

CUIDADOS PALIATIVOS E DIGNIDADE HUMANA NOS SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REFLEXÃO QUANTO AOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

ADRIANE MARIA DA FONSECA E SÁ*
MARIA IRENE DA FONSECA E SÁ**

Resumo: *Os Cuidados Paliativos (CP) começam a se fazer necessários na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade e consiste em propiciar qualidade de vida para o paciente e a família em todo processo da doença até a finitude da vida, propiciando respeito e valorização da dignidade humana. O trabalho discorre sobre o conceito de dignidade humana e seu reconhecimento nos CP devidos aos pacientes, em sistemas de saúde, e a investigação tem por objetivo avaliar como os CP estão sendo contemplados nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. O atingimento das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis, especialmente do ODS-3, tem relevância quanto à prestação de CP no cuidado da saúde do ser humano e na sua dignidade.*

Palavras-chave: *Bioética; Cuidados paliativos; Declaração Universal dos Direitos Humanos; Dignidade humana; Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.*

Abstract: *Palliative Care (PC) begins to become necessary in the phase in which incurability becomes a reality and consists of providing quality of life for the patient and family throughout the disease process until the end of life, providing respect and appreciation of human dignity. The work discusses the concept of human dignity and its recognition in the PC provided to patients in health systems, and the investigation aims to evaluate how PC is being included in the goals of the Sustainable Development Goals. Achieving the goals of the Sustainable Development Goals, especially SDG-3, is relevant to the provision of PC in caring for human health and dignity.*

Keywords: *Bioethics; Palliative care; Universal Declaration of Human Rights; Human dignity; Sustainable Development Goals.*

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a dignidade esteve ligada à religião e ao mérito. Com o Iluminismo, esse conceito migrou para a Filosofia, cujo fundamento é a razão, e passou a ter valor moral. A partir do trabalho do filósofo Emmanuel Kant, foi dissociada dos campos filosófico e religioso e passou a ser considerada como um conceito social e político, inerente ao ser humano.

No decorrer do século XX, principalmente no pós-guerra, tornou-se um objetivo político do Estado e da sociedade, registrado por meio da *Carta das Nações Unidas* e da

* Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Email: adrianemfsa@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7635-2229>.

** Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Email: samariairene80@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7077-4664>.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), publicada pela primeira vez em 1948, onde a dignidade humana é tida como essência. Posteriormente, foi incorporada ao campo jurídico através da configuração em Constituições Federais.

A *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, da Organização das Nações Unidas (ONU), proclama «que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo» (*Declaração Universal dos Direitos Humanos* [1948]).

Nesse sentido, em seu artigo 1.º, a DUDH afirma que «Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade».

Assim, a DUDH tem

como ideal comum a atingir por todos os povos e todas as nações, a fim de que todos os indivíduos e todos os órgãos da sociedade, tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e pela educação, por desenvolver o respeito desses direitos e liberdades e por promover, por medidas progressivas de ordem nacional e internacional, o seu reconhecimento e a sua aplicação universais e efetivos tanto entre as populações dos próprios Estados membros como entre as dos territórios colocados sob a sua jurisdição (*Declaração Universal dos Direitos Humanos* [1948]).

Portanto, entende-se que a dignidade humana, inerente a todo ser humano, deve ser considerada em todas as circunstâncias de atividades envolvendo seres humanos.

Neste texto, discorre-se sobre o conceito de dignidade humana e seu reconhecimento nos Cuidados Paliativos (CP) devidos aos pacientes. O trabalho, do ponto de vista da forma de abordagem do problema, vale-se da pesquisa qualitativa em que são consideradas e analisadas publicações relativas ao tema. Quanto ao objetivo é pesquisa exploratória por buscar proporcionar maior familiaridade com o tema, com vistas a torná-lo mais explícito.

A investigação busca avaliar como os CP estão sendo contemplados nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

1. DIGNIDADE HUMANA

A dignidade humana apresenta muitos significados e varia conforme o contexto e a estrutura sociocultural. Tal palavra deriva do latim *dignitas*, que significa «mérito», e *dignus*, «valor».

Para o filósofo Kant, a concepção dominante é que o homem tem consciência de seus atos e isso lhe traz responsabilidade, sendo assim livre, capaz de fazer suas próprias leis e suas próprias escolhas. Assim, a liberdade proclamada por Kant, é o fundamento de todo o seu pensamento.

Kant diz que o ser humano, o Homem, jamais pode ser utilizado como meio para a vontade de outros, mas sempre como um fim. Assim, Kant afirma que o ser humano

«existe como um fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo, como nas que dirigem aos outros seres racionais, ele tem de ser considerado simultaneamente como fim» (Kant 2000, p. 68).

Diante disso, o ser humano não pode ser empregado como simples meio, objeto de valor, distinguindo-se dos demais por ter racionalidade, sendo capaz de elaborar e seguir as próprias leis. Possui fim em si mesmo, não é coisa apta a ser valorada. O ser humano, como um fim em si mesmo e sujeito de dignidade, é posto acima de todas as coisas, e até mesmo, do próprio Estado.

Esta concepção kantiana «repudia toda e qualquer espécie de coisificação e instrumentalização do ser humano» (Sarlet 2001, p. 35).

2. DIGNIDADE HUMANA, BIOÉTICA E BIODIREITO

Após a Segunda Guerra Mundial, diante das atrocidades cometidas pelos nazistas e fascistas contra a humanidade, houve uma reação mundial no sentido de proteger os direitos humanos e fundamentais. Assim, iniciou-se a discussão quando à dignidade da pessoa humana para o mundo do direito. Rocha afirma que: «Os desastres humanos das guerras, especialmente aquilo que assistiu o mundo no período da Segunda Guerra Mundial, trouxe, primeiro, a dignidade da pessoa humana para o mundo do direito como contingência que marcava a essência do próprio sócio político a ser traduzido no sistema jurídico» (Rocha 2004, p. 22).

Portanto, o interesse em proteger os direitos humanos e fundamentais foi tomando grandes proporções no mundo jurídico, propiciando a criação de vários instrumentos de defesa, como os Pactos Internacionais, assim como a criação da ONU, a fim de resguardar o ser humano.

Sendo assim, após as grandes guerras mundiais, tem-se a nítida visão de que a dignidade da pessoa humana passa a embasar qualquer direito, sendo a essência que projeta o ordenamento jurídico, passando a ter valor supremo e fundamental (Chemin 2009).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (Brasil 1988), Art.º 1.º, inc. III, expressa frente a frente o ser humano e o Estado, demonstrando que a dignidade da pessoa humana é o que assegura a efetividade do desenvolvimento do ser e a possibilidade da plena concretização de suas potencialidades e aptidões, em harmonia com o todo social.

Piovesan afirma que:

No universo dos estudos dos princípios que pautam o Direito constitucional de 1988, o direito constitucional contemporâneo, assim como o direito internacional dos direitos humanos, desponta a dignidade humana como valor maior, a referência ética de absoluta primazia, a inspirar o direito erigido a partir da segunda metade do século XX (Piovesan 2006).

Nesse sentido, no Brasil, a pesquisa clínica teve divulgado, em 13 de junho de 1988, seu primeiro documento oficial que regulamenta as normas de pesquisa em saúde, a Resolução n.º 1 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), posteriormente substituída pela Resolução n.º 196/1996. Após consultas públicas realizadas no ano de 2011, a Resolução CNS n.º 466/2012 (Brasil. Ministério da Saúde 2012) revoga a Resolução CNS n.º 196/1996, pautando atualmente a realização desse tipo de pesquisas. As resoluções do CNS não são códigos, estatutos, leis ou disposições cartoriais autoaplicáveis, mas instrumentos de essência ética que visam criar condições para avaliação de protocolos de pesquisa, exigindo juízo de valores e análise casuística, tendo como eixo norteador a dignidade do ser humano (Rippel, Medeiros e Maluf 2016). Essa resolução e outras complementares, também aprovadas pelo CNS, estabeleceram exigências éticas e científicas fundamentais para garantir os direitos de sujeitos de pesquisa.

Assim, a Resolução CNS n.º 466/2012 evidencia especial atenção à proteção dos participantes de pesquisas científicas, reconhece o *Código de Nüremberg* e a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (DUDH) como pilares da dignidade, além de citar os códigos consagrados da Bioética, como a própria *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH) e explicita valores da Constituição Federal.

A DUBDH foi publicada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) em outubro de 2005 (*Declaração... 2005*). O referido documento, que implica na mudança paradigmática do conceito de Bioética, afirma a necessidade de contemplar, de forma análoga, aspectos políticos e sociais, além dos aspectos das ciências da vida. A DUBDH incorporou as questões de direitos relacionados aos condicionantes sociais e econômicos da vida e da saúde humana, reconhecendo a dimensão social como intrínseca à Bioética.

A defesa da dignidade humana contra as ciladas e armadilhas de um mundo dinâmico que avança precipitadamente, deixando de lado multidões que estão presas por exclusão dramática nos mais diversos campos da vida, estabelece o vínculo indissolúvel entre Bioética e direitos humanos.

No entanto, percebe-se que há diferenças entre a Resolução CNS n.º 466/2012 e a DUBDH. Enquanto a DUBDH apresenta uma Bioética mais abrangente e política, que consagra os princípios e valores dos direitos humanos, a CNS n.º 466/2012 ainda é influenciada por uma Bioética clínica, focada em práticas biomédicas.

O ser humano deixou de ser somente sujeito de direito e tornou-se objeto de manipulações com o avanço das biotecnologias. Neste contexto, foram fragilizadas as antropologias que sempre serviram de parâmetros à Ética e ao Direito. Sendo assim, todas as relações entre ciências, Estado e sociedade tiveram que ser revistas. Em decorrência desse desenvolvimento biotecnológico nasceu o Biodireito, como o ramo do Direito que estuda, analisa e cria parâmetros legais, acerca dos assuntos relacionados a Bioética, caracterizando-se como sendo o elo de ligação entre esta e o Direito (Silva 2002).

Desta forma, o Biodireito é a produção doutrinária, legislativa e judicial acerca das questões que envolvem a Bioética. Sua abrangência vai desde do direito a um meio ambiente sadio, passando pelas tecnologias reprodutivas, envolvendo a autorização ou negação de clonagens e transplantes, até questões mais simples como a garantia constitucional do direito à saúde e a distribuição igualitária de saúde à população com o fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana — art.1.º, III, da Constituição Federal (Fernandes 2000).

Portanto, o Biodireito é o ramo do direito que abrange a teoria, a legislação e a jurisprudência relativas à ação humana, tendo em vista os avanços da Biologia, da Biotecnologia e da Medicina (Rego, Palácios e Batista 2009).

A dignidade do ser humano, considerada como o direito mais relevante constitucionalmente atribuído às pessoas, deixa de ser um simples princípio, tornando-se o valor maior do ordenamento jurídico, devendo ser interpretada com primazia sobre todas as outras disposições constitucionais (Rosenvald 2007).

Cabral e outros corroboram, afirmando que nessa

perspectiva, todas as condutas no Estado democrático de direito devem ter por objetivo proteger e resguardar a dignidade da pessoa, como matéria de direitos humanos e direito fundamental que é, conforme o seguinte ensinamento: A ética dos direitos humanos pretende indicar não somente a dignidade fundamental do ser humano, mas as dimensões antropológicas básicas, sem as quais o bem-estar e o florescimento do ser humano são impossíveis e, portanto, devem ser protegidos por direitos fundamentais (Cabral, Carvalho e Pinto 2016).

Os direitos referentes à dignidade humana, na órbita das relações interpessoais, são denominados direitos de personalidade e possuem por objeto os variados aspectos da pessoa humana, individualizando-a, embasando o «exercício de uma vida digna, a intimidade, a integridade física, a integridade psíquica, o nome, a honra, a imagem, os dados genéticos e todos os demais aspectos que projetam a sua personalidade no mundo» (Sá e Moureira 2012, p. 49). Schreiber diz que: «A análise dos direitos da personalidade talvez seja a melhor forma de perceber a sua importância e sua utilidade prática. Trata-se de um privilegiado laboratório para exame das mudanças mais recentes da ciência jurídica» (Schreiber 2014, p. 226). Esses direitos encontram-se em constante mutação e evolução, compreendendo todo espectro de direitos relativos à personalidade, formando o núcleo da dignidade da pessoa humana. Pode-se concluir que os direitos de personalidade possuem por objeto os variados aspectos da pessoa humana, individualizando-a, embasando o «exercício de uma vida digna, a intimidade, a integridade física, a integridade psíquica, o nome, a honra, a imagem, os dados genéticos e todos os demais aspectos que projetam a sua personalidade no mundo» (Sá e Moureira 2012, p. 49).

Portanto, frente à importância da dignidade humana, a Bioética e o Biodireito têm um sentido humanista, estabelecendo ligação com a justiça. Os direitos humanos, inerentes à condição humana e às necessidades fundamentais de todo ser humano, dizem respeito à preservação da integridade, da dignidade e à plena realização de sua personalidade (Diniz 2002, p. 19).

3. DIGNIDADE HUMANA E CUIDADOS PALIATIVOS

A melhoria nas condições de vida incrementada pelo progresso da Medicina tem propiciado um aumento na expectativa de vida das pessoas. Assim, doenças consideradas fatais, até há pouco tempo, passam a ser crônicas, podendo ser controladas por um lapso temporal cada vez mais extenso, por meio da adoção dos Cuidados Paliativos precoces. Em face do progresso da enfermidade, o tratamento que a medicina curativa implementa perde a possibilidade de oferecer razoável controle da doença e os Cuidados Paliativos começam a ser fazer necessários e até mesmo indispensáveis na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 1990 a primeira definição de CP, que descrevia os cuidados totais e ativos dirigidos a pacientes fora de possibilidade de cura. Essa definição foi inicialmente voltada para os portadores de câncer, preconizando-os na assistência integral, visando os cuidados de final de vida. Assim, associados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, os CP passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico.

Em 2002, a definição de CP foi revista pela OMS. Assim:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (Organização Mundial da Saúde 2012).

Portanto, a primeira definição de CP da OMS não deu conta de toda a problemática dos CP, pois fazia referência à doença incurável, fora de possibilidade de cura. Entretanto, a definição foi revista e o termo «fora de possibilidade de cura» foi modificado para «doença que ameaça a vida», já que inúmeras outras doenças incuráveis não se enquadram naquele perfil, pois são doenças crônicas, mas que ameaçam a vida.

Apesar de não haver tratamento modificador da doença, nos casos de doença sem possibilidade de cura e ameaçadora da vida, há muito o que se fazer, pois os CP têm muitos objetivos com este grupo de pacientes (Matsumoto 2012).

Assim, o foco da atenção é deslocado da doença para a pessoa do paciente, buscando qualidade de vida, que deve ser alcançada por meio do conforto, alívio e controle dos sintomas, além de suporte espiritual e psicossocial. Consiste em propiciar qualidade de vida para o paciente e a família em todo processo de doença até a finitude da vida. A busca pela qualidade de vida é extremamente importante para o paciente e família, sendo o cuidado paliativo reconhecido como uma abordagem que melhora essa qualidade de vida e produz respeito e valorização da dignidade humana.

Portanto, os CP passaram a ser indicados para todos os pacientes portadores de doenças graves que ameaçam a vida, e devem ser oferecidos durante toda a evolução da doença e não se restringirem apenas à fase final da vida. Os CP também objetivam o suporte aos familiares, transformando assim o paciente/família/cuidador na «unidade» a ser cuidada. Para Schramm, os CP buscam a conciliação entre os Princípios da Sacralidade da Vida e a Qualidade da Vida, ou seja, os «Cuidados Paliativos talvez delineiem uma espécie de justo meio, constituído pela preocupação de responder ao chamamento do outro, ao mesmo tempo, sem expropriá-lo da experiência fundamental de seu morrer» (Schramm 2002, p. 20).

O doente deve ser conhecido pela sua biografia, como um ser ativo, com direito à informação e autonomia plena de suas decisões em relação a seu tratamento. As doenças devem ser tratadas desde que não tragam mais sofrimento, considerando o que é sofrimento para a pessoa, sempre tratando os sintomas, especialmente a dor (Forte e Delponte 2011).

Os CP devem ser ofertados por uma equipe multiprofissional, que tem como princípios, segundo a OMS:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida;
- Não acelerar nem adiar a morte;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte;
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto;
- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
- Iniciar o mais precocemente possível os CP, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Na iminência de uma doença incurável, os CP são sempre devidos, correspondendo a proteção à dignidade humana, como atitude de respeito pelo ser humano. O foco no doente, não na doença, promoverá conforto, estabelecerá o cuidado oportuno, oferecendo métodos de promover o controle da dor e o alívio dos sintomas, envolvendo no cuidado a equipe multidisciplinar. Os cuidados visam o conforto do paciente, sem interferir na evolução da doença (Villas-Bôas 2008).

A obrigação passa a ser de cuidado, de palição, de conforto, não mais de tratamentos agressivos e ineficazes. Portanto, os CP apresentam-se como uma possibilidade terapêutica digna (Santana, Rigueira e Dutra 2010).

Em razão do atendimento à dignidade da pessoa humana e à autodeterminação da pessoa como direito de personalidade, existe o direito de se decidir a não sofrer. Escolher não passar por tratamento desumano ou degradante. Nada mais justo do que proporcionar, em consequência de uma vida digna, uma morte igualmente digna.

4. OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E CUIDADOS PALIATIVOS

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada em setembro de 2015 pelos 193 estados membros da ONU, é o resultado de um processo global participativo de mais de dois anos, coordenado pela ONU, no qual governos, sociedade civil, iniciativa privada e instituições de pesquisa contribuíram através da Plataforma My World. A implementação da Agenda 2030 teve início em janeiro de 2016, dando continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015), e ampliando seu escopo. Ela abrange o desenvolvimento econômico, a erradicação da pobreza, da miséria e da fome, a inclusão social, a sustentabilidade ambiental e a boa governança em todos os níveis, incluindo paz e segurança (*Objetivos...* [2015]).

Assim, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) fazem parte da Agenda 2030. A Agenda é composta por 17 objetivos ambiciosos e interconectados, desdobrados em 169 metas, com foco em superar os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no mundo, buscando promover o crescimento sustentável global até 2030 (*Objetivos...* [2015]).

Portanto, guiado pelas metas globais estipuladas pelos ODS, espera-se que cada país defina as suas metas nacionais, de acordo com as suas condições e especificidades, e as incorpore em suas políticas, programas e planos de governo.

Neste sentido, os ODS são um apelo global à ação de cada nação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade.

Desta forma, os 17 ODS abarcam diferentes temas, sejam de aspectos ambientais ou sociais. Assim como as metas de cada ODS, eles foram construídos de maneira

que fossem interdependentes. Ou seja, quando um país conseguir atingir um deles, provavelmente, terá conseguido avançar em outros ODS.

Esta investigação avalia que o ODS 3 – Saúde e bem-estar, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, é o ODS que interage e dialoga com os Cuidados Paliativos.

As metas do ODS 3 (*Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ODS 3 [2015]*) são:

- 3.1. *Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 000 nascidos vivos.*
- 3.2. *Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1000 nascidos vivos.*
- 3.3. *Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.*
- 3.4. *Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.*
- 3.5. *Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.*
- 3.6. *Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.*
- 3.7. *Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.*
- 3.8. *Attingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.*
- 3.9. *Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.*
 - 3.a. *Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.*
 - 3.b. *Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.*

- 3.c. *Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.*
- 3.d. *Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.*

A prática de CP em que o foco está no doente, e não na doença, promovendo conforto, estabelecendo o cuidado oportuno e oferecendo métodos para promoção do controle da dor e o alívio dos sintomas, sem interferir na evolução da doença, não está explicitada em nenhuma das metas.

No entanto, percebe-se que os CP estão sendo contemplados nas seguintes metas:

- 3.4. *Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar. O tratamento através de Cuidados Paliativos pode reduzir a mortalidade prematura, assim como propiciar inúmeros ganhos no que diz respeito à saúde mental e ao bem-estar. Há que incluir também a saúde mental e o bem-estar dos familiares e/ou cuidadores.*
- 3.8. *Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos. Como já se afirmou, anteriormente, na iminência de doenças incuráveis e/ou graves, os CP são sempre devidos. Assim, os CP passaram a ser indicados para todos os pacientes portadores de doenças graves que ameaçam a vida, e devem ser oferecidos durante toda a evolução da doença e não se restringirem apenas à fase final da vida. Neste sentido, a cobertura de CP deve ser estendida e disponibilizada para todo e qualquer paciente, independentemente de sua condição financeira, buscando observar sua dignidade de ser humano.*
- 3.9. [...]
- 3.b. *Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos. Neste sentido, vale ponderar que muitas práticas dos CP necessitam de medicamentos e, portanto, a disponibilidade dos mesmos é fundamental para*

que os CP sejam ofertados adequadamente em benefício da manutenção da qualidade de vida do paciente.

- 3.c. Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. Os CP são oferecidos por uma equipe multidisciplinar, desta forma faz-se necessário investir na formação e desenvolvimento de equipes que possam ofertar de forma satisfatória os CP pertinentes ao caso do paciente.*
- 3.d. Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde. Como já citado, é importante iniciar o mais precocemente possível os CP, simultaneamente com outras medidas de prolongamento da vida, incorporando as investigações necessárias para melhor compreender e controlar as situações clínicas estressantes.*

Ainda pode-se perceber interdependências de CP com os seguintes ODS:

- ODS 4. Educação de qualidade: assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos. Em geral, o paciente/família/cuidador que possui um maior grau de educação está melhor preparado para discutir o cuidado que lhe é devido e está apto para o processo de tomada de decisão compartilhada, envolvendo o consentimento esclarecido que consiste no ato de decisão, concordância e aprovação do paciente/família/cuidador, após a comunicação de informações e explicações a respeito dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos referente ao cuidado de sua saúde. Assim, os CP se beneficiarão do atingimento deste ODS.*
- ODS 10. Redução das desigualdades: reduzir as desigualdades dentro dos países e entre eles. As desigualdades dentro de um país favorecem a prestação de serviços de saúde de forma diferenciada. Ou seja, muitos dos serviços de saúde só estão disponíveis para aqueles que podem arcar com os custos. A redução das desigualdades viabilizará que os CP sejam oferecidos a uma significativa parcela da sociedade.*
- ODS 16. Paz, justiça e instituições eficazes: promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Instituições eficazes, responsáveis e inclusivas são a chave para que os seres humanos tenham acesso aos CP, que devem ser ofertados ao paciente de forma esclarecida e com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida, influenciando positivamente o curso da doença e o atendimento à dignidade da pessoa humana.*

CONCLUSÃO

São fatores inerentes ao conceito de dignidade da pessoa humana: o exercício consciente da cidadania e a autodeterminação no sentido de se lançar à busca daquilo que o próprio arbítrio apontar como valores legítimos e válidos.

Acontece que, infelizmente, tais recursos não estão disponíveis às camadas menos favorecidas da população. É neste contexto que entram as questões referentes às políticas públicas a serem implementadas para que, de fato, se efetivem os direitos constitucionais que a pessoa titulariza como cidadã.

Franco e outros (Franco et al. 2019) desenvolveram um estudo para compreender a percepção de dignidade de pacientes em CP e identificar os fatores que podem aumentar ou diminuir o senso de dignidade. Eles identificaram que a dignidade é influenciada por costumes e tradições, e que os seres humanos tendem a agir para criar, manter, defender e reivindicar sua própria dignidade e a dos outros, mesmo em situações difíceis, como nos CP.

Os autores citam que Chochinov e outros, em 2002, analisaram pacientes em CP oncológicos e propuseram um modelo conceitual de dignidade. Nesse modelo, a percepção de dignidade é composta por três elementos: preocupações relacionadas com a doença (fatores físicos e psicológicos); recursos pessoais de dignidade (fatores espirituais ou psicológicos que interferem no senso de dignidade); e recursos sociais (fatores como contexto social, desafios, aspectos positivos e sofrimento). A revisão sistemática, analisou o conceito de morrer com dignidade e concluiu que seus principais atributos são: ausência de dor, respeito ao corpo e crenças, apoio financeiro e emocional e proteção da privacidade.

Também foi observado que a manutenção da dignidade humana, para alguns pacientes, é mais importante do que a própria saúde. Dessa forma, é essencial que os profissionais de saúde compreendam o significado de dignidade do ponto de vista do paciente. A dignidade está presente na vida e na cultura humana e integra as experiências de vitórias e sofrimentos. Apesar dos avanços dos estudos sobre o conceito de dignidade, ainda há poucas pesquisas nacionais sobre o tema, e pouco se sabe sobre a percepção de dignidade de pacientes no contexto de Cuidados Paliativos.

O trabalho de Franco e outros conclui que:

- A análise da percepção de dignidade de pacientes em Cuidados Paliativos trouxe reflexões relacionadas à autoestima, enfrentamento das limitações impostas pela doença, autonomia e cuidado, além de questões sociais e políticas.
- Fatores associados ao momento político do Brasil e à violência urbana também apareceram, influenciando a percepção de dignidade desses pacientes.
- A equipe de saúde foi apontada como um fator importante para o senso de dignidade, seja pelo cuidado direto ou indireto.
- Ser uma «pessoa correta», manter a autonomia, ser cuidado e ter respeito foram elementos que aumentaram o senso de dignidade.

- A ausência de políticas de acessibilidade, reduziram o senso de dignidade entre os pacientes em Cuidados Paliativos.
- Considerando que a percepção de dignidade é um processo dinâmico e pode ser modificada ao longo da vida, a depender do contexto e situações vivenciadas, sugere-se que outros estudos busquem explorar essa questão a partir de outras perspectivas, como do profissional de saúde e dos familiares.
- O planejamento de cuidados de saúde deve considerar os fatores capazes de melhorar a dignidade dos pacientes em Cuidados Paliativos, bem como direcionar a criação de políticas e rotinas que valorizem o que é importante para esses pacientes (Franco et al. 2019).

Portanto, a dignidade humana é abstrata e universal, inerente a todo ser humano, e não pode ser criada, nem destruída. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência e/ou da sociedade.

Neste sentido, o atingimento das metas dos ODS, especialmente do ODS-3, tem relevância quanto à prestação de CP no cuidado da saúde do ser humano.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União* [Em linha] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2012. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Em linha] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- CABRAL, H. L. T. B., V. B. C. P. CARVALHO, e L. M. A. PINTO, 2016. *Morte Digna: Dignidade nos cuidados de fim de vida* [Em linha]. São Paulo: Lex Editora [consult. 2024-04-20]. Disponível em: http://www.lex.com.br/doutrina_27198840_MORTE_DIGNA_DIGNIDADE_NOS_CUIDADOS_DE_FIM_DE_VIDA.aspx.
- CHEMIN, P. M., 2009. *Importância do princípio da dignidade humana* [Em linha] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2009-jan-23/importancia_principio_dignidade_humana_constituicao_88.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos* [Em linha] [1948] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/por.pdf>.
- Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* [Em linha] 2005 [consult. 2024-04-20]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por.
- DINIZ, M. H., 2002. *O Estado atual do biodireito*. São Paulo: Saraiva.
- FERNANDES, T. B., 2000. *A Reprodução assistida em face da bioética e do biodireito: aspectos do direito de família e do direito das sucessões*. Florianópolis: Diploma Legal.
- FORTE, D. N., e V. DELPONTE, 2011. Cuidados Paliativos em unidade de terapia intensiva. Em: F. S. SANTOS. *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. Rio de Janeiro: Atheneu, pp. 39-45.
- FRANCO, M. E., et al., 2019. *Percepção de dignidade de pacientes em Cuidados Paliativos* [Em linha] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0142>.

- KANT, I., 2000. *Fundamentos da metafísica do costume*. Lisboa: Edições 70.
- MATSUMOTO, D. Y., 2012. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. Em: R. T. CARVALHO, e H. A. PARSONS. *Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, pp. 23-30.
- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* [Em linha] [2015] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br>.
- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ODS 3* [Em linha] [2015] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* [Em linha] [consult. 2024-04-20]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=7VQ0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&ots=qfkkRq0cZH&sig=Q6GCcwf3ADConIwFa3ShfNkOE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
- PIOVESAN, F., 2006. *Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano*. São Paulo: Saraiva.
- REGO, S., M. PALÁCIOS, e R. BATISTA, 2009. *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- RIPPEL, J. A., C. A. MEDEIROS, e F. MALUF, 2016. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. *Revista Bioética* [Em linha]. **24**(3) [consult. 2024-04-20]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243160>.
- ROCHA, C. L. A., 2004. *O Direito à vida digna*. Belo Horizonte: Editora Fórum.
- ROSENVALD, N., 2007. *Dignidade humana e boa-fé no Código Civil*. São Paulo: Saraiva.
- SÁ, M. F. F., e D. I. MOUREIRA, 2012. *Autonomia para morrer*. Belo Horizonte: Del Rey.
- SANTANA, J. C. B., A. C. M. RIGUEIRA, e B. S. DUTRA, 2010. Distanásia: reflexões sobre até quando prolongar a vida em uma Unidade de Terapia Intensiva na percepção dos enfermeiros. *Revista Bioethikos*. **4**(4), 402-411.
- SARLET, I. W., 2001. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- SCHRAMM, F. R., 2002. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Jan./mar., **48** (1), 17-20.
- SCHREIBER, A., 2014. *Direitos da Personalidade*. São Paulo: Atlas.
- SILVA, R. P., 2002. *Introdução ao Biodireito: investigações político-jurídicas sobre o estatuto da concepção humana*. São Paulo: LTr.
- VILLAS-BÔAS, M. E., 2008. A Ortotanásia e o Direito Penal brasileiro. *Revista Bioética*. **16**(1), 61-83.