRP Constituição da República Portuguesa; DGS Direção Geral de Saúde; DL De-  
creto-Lei; ECL Equipas de Coordenação Local; ECR Equipas de Coordenação Regi-  
onal; ECSCP Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos; EGA Equi-  
pas de Gestão de Altas; EIHSCP Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados  
Paliativos; LBCP Lei Base de Cuidados Paliativos; OMS Organização Mundial de  
Saúde; ONU Organização das Nações Unidas; RNCCI. Rede Nacional de Cuidados  
Continuados Integrados; RNCP. Rede Nacional de Cuidados Paliativos; SIDA Sí-  
ndrome de Imunodeficiência Adquirida; SNC Sistema Nervoso Central; UCP Unidade  
de Cuidados Paliativos.

de saúde, anteriormente, apenas podia oferecer conforto e segurança, hoje, oferece muito mais. É comum na prática médica (ou dos profissionais de saúde) prolongar a vida a qualquer custo (e muitas vezes com sucesso), a morte, desta forma, passa a ser entendida como um fracasso e por este motivo deve ser "escondida". Nos Estados Unidos, menos de 10% da população morre devido a um enfarte, acidente ou um evento inesperado. Mais de 90% morre de doença crônica, lentamente progressiva, com um período terminal de poucos meses ou semanas (doença oncológica) ou de progressão lenta com períodos cíclicos de crise até advir a morte (insuficiência cardíaca ou outros).

Aprender a lidar com as perdas neste contexto, é um desafio que poucos se propõem a discutir, e muito menos a enfrentar. Os cuidados paliativos, como cerne da questão, são cuidados cujo objetivo primário e último, consiste no aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com doença terminal (crônica avançada), bem como, preparar e ajudar os seus familiares em todo o processo a si inerente.

Os Cuidados Paliativos surgem assim, no final da década de 60 como reação a uma tendência crescente de desumanização que então se fazia sentir na medicina moderna. Em 1967, Cicely Saunders criou o St. Christopher's Hospice em Londres, iniciando o chamado "movimento dos hospícios", os primeiros locais que reuniam especialistas para controlo e apoio à dor. O termo "cuidados paliativos" surge, posteriormente, em 1975 com a criação do Palliative Care Service no Royal Victoria Hospital, em Montreal, por Balfour Mount.

A estes, estão intrínsecas diretrizes, que, podem ser agrupadas em seis níveis: físico, psicológico, social, espiritual, cultural e estrutural. Estes cuidados não devem por si, ser entendidos apenas como meras prestações, mas sim, como um direito ético legal, garante em si mesmo, da própria dignidade da pessoa humana, harmonizados com uma intervenção técnica, humanizada e global no sofrimento associado à doença em fase terminal

(crónica).

*No reino dos fins, tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem preço, pode ser substituída por algo equivalente; por outro lado, a coisa que se acha acima de todo preço, e por isso não admite qualquer equivalência, compreende uma dignidade.*

Immanuel Kant

## INTRODUÇÃO

Portugal é um dos países mais antigos da Europa, sendo uma nação independente desde a sua fundação no século XII, com fronteiras inalteradas desde o século XIII.

Residem atualmente no país 10,6 milhões de habitantes, sem diversidades étnicas, sendo reconhecida apenas duas línguas (Português e Mirandês) e o catolicismo é a religião dominante.

A tendência demográfica em pleno século XII é de diminuição da população autóctone, sendo este declínio, no entanto, compensado, ainda que precariamente pela imigração crescente que determina um saldo ligeiramente positivo. Uma das consequências diretas da diminuição da população ativa é, como é claro, o aumento da população idosa, e dos muitos problemas que daí advém, os cuidados paliativos são um dos mais preocupantes.

Os cuidados paliativos, em Portugal, são uma atividade recente, tendo as primeiras iniciativas surgido apenas no início dos anos 90 do século passado. No entanto, a visão paliativa perante a doença incurável, numa perspetiva que de algum modo nos faz lembrar a modernidade, é descrita em textos médicos portugueses do século XVI.

A origem de um dos serviços de cuidados paliativos, atualmente ativo, localizado num hospital geral, remonta a 1992, inicialmente referido como Unidade de Dor com camas de

internamento. Antes desta data não há referências a qualquer organização estruturada de cuidados paliativos, no país. Não obstante outros serviços como o dos Institutos do Cancro do Porto e de Coimbra, foram também pioneiros nesta matéria<sup>2</sup>

O governo procura desde 2006 incentivar com medidas mais concretas, incluídas num Programa alargado de Cuidados a crónicos, esta área de cuidados que, no entanto, continua a ser a menos desenvolvida.

De acordo com Ministério da Saúde, existiam em Portugal, em 2008, cerca de 80 camas de cuidados paliativos para uma população de 10 milhões de habitantes, o que per si é chocante face à própria tendência demográfica a que se assiste. Atualmente, estimam-se que existam 359 camas em todo o país para 80 mil doentes.

Não desconsiderando a perspetiva logística, há ainda que mencionar a perspetiva social e ética. Há ainda, grande desigualdade e discriminação por parte da própria sociedade, até porque os doentes oncológicos são tidos por alguns como “um gasto implícito” e por outros como uma necessidade, daí que também os próprios cuidados ao domicílio sejam uma cada vez maior aposta. Os dados recolhidos são o espelho do acima descrito, o estudo PRISMA, publicado em 2012, revela que 52% dos portugueses preferiam morrer em casa, contra 8% no hospital.

Este trabalho abordará a perspetiva atual dos cuidados paliativos, atendendo-se ao próprio conceito, e ou pela falta de ética a si inerente, tanto no conceito como na explicitação do mesmo e visualização deste pela sociedade.

Este trabalho estará estruturado consoante um trabalho académico. Começo por abordar a génese da questão e contextualização, dando posteriormente continuidade a questão fulcral.

Seguidamente irei analisar e refletir sobre a ética, e quais

---

<sup>2</sup> A Unidade de Cuidados Continuados do Instituto Português de Oncologia do Porto (actual Serviço de Cuidados Paliativos) foi inaugurada em 1996, em instalações próprias cedidas pela Liga Portuguesa contra o Cancro.

os fatores em causa, que podem influenciar os cuidados paliativos.

Por fim, farei uma conclusão, na qual enunciarei as principais dificuldades e terminarei com a respetiva bibliografia.

## 1- CONTEXTUALIZAÇÃO

“Na língua de um povo são guardadas, sob a forma de palavras, os conceitos mais representativos da evolução histórica do seu pensamento coletivo.”

O objetivo principal da Medicina, desde os tempos primórdios até aos dias de hoje, foi e é o de, curar ou aliviar o sofrimento dos doentes, o que, nas palavras de António Barbosa, “É um objetivo eminentemente ligado ao princípio da beneficência.”

Por outro lado, o objetivo principal do Direito, desde os tempos primórdios até aos dias de hoje, foi e é o de, encontrar através das palavras e estruturas criadas pelo mesmo, a justiça, igualdade e autonomia, de algum modo garantas das pessoas.

Estes dois ramos distintos procuram, por um lado, a cura pela terapêutica e por outro a cura pelas palavras. Não obstante ser fácil cair no erro de pensar que estes ramos podem agir distintamente, os mesmos estão, desde que existem, intrinsecamente ligados por inúmeros motivos, entre os quais e atualmente o principal, o princípio da autonomia (pessoal) e o princípio da beneficência (médico).

No entanto, a perspectiva a adotar sobre o caso em concreto, tem necessariamente de passar pela visão de que, nem a medicina pode entender-se como pura ciência natural, nem as humanidades, no caso, o Direito, pode ser tido em conta apenas como meio decorativo ou ornamental. A articulação entre os mesmos é fulcral, visto que, só dessa forma termos a conjuntura adequada a tratar o problema em questão.

Na obra, *Pre-textos Bioéticos*, Barbosa, A. (2014), refere

que, “Os problemas que se colocam ao ser humano nos fenómenos da saúde e da doença são abundantes. Os problemas são sempre para a vida, é a vida que os coloca, são os da vida. Isto significa que são verdadeiros problemas, são inevitáveis. Não tem nada de artificioso ou artificial, são tão reais como a própria vida. Os problemas não são ideias, estas surgem precisamente para resolver os problemas ou pelo menos para os manejar”. A perspectiva do ser humano e o próprio ser humano constrói-se ao ligar-se relacionalmente ao mundo e ao tempo, ambos encontram-se numa constante co-construção “em diálogo e busca interpretativa e compreensiva de uma totalidade integrada no decurso duma viagem existencial historicamente determinada”.

Assim, torna-se importante vincar novamente, o paradigma dualista entre Medicina e Direito acima enunciado. Partindo então das palavras de P. Ricoeur é o “Desejo de viver bem Com e para os outros Em instituição justas”, que coloco a seguinte questão: é a perspectiva atual dos cuidados paliativos, tida pelo próprio conceito? Ou pela falta de ética a si inerente, tanto no conceito como na explicitação do mesmo e visualização deste pela sociedade?

## 1.1-GÉNESE DOS CUIDADOS PALIATIVOS

A Palavra “Paliativo” deriva do grego “paliu” e do latim “paliu”, sendo um adjetivo cujo denominação, visa o paliar. A ideia do paliar refere-se apenas a nível temporário, na medida do remediar ou esconder um problema em vez de o resolver, até porque, muitas vezes está em causa uma doença para a qual não há cura ou a terminalidade é certa.<sup>3</sup>

Numa súpula a nível histórico, fala-se em cuidados paliativos<sup>4</sup> desde 1842 no Hospice de Lyon, St. Joseph Hospice

---

3 Nome masculino, remédio ou tratamento que fornece alívio mas não cura a doença, figurado meio ou expediente para atenuar momentaneamente uma crise, (De paliar + tivo).

4 Dia 08 de Outubro de 2004 – instituído o Dia Mundial dos Cuidados Paliativos

em Hackney; em 1905, no hospital St. Christopher Hospice em Londres; em 1967, em Denus no Hospital of Paliative Care em Londres; em 1972, no Hôpital Josué pour Malades Palliatives em Vancouver em 1983, entre outros.

Não obstante historicamente os serviços acima referidos mencionarem os cuidados paliativos, os mesmos, centram a sua ação na denominada “Boa Morte”, ou, como atualmente é referida a Morte Moderna, sem dor ou tendencialmente sem dor.

Apesar dos contínuos esforços e tentativas para tornar os ditos cuidados paliativos, em cuidados eticamente humanos é fácil cair no erro de concretização dos mesmos, numa paliofobia.

A Paliofobia acontece quando existe uma má gestão dos recursos ou quando os mesmos não visam uma utilidade concreta e atingível, ou seja, no fundo, por algum motivo o serviço não cumpre o seu objetivo último, o paliar. Muitas vezes, a Paliofobia decorre ainda da mentalidade algo “fechada”, que, tanto pode advir o próprio serviço como dos profissionais deste que, não vislumbrando a concreta gênese dos cuidados paliativos, agem com medo ou repulsa persistente da situação.

Não obstante, a ação última dos cuidados paliativos deve ser a da importância ética da boa morte, bem como, o respeito por todo o processo a si inerente.

Os princípios base da prática dos cuidados paliativos passam então por, reafirmar a importância da vida em que a morte faz parte do processo natural, respeitar a dignidade e os direitos do doente, intervir adequadamente num processo negociado, proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas, valorizar os problemas psicológicos, sociais, espirituais e emocionais no tratamento do doente, dar continuidade aos cuidados paliativos (internamento ou em sua casa), ajudar o doente a viver ativamente até ao momento da sua morte e apoiar a família na doença do seu familiar e no processo de luto.

A unidade de cuidados paliativos, de modo a prestar um cuidado de excelência, deverá ser, uma unidade

preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a utentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva. Esta unidade prestará todos os cuidados referidos na unidade de convalescença, no entanto tempo de internamento não está definido. No que diz respeito à sua tipologia poderá ser definida de acordo com Roselló et al (2008) como unidades de cuidados paliativos nível 3, unidades de cuidados paliativos nível 2, e unidades de cuidados paliativos nível 1.

Atualmente, estimam-se que existam 359 camas em todo o país para 80 mil doentes, Lisboa, capital de Portugal, tem apenas 19 e há regiões, como os Açores, onde não existe nenhuma. Os rácios apontam para a necessidade de 80 a 100 camas por milhão de habitantes, o que ditaria uma rede de 950 camas.

## 1.2-REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS

Todo e qualquer ser humano tem direito à sua dignidade, à preservação da identidade, à privacidade, à informação, à não discriminação, à sua integridade física e moral, ao exercício de cidadania, ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

Os critérios de admissão, para os cuidados paliativos poderão ser entre outros, o desejo expresso do doente, sem prognóstico de cura, controlo de sintomas, claudicação familiar, agonia, etc.

De acordo com Roselló et al (2008), a missão da rede de cuidados continuados, será a de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes e às suas famílias em situação de terminalidade como, uma resposta integral e coordenada. O seu objetivo será assim, o de estabelecer compromissos adequados, viáveis e mensuráveis contribuindo para as boas práticas em cuidados paliativos.



Os valores inerentes a estes cuidados, deverão ser, o direito ao alívio do sofrimento, o valor intrínseco da pessoa, a qualidade de vida na morte, a solidariedade com a família. Aliados a estes valores, deverão estar subjacentes ainda os princípios como o acompanhamento, a atenção, a continuidade, a ética, a competência, o respeito e o trabalho em equipa.

O Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho 2006, (Ministério da Saúde do Trabalho e da Solidariedade Social), prevê que a RNCCI constitua, um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente às pessoas que necessitem não só de cuidados de saúde como também de apoio social.

De acordo com o disposto do artigo 1º do DL, é prevista ainda a criação da Rede de Cuidados Continuados, sendo que no seu artigo 2º é prevista a sua composição.

#### Artigo 1º (Objeto e âmbito de aplicação)

1º É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede.

2º O presente decreto-lei aplica-se às entidades integradas na Rede.

#### Artigo 2º (Composição da Rede)

1º Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2º A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

Prevê ainda o anterior Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho, como principal objetivo, a promoção da funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, que, constituem assim, uma das políticas sociais que mais podem contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

No âmbito do diploma, o Programa do XVII Governo

Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A prossecução de tal desiderato pressupõe a “instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador.” Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar

Atendendo que, os Cuidados Continuados Integrados são *“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”*, a Coordenação da RNCCI ficará a cargo a nível nacional pela unidade de missão dos C.C.I., a nível regional pela ECR e a nível local a cargo da ECL.

Estes serviços acima descritos devem, no exercício das suas funções, ter em conta os objetivos gerais de, prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência; desenvolvendo um *“continuum”* de cuidados, desde, a alta hospitalar até ao domicílio do utente. É ainda necessário, assegurar aos

cidadãos um modelo de intervenção e articulação da Saúde e Segurança Social para os cuidados continuados; de modo a que exista, uma participação e colaboração com diversos parceiros (públicos, privados e sociais), interagindo a sociedade civil e o Estado como principais incentivadores.

Na sua ação de prestação de cuidados, a RNCCI, tem ainda, como objetivos específicos, a prestação cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social, a obrigação de proporcionar às pessoas, os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, tendo em conta a possível existência de perda de funcionalidade ou risco de a perder, bem como, a integração no domicílio sempre que, o apoio domiciliário. Deve ainda a RNCCI, apoiar e acompanhar o internamento tecnicamente adequado à situação do utente e promover a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social. O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação de cuidados, deve sempre ser tido em conta, de modo a que até o próprio serviço possa articular e coordenar em rede os cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação. Deve existir em paralelo, a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, através da progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Não obstante os objetivos gerais e específicos, a RNCCI, tem ainda como princípios regulamentares, a prestação individualizada e humanizada dos cuidados; a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços; a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas; promove a proximidade na prestação de cuidados; a articulação da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; a promoção da participação das pessoas dependentes e respetivos familiares na elaboração do plano individual de

intervenção; promoção da eficiência e qualidade no serviço prestado, entre outros. Nesta balança pesa ainda, a avaliação da situação de dependência do utente e definição dos objetivos de funcionalidade e autonomia e a sua conseqüente manutenção, bem como a atribuição da corresponsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência, que são da competência da própria a RNCCI.

Face ao acima exposto, o Decreto-lei 101/2006 de 6 de Junho 2006, plasma nos seus artigos 6º e 7º, taxativamente, os principais princípios e direitos.

#### Princípios e direitos

##### Artigo 6 (Princípios)

A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciación de serviços comunitários de proximidade;
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia;
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

##### Artigo 7º (Direitos)

A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- a) À dignidade;

- b) À preservação da identidade;
- c) À privacidade;
- d) À informação;
- e) À não discriminação;
- f) À integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efectuadas.

No que diz respeito, aos destinatários dos cuidados da RNCCI, são todos os utentes com dependência funcional transitória decorrente de convalescença ou outro, com dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, utentes com incapacidade grave, com forte impacto psicossocial, utentes portadores de doença severa, em estado avançado ou terminal

O ingresso na rede poderá ser referenciado pela comunidade (Equipa de referência do Centro de Saúde, Médico/Enf.º e Assistente Social), ou pelo serviço Hospitalar através da Equipa de Gestão de Altas (EGA). A admissão na mesma, será realizada pela Equipa de Coordenação Local (ECL) após avaliação dos critérios para a proposta.

Existem na RNCCI, quatro tipologias de unidades de cuidados continuados, sendo as mesmas, o internamento, equipas hospitalares, ambulatório, equipas domiciliárias. Da unidade de internamento fazem parte a unidade de convalescença, a unidade de média duração e reabilitação, a unidade de longa duração e manutenção e a unidade de cuidados paliativos. A unidade de ambulatória é a unidade de dia e promoção da autonomia. Das equipas hospitalares fazem parte as equipas de gestão de altas e as equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos. Das equipas domiciliárias fazem parte as equipas de cuidados continuados integrados e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

*“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que*

*a define como especial, um objecto singular, um amigo, - é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda.”*

Antoine de Saint-Exupery.

## 2- DIREITO ÉTICO LEGAL

Importa referir *prima facie* que, a noção de cuidados paliativos abarca uma complexidade conceitual que necessita de ser articulada tanto ao nível Jurídico, como, ao nível Médico.

Não obstante esta articulação, os cuidados paliativos estão intrinsecamente ligados à própria ética, definindo um conjunto de valores e a própria filosofia do agir. Deste modo, antes de subjugar os ditos cuidados aos ramos jurídico e médico, é necessário mencionar do ponto de vista prático, a diferenciação entre ética nos cuidados e a dita moral dos mesmo. A ética, na sua génese, define o que, e, a que, verdadeiramente pertence a conceção de cuidados paliativos (interior), enquanto, a moral, define o que deveria ser (exterior).

Partindo sempre desta deliberação e análise ética, no que diz respeito ao ramo Jurídico, o conceito passa pela criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), prevê que as unidades de cuidados paliativos, as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), em funcionamento, criadas no âmbito do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, integrem a RNCP e se adaptem ao disposto na LBCP, conforme determinado na Base XXXIV da Lei n.º 52/2012. Deste modo, as unidades de cuidados paliativos, em funcionamento nas instituições hospitalares públicas, criadas ao abrigo dos diplomas vigentes, nomeadamente, ao abrigo da legislação mais recente, Portaria n.º 75/2017, são o cerne do conceito Jurídico, não obstante toda a parte ética a si inerente.

No que diz respeito à própria pessoa ou pessoas que se reveem como doentes, a referenciação de utentes e os

procedimentos relativos a situações de prorrogação de internamento, mobilidade e alta, para as unidades de cuidados paliativos, em funcionamento, criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, contratualizadas com entidades do setor social ou privado (UCP-RNCCI), continuam a ser feitos através da aplicação informática da RNCCI, tendo presentes as regras vigentes nesta Rede e de acordo com os critérios de referenciação a definir, no âmbito da RNCP, pela CNCP.

Artigo 32º (Ingresso na Rede)

1º O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

2º A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

3º A admissão nas unidades de média duração e reabilitação é, ainda, determinada pela equipa coordenadora local.

4º A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado.

5º A admissão nas unidades de cuidados paliativos e nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos é determinada por proposta médica.

6º A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

7º A admissão nas equipas de suporte em cuidados paliativos é feita sob proposta, preferencialmente, das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

8º A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

9º Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio

social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área.

Importa assim, vincar que, o legislador tem uma perspectiva crua e direta da realidade não mencionando pelo menos à priori a ética inerente ao caso, como, um próprio direito ao utente. A perspectiva jurídica constrói-se assim, tendo em conta as condições e requisitos de construção, segurança das instalações de cuidados paliativos e referência dos próprios utentes.

Ora, não me desfazendo da perspectiva jurídica, creio que, a mesma necessita de ser articulada com a perspectiva médica.

Assim, o conceito de cuidados paliativos, passa a ser associado não só doentes idosos ou pessoas com uma doença terminal, como a doentes de várias idades e a várias patologias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define mesmo os cuidados paliativos como uma abordagem médica abrangente que se destina a melhorar a qualidade de vida dos doentes (e das suas famílias) que enfrentam uma doença grave ou incurável. Os cuidados em causa são assim administrados para prevenção e alívio do sofrimento com recurso à identificação precoce e tratamento da dor, mas também de problemas psicológicos, sociais e espirituais.

O ponto fulcral deste trabalho cinge-se assim aos Cuidados Paliativos como *o direito ético-legal*.

Não sendo a medicina uma ciência natural “pura” a doença não pode reduzir-se a um mero facto biológico. Do mesmo modo que, o direito não deve reconduzir o cuidado a um simples mecanismo, devem os dois ramos articular-se, sendo mais do que o são, sendo em si, e em conjunto, a fórmula a aplicar ao fenómeno humano em questão. Estes ramos distintos, não devem nem podem ser, consignados a uma única perspectiva sob pena de, por um lado perder a ética a si inerente, tida como génese segundo a OMS, e por outro lado, perder a estrutura garantida legalmente.

Os cuidados paliativos quando aplicados a pessoas com doenças incuráveis, crónicas e progressivas devem, ser



disponibilizados em diferentes contextos médicos ou hospitalares, incluindo também o domicílio do doente (cuidados ao domicílio). Quando indicados não devem ser só “aplicados” mas sim disponibilizados sempre que possível desde o diagnóstico, ou quando não possível, apenas numa fase mais avançada da doença. No seguimento da sua disponibilização, devem-se ter em conta, o que por muito é negligenciado, as próprias famílias, uma vez que, muitas vezes as própria sofrem tanto ou mais que o próprio doente.

Torna-se por isso imperativo, como vimos no próprio contexto de aulas da pós graduação, aplicar a ética ao caso. Nas Palavras de António Barbosa, *“Associar e interrelacionar e não reduzir ou isolar, afinal complexificar e não pura e simplesmente simplificar mas buscar informações multidimensionais que possibilitem a construção de uma visão global do conhecimento”*, é o passo inicial a ter em conta, no caso dos Cuidados Paliativos.

Do ponto de vista prático, podemos assim enunciar três grandes métodos da ética, sendo eles, o Utilitarismo, o Dever e as Virtudes.

O Utilitarismo, seguido por, Stuart Mill, rege a sua ação de acordo com os seus próprios efeitos “Qual o efeito da minha ação?”, medindo assim a moralidade dos atos pelas suas consequências, independente das intenções.

Por outro lado, o Dever, seguido por Kant, tem uma perspetiva mais deontológica. Neste sentido a moralidade é medida pelo grau de adequação às normas, num sentido de “O que devo fazer?”.

Em último lugar, temos o método das Virtudes, que, por sua vez, utiliza figuras exemplares para definir o método a aplicar. Este método, foi seguido por Aristóteles, e, é até aos dias de hoje, o mais usual, principalmente nas profissões do ramo da saúde.

Porém, não obstante o método escolhido, este, deve

sempre passar por um processo de deliberação ética, com o intuito de, melhorar a qualidade de decisões clínicas através de um manejo correto dos valores, otimizando a resolução dos conflitos. No decurso deste processo, é imperativo ter em linha de conta o que, já Kant referia, “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”, in *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*.

## 2.1-MORTE

O mundo está a sofrer uma transição do processo demográfico única e irreversível que resultará inevitavelmente em populações mais velhas. Com a diminuição das taxas de natalidade, o número de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050 (ONU, 2002). A Assembleia Geral da ONU, convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982, dessa assembleia resultou o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Ora, este plano estava direcionado para ação em saúde e nutrição, proteção de idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação (ONU, 2002), o que por si, revela logo, a preocupação em “proteger” a população mais idosa e meio social/familiar da mesma.

Com as atuais e cada vez mais radicais mudanças no perfil demográfico, tanto nos indicadores de morbilidade, bem como de, emergência das doenças crónicas surgem novas necessidades de saúde.

“Viver é possuir-se, pertencer-se a si mesmo no aspeto formal e explícito de realidade”, tal como, envelhecer é um fenómeno presente e inevitável da vida. Envelhecer é um dado adquirido, é um processo complexo e abrangente, tem fatores fisiológicos, psicológicos e sociais associados, mas é sobretudo, parte integrante da vivência da vida humana.

Intrinsecamente ligado ao envelhecimento estão, os

problemas de saúde característicos desta faixa populacional, que comprometem a qualidade de vida desta faixa etária. Nesta ótica de constante procura por melhores e cada vez mais eficazes métodos, são, estes problemas, objeto de investigação constante. A cada vez maior esperança média de vida, é o factor fulcral destes problemas, pois traz associada a si, uma maior prevalência de doenças crónicas e prolongadas e conseqüentemente a necessidade de amenizar o sofrimento das mesmas para uma melhoria da qualidade de vida do próprio ser humano.

De acordo com Roselló et al (2008), entender-se-á por situações de terminalidade: doenças oncológicas; insuficiência renal crónica irreversível; insuficiência cardíaca irreversível; insuficiência respiratória crónica irreversível; insuficiência hepática irreversível; doenças degenerativas do SNC; SIDA, etc.

Já, Kübler-Ross (1969), Stederford (1984), Parkes (1987), Buckman (1996) e Dowling (2000), referiam-se às questões pertinentes sobre a terminalidade, como, o tabu da morte, aprender a morrer, que ninguém morra só, questões éticas, morais e de valores, modelos teóricos, dar as “más notícias”, quanto tempo de vida? Estas questões, continuam, em pleno século XXI a fazer sentido e aplicando-se aos casos de terminalidade.

Segundo Alarcón (2008), poderemos mencionar como indicadores de qualidade, os indicadores de riscos previsíveis, os indicadores relacionados com a atenção à pessoa, os indicadores de vigilância, indicadores de atividade, indicadores de satisfação dos doentes e familiares e percepção da qualidade de vida.

A pertinência dos cuidados paliativos tem em conta, o imperativo ético da morte, o esgotamento. A falta de preparação profissional, a carência de cuidados, a não valorização do “*núcleo duro*”: doente/família, a iniquidade de acessos e “*Onde estão estes doentes?*”

Será importante uma mudança de discurso, valorizando-se e apostando-se no curar ao cuidar, numa nova cultura das

ciências da saúde, num envelhecimento com qualidade, numa reconfiguração dos serviços de saúde, no autocuidado ao conforto do “*Viver*”, na participação ativa da família, na valorização do processo biográfico ao episódio biológico.

Não esquecendo que, o ser humano é um ser espiritual, físico, relacional e psicológico, o cuidar do mesmo, envolve todo um manancial de cuidados que tenham em atenção todas estas dimensões, pois também, o sofrimento do homem, reflete-se nas diferentes dimensões sendo um sofrimento global e não parcial.

A avaliação do doente em cuidados paliativos, terá que ter em conta a valorização total da pessoa, os seus hábitos e estilos de vida, os sintomas da doença ou sofrimento e seu controlo, as situações de risco, as necessidades expressas, o conhecimento da situação e o impacto emocional, e sobretudo, a compreensão por parte dos profissionais numa lógica em que os aspetos atrás enumerados adquirem um papel fundamental.

## 2-2.ÉTICA

(..) Numa conversa filosófica com R. Rhess, Wittgenstein é peremptório em afirmar que a moral trata de normas e a ética de problemas, (...) a ética é da ordem da vivência pessoal, (...). Pelo contrário, a moral é da ordem da convenção social”. . Beckert, C (2002).

Relativamente ao conceito de ética, esta é proveniente do Grego “*éthos*” que significa caráter, traduzida para o latim como “*mos*” ou seja, costume, daí a utilização atual da ética como a ciência da moral, ou filosofia da moral. É entendida como um conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres humanos, sendo mutável, tendo em conta a época e a cultura que a define.

A ética debruça-se para uma reflexão sobre a ação humana, relativamente a nós e aos outros, esta pretende dar resposta a problemas ou dilemas, os quais, se deparam os

profissionais, orientando-os para um plano de atuação.

Contudo, não existe um padrão definido de decisão ética, na medida em que cada situação deverá ser analisada tendo em conta a sua especificidade e individualidade.

Para que se possa abordar as questões éticas, é inevitável conhecer alguns conceitos básicos, como o de problema e dilema ético.

O problema ético refere-se a uma situação onde estão em causa aspetos éticos, que quando estudados de modo reflexivo, dar-nos-ão a solução correta (Queirós, 2001). Quanto ao dilema ético, é um problema da prática em que estão em confronto pelo menos duas hipóteses de solução e se desconhece qual a melhor, pois estão em causa dois ou mais valores (Phipps, Sands & Marek, 2003).

Quando encontrado um problema ou dilema ético, dar-se-á início a um processo de raciocínio, com vista, à obtenção da melhor solução tendo em conta as circunstâncias reais, em que o problema se insere. Este processo, conhecido como processo de tomada de decisão é descrito por Gândara (2004) como, um processo que consiste na seleção entre duas ou mais alternativas, respeitando a sequência de uma linha de intervenção, de forma a atingir a resolução de um problema. É ainda constituído por fases que se iniciam a partir da identificação do problema, verificando o que está em causa, como se desencadeou, quem está envolvido e findam na avaliação do impacto e da eficácia da decisão.

De acordo com Nunes (2011), a expressão “processo de”, compreende modelos e metodologias, de forma a sustentar a tomada de decisão.

Para que seja possível tomar a decisão mais acertada, deverá orientar-se por um conjunto de regras de carácter ético, jurídico e administrativo, constituindo um ideal de ação que visa a excelência técnica e moral. O Código Deontológico será fundamental para a tomada de decisão responsável, tendo em conta a

natureza moral e ética, respeitando a competência técnica e científica da profissão (Veiga, 2006).

## 2-3.PRINCÍPIOS ÉTICOS FUNDAMENTAIS

Qualquer tomada de decisão requer fundamentos que justifiquem a sua ação. Para tal, é essencial existirem reflexões éticas, tendo em conta, as teorias éticas existentes e os princípios éticos básicos que pressupõem a exigência de respeito por determinados valores, tais como: o princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência, a justiça e a vulnerabilidade.

Segundo Boyd, Melia e Thompson (2004), para a ética ter credibilidade, deve assentar não só nos valores, mas também em princípios universalmente conhecidos e respeitados. O princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da justiça, o princípio da vulnerabilidade, tal como acima explicitado.

### 2.3.1-.PRINCÍPIO DA AUTONOMIA

O termo autonomia significa, etimologicamente, a condição de quem é autor de sua própria lei. É entendida como, a liberdade de uma pessoa de escolher e decidir consoante os seus valores, desejos e crenças.

Segundo Queirós (2001) autonomia é a capacidade de ser o seu próprio legislador, é a capacidade de se conduzir a si mesmo, é a capacidade de se decidir sem se demitir, é a capacidade de assumir os seu próprios condicionalismos e de se apoiar neles para se tornar a pessoa que se é. Definida deste modo, a autonomia é a base que fundamenta a responsabilidade ética.

O princípio da autonomia ou princípio da liberdade respeita a legítima autonomia das pessoas e que as suas decisões e escolhas sejam verdadeiramente autónomas ou livres. O agir

autônomo é aquele que implica intencionalidade, compreensão e ausência de influências que o determinem.

Para Felipe (2004), a autonomia pressupõe capacidade para a ação, o que implica a capacidade para o exercício dos seus direitos, estando sujeita às condições que a ordem jurídica prevê.

No contexto da prática clínica, o profissional de saúde deverá promover comportamentos autônomos por parte dos utentes, informando-os de forma clara e dirigida, assegurando a correta compreensão da informação fornecida e a livre decisão.

Para que este princípio fosse cumprido, a Direção Geral de Saúde (2013) elaborou o Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, que pode ser expresso de forma verbal, oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. Desta forma, e após a transmissão da informação e seu esclarecimento, obriga a um período de reflexão que provém da necessidade da pessoa avaliar qualitativamente a informação e o esclarecimento recebidos.

Deverá assegurar-se de que este princípio é cumprido, permitindo aos clientes decidirem de forma autônoma sobre os cuidados de saúde que lhes são prestados.

### 2.3.2- PRINCÍPIO DA BENEFICÊNCIA

A beneficência é a ação de quem faz o bem, são comportamentos de quem procura ajudar e fazer o bem ao próximo.

O princípio da beneficência deve ser entendido como uma dupla obrigação, em primeiro lugar, a de não causar danos e, em segundo lugar, a de maximizar o número de possíveis benefícios e minimizar os prejuízos.

Este princípio, conduz às reflexões éticas na prática dos profissionais de saúde em situações onde a autonomia do cliente se encontra comprometida, através da avaliação do cliente e das suas capacidades, bem como da consulta com os seus familiares, tendo em vista o seu bem-estar ou sobrevivência.

No entanto, quando a beneficência é adotada em extremo, pode levar a atitudes de paternalismo por parte dos profissionais de saúde, levando a infantilização dos clientes e a criação de dependências. Deste modo, devem ser evitadas atitudes paternalistas, respeitando e promovendo a autonomia dos clientes e suas decisões.

Assim sendo, o princípio da beneficência na esfera dos cuidados de saúde, visa um cuidar holístico com o objetivo de atingir o bem-estar ou em benefício do utente, aliviando e evitando o mal e o dano (não maleficência).

### 2.3.3-.PRINCÍPIO DA NÃO MALEFICÊNCIA

Este princípio está intimamente ligado com o princípio da Beneficência e por isso devem ser ponderados conjuntamente.

De acordo com Queirós (2001),o princípio da não maleficência refere-se a males não morais e sobretudo a danos corporais: dores, doenças, morte, entre outros. Está relacionado com o princípio de duplo efeito que preconiza que em determinadas situações específicas, é legítimo realizar ações das quais resulta um efeito bom que é considerado o pretendido e outro mau que é considerado o tolerado.

No decurso da prática, os profissionais de saúde, depararam-se com procedimentos ou intervenções passíveis de causar dano ao cliente. No entanto devem, de acordo com este princípio, refletir e ponderar os riscos a que estão sujeitos os utentes para que, a sua intervenção cause sempre mais benefício do que dano, com a máxima de melhorar a saúde e bem-estar.

### 2.3.4- PRINCÍPIO DA JUSTIÇA

De acordo com Boyd et. al (2004) a justiça, ou a exigência de equidade universal, apoia-se numa relação de tensão com



o respeito pelos direitos das pessoas individuais. Os autores supracitados referem ainda que, os nossos direitos individuais podem ser reduzidos em interesses do bem comum.

Na Carta Internacional dos Direitos Humanos (2011), artigo 25, é mencionado que, toda a pessoa e a família têm direito a um nível de vida suficiente para lhes assegurar e manter a saúde e o bem-estar. Deste modo, todos os indivíduos têm direito a usufruir das mesmas oportunidades no acesso aos cuidados de saúde de que necessitam. Este princípio encontra-se assim relacionado com, o conceito de imparcialidade, ou seja, acesso dos utentes a uma terapêutica adequada as suas necessidades, com uma distribuição igualitária dos recursos disponíveis.

O Princípio da Justiça, delimita eticamente a ação autónoma dos clientes, na medida em que os seus limites serão determinados pelo respeito à dignidade e liberdade de outrem ou da sociedade. É neste contexto que se insere o poder legislativo, que, em nome da sociedade irá estabelecer os limites legais da autonomia individual.

Este princípio, deve estar presente em todas as decisões e intervenções, contemplando assim, a essência de todos os princípios éticos.

### 2.3.5- VULNERABILIDADE

A vulnerabilidade é uma característica inerente ao utente em processo de doença, sendo, o foco de atenção da equipa multidisciplinar. A perceção dos utentes sobre a sua vulnerabilidade encontra-se diretamente relacionada com as situações que experienciaram, tanto pessoais como de familiares ou amigos, como tal, é vivenciada de diferentes modos e com diferentes ações.

A doença acarreta vulnerabilidades que, poderão condicionar as decisões dos utentes, sendo importante que, o profissional de saúde como, cuidador assuma um papel ativo tanto, na prestação de cuidados, como, na proteção dos direitos dos

utentes.

Segundo Veiga (2006), além da vulnerabilidade do utente, que, sucede a doença, o processo de institucionalização necessário ao tratamento constitui uma ameaça ao desempenho da autonomia. Assim o sendo, deverá o profissional de saúde identificar vulnerabilidades e atuar para que estas sejam minimizadas ao longo de todo o processo de saúde/doença.

### 3- VISIBILIDADE CONSTITUCIONAL

Ao longo da História, a palavra, cuidados paliativos tem sido alvo de conotações negativas, pelo que muitos profissionais evitam usá-la. Aparece rodeada de preconceitos, segredos, meias-verdades, vergonha e culpa.

Em Portugal, a CRP começou a ser norma jurídica em 1976, pelo que a sua taxatividade começou a ser tida após esta data. Nos tribunais, em geral, na Europa, depois da segunda grande guerra mundial, não se aplicava a constituição, aplicava-se a lei; com os direitos fundamentais pode-se questionar a lei.

Contudo, o Estado através das suas instituições, os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, outros técnicos de saúde, pessoal operacional e a própria sociedade civil podem e devem mobilizar-se no sentido de alterar a conotação negativa a que a palavra cuidados paliativos tem sido alvo. ao longo da história, pois os cuidados de saúde deverão dar resposta cabal aos problemas decorrentes do envelhecimento da população mundial em grande escala. População envelhecida deverá ser sinónimo de população bem cuidada em termos de saúde, em que a vida deve ser preservada com dignidade atendendo aos direitos humanos inerentes a cada pessoa independentemente do estado social, físico ou idade, cumprindo-se com os preceitos constitucionais, artigos 13º e 64º CRP.

Artigo 13º (Princípio da igualdade)

1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.

2. Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição social.

O princípio da igualdade é dos princípios estruturantes do Estado de Direito, valendo como valor supremo do ordenamento. O mesmo, é critério interpretativo que modela todo o ordenamento jurídico (Acórdão 400/91), vale como proibição de modalidades de discriminação (13.º), como um requisito do Estado de Direito, como uma aspiração da comunidade (Castro Mendes), e, atua como uma qualidade dos direitos fundamentais. A jurisprudência tem entendido o conceito de igualdade como histórico, relativo e relacional, tendo de ser compreendido à luz de vários outros preceitos constitucionais, como, os corolários igualdade formal, que, passam por exemplo, pela proibição de discriminações sem fundamento legal. No entanto, é preciso vincar o facto de a dita, unfair discrimination ser uma lista aberta e não é taxativa, pelo que, poderá enquadrar-se conforme o caso em apreço.

#### Artigo 64º (Saúde)

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
  - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
  - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;

- c) Orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos;
- d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

Compete assim ao Estado, numa primeira fase, criar todas as condições estruturais e humanas, para que, os cuidados paliativos possam ser uma realidade cada vez mais premente na sociedade Portuguesa, e, chamando depois, a sociedade civil a intervir cada vez mais, no sentido de proporcionar a toda a população Portuguesa que necessite dos cuidados e seu acesso, para que estes não sejam uma miragem mas sim uma realidade.

É importante denotar o seguinte, em Portugal, os direitos de liberdade aferem a satisfação dos deveres que incumbem ao Estado, sendo imediatamente exigíveis por força da consagração constitucional do direito. Diferentemente, ao que concerne ao conteúdo dos direitos sociais, que, não é, em geral, constitucionalmente determinado ou determinável, uma vez que, eles são afectados por uma reserva do financeiramente possível que, reforça uma reserva do politicamente adequado, na correspondente realização positiva.

Esta diferença tem de ser aplicada em função do direito, faculdade ou garantia particular em causa, dependendo sempre da situação jurídica concreta (ideia de determinabilidade do direito no caso concreto).

No entanto, é fácil deter a ideia errada de hierarquização dentro dos direitos fundamentais, acima enunciados. Os mesmos estruturam-se na ideia de direitos fundamentais do próprio Estado de Direito, diferente claro, da ideia de direitos subjacentes a conflitos, colisões e limitação, não do direito mas de modalidades e dimensões específicas, como a dita, “escala de preferências constitucionais”. Assim sendo, varia conforme o caso em concreto e muitas vezes conforme o caso apresentado.

Aos cuidados Paliativos, considero de fundamental

interesse e importância chamar ainda à colação o artigo 1º da CRP, que dita o seguinte.

Artigo 1º (República Portuguesa)

Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

O princípio referido, a nível Jurídico, pode a certo ponto concretizar dúvidas de constitucionalidade, pois garante uma margem de liberdade e auto conformação do indivíduo relativamente à definição da sua própria dignidade. Ora, nessa dignidade o Estado não está autorizado a intervir contudo, dependendo dos cuidados prestados e da formação, bem como, do conceito da matéria em causa, poderá num limite representar-se uma coisificação da pessoa, nesse ponto o artigo referido poderá ser violador da dignidade da pessoa humana e, com esse fundamento, inconstitucional, uma vez que, a priori parece não proteger o suficiente a pessoa humana.

Há violação da dignidade da pessoa humana nas situações especialmente qualificadas ou de extrema gravidade de:

a) Desrespeito: alguém ou vida humana são desrespeitados na sua humanidade intrínseca;

b) Subjugação ou de exclusão: alguém, com condições subjectivas e objectivas de genuína autodeterminação e sem responsabilidade sua, é activa e decisivamente impedido de prosseguir os seus próprios desígnios e as suas escolhas ou planos de vida em domínios essenciais para a sua independência ética ou é impedido de participar, directa ou indirectamente na tomada das decisões da colectividade;

c) Degradação: alguém que é substancialmente coisificado de forma denegridora ou é degradado, em situações relevantes da sua vida, à condição de mero objecto ou instrumento de realização de fins que lhe são estranhos;

d) Alienação identitária: alguém que é impedido de ter e de se apresentar com uma identidade pessoal ou é privado do acesso ao conhecimento das suas origens e da sua história ou é

desapossado do controlo sobre a sua identidade;

e) Devasse e humilhação: alguém que é devassado na esfera de intimidade que pretende preservar do conhecimento dos outros ou é humilhado com desconsideração da imagem de si que o próprio pretende construir e apresentar publicamente;

f) Incapacitação: alguém que é privado de recursos mínimos para uma existência condigna ou é involuntariamente colocado, mantido ou abandonado numa situação de penúria material ou num estado de falta de oportunidade de educação;

g) Estigmatização: alguém é discriminado de forma estigmatizante ou é tratado com desigual respeito e consideração de interesses e de forma a sugerir socialmente dever ser--lhe atribuída uma natureza ou um estatuto de inferior ou de digno de menor consideração e respeito.

Não obstante, esta dificuldade é facilmente superável através da conceção da dignidade da pessoa humana, como, princípio absoluto, valor supremo e princípio constitucional de vinculatividade absoluta, mas de conteúdo aberto e de aplicação relativizante (1º CRP). Com isto, é protegida a auto determinação da pessoa e a sua determinação de vontade nos cuidados a recorrer e autorizar, bem como, a sua própria dignidade, como ser humano físico e espiritual.

As dimensões da pessoa humana, constitucionalmente passam assim por:

a) Integridade: ideia de obrigação de respeito pela integridade humana sustentada num sentido de justiça que permite valorar na vida de cada pessoa; há violação da dignidade da pessoa humana quando a pessoa é desrespeitada na sua humanidade;

b) Respeito da humanidade intrínseca da pessoa;

c) Sujeito: cada pessoa tem que ser reconhecida autonomia, liberdade e condições materiais mínimas para lhe assegurar possibilidade de se assumir como sujeito da própria vida;

d) Igualdade: há violação quando a pessoa é humilhada ou estigmatizada como ser pretensamente inferior; e

e) Não discriminação em função da natureza da pessoa.

#### 4- CONCLUSÃO

O objetivo maior deste trabalho foi apresentar a discussão atual sobre os cuidados paliativos oncológicos. Para isso, a estratégia foi mostrar um panorama amplo sobre cuidados paliativos no que diz respeito a conceitos, organização de programas e desafios futuros.

A complexidade inerente a esta temática, exige abordagens multidisciplinares numa perspectiva social e ética, tendo em conta as diferentes fases do ciclo de vida da pessoa e intervindo com um leque de respostas e dispositivos que, de forma articulada e congruente, atuem nas várias vertentes deste fenómeno. Nesse sentido, a consolidação de um modelo integrado pressupõe um contínuo interdependente de respostas, designadamente de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e aceitação, fundamentado na evidência.

As principais dificuldades sentidas na realização deste trabalho foram essencialmente a sintetização de matérias e conteúdos da área da saúde, uma vez que, a minha área é a jurídica.

Como perspetivas futuras, considero fundamental o aumento da formação dos profissionais de saúde sobre esta problemática de forma a capacitá-los para uma melhor resposta às necessidades de intervenção e implementação de modelos de intervenção. Outra sugestão, recairia na melhoria da articulação entre os serviços de internamento da pessoa com os centros de saúde, facilitando assim a continuidade e qualidade dos cuidados, assim como, ganhos em saúde, de modo a um acompanhamento destas pessoas, prevenindo a recaída ou utilização errónea de recursos.

Seria pertinente, também, a criação de projetos com a inclusão de outros profissionais e parcerias sociais, que estariam ao corrente das linhas orientadoras atuais com as pessoas necessitadas destes cuidados e que cada um, dentro das suas realidades,

se sentisse envolvido e servisse como apoio no acompanhamento destes utentes no contexto social, promovendo acima de tudo o bem-estar.



## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/ BIBLIOGRAFIA

- Abiven, M. et al (1997). *Para uma morte mais digna*. Loures: Lusociência.
- Abrezol, R. (2003). *Saber tudo sobre sofrologia*. Loures: Lusociência.
- Alarcón, E.; Aguirre, C.; Alarcón, W. (2008). *Medicina Paliativa: cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia*. 5ª ed.; Pamplona: Eunsa.
- Association, A.P.A (2010). *Regras essenciais de estilo APA Guia Conciso do manual de publicação da APA* (ed) (D.Beuno, trad) Porto Alegre: Penso.
- Association, A.P.A (2014). APA association, Editor, consultado a 25 de Julho de 2017 Disponível em , from APA style: [http:// www. Apastyle. Org/](http://www.apastyle.org/)
- Barbosa, A.; Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina, Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2014). *Pre-textos Bioéticos*. Faculdade de Medicina da Faculdade de Lisboa, Centro de Bioética Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Durá, M. (coord.) (2002). *Territórios da psicologia oncológica*.



- Lisboa: Climepsi ed.
- Ferrel, B.; Coyle, N. (2005). *Textbook of Palliative Nursing*. N.Y. Hardcover.
- Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, F. (2002). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kindlen, M.; Lugton, J. (1999) *Palliative Care: The nursing role*. London: Churchill Livingstone.
- Metzger, C. et al (2000). *Cuidados de enfermagem e dor*. Loures: Lusociência.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Neto, I.; Portela, J. (sd) *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portuguesa.
- Neves, C. et al (2000). *Cuidados Paliativos. Coleção: Dossier Sinais Vitais*. Coimbra: Formasau.
- Roselló, M. et al (2008). *Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa*, Vol. 15, Nº 5: 287-292.
- SFAP, Colégio de Cuidados de Enfermagem (1999). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos*. Loures: Lusociência.
- Susana, P. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. 2ª edição. Loures: Lusociência.
- Tuca, A.; Porta, J.; Gómez-Batista, X. (2008). *Control de sintomas en paciente com câncer avanzado y terminal*. 2ª ed.; Madrid, Aran.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. 2º ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vogel, W., et al (2002) – *Advanced Practice Oncology and Palliative Care Guidelines*. New york: lippincott W. and W..

Wrede-Seaman, L. (2005). *Sympton Management Algorithms: a handbook for palliative care*. 2ª. Edição. China: Intellicard.

[https://www.hpna.org/multimedia/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf)