

## A VULNERABILIDADE HUMANA E O SOFRIMENTO EM FIM DE VIDA, UMA REFLEXÃO BIOÉTICA

Desde o passado dia 6 de Fevereiro – data de publicação do manifesto em favor da despenalização da morte assistida, e eutanásia, em Portugal – fomos invadidos por uma tempestade de notícias (jornais, televisão, revistas, redes sociais) apontadas como de supremo interesse, pois o documento arroga a *“valorização privilegiada do direito à liberdade e do respeito pela autonomia das pessoas doentes, em grande sofrimento e sem esperança de cura.”* Perante este valioso argumento (todos reconhecemos a liberdade e a autonomia como direitos fundamentais inalienáveis), somos quase que forçados a assentir, não fosse, contudo, esta ser a alegação para uma prática que, em nosso entender, Grupo de Reflexão Ética da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), é contrária à própria vida.

Assim, como cidadãos, profissionais de saúde, membros do Grupo de Reflexão Ética da APCP e cuidadores que se preocupam e ocupam diariamente com a vida, com a dignidade, liberdade, autonomia e vulnerabilidade daqueles que, em sofrimento, clamam por ajuda, entendemos que toda a discussão em torno desta temática deve centrar-se na reflexão sobre a vida e, nesta, então, sobre o alívio do sofrimento, a promoção da dignidade, a liberdade, a autonomia de quem padece de doença grave, a responsabilidade e a vulnerabilidade no fim da vida. Sublinhamos que esta é uma discussão entre valores e princípios individuais e, portanto, um assunto que requer ir além da procura de respostas absolutas, ecuménicas e imediatas. É fundamental permitir uma discussão alargada na sociedade e não circunscrevermos aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, a uma discussão centrada nos profissionais de saúde, sob pena de podermos assistir a alterações perversas e perigosas na relação equipa de saúde - pessoa doente em fim de vida. Consideramos também fundamental, ainda que breve, a reflexão sobre a hegemonia do princípio do respeito pela autonomia e autodeterminação na relação profissional de saúde – pessoa doente, assim como a importância e apropriação dos restantes princípios da ética médica: beneficência, não-maleficência, justiça, vulnerabilidade, dignidade, e integridade. Por fim, parece-nos fundamental identificar algumas estratégias que possam contribuir para um acompanhamento adequado da pessoa em fim de vida e da sua família/pessoas significativas, pois, em jeito de corolário, subscrevendo a afirmação, concordamos na premissa: *“é imperioso acabar com o sofrimento inútil e sem sentido”*.

A experiência da doença, da fragilidade e do sofrimento em fim de vida evocam a dimensão ontológica do ser humano e reenviam-nos para a condição de vulnerabilidade que é objeto de um princípio ético que requer *cuidado* para os vulneráveis, nomeadamente, para aqueles cuja autonomia ou dignidade ou integridade podem estar ameaçadas, como é o caso da pessoa em sofrimento no fim da vida. Cada um de nós – o «eu» existe em relação com um «outro», não existe «eu» independente; logo, o importante é a relação que convoca em nós o dever de responsabilidade (responder ao «outro», à

vulnerabilidade do «outro») e de solicitude. A vulnerabilidade da pessoa em fim de vida implica uma resposta dos profissionais, a nossa responsabilidade, a nossa solidariedade e a nossa solicitude<sup>1</sup>. Assim, a solicitude e o cuidado são a consequência do encontro do “eu” com o “outro” (Paul Ricoeur). O cuidar ergue-se, deste modo, numa narrativa individual em dois lugares distintos. O da pessoa que é cuidada e o do cuidador. Estabelece-se, assim, uma relação de necessidade do outro, de partilha, de proximidade, de confiança, de ação, de compromisso, onde ambos os sujeitos – pessoa doente e profissional - cooperam, na medida das suas capacidades (cognitivas, emocionais, legais e em medicina/bioética) para o resultado final pretendido - identificado pelo sujeito cuidado, acolhido e transformado em ação pelo sujeito que cuida.

O cuidar revela, assim, na essência do ser humano, um modo de ser, uma existência de cuidado; nas palavras de BOFF<sup>2</sup> (1999:89) “*não temos cuidado. Somos cuidado. Isto significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos*”. Deste modo, a vulnerabilidade e o cuidar encontram-se como agentes do Ser humano, essência e condição ontológica, numa existência comum. O Ser é vulnerabilidade e é cuidado, portanto, não podendo deixar de Ser, nem vulnerabilidade, nem cuidado, a questão fundamental refere-se a como viver a vulnerabilidade de tal forma que o cuidado seja fonte de proteção e força no respeito, dignidade e valor que a cada Ser se refere? Por outras palavras, como cuidar em fim de vida para que a pessoa seja capaz de realizar o máximo de valores da sua existência e, sobretudo, para que não esteja em sofrimento intenso e indesejado? A resposta parece-nos evidente e corresponde ao primeiro imperativo ético imposto pela *profissão médica*<sup>3</sup>, sugerido por *Levinas*<sup>4</sup>, “*acolher a pessoa doente para simultaneamente lutar contra o sofrimento e contra a dor*”. Neste sentido, na reflexão que aqui se apresenta importa que a pessoa em fim de vida possa ter acesso aos cuidados de saúde diferenciados onde lhe possam ser oferecidos os meios terapêuticos, técnicos e humanos para o alívio da dor e do sofrimento (físico, emocional, psicológico, social), portanto, que os recursos da sociedade Portuguesa em termos de cuidados em fim de vida possam ser promovidos, difundidos e distribuídos de forma justa e equitativa, garantindo o livre e total acesso a todos os doentes que deles necessitem. Em suma, que todas as pessoas possam ter acesso a um direito já consagrado por Lei<sup>5</sup> - ter Cuidados Paliativos, e a liberdade de os solicitar à sua equipa de saúde.

---

<sup>1</sup> A solicitude pressupõe uma definição de bem da **Pessoa doente** – e não apenas do doente (aspetos biomédicos, valores, interesses, expectativas e prioridades) e é uma atitude de disposição contínua para agir.

<sup>2</sup> BOFF, Leonardo – Saber Cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra. Editora Vozes. Petrópolis, 1999. ISBN 85.326.2162-7. 199Pág

<sup>3</sup> Entenda-se, por analogia e extensão do sentido atribuído pelos autores, a profissão médica como a representação das profissões na área da saúde, portanto, profissionais de saúde.

<sup>4</sup> HIRSCH, Emmanuel, Entretien avec le philosophe Emmanuel Levinas, *Médecine et Éthique*, Cerf, 1990.

<sup>5</sup> Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei nº52/2012 de 5 de Setembro.

Relembramos, ainda, a possibilidade e direito reconhecidos a qualquer pessoa, através das diretivas antecipadas de vontade<sup>6</sup>, traduzidas no seu direito a autodeterminar-se, de declarar antecipadamente a sua vontade «*consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente*». Realçamos, neste ponto, a alínea c) do artigo 2º), na qual pode ser declarada a vontade de «Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada»).

É importante destacar que, segundo a definição da Organização mundial de Saúde (OMS), os cuidados Paliativos “*visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais*”<sup>7</sup>. Através de um trabalho em equipa interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais e outros profissionais de saúde, os cuidados paliativos: 1) Proporcionam o alívio da dor e outros sintomas geradores de sofrimento; 2) Afirmando a vida e considerando a morte como um processo natural que não a adiantam nem atrasam; 3) Integram as componentes psicológicas e espirituais do cuidar; 4) Oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte; 5) Ajudam a família a lidar com a doença do seu ente assim como no luto<sup>8</sup>.

Não podemos nem devemos ser alheios à realidade nacional onde se calcula que apenas 2,9% das pessoas que morrem têm acesso a cuidados paliativos<sup>9</sup> (Ranking mundial de qualidade de morte de 2015 do *Economist Intelligence Unit*) e em que 62% das mortes ocorrem nos hospitais<sup>3</sup>, onde as equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos estão subdimensionadas e praticamente não há unidades de internamento de Cuidados Paliativos, parece-nos imprudente falar da despenalização da morte por compaixão ou “morte assistida” como definida no manifesto. E se atendermos ao facto de 50% da população portuguesa manifestar vontade de morrer em casa<sup>10</sup> apesar de serem escassas as equipas de cuidados paliativos domiciliários, parece-nos que antes de falar de eutanásia ou suicídio assistido, as duas formas de “morte assistida” descritas no manifesto, muito temos a fazer para efetivamente “assistir na morte e processo de morrer”, ajudar a “morrer com dignidade” e aliviar o sofrimento dos doentes “sem

<sup>6</sup> Lei 25/2012. Acessível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1765&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1765&tabela=leis)

<sup>7</sup> Ver FAQ no site da ACP: <http://www.apcp.com.pt/>

<sup>8</sup> Ver FAQ no site da ACP: <http://www.apcp.com.pt/>

<sup>9</sup> The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world. The Economist Intelligence Unit, 2015

<sup>10</sup> Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010 (Gomes B, Sarmiento V, Ferreira P L, Higginson I J)

esperança de cura”<sup>11</sup>. Não podemos deixar de realçar que o manifesto é aparentemente “compassivo” ao afirmar que *“a morte assistida não entra em conflito nem exclui o acesso aos cuidados paliativos”*. Neste ponto, importa reforçar que, no referido manifesto, a “morte assistida” é garantida por via da eutanásia ou suicídio assistido, pelo que esta afirmação, em si mesma, não é verdade já que, como descrito anteriormente, os cuidados paliativos afirmam a vida e não antecipam nem adiam a morte sendo, por isso, contrários à dita “morte assistida” quando esta é sinónimo de eutanásia ou suicídio assistido. Importa lembrar ainda que os Cuidados Paliativos, assentes nas boas práticas clínicas, se opõem ao *“encarniçamento ou obstinação terapêutica”*. Com efeito, estas práticas são identificadas como desvios da *legis artis* e, portanto, independentemente do contexto, são práticas a corrigir e, denunciar. Rejeitamos a abordagem do suicídio assistido/eutanásia como um fracasso dos cuidados paliativos e, por isso, queremos, mais uma vez, destacar o facto de acreditarmos nos objetivos, princípios e filosofia dos cuidados paliativos e, portanto, considerarmos fundamental, demarcar e evidenciar-los, reafirmando a sua essência e importância para todos os seres humanos.

Como podemos constatar, este é um tema persistente ao longo da história da humanidade; já os Celtas tinham o “hábito” que os filhos matassem os pais quando estivessem velhos e doentes. Na Índia, os doentes incuráveis eram levados até à beira rio, com as mãos atadas e a boca tapada e aí eram atirados. A discussão acerca dos valores sociais, culturais e religiosos envolvidos nesta problemática têm a sua origem na Grécia antiga com Platão, Sócrates e Epicuro. Estes defendiam a ideia de que o sofrimento na doença justificava o suicídio. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates condenavam o suicídio. A prática da eutanásia e o suicídio assistido têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, por todo o mundo, sobretudo ao nível do direito penal. A eutanásia é lícita na Holanda, Bélgica, Colômbia e Luxemburgo. O suicídio assistido<sup>12</sup> está despenalizado na Suíça, é legal nos EUA nos estados de Washington, Oregon, Vermont, New Mexico, Montana e Califórnia. Em Portugal ambos são ilegais. Relembramos, conforme reflexão da ACP relativo ao manifesto, que estas práticas violam os princípios inscritos na Constituição da República Portuguesa e em códigos que regem a conduta de atuação de diferentes profissionais de saúde e do cidadão em geral <sup>13</sup>. Acresce ainda que, segundo a European Association for

---

<sup>11</sup> Relembramos que a Medicina pode “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, mas consolar pode sempre”.

<sup>12</sup> Ver especificidades em: <http://www.bbc.com/news/world-34445715>

<sup>13</sup> “A CRP evoca a dignidade humana (artº 1º e 13º), em conformidade com a Declaração Universal de Direitos Humanos (artº 16º). No artº 24º, 25º, 26º e 64º que consagram o direito à vida e o dever de a defender e promover. A vida humana é inviolável. Condena também a pena de morte. No código deontológico da ordem dos médicos que refere a necessidade de respeitar a vida humana, desde o seu início, artigos 47º, 48º, 49º, e 50º. No código deontológico da ordem dos enfermeiros, Artigo 82º (direito à vida e à qualidade de vida); Artigo 87º (Do respeito pelo doente terminal). O parecer do CNECV - Parecer sobre aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95). O Código penal português trata este assunto com muito rigor acentuando a existência de severas penalizações no que diz respeito à prática da eutanásia.” Ver em: [http://cdn.imprensa.pt/efe/684/8198872/Posicao\\_da\\_APCP\\_-sobre-manifesto-PEut-vfinal.pdf](http://cdn.imprensa.pt/efe/684/8198872/Posicao_da_APCP_-sobre-manifesto-PEut-vfinal.pdf)

Palliative Care, num documento recentemente publicado, a prática de eutanásia e/ou suicídio assistido não é considerada parte integrante dos cuidados paliativos<sup>14</sup>.

Permitam-nos também trazer para esta reflexão os dados relativamente ao envelhecimento demográfico da sociedade portuguesa<sup>15</sup>, da solidão<sup>16</sup>, o número de pessoas que vive abaixo dos níveis de pobreza<sup>17</sup>. Estes e outros dados obrigam a um olhar ainda mais rigoroso, proactivo e imperativo quando discutimos temas como o que aqui nos propomos. De que autonomia e liberdade poderemos dispor? Como estamos a preparar-nos para poder oferecer uma resposta digna, em matéria de cuidados de saúde em fim de vida, a estas pessoas? Poderemos exercer a nossa autonomia e liberdade de escolha face a estes números e à escassez de recursos? Qual a solução face ao aumento da esperança média de vida e aos avanços permanentes da ciência e da medicina? Espera-se que a evolução e que todo o conhecimento seja utilizado no melhor interesse da sociedade e do Homem, portanto, se conseguimos que a nossa espécie seja o animal mais desenvolvido e que vive mais, importa também que esse tempo de existência seja preenchido de mais vida, com a máxima qualidade, respeito e dignidade ao invés de querermos, intencionalmente terminá-la.

Note-se que, segundo a mais evidente evidência científica, o número de doentes em fim de vida acompanhados por equipas de cuidados paliativos especializadas raramente persistem na sua expressão de vontade de que a sua morte seja antecipada. Mais, as razões invocadas para este desejo persistente estavam associadas a perceções de tempo (estas iminentemente subjetivas e voláteis), a uma necessidade de maior informação acerca do processo de morrer e, não menos relevante, o que estes doentes efetivamente desejavam era que os profissionais de saúde manifestassem a capacidade genuína de escuta ativa e de respeito, de modo a possibilitar-lhes comunicar e falar abertamente sobre o assunto. Para estes doentes, tal não era, contudo, sinónimo de que queriam, efetivamente, que o profissional de saúde lhes

---

<sup>14</sup> Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Vanden Berghe P, on behalf of the board members of the EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliat Med. First published on November 19, 2015 as doi:10.1177/0269216315616524.

<sup>15</sup> “Em Portugal a idade média da população de 26 anos, em 1950, para 38 anos, em 2000, e para 41 anos, em 2010, podendo a idade média da população chegar aos 50 anos em 2050, segundo as previsões das Nações Unidas. In. ROSA, Maria João valente - O envelhecimento da Sociedade Portuguesa – Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos.

<sup>16</sup> Há 400 mil idosos a viverem sozinhos ou isolados em Portugal. Na maioria, mulheres. Ler mais em: <http://www.cmjornal.xl.pt/domingo/detalhe/a-solidao-dos-idosos-em-portugal.html>

<sup>17</sup> O número de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social aumentou na União Europeia mais de 5%, entre 2008 e 2013. Quase um quarto da população europeia encontra-se nesta situação. Em Portugal a percentagem é maior: 27,4%.

Ver: [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/mais\\_de\\_27\\_dos\\_portugueses\\_em\\_risco\\_de\\_pobreza\\_ou\\_exclusao\\_social.html](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/mais_de_27_dos_portugueses_em_risco_de_pobreza_ou_exclusao_social.html)

antecipasse o fim de vida, causando a morte e dando cumprimento à sua vontade expressa.<sup>18</sup> Em nosso entender, estes resultados estão em consonância com a posição assumida pela EAPC quando refere que os doentes que expressem este tipo de pedido necessitam, não só do melhor controlo sintomático disponível, como também de um acompanhamento psicológico e espiritual específico e diferenciado, baseado no respeito pessoal e compreensão de uma situação de particular sofrimento e desespero.<sup>19</sup>

Relembramos as palavras de Daniel Serrão ao afirmar: “a vulnerabilidade revela no mundo humano a experiência existencial do sofrimento, motivação fundamental da esperança de «ser cuidado»<sup>20</sup>.” O princípio do respeito pela vulnerabilidade evoca duas categorias essenciais da condição humana: *finitude* e *transcendência*. Este, em estreita correlação com os princípios da autonomia, da dignidade e da integridade, constitui a base para a reflexão sobre questões éticas suscitadas na relação profissionais de saúde – pessoa doente em fim de vida.

Os contextos clínicos onde o maior número de pessoas morre<sup>21</sup> (o deslugar da morte, citando o Padre José Nuno Silva<sup>22</sup>) estão envolvidos de todas as rotinas institucionais, um espaço físico desconhecido, pessoas estranhas, máquinas, ruídos, longos corredores onde o eco de tantas vozes se revela num silêncio ensurdecedor, os constrangimentos em termos de recursos materiais, humanos... Não há espaço nem tempo para acolher a unicidade, a individualidade, o respeito pelo Ser que vive os últimos dias da sua vida. É com espanto que verificamos no manifesto a alusão ao princípio do respeito pela autonomia da vontade da pessoa como princípio absoluto e unidirecional<sup>23</sup>. Concordamos, como não poderia deixar de o ser, que a autonomia e a liberdade da pessoa em fim de vida deva ser respeitada e

---

<sup>18</sup> Pestinger M, Stiel S, Elsner F, Widdershoven G, Voltz R, Nauck F, Radbruch L. The desire to hasten death: Using Grounded Theory for a better understanding “When perception of time tends to be a slippery slope”. *Palliat Med.* 2015; 29(8):711-9.

<sup>19</sup> Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Vanden Berghe P, on behalf of the board members of the EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* First published on November 19, 2015 as doi:10.1177/0269216315616524.

<sup>20</sup> Daniel Serrão - XVIII Encontro Nacional da Pastoral da Saúde

<sup>21</sup> “Nos anos 70, em Portugal, menos de 20% dos doentes morriam nos hospitais. Em 2008, 63% das mortes ocorreram nos hospitais e a “hospitalização da morte” acontece, por vezes, em condições mínimas de respeito pela dignidade e humanidade do Doente em Fase Terminal da Vida (DeFTV) e das famílias.” In. MACHADO, Maria Céu et al. “A morte e o morrer em Portugal,” Ed. Almedina. Julho de 2011

<sup>22</sup> SILVA, José Nuno - Morte e o Morrer entre o deslugar e o lugar - «A Morte e o Morrer entre o deslugar e o lugar, Precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos» ed. Afrontamento | Porto 2012 | 478 págs.

<sup>23</sup> “A liberdade de decidir sobre si como corolário da autonomia poderá, então, justificar a prática de actos que comprometam seriamente ou ponham fim à vida?” In. Autonomia e morte, Sérgio Deodato. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_20\\_janeiro\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_20_janeiro_2006.pdf)

reafirmada, sem, contudo, deixar de recordar as palavras de Michel Renaud quando diz: “o sentido mais rico da liberdade não é o da liberdade de escolha, mas o da liberdade enquanto realização de si mesmo”<sup>24</sup>.

Deste modo, parece-nos que a autonomia, tal como a liberdade da pessoa em situação de especial vulnerabilidade, está limitada (capacidade emocional, cognitiva, em alguns casos capacidade legal), portanto, a interpretação desta autonomia de forma absoluta é desajustada, pois a decisão em saúde atendendo à sua natureza (o “objeto” do cuidado é uma pessoa, o “outro”) é sobretudo um processo de deliberação e não pode ser interpretada como: «o doente decide», «o doente é que sabe». O profissional está vinculado a dar informação, esclarecer, acompanhar, validar, negociar, mas nunca a abdicar da sua responsabilidade numa atitude defensiva e sobretudo não salvaguardando o interesse último da pessoa cuidada – beneficência, evitando qualquer ato que coloque em causa o seu bem-estar e integridade (respeitar o princípio da não-maleficência). Cada decisão em cuidados de saúde diz respeito à prática de um ato que vai repercutir-se no outro, na vida do outro, logo, o profissional, devidamente habilitado, tem o imperativo ético e deontológico de utilizar o seu “poder” (conhecimento científico, técnico e humano) para influenciar positivamente essa vida. Neste sentido, impõe-se que qualquer <sup>25</sup>decisão em matéria de cuidados de saúde (extensível aos cuidados em fim de vida) seja ética, e a função da ética, como todos sabemos, não é buscar uma unanimidade, mas evitar decisões imprudentes.

A hegemonia da autonomia, por oposição ao paternalismo médico, foi uma conquista anglo-saxónica que se ocidentalizou transformando a nossa medicina numa medicina defensiva que está a desvirtuar e a comprometer a qualidade das decisões em cuidados de saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida daqueles que são cuidados. A este propósito, entendemos ser necessária uma mudança paradigmática desde de uma autonomia meramente individual para uma autonomia relacional que possa, efetivamente, dar lugar à compaixão, solicitude e solidariedade. A autonomia individual, nesta discussão sobre a vida, deve ser interpretada através da relação dinâmica com o outro, com os outros e com o mundo. Como já vimos anteriormente, e corroborando as palavras do Padre Vasco Pinto Magalhães<sup>26</sup>, é na relação e encontro com o outro que nos encontramos e (re)descobrimos um sentido, o sentido da nossa existência e para a nossa vida.

---

<sup>24</sup> RENAUD, Michel – Liberdade e consenso. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 36 (2004)

<sup>25</sup> “Implica conhecimentos, habilidade e atitudes: Respeito mútuo, humildade intelectual, desejo de enriquecer a própria compreensão dos factos pela escuta do outro.” Diego Gracia

<sup>26</sup> MAGALHÃES, Vasco – O sentido da vida. «Cadernos de Bioética». Coimbra: Centro de Estudos de Bioética. 30 (2002).

Cumpra-nos então perguntar, como corolário, como pensar a autonomia da pessoa e a vulnerabilidade num abraço de carneira pela esperança do ser humano em estar vivo até a morte<sup>27</sup>, em ser cuidado, em compreender e rever a sua identidade e sentido da sua vida mesmo no adoecer humano, no sofrimento? A única resposta que nos parece eticamente aceitável e, portanto, humanamente apropriada é o Cuidar e, nesta, os Cuidados Paliativos<sup>28</sup>. Por isso, deixamos como repto que, antes de outras discussões, os Cuidados Paliativos possam ser uma causa nacional com o objetivo de garantir acesso para todos aqueles que deles necessitem. Um outro aspeto fundamental é a formação de todos os profissionais de saúde no sentido de fazerem boas “ações paliativas” e pelo desenvolvimento e disseminação dos Cuidados Paliativos por forma a chegarem precocemente a todos os doentes que sofrem intensamente por doenças que ameaçam a vida (de foro oncológico e não oncológico) e não por matar os doentes que sofrem. Note-se que, segundo dados do Observatório Português dos Cuidados Paliativos, somente 17% dos cursos conducentes ao exercício de profissões na área da saúde integram uma unidade curricular específica de cuidados paliativos, sendo que, no caso da medicina, somente 3 de 8 faculdades oferece esta referida unidade curricular de modo meramente optativo e, como tal, dependente do livre arbítrio e interesse do estudante. Em nosso entender, a formação deveria ser integrada na formação inicial de todos os profissionais de saúde (integrar os planos de estudo de todas as universidades e escolas que formam profissionais de saúde).

Terminamos recordando o pensamento e legado de Viktor E. Frankl na sua obra *O homem em busca de sentido*: “o carácter único e imparitilhável que distingue cada indivíduo e dá sentido à sua existência tem tanta importância no trabalho criativo como no amor humano. Quando nos apercebemos da impossibilidade de substituir uma pessoa, isso permite que a responsabilidade que cada homem tem pela sua existência e pela continuidade desta surja em toda a sua magnitude. Um homem que ganha consciência da responsabilidade que tem em relação a um ser humano que espera por ele com afeição, ou ante um trabalho inacabado, nunca será capaz de deitar for a sua vida.”

Lisboa, 24 de Março de 2016.

O Grupo de Reflexão Ética (GRÉtica) da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

<http://www.apcp.com.pt/a-associacao/grupo-de-reflexao-etica.html>

Email: [gretica@apcp.com.pt](mailto:gretica@apcp.com.pt)

---

<sup>27</sup> É, efetivamente “imperioso acabar com o sofrimento inútil e sem sentido”!

<sup>28</sup> Relembramos que a ACP organiza, nos próximos dias 7, 8 e 9 de Abril de 2016 o VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos: <http://www.apcp.com.pt/agenda/viii-congresso-nacional-de-cuidados-paliativos.html>