



ENSAIOS E DEBATES

A dignidade da pessoa humana: olhar tríade para a Política Nacional de Cuidados Paliativos

Human dignity: a triad perspective on the National Palliative Care Policy

La dignidad de la persona humana: una mirada tríada sobre la Política Nacional de Cuidados Paliativos

 Hugo de Almeida Medeiros*

 Théo Procópio de Mendonça**

 Anna Valeska Procópio de Moura Mendonça***

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) representa um marco significativo para os cuidados em adoecimento e fim de vida. **Objetivo:** Este ensaio propõe-se a analisar a PNCP sob a ótica da dignidade da pessoa humana, considerando seus fundamentos jurídicos, médicos e psicológicos.

Desenvolvimento: A análise aponta avanços positivos ao consolidar normativas, antes dispersas, e ao reconhecer a multidimensionalidade do sofrimento humano. A Política incorpora princípios constitucionais, como a universalidade e a integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando o respeito à autonomia, à dor total e às diretivas antecipadas de vontade. **Conclusão:** A PNCP, ao garantir qualidade de vida até o fim, é instrumento de efetivação da dignidade humana como direito fundamental no contexto do SUS.

Palavras-chave: Respeito. Cuidados Paliativos. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The National Policy on Palliative Care (NPPC) represents a significant milestone in care for illness and end-of-life situations. **Objective:** This essay aims to analyze the NPPC from the perspective of human dignity, considering its legal, medical, and psychological foundations. **Development:** The analysis highlights positive advances in consolidating previously dispersed regulations and acknowledge the multidimensional nature of human suffering. The Policy incorporates constitutional principles such as universality and comprehensiveness of the national health system (SUS), emphasizing respect for autonomy, total pain, and

* Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá, Brasil. E-mail: hugomedeiros886@gmail.com.

** Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, Brasil. E-mail: Theopmendonca@gmail.com.

*** Universidade Federal de Sergipe (UFS), São Cristóvão, Brasil. E-mail: avaleskaprocopio@hotmail.com.

Autor para correspondência: Hugo de Almeida Medeiros. E-mail: hugomedeiros886@gmail.com.

advance directives. **Conclusion:** Palliative care, by ensuring quality of life until the end, serves as a means of upholding human dignity as a fundamental right within the context of the SUS. **Keywords:** Respect. Palliative Care. Unified Health System.

RESUMEN

Introducción: La Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) representa un hito significativo en la atención durante el proceso de enfermedad y en el final de la vida. **Objetivo:** Este ensayo busca analizar la PNCP desde la perspectiva de la dignidad humana, considerando sus fundamentos jurídicos, médicos y psicológicos. **Desarrollo:** El análisis destaca avances positivos en la consolidación de regulaciones previamente dispersas y reconocer la multidimensionalidad del sufrimiento humano. La Política incorpora principios constitucionales, como la universalidad y la integralidad del Sistema Único de Salud (SUS), valorando el respeto a la autonomía, al dolor total y a las directivas anticipadas de voluntad. **Conclusión:** Los cuidados paliativos, al garantizar calidad de vida hasta el final, constituyen instrumentos para la efectivización de la dignidad humana como un derecho fundamental en el contexto del SUS. **Palabras clave:** Respeto. Cuidados Paliativos. Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A história da dignidade humana percorre um longo trajeto, iniciando na Antiguidade com as reflexões de filósofos como Zenon, Aristóteles e Cícero, passando pela influência do Cristianismo no valor universal do ser humano. Na Idade Média, pensadores como Tomás de Aquino aprofundaram o conceito ligado à fé e à razão. No Iluminismo, a dignidade assumiu um caráter racional e universal, consolidado pela Declaração dos Direitos do Homem de 1789. Após os horrores da Segunda Guerra Mundial, o conceito foi juridicamente positivado, ganhando destaque na Declaração Universal de 1948 e em constituições modernas, como a brasileira de 1988, sendo um pilar essencial do Estado Democrático de Direito (Pires; Pozzoli, 2020).

A dignidade da pessoa humana, no cenário de adoecimento, constitui princípio basilar que deve nortear toda prática de cuidado, proporcionando ao paciente e seus familiares o respeito integral aos seus valores, autonomia e bem-estar, mesmo diante da finitude da vida. Até porque a dignidade deve ser o fundamento ético no amparo a pessoas gravemente enfermas, resguardando-lhes a autonomia, respeito, compaixão e o direito ao alívio do sofrimento físico, emocional, social e espiritual (Rego; Gomes; Siqueira-Batista, 2008).

É importante ressaltar que é justo, ético e respeitoso ofertar ao paciente em adoecimento e seus familiares a dignidade que merece sob os cuidados necessários. Isso inclui os Cuidados Paliativos (CP), que consistem em melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que encaram os desafios associados às doenças que ameaçam a continuidade da vida e que geram sofrimentos físicos, emocionais e espirituais (Brasil, 2024a).

Em 2024, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) foi publicada e trouxe consolidação e adaptação da temática à contemporaneidade, atualizando o que já estava majoritariamente acordado em cuidado paliativo pelas portarias previamente publicadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024a).

A institucionalização da PNCP teve como principal objetivo assegurar cuidado diante do processo de adoecimento e fim de vida para pessoas com doenças ameaçadoras, aliviando a dor e o sofrimento físico, emocional, social e espiritual de pacientes e familiares (Salman *et al.*, 2024).

A conquista desse fato se deve, também, à participação social pelo Movimento da Frente PaliATIVISTA, criado em fevereiro de 2023 para mobilizar a sociedade em torno da aprovação da PNCP. Isso porque o Brasil apresentava uma posição crítica no ranqueamento internacional sobre qualidade de morte com base em indicadores, como acesso a serviços, disponibilidade de medicamentos essenciais (como morfina), financiamento, políticas públicas e integração dos CP aos sistemas de saúde. Estudo comparativo entre 81 países, conhecido como *Quality of Death Index*, descreve o Brasil ocupando a 79ª posição, neste ranking, evidenciando a precariedade da realidade brasileira e enfatizando a necessidade social para transformação desse contexto (Finkelstein *et al.*, 2022).

A Política, inédita no país, busca possibilitar uma assistência humanizada. Antes, com o atendimento limitado, a escassez de profissionais com formação paliativa e as barreiras culturais, os serviços estavam concentrados nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com consequente ausência nas regiões Norte e Nordeste. A partir da Política, três eixos guiam os cuidados paliativos no SUS (Brasil, 2024a).

Este ensaio foi motivado pelas seguintes questões disparadoras: a PNCP apresenta as referências necessárias acerca do componente nuclear da Constituição Federal (CF) de 1988 – a dignidade da pessoa humana, Art. 1º, inciso III – em sua efetivação plena, promotora e paladina de uma vida com menos sofrimento para o paciente? Considera os aspectos da atenção à saúde e da dimensão emocional? O objetivo foi analisar a PNCP sob a ótica da dignidade da pessoa humana, considerando seus fundamentos jurídicos, médicos e psicológicos.

A construção do texto foi baseada na análise documental (Oliveira; Dadalto, 2025). O documento de análise do ensaio foi o da PNCP, publicada em 7 de maio de 2024 (Brasil, 2024a), trazendo apontamentos sobre a dignidade numa visão jurídica, médica e psicológica.

Para a análise, foram identificados pontos nos capítulos da Política que suscitam informações para a compreensão de um cuidado digno em adoecimento em CP e fim de vida.

Após a leitura analítica, foram construídos apontamentos com a fundamentação teórica na possibilidade de registrar significativas reflexões para o cuidado já descrito numa compreensão hermenêutica. Conforme argumenta Schmidt (2006), a experiência interpretativa é um movimento de diálogo com o texto. Nela, o intérprete coloca-se numa posição de observador para consolidar sua leitura, buscando compreender o que o texto pretende dizer e, assim, construir sua significação.

ANÁLISE DA PNCP E SUA RELAÇÃO COM A DIGNIDADE HUMANA

A importância da PNCP – instituída no Brasil pela Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024 (Brasil, 2024a) e que conta com 625 mil pessoas com necessidades de cuidados desse gênero, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2024b) – é inegável. Panorama esse bem explicitado no texto de Andrade e Souza (2024),

No Brasil, país de dimensão continental, a necessidade desse tipo de cuidado [Cuidado Paliativo] é alarmante. [...] A maioria dos serviços paliativos está concentrada em grandes centros urbanos, deixando uma grande parcela da população desassistida. Ressalta-se também, que os cuidados paliativos no Brasil são limitados e desiguais. Existem iniciativas e unidades especializadas em algumas regiões, mas o acesso é restrito. Muitos pacientes acabam sem o suporte necessário, enfrentando dores e desconfortos que poderiam ser mitigados com um tratamento adequado,

acarretando a uma má qualidade de morte. A escassez de profissionais qualificados e a falta de recursos agravam essa situação (p. 2).

A integração dos CP ao Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe a possibilidade de agregar e de alterar tal cenário. Com isso, o contexto dos CP passa a ter um aspecto mais uniforme, homogêneo e aplicável.

De início, cabe salientar a natureza da PNCP exposta logo em seu Art. 1º. Foi instituída por meio de Portaria advinda do Ministério da Saúde. A Portaria é um ato normativo interno por meio do qual agentes investidos da função administrativa, como os ministros e seus secretários, por exemplo, podem estabelecer regras, tratam da organização e do funcionamento de serviços ou baixam instruções para aplicação das leis (Brasil, 2010).

Acrescenta-se que o conceito de ato administrativo, segundo a doutrina majoritária no campo do direito administrativo, pode ser definido “[...]como a declaração do Estado ou de quem o represente, que produz efeitos jurídicos imediatos, com observância da lei, sob regime jurídico de direito público e sujeita a controle pelo Poder Judiciário” (Di Pietro, 2024, p. 152).

Pode-se evidenciar, assim, a natureza administrativa e diretiva da Portaria que instituiu a PNCP no âmbito do SUS, determinando a oferta e a organização desse CP para dentro do sistema de saúde brasileiro, e o entendimento, no Art. 1º do capítulo I da PNCP, sobre cuidado paliativo e sua abrangência (Brasil, 2024a). Em adição, a potencialização do cuidado paliativo no SUS, não é só eficaz para maximizar seu alcance, mas também encontra ressonância no princípio da universalização, cuja definição baseia-se na saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas. Cabe ao Estado assegurar tal direito, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (Brasil, 2024c).

Muitos serão os caminhos e ações que deverão ser realizados para que se alcance a consolidação da PNCP no Brasil. Não se pode deixar de reconhecer, entretanto, que a saúde é um direito de todos e, nesse aspecto, os CP também integram esse conceito, como cuidado necessário para quem adoece e quem morre.

Analisando a PNCP e levando em consideração a dignidade da pessoa humana, tem-se no Art. 2º da Portaria (Brasil, 2024a, p. 1) os princípios deste cuidado, dentre os quais serão discutidos:

- I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;
- II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;
- III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;
- IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;
- V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;
- VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;
- VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;
- VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;

- IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;
- X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e
- XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

É possível evidenciar o respaldo que esses princípios encontram na CF de 1988 (Brasil, 1988), também conhecida como Constituição Cidadã. Essa relação é encontrada no instante em que os incisos I, II e IV do Art. 2º da PNCP abordam temas como a valorização da vida, o respeito aos valores dos cidadãos e a oferta dos CP em todo o ciclo de vida da pessoa. Com destaque também para o inciso III, o qual trata sobre a autonomia do indivíduo durante o processo, o que é sustentado pelo princípio da preservação da autonomia no inciso III do Art. 7º do SUS. Todos esses princípios corroboram a promoção de medidas de acesso à vida digna da pessoa, o que constitui o princípio da dignidade da pessoa humana estatuído no Art. 1º, inciso III da CF (Brasil, 1988). E essa promoção constitui um dos deveres do Estado, assim como propõe o Art. 196 também da CF, *in verbis*:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 118-119).

De modo análogo ao analisado, o Art. 6º da CF (Brasil, 1988), o qual trata dos direitos sociais e isso inclui direito à saúde, consubstanciado com o Art. 196, eleva o direito fundamental à saúde a uma compreensão mais autônoma e relevante, assim como ponderou o ministro do Supremo Tribunal Federal Luiz Fux:

O direito fundamental à saúde, embora encontrando amparo nas posições jurídico-constitucionais que tratam do direito à vida, à dignidade da pessoa humana e à proteção da integridade física (corporal e psicológica), recebeu no texto constitucional prescrição autônoma nos arts. 6º e 196 [...] Mesmo que situado, como comando expresso, fora do catálogo do art. 5º da CF/88, importante destacar que o direito à saúde ostenta o rótulo de direito fundamental, seja pela disposição do art. 5º, § 2º, da CF/88, seja pelo seu conteúdo material, que o insere no sistema axiológico fundamental - valores básicos - de todo o ordenamento jurídico (Brasil, 2007, p. 314).

O direito à saúde é extremamente relevante para a CF, sendo estabelecido como um direito fundamental para um país que almeja dignidade e bem-estar para a sua população. O Ministério da Saúde imbuíu os princípios da PNCP com esse raciocínio, garantindo que seja constitucionalmente positivo essa inclusão dos CP no SUS.

Além disso, cabe o destaque ao Estado moderno, acerca do constitucionalismo – o qual consistiu em um processo de positivação dos direitos naturais – e o que seria uma constituição autêntica para compreendermos melhor o porquê uma lei fundamental de um país necessita de critérios para ser correspondente aos valores fundamentais de determinada sociedade. O movimento que deu origem à ideia de constituição dentro de um Estado possui o nome de constitucionalismo, configurado em uma mudança de paradigma da metafísica

(direito natural) para a racionalidade do aparato jurídico estatal, e que ganhou força na derrocada do período medieval o qual surgiram as primeiras constituições, marcadas pela luta contra o absolutismo monárquico. Acerca do conceito de Estado constitucional, trata-se de um Estado enquadrado num sistema normativo fundamental, o qual seria a constituição, surgido paralelamente ao Estado democrático e possuindo como fulcro o constitucionalismo (Dallari, 1998).

E por fim, uma constituição possui dois sentidos, o formal e o material. O primeiro consiste em uma norma que adquiriu o status de constitucional somente pelo processo de elaboração e pela autoridade competente, porém, sem possuir na sua hipótese normativa um conteúdo pertencente à norma constitucional. Enquanto o segundo – sentido material – significa que uma norma com conteúdo típico de constituição, por exemplo versar sobre diferenciação de tarefas estatais, mecanismos de bloqueios e de cooperação entre os detentores do poder, assim como mecanismos de adaptação ao desenvolvimento social e por fim direitos individuais, só com a presença do sentido material uma constituição, pode caracterizar-se como verdadeiramente autêntica, escapando de realidades ditatoriais mascaradas com pseudo autenticidade (Dallari, 1998).

Dessa forma, com base no exposto, a CF brasileira só poderia ser considerada autêntica se de fato apresentasse os direitos individuais do povo, fato esse que corroborou o Art. 60, § 4º, inciso IV da CF, que versa sobre os direitos e garantias individuais, que são cláusulas pétreas. Tais direitos são entendidos pela doutrina majoritária como os direitos fundamentais (Art. 5º ao 17º da CF), dentre os quais está expressamente aduzido o direito à vida e implicitamente o direito aos CP.

Ao abordar a dignidade da pessoa humana, é essencial incluir o conceito de uma morte digna e, por consequência, os cuidados que devem ser oferecidos aos pacientes frente a doenças ameaçadoras da vida. O cuidado com a saúde começa no nascimento, mas, ao contrário do que muitos acreditam, não se encerra com a morte, uma vez que o sofrimento físico e emocional dos familiares que perderam um ente querido também deve ser levado em conta (Oliveira; Dadalto, 2025, p. 9).

Com efeito, é evidente que há uma relação intrínseca entre dignidade da pessoa humana e morte digna, o que resulta nos CP como direito fundamental implicitamente contido na CF (Brasil, 1988). Essa análise é válida devido a uma série de fundamentos construídos ao longo do tempo e historicamente relevantes para consagrar tal status aos CP. O cuidado paliativo é um direito humano internacional, destacando-se o Pacto de São José da Costa Rica (Convenção Americana de Direitos Humanos) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), dos quais o Brasil é signatário, ou seja, vincula-se ao Estado brasileiro o dever de promover esses direitos e consagra os CP como direito humano e fundamental à saúde (Oliveira; Dadalto, 2025).

Sendo os CP um direito fundamental que se caracteriza pela universalidade para todas as pessoas, pelo núcleo mínimo de proteção da dignidade e pela não-taxatividade, não são excluídos os direitos fundamentais implícitos, cabendo sua efetividade ao poder público (Bonavides, 2015).

Acerca dos princípios expressos na PNCP, é evidente que albergam a essência dos CP como direito fundamental. Apesar desta Política ser um ato administrativo, a dignidade da pessoa humana, de acordo com a análise tecida anteriormente, é um direito fundamental que para não ser violado necessita do respeito, e a Política possui uma miríade de diretrizes

dentro do SUS capazes de concretizá-lo. Não adianta, no entanto, a mera formalização de um texto normativo, é preciso a efetivação e meios de implementação da Política garantidos por parte do Estado, como sua integração às demais políticas, econômicas e sociais (Oliveira; Dadalto, 2025).

Além disso, o Estado brasileiro sob a égide da influência e das características do neoconstitucionalismo, deve atuar como agente ativo na criação de condições para efetivação dos direitos (Dallari, 1998).

Desse modo, para tal efetivação ocorrer é preciso a compreensão não só para os campos da saúde, mas para os processos de adoecimento e terminalidade da vida. Já que o ser humano, como ressalta Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), “não se define, em sua relação com o mundo, apenas pela sua anatomia” (p. 91). Estar saudável ou doente não é o bastante para avaliar a posição em que o paciente se encontra na vida. É importante reconhecer a criatividade nos atos possíveis ou limitantes e nos cenários de adoecimento e fim de vida (Czeresnia; Maciel; Oviedo, 2013). E quando o assunto é a morte desvela os tabus que a sociedade Ocidental enfrenta (Ariès, 1977).

Como destaca Ariès (1977), a morte, que na Idade Média era vivenciada de forma familiar, coletiva e naturalmente integrada ao cotidiano, a chamada “morte domada” passou, nas sociedades ocidentais contemporâneas, a ser ocultada e silenciada. Essa mudança dá origem à chamada “morte interdita”, marcada pela medicalização do morrer, pelo afastamento do convívio familiar e pela transformação do fim da vida em um evento técnico, individualizado e temido.

Pode-se perceber no inciso I e VIII do Art. 2º, a consideração da morte como um fenômeno natural, respeitando seu tempo sem acelerar nem adiar sua concretude (Brasil, 2024a). É necessário tal compreensão que, ao mesmo tempo, é um grande desafio para as sociedades que desmerecem e evitam tal concretude, pois é um processo que demanda sofrimento. Esse, de acordo com Moreira e Holanda (2010), seria uma oportunidade para a realização da existência, já que, mesmo diante da dor que não pode ser evitada, o ser humano tem a capacidade de ressignificar tal experiência.

Os profissionais da saúde, nesse cenário, devem abster-se de condutas que configurem obstinação paliativa, entendida como a adoção de medidas desproporcionais que, em vez de promoverem o alívio e reconhecimento do sofrimento passam a adotar medidas desproporcionais ou inadequadas na tentativa de apaziguar todas as questões, inclusive as impossíveis. Tal conduta decorre, frequentemente, da incapacidade em reconhecer a terminalidade da vida, sendo impulsionada por fatores como angústia existencial, pressões familiares, deficiências na formação ética e uma cultura biomédica marcada pela hipervalorização da intervenção técnica, podendo desencadear mais sofrimento (Hoffmann; Forte, 2025).

No inciso VII do Art. 2º da PNCP é salientado a multidimensionalidade desse sofrimento, em sua faceta física, psicoemocional, espiritual e social. Ou seja, é importante considerar a complexidade da existência em seus ditames legais, subjetivos, sociais e espirituais, como destaca os apontamentos da PNCP (Brasil, 2024a, p. 2):

§ 1º No âmbito dos cuidados paliativos, as dimensões de que trata o inciso VII do caput podem ser compreendidas da seguinte forma:

I - física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas 9como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa;

II - psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empática, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento;

III - espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e

IV - social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.

§ 2º A DAV de que trata o inciso XII do caput compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais.

Essa análise holística do tratamento, respeitando a complexidade da vida e do adoecer para além dos âmbitos familiares, é consonante com as diretivas dos Arts. 2º e 3º, parágrafo único da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), que por sua vez utiliza-se da compreensão adotada pela Organização Mundial da Saúde para o conceito de saúde, *in verbis*:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990, p. 1).

A análise mostra a capacidade da PNCP de refletir preceitos, tanto constitucionais e jurisprudenciais, quanto das demais leis que versam sobre saúde. Tal vinculação às fontes do direito que a PNCP foi capaz de construir acarreta uma imagem de legalidade e de credibilidade para a nova Política pública. Até porque, quando se fala em CP, é imprescindível reconhecer que existe a valorização da vida e reconhecimento do adoecimento e da morte como um movimento da própria existência. Desse modo, não se pode negar que a terminalidade da vida, segundo Heidegger (1993), é uma possibilidade sempre presente no existir humano, sendo a única certeza do ser e aquilo que confere autenticidade às escolhas e ao modo de estar no mundo.

Não basta reconhecer a inevitabilidade da morte. É imprescindível dispor de conhecimento, habilidade e sensibilidade para cuidar quando a doença se agrava e o morrer se anuncia. Conforme assinalam os incisos IV e VII do Art. 2º da PNCP, o sofrimento assume

dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, exigindo uma assistência impecável que responda a essas múltiplas necessidades (Brasil, 2024a).

Nesse mesmo horizonte de cuidado integral e humanizado, o inciso XII introduz as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), pelas quais o paciente manifesta, de antemão, seus desejos para eventuais situações de incapacidade, sendo o testamento vital uma de suas modalidades. Respeitar tais diretivas é conduta ética e expressão do princípio da autonomia. Como esclarece Dadalto (2022), as DAV vão além do contexto terminal e não se confundem com o testamento vital, ainda que este se inclua nelas. A Resolução CFM nº 1.995/2012 (Brasil, 2012) e o Código de Ética Médica (Art. 38º e Art. 46º) asseguram sua validade sempre que compatíveis com a condição clínica e com os preceitos éticos e legais da prática médica (Brasil, 2018).

Para que essas vontades – manifestadas por escrito ou verbalmente – sejam devidamente consideradas, é essencial que os CP estejam integrados ao SUS em todos os níveis de atenção, como orienta a PNCP no Art. 3º (Brasil, 2024a, p. 2):

- I - ampliação dos cuidados paliativos e acesso universal a eles em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS, com equidade, integralidade, qualidade assistencial e humanização no atendimento;
 - II - promoção da regionalização dos serviços de cuidados paliativos em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais;
 - III - regulação assistencial transparente, com base em diretrizes clínicas e estratificação para prioridade no alívio do sofrimento;
 - IV - fortalecimento da atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, por meio da corresponsabilização, integralidade do cuidado e compartilhamento das decisões de saúde entre os pontos de atenção da referida rede;
 - V - estímulo a ações de sensibilização na RAS para o uso racional de opioides;
 - VI - fomento à coordenação do cuidado e à continuidade assistencial, por meio de planejamento da estruturação dos fluxos assistenciais na oferta de serviços de cuidados paliativos;
 - VII - fomento ao autocuidado apoiado e à prevenção de doenças, bem como ao diagnóstico precoce e ao tratamento modificador da doença;
 - VIII - estímulo a práticas de gestão e de processos de trabalho que assegurem a inserção das ações de cuidado paliativo em toda a RAS;
 - IX - estímulo ao uso de soluções de tele saúde visando assegurar a continuidade do cuidado e evitar deslocamentos e procedimentos desnecessários à pessoa cuidada;
 - X - estímulo à elaboração de um conjunto de medidas e recursos sociofamiliares que preservem ao máximo a autonomia da pessoa em seu modo de viver;
 - XI - estímulo à adoção de estratégias de educação em cuidados paliativos;
 - XII - estímulo à participação da sociedade e à atuação do controle social, por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no processo de implementação, monitoramento e avaliação da PNCP;
 - XIII - incentivo e apoio ao desenvolvimento de comunidades compassivas, reforçando o papel de articuladoras no território;
 - XIV - reconhecimento e respeito às diversidades socioculturais e aos diversos modos de vida, promovendo o enfrentamento do racismo estrutural, da aporofobia e do capacitismo; e
 - XV - fomento à produção e disseminação de conhecimentos, à inovação e ao desenvolvimento científico e tecnológico no campo dos cuidados paliativos, por meio da articulação entre governos e instituições de ensino, pesquisa e/ou desenvolvimento.
- Parágrafo único. As comunidades compassivas de que trata o inciso XIII do caput são iniciativas de cunho voluntário e comunitário destinadas a amparar pessoas com doenças que ameaçam a continuidade da vida e seus entes queridos, ampliando o acesso aos cuidados paliativos.

O conteúdo dos incisos do artigo supracitado cinge-se em torno da relação dos CP e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa rede é definida como “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 3). Seu objetivo basilar é:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Brasil, 2010, p. 3).

A RAS organizada dentro do SUS torna mais eficiente a disponibilização e a sistematização do serviço de saúde no Brasil, facilitando o caminho do paciente até seu local de tratamento adequado. Nesse fluxo analítico, se a PNCP se relaciona com os serviços do SUS por meio da RAS, os CP podem se tornar parte concreta dos centros constitutivos da rede de saúde e efetivar o princípio da integralidade do SUS, compreendendo as pessoas e suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, como tratamento, reabilitação e promoção da saúde. Além disso, tal princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2010).

Nessa proposta, as diretrizes da PNCP asseguram que qualquer pessoa, em qualquer fase da vida, tem direito aos CP durante o adoecimento e no fim da vida. Para isso, é essencial uma rede de atenção integrada, com profissionais capacitados e ações que ampliem o conhecimento da população sobre esse modelo de cuidado. Como destaca o Art. 4º, é necessário romper com o preconceito cultural que associa CP apenas à terminalidade, visão equivocada que limita o acesso a uma assistência que pode promover qualidade de vida (Souza, 2022).

Para que a sociedade possa compreender os CP é importante, como enfatiza a pesquisadora da Fiocruz Valéria Lino, vencer o preconceito. Muitas pessoas acreditam erroneamente que os CP são destinados apenas a pacientes terminais, como se fossem uma forma de “desistir” da vida (Souza, 2022). Essa visão cultural impede que muitos pacientes e familiares tenham acesso a uma assistência que pode melhorar expressivamente a qualidade de vida, como revela o Art. 4º dos objetivos da PNCP (Brasil, 2024a, p. 3).

- I - integrar os cuidados paliativos à RAS, com ênfase na atenção primária;
- II - promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos, por meio de atenção à saúde segura e humanizada;
- III - ampliar a disponibilidade de medicamentos que promovam o controle seguro dos sintomas da pessoa em cuidados paliativos;
- IV - estimular a formação, a educação continuada, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em cuidados paliativos no âmbito do SUS; e
- V - promover a conscientização e a educação sobre cuidados paliativos na sociedade.

Há um destaque para o valor da vida no sentido de proporcionar um tempo de cuidado humanizado, com acesso a medicamentos importantes para o controle da dor total (física, emocional e espiritual), ampliando a assistência para a rede de saúde com educação continuada, salientado no Art. 4º e no Art. 6º (Brasil, 2024a):

Art. 6º A PNCP contemplará ações de estímulo à educação em cuidados paliativos com incentivo:

I - à formação e educação continuada de profissionais da RAS; e

II - à realização de atividades educativas direcionadas à população em geral.

Os apontamentos dos artigos, até então citados, são importantes porque o progresso da ciência e a melhoria das condições sociais elevaram a expectativa de vida da população, fazendo com que doenças, antes fatais, se tornassem crônicas e controláveis por períodos mais longos, especialmente com o início precoce dos CP. São cuidados que favorecem a dignidade dos pacientes ao longo do tratamento, sobretudo quando a doença se torna incurável e os tratamentos deixam de oferecer controle razoável do quadro clínico (Sá; Sá, 2024).

Para os pacientes, a presença e o cuidado da equipe de saúde expressam conforto, reduzem a ansiedade e aliviam sentimentos de solidão (Liu *et al.*, 2023). O início dos CP deve ocorrer já no diagnóstico (Art. 2º, inciso VI), acompanhando todo o tratamento e gerenciando de forma eficaz os sintomas. O alívio da dor e do estresse físico, a suspensão de intervenções desnecessárias, o conforto, o trato cuidadoso e a realização de exames somente quando necessários, são metas importantes e valorizadas pelos pacientes (Blinderman; Billings, 2015), conforme expressa o Art. 4º dos objetivos da PNCP (Brasil, 2024a).

Nesse processo, é essencial considerar a subjetividade dos sintomas e os múltiplos fatores, Art. 2º, inciso VII da PNCP (Brasil, 2024a), que influenciam sua percepção e expressão, como os aspectos biológicos, cognitivos, sociais, culturais e afetivos (Gomes; Othero, 2016).

Diante desse contexto, a comunicação é um elemento essencial no cuidado paliativo. Conforme expressa no inciso XI do Art. 2º da PNCP, quando afirma que a comunicação precisa ser sensível e empática, com respeito ao diálogo honesto tanto para o paciente como seus familiares (Brasil, 2024a). Percebe-se que, quando bem conduzida, promove o bem-estar de todos envolvidos no processo, entretanto falhas no diálogo ou omissões aumentam a angústia e comprometem a confiança no serviço. Tal comunicação vai além do conteúdo verbal, envolvendo sensibilidade, postura e olhar, sendo parte importante da terapia para pacientes em adoecimento e fim de vida (Porto; Lustosa, 2010; Andrade; Costa; Lopes, 2013).

Diante dos desafios já mencionados, é fundamental voltar o olhar para as equipes assistenciais de toda a rede SUS, reconhecendo seu papel e a necessidade de preparo para lidar com esse tema. Esse aspecto é reforçado pelo Art. 8º, conforme destacado a seguir (Brasil, 2024a, p. 4):

Art. 8º No contexto dos cuidados paliativos, as equipes assistenciais e respectivos profissionais dos pontos de atenção da RAS devem:

I - realizar avaliações abrangentes da pessoa cuidada para promoção do alívio da dor e outros sintomas, considerando suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais e sociais;

II - elaborar plano de cuidados paliativos para execução continuada e integrada à RAS, com navegação do cuidado, conforme o caso;

III - realizar controle de sintomas físicos, em tempo oportuno, promovendo o máximo de conforto e qualidade de vida à pessoa;

IV - realizar escuta qualificada das necessidades espirituais e providenciar a assistência desejada, conforme a crença e a vontade da pessoa;

V - manter comunicação aberta com a pessoa e sua família ou cuidador, favorecendo a troca de informações sobre a condição clínica da pessoa cuidada, opções de cuidados e expectativas quanto ao processo de cuidados paliativos;

VI - atuar para a tomada de decisão compartilhada, manifestação e formalização das preferências da pessoa em cuidados paliativos, por meio de DAV e em conformidade com os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança;

VII - aplicar protocolos de comunicação envolvendo a pessoa, respeitando suas particularidades e necessidades, bem como seu direito à recusa de tratamentos e procedimentos, à autodeterminação e ao alívio da dor e, quando necessário, acionar o comitê de bioética respectivo, conforme estabelecido pelas normas da instituição e dos Conselhos Profissionais; e

VIII - prestar assistência no processo de luto e nos cuidados pós-morte aos familiares da pessoa cuidada.

O Art. 8º da PNCP especifica com precisão os cuidados que devem ser executados pela equipe assistencial nesse cenário (Brasil, 2024a). Fica evidente que ainda há demanda significativa de desenvolvimento nessa área, desde o controle da dor e de outros sintomas até a elaboração de um plano de cuidado alicerçado em uma relação eticamente humanizada, que considere as necessidades espirituais, físicas, psicológicas e sociais do paciente, por meio de escuta qualificada. Todo esse processo deve buscar contemplar o acolhimento à família, acompanhando-a de forma contínua durante o adoecimento, a morte e o luto.

Essas ações de amparo e assistência necessitam estar institucionalizadas em cada porta de entrada do SUS, respeitando as peculiaridades e competências operacionais de cada nível de atenção. Isso inclui a Atenção Primária à Saúde, o cuidado domiciliar, o atendimento ambulatorial, os serviços de urgência, a atenção hospitalar e as unidades de cuidados permanentes, conforme dispõe o Art. 9º da PNCP (Brasil, 2024a, p. 5):

Art. 9º No contexto dos cuidados paliativos, são competências e atribuições dos pontos de atenção da RAS:

I - atenção primária: abrange a oferta de um conjunto de ações de saúde em cuidados paliativos, no âmbito individual e coletivo, por meio dos diferentes tipos de equipe existentes, nas unidades básicas de saúde, domicílios e territórios, com fundamento na Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017;

II - atenção domiciliar: indicada para pessoas que necessitam de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou domicílio, ofertada por equipes da atenção primária ou pelos Serviços de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa, atuando em articulação com a família, RAS e comunidade do território, de forma que o domicílio seja o principal local de cuidado, observando-se o Projeto Terapêutico Singular - PTS explícito no prontuário da pessoa;

III - ambulatorios de atenção especializada: deverão ser estruturados para promover cuidado longitudinal conforme momento clínico da doença, podendo ser o ponto de atenção principal do cuidador ou matriciador, auxiliando no controle de sintomas e na melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, de forma integrada aos demais dispositivos da RAS e desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;

IV - serviço de urgência: prestará cuidados paliativos para alívio dos sintomas agudizados, garantindo o conforto e a dignidade da pessoa, assim como de seus familiares e cuidadores, nas suas diversas modalidades e considerando as particularidades de atendimentos da rede, conforme se segue:

a) disponibilização de transporte sanitário para garantir cuidado digno e deslocamento adequado, em tempo oportuno;

b) atuação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 nos casos de remoção da pessoa de um ponto de atenção, domicílio ou via pública para outro ponto da RAS, considerando a regulação médica e com foco na promoção do conforto, desde que decidido em conjunto com a pessoa e/ou família;

c) realização de atendimentos de intercorrências de agravamento de sintomas, processo ativo de morte e óbito domiciliar pelo SAMU 192 visando ao controle de sintomas, acolhimento da pessoa no processo de morte e luto familiar, em especial no período noturno e finais de semana, garantindo a atestação do óbito em documentação regulamentada; e

d) reconhecimento e tratamento de pessoas em situação de cuidados paliativos para alívio da dor e demais sintomas não controlados em domicílio ou ambulatório pelas Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h e PA;

V - atenção hospitalar: voltado a acolher e direcionar o plano de cuidado, incluindo controle de sintomas, construção e revisão do plano avançado de cuidados, identificação do processo de morte, bem como acolhimento e orientações à família durante o processo da doença e luto; e

VI - unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados: devem realizar a abordagem em cuidados paliativos para as pessoas sob esta vivência e seus familiares.

Parágrafo único. A equipe de atenção primária poderá realizar os cuidados paliativos de forma integrada com os outros pontos de atenção da RAS, utilizando-se do mesmo plano de cuidado.

O Art. 9º da PNCP dispõe sobre as competências e atribuições dos diversos níveis da RAS, determinando que a atenção paliativa deve ser ofertada de forma contínua, articulada e integrada em todos os pontos de cuidado (Brasil, 2024a). A norma estabelece que a atenção primária, domiciliar, ambulatorial, de urgência, hospitalar e as unidades especializadas em cuidados prolongados possuem deveres específicos no acompanhamento de pacientes em sofrimento, garantindo a dignidade, o conforto e a qualidade de vida por meio de ações como o controle de sintomas, a escuta qualificada, o apoio à família e a atuação diante do processo de morte e luto. Ressalta-se, ainda, a obrigatoriedade da atuação em rede, com base em plano de cuidado único e integrado, observando-se os princípios da continuidade assistencial, proporcionalidade terapêutica e respeito à autonomia da pessoa cuidada.

Dessa forma, com base nos fundamentos apresentados ao longo deste artigo, evidencia-se a necessidade de organização sistêmica e ética dos CP como expressão de um dever institucional e humano, diante do respeito à dignidade do paciente e seus familiares.

Como limitação, ressalta-se que este ensaio tem caráter documental e interpretativo, centrado na análise da PNCP sob a ótica da dignidade da pessoa humana. Não se buscou avaliar a efetividade prática da política, mas sim, seus fundamentos normativos e conceituais, o que confere ao trabalho um caráter reflexivo e exploratório

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da PNCP evidencia sua relevância normativa e simbólica no âmbito do SUS. Fundamentada no princípio da dignidade da pessoa humana, a Política configura-se como marco jurídico e ético ao reconhecer que o cuidado, inclusive perante a terminalidade da vida, deve ser integral, humanizado e centrado na pessoa.

O referido instrumento normativo delineia os referenciais vinculados à dignidade, ao reconhecer o sofrimento em sua dimensão multidisciplinar-multiprofissional e ao propor diretrizes objetivas para seu alívio, como o controle da dor, a escuta qualificada e a valorização da autonomia do paciente e do suporte familiar. Dentre os avanços institucionais, destacam-se as DAV, a estruturação das equipes multiprofissionais e a articulação com a

RAS, reforçando a responsabilidade do Estado em assegurar não apenas o direito à vida, mas à vida com dignidade, inclusive no processo do morrer, com a pessoa-paciente como sujeito de direitos e protagonista de suas escolhas.

Ressalte-se, todavia, que a plena efetividade da PNCP exige mais do que sua positivação normativa e impõe a qualificação profissional, a mobilização da sociedade e o aporte de recursos adequados. Ao integrar cuidado, compaixão e justiça, a PNCP contribui para a consolidação de práticas equitativas e humanizadas no SUS e na sociedade brasileira. Isso é dignidade.

Referências

- ANDRADE, J. V.; SOUZA, J. C. M. de. Avanços e desafios da política nacional de cuidados paliativos no Brasil. **Revista de Medicina**, Brasília, v. 103, n. 3, e-225623, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v103i3e-225623>. Acesso em: 13 maio 2025.
- ANDRADE, C. G.; COSTA, S. F. G.; LOPES, M. E. L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tqWXjVYtStQDbm7BXGhc7cn/>. Acesso em: 13 maio 2025.
- ARIËS, P. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1977.
- BLINDERMAN, C. D.; BILLINGS, J. A. Comfort care for patients dying in the hospital. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 373, p. 2549-2561, 2015. Disponível em: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Palliative-care-in-hospital.pdf>. Acesso em: 7 set. 2025.
- BONAVIDES, P. **Curso de direito constitucional**. 29. ed. São Paulo: Malheiros, 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm?utm. Acesso em: 12 jul. 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.
- BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Acórdão n. 811.608-751.098 (REsp 811.608/RS), Relator Ministro Luiz Fux. Julgado em 15 de maio de 2007. **Diário da Justiça da União**, Brasília, p. 314, 2007. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn:lex:br:superior.tribunal.justica;turma.1:acordao;resp:2007-05-15;811608-751098>. Acesso em: 8 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 jul. 2025.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre o registro eletrônico de prontuário e a utilização de sistemas informatizados na assistência médica. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>. Acesso em: 9 set. 2025.
- BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>. Acesso em: 9 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2024a. Disponível em: https://site-medway.s3.sa-east-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/sites/5/2025/02/05115548/PORTARIA-GM_MS-No-3.681-DE-7-DE-MAIO-DE-2024-PORTARIA-GM_MS-No-3.681-DE-7-DE-MAIO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf?utm. Acesso em: 12 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança política inédita no SUS para cuidados paliativos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2 dez 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/ministerio-da-saude-lanca-politica-inedita-no-sus-para-cuidados-paliativos>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 12 jul. 2025.
- CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2013.
- DADALTO, L. **Testamento vital**. 6. ed. São Paulo: Editora Foco, 2022.
- DALLARI, D. **Elementos de teoria geral do Estado**. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

- DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 37. ed. São Paulo: Atlas, 2024.
- FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. **Journal of pain and symptom management**, Plymouth, v. 63, n. 4, e419-e429, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421006734>. Acesso em: 22 set. 2025.
- GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://revistas.usp.br/eav/article/view/124275/120601>. Acesso em: 10 set. 2025.
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 2. ed. Trad. Fausto Castilho. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.
- HOFFMANN, L. B.; FORTE, D. N. Palliative obstinacy: when palliative care approaches therapeutic obstinacy. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 2025, p. 1-10, 2025. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2025.0146>. Acesso em: 17 jun. 2025.
- LIU, Y. J. *et al.* The clinical effect evaluation of multidisciplinary collaborative team combined with palliative care model in patients with terminal cancer: a randomised controlled study. **BMC Palliative Care**, London, v. 22, n. 1, p. 71, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01192-7>. Acesso em: 12 jun. 2025.
- MOREIRA, N.; HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico USF**, Bragança Paulista, v. 15, n. 3, p. 245-254, set./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/HxrrqnNtNcfvGT5xQwbmNTf/?utm>. Acesso em: 7 jul. 2025.
- OLIVEIRA, A.; DADALTO, L. A Política Nacional de Cuidados Paliativos e os direitos dos pacientes. **Revista Advogado**, São Paulo, n. 165, p. 7-13, mar. 2025. Disponível em: https://aplicacao.aasp.org.br/aasp/servicos/revista_advogado/paginaveis/165/10/. Acesso em: 12 jul. 2025.
- PIRES, A. de S.; POZZOLI, L. O conceito de dignidade humana na doutrina social da igreja católica e no direito: semelhanças e diferenças. **Scientia Canonica**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 21-63, 2020. Disponível em: <https://www.scientiacanonica.org/index.php/sc/article/view/76>. Acesso em: 12 jul. 2025.
- PORTO, G.; LUSTOSA, M. A. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100007. Acesso em: 7 set. 2025.
- REGO, S.; GOMES, A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 482-491, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/RyZpqKYtmWm6CTPjfxPsJJq/?lang=pt&utm>. Acesso em: 8 jun. 2025.
- SÁ, A. M. F.; SÁ, M. I. F. Cuidados paliativos e dignidade humana nos sistemas de saúde: uma reflexão quanto aos objetivos de desenvolvimento sustentável. **Revista de Direito Sanitário**, Salvador, v. 20, n. 1, p. 87-100, 2024. Disponível em: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/20616.pdf>. Acesso em: 13 maio 2025.
- SALMAN, M. S. M. *et al.* Política Nacional de Cuidados Paliativos: desafios da qualificação profissional em cuidados paliativos no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, e-044753, 2024. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4753/3600>. Acesso em: 12 jul. 2025.
- SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- SOUZA, B. Cuidados paliativos: “é preciso quebrar tabus”, afirma pesquisadora da ENSP Valéria Lino. **Informe ENSP**, Rio de Janeiro, 1 dez. 2022. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/53624?utm>. Acesso em: 10 jul. 2025.

Fonte de financiamento

Financiamento próprio.

Contribuição dos autores

Hugo de Almeida Medeiros - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Théo Procópio de Mendonça - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Anna Valeska Procópio de Moura Mendonça - concepção e planejamento do estudo, elaboração do texto, coleta e análise dos dados, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Responsabilidade editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Rafael Arenhaldt, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recebido em: 29/07/2025

Aceito em: 20/09/2025

Publicado em: 25/09/2025