


Processo histórico e políticas públicas relacionados aos cuidados paliativos no Brasil

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.001-044>

Luísa Pedrada de Sousa

Mestranda em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Vitória - Espírito Santo
Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1023-3791>

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Vitória - Espírito Santo
Departamento de Fisioterapia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0680-3328>

Laísa de Souza Souto

Graduanda em Fisioterapia

Roberta Ribeiro Batista Barbosa

Doutora e Docente na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Espírito Santo
Departamento de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9283-9097>

RESUMO

O Cuidado Paliativo é um conceito focalizado na melhoria da qualidade de vida para pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras à vida. Seus princípios incluem alívio de sintomas, afirmação da vida, consideração da morte como parte natural, integração de aspectos psicológicos e espirituais, suporte ativo ao paciente até a morte, apoio aos familiares e abordagem multiprofissional. No Brasil, a implementação desse conceito deve estar alinhada às políticas de saúde nacionais, fundamentadas em princípios constitucionais como universalidade e igualdade. A Resolução n. 41/2018, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a transição demográfica e mudanças epidemiológicas. Embora o SUS já aborde superficialmente os cuidados paliativos, ainda não os trata como política de saúde pública com diretrizes claras. A reorganização do modelo assistencial implica rever espaços, gestão, tecnologias, formação de profissionais e modelos de comunicação, deslocando o foco da recuperação para a atenção e conforto do enfermo. Destaca-se a necessidade de integrar os cuidados paliativos em todos os níveis da atenção à saúde no SUS, tornando sua efetivação uma prioridade diante da crescente tecnização da medicina, que muitas vezes negligencia a autonomia e dignidade do paciente. A implementação dessas diretrizes contribuirá para uma abordagem mais humanizada e integral na rede de atendimento do SUS, reconhecendo os cuidados paliativos como componente essencial da atenção à saúde.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Políticas Públicas, Assistência Integral à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CUIDADOS PALIATIVOS

1.1.1 Processo histórico dos Cuidados Paliativos

O século XX testemunhou notáveis progressos na área da medicina e na compreensão do cuidado. Contudo, apesar do desenvolvimento significativo e das descobertas inovadoras em prol da saúde, a abordagem aos pacientes em condições irreversíveis, ou seja, em estado terminal, revelou-se insuficiente. Os profissionais, concentrados na melhoria contínua de suas capacidades curativas, dedicaram considerável esforço ao desenvolvimento de novos métodos para essa finalidade (Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

Com base na compreensão da interrelação entre corpo e mente, juntamente com a valorização da autonomia e dignidade dos pacientes, surgiram novas perspectivas em relação ao cuidado. Estudos, como aquele conduzido pela *Marie Curie Memorial Foundation* em 1952, na cidade de Londres, elucidaram as angústias e privações enfrentadas por pacientes com câncer terminal que recebiam tratamento em seus domicílios. Essa pesquisa evidenciou a necessidade de instituições especializadas no cuidado desses pacientes, dotadas de recursos materiais, instrumentos adequados e profissionais qualificados (Saunders, 2001; Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

Estudos adicionais na década de 1950 corroboraram as preocupações sobre o sofrimento enfrentado por pacientes terminais, atribuído à falta de profissionais e instituições dedicadas ao seu cuidado. A necessidade premente era compreender estratégias eficazes para garantir uma morte digna a esses pacientes. Hughes (1960) e Hinton (1963) abordaram a inadequação e negligência dos locais que atendiam pacientes terminais, bem como o sofrimento mental e físico desses indivíduos. Essas pesquisas desencadearam debates significativos, desempenhando um papel crucial na instigação e desenvolvimento de instituições específicas para esse público (Saunders, 2001).

Os hospícios desempenham um papel crucial no tratamento de pacientes terminais, com registros de sua origem na Europa medieval para abrigar peregrinos, pobres, órfãos, mulheres em trabalho de parto e doentes terminais, conforme propagado por líderes religiosos católicos e protestantes (Carvalho; Parsons, 2012). O Our Lady's Hospice em Dublin, desenvolvido em 1879, marcou o início desse movimento, que se expandiu para o leste de Londres em 1900, com a abertura de cinco instituições adicionais. Em 1905, o St Joseph's Hospice, em Londres, inspirou o trabalho de Dame Cicely Saunders, uma figura central na promoção dos Cuidados Paliativos globalmente (Saunders, 2001; Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

Dame Cicely Saunders, reconhecida por sua dedicação em ampliar e popularizar os Cuidados Paliativos, iniciou o Modern Hospice Movement em 1957, fundamentado no princípio da "boa morte". Seu objetivo era proporcionar apoio e proteção ao paciente terminal (Floriani, 2021; Saunders, 2001). Saunders conduziu uma pesquisa abrangente com 1100 pacientes no St. Joseph's Hospice,

representando um marco inicial para o desenvolvimento do Modern Hospice Movement. O foco da pesquisa foi ouvir atentamente as queixas dos pacientes, resultando na compreensão da complexidade física, psicológica e espiritual do paciente. Essa abordagem destacou a importância de considerar todos os aspectos que impactam o desenvolvimento do tratamento e o bem-estar do indivíduo (Carvalho; Parsons, 2012; Saunders, 2001; Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

A compreensão de Saunders acerca da dor e seu impacto na vida dos pacientes a destacou como uma figura crucial no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, possivelmente até como a principal protagonista. Entretanto, a discussão sobre a origem dos Cuidados Paliativos é ampla. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, no período de 1967 a 1969, Elizabeth Kubler-Ross desempenhou um papel significativo ao documentar relatos essenciais em seu livro "On Death and Dying", os quais alteraram as perspectivas sobre a morte. Ela foi responsável por estabelecer o movimento hospice na região em 1970 (Stevens; Jackson; Milligan, 2009).

1.2 CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

A expectativa de vida crescente na população gerou uma atitude mais otimista em relação à cura de diversas doenças, afastando as discussões sobre a morte, a menos que vinculadas a tragédias ou acidentes imprevistos. No entanto, essa percepção pode estar passando por mudanças, especialmente após a pandemia de Covid-19 (Soares *et al.*, 2021). Antes mesmo da pandemia, o Global Atlas of Palliative Care indicava que aproximadamente 56,8 milhões de pessoas necessitavam de cuidados relacionados a doenças ameaçadoras à vida (Connor; Gwyther, 2018).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), os Cuidados Paliativos (CP) constituem uma abordagem que busca aprimorar a qualidade de vida de pacientes e suas famílias diante de doenças com risco de morte. Essa abordagem inclui a prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce e tratamento impecável da dor e outros aspectos físicos, psicossociais e espirituais. Os princípios fundamentais dos CP abrangem o alívio de sintomas, afirmação da vida, consideração da morte como um processo natural, integração de aspectos psicológicos e espirituais, suporte ativo ao paciente, auxílio aos familiares e uma abordagem multiprofissional (Carvalho; Parsons, 2012).

O termo "paliativo", derivado de "pallium" (manto em latim), relaciona-se à proteção do doente, respeito à sua dignidade e autonomia, e acompanhamento solícito durante o processo de morrer. Os Cuidados Paliativos envolvem a integralidade no tratamento do paciente e de sua família, considerando diversas dimensões e especificidades (Grant; Back; Dettmar, 2021). No contexto brasileiro, os Cuidados Paliativos devem estar alinhados com os princípios constitucionais das políticas nacionais de saúde, como universalidade, igualdade/equidade, integralidade, descentralização, prevenção e participação da comunidade (Mendes; Vasconcelos; Santos, 2018).

No Brasil, a discussão sobre os Cuidados Paliativos começou de forma isolada nos anos 70, mas somente na década de 90 foi implementada de maneira mais organizada, com o professor Marco Túlio de Assis Figueiredo liderando a criação dos primeiros cursos voltados para os Cuidados Paliativos na Universidade Federal de São Paulo. No entanto, essa prática ainda não está plenamente consolidada, enfrentando desafios de organização e implementação nos três níveis de complexidade da saúde. Para superar esses obstáculos, políticas têm sido implementadas visando estruturar e organizar as estratégias de Cuidados Paliativos no Brasil (Boaventura *et al.*, 2019; Mendes, Vasconcelos e Santos, 2018).

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Políticas Públicas são decisões que abordam questões de ordem pública e buscam atender aos interesses coletivos. Elas representam estratégias estruturadas por meio de um processo decisório complexo, impactando a realidade. Essas políticas materializam a ação governamental e podem ter funções distributivas, redistributivas ou regulatórias, desencadeando debates contínuos sobre a modernização do Estado (Giovanni; Nogueira, 2015).

O estudo das Políticas Públicas é influenciado por valores e ideais que orientam a relação entre Estado e Sociedade. Esse estudo compreende quatro etapas principais: formulação, execução, monitoramento e avaliação (Giovanni; Nogueira, 2015). A implementação das políticas é um pré-requisito essencial para a atividade administrativa do Estado, representando não apenas uma recomendação, mas também uma exigência legal. A responsabilidade por essa implementação recai sobre a autoridade formal e tem sido cada vez mais compartilhada por meio de diversos mecanismos que envolvem a participação da sociedade civil (Alves; De Mendonça Cruz, 2022).

2.1 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O direito à saúde é considerado um princípio fundamental do ser humano, e esse direito é descrito na Constituição Federal do Brasil, além disso, é um direito humano que consta no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos (Brasil, 1988; Sathler; Ferreira, 2022). As políticas públicas tratam do conjunto de programas e atividades desenvolvidas pelo poder público, cujas ações são executadas com o patrimônio público. As primeiras políticas de saúde no Brasil foram elaboradas no século 16 com a vinda da família real de Portugal e a sua implementação enfrentou obstáculos da carência de profissionais médicos para uma assistência estruturada (Honorato *et al.*, 2019).

As primeiras políticas públicas de saúde no Brasil foram elaboradas no século 16 com a vinda da família real de Portugal para o País. A implementação dessas políticas enfrentou os obstáculos e devido a carência de profissionais médicos para uma assistência estruturada houve, no país, uma proliferação dos chamados “Boticários”, nome atribuído aos profissionais manipuladores dos

medicamentos e outros produtos com fins terapêuticos vendidos nas boticas, no período colonial do Brasil (Honorato *et al.*, 2019).

Em uma ampla contextualização, em 1892, foram criados os primeiros laboratórios bacteriológicos para melhorar as condições sanitárias nas cidades urbanas que na época eram bem precárias. Surgem então, nas primeiras décadas do século 20, as caixas beneficentes, que eram uma espécie de poupança coletiva para os trabalhadores que serviam como seguro para as suas famílias, porém era apenas para aqueles que contribuía esse auxílio (Boschetti; Behring, 2006).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde (MS) e em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), com o intuito de promover a educação sanitária da população rural (Leite, 1981). Para que houvesse um estímulo maior para que a população estivesse inserida no mercado de trabalho, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), porém foi observado uma negligência com aqueles que não tinham algum tipo de contribuição (Mota, 2007).

A sociedade brasileira foi marcada por inúmeros conflitos, na década de 1980 foi iniciado o movimento sanitário, representado por um coletivo de profissionais da saúde com o apoio dos partidos políticos de oposição ao Estado que propuseram a universalização do acesso em uma concepção de saúde como direito social e dever do Estado (Sarreta, 2009). Somente em 1988 que esse direito foi reconhecido como responsabilidade do Estado, através da Constituição Federal que toma para si o dever de universalizar a saúde, representando um marco para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde no país (Honorato *et al.*, 2019).

A saúde foi integrada nas políticas de proteção social, tornando-se parte da Seguridade Social para garantir direitos relacionados à previdência, saúde e assistência social. Isso estabelece que a saúde é um direito de todos e uma responsabilidade do Estado (Lucchese, 2004). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, introduzindo uma nova abordagem para a prevenção, proteção e recuperação da saúde. Suas diretrizes incluem controle, descentralização, hierarquização, regionalização e territorialização. Nos princípios e diretrizes do SUS, destaca-se o direito de todos à saúde, incumbindo ao Estado garantir esse direito aos brasileiros. O princípio de justiça social assegura oportunidades iguais para o uso dos recursos disponíveis, atendendo às necessidades da população (Marques, 2008; Souza; Costa, 2012).

O SUS enfrenta desafios para se tornar um sistema constitucional devido à influência da política neoliberal. A hegemonia neoliberal é apontada como responsável pelo sucateamento da saúde, refletido em negligência no atendimento, falta de financiamento, fiscalização ineficiente e carência de estrutura. O desafio atual é preservar a universalidade e promover assistência integral à saúde (Honorato *et al.*, 2019).

No contexto dos Cuidados Paliativos, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos foi fundada em 1997, e prédios exclusivos foram estabelecidos para oferecer tais cuidados em instituições

como o Instituto Nacional do Câncer. Programas específicos foram implementados em hospitais como o do Servidor Público Estadual de São Paulo desde 2000, incorporando voluntários de diversas religiões. A Hospedaria de Cuidados Especiais foi inaugurada em 2004 no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (Cruz; Andrade; Andrade, 2021; Da Silva; Silveira, 2015; Ferrai *et al.*, 2008; Maciel, 2006; Paim, 2020).

2.2 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS HUMANOS

O direito à saúde está garantido por lei, como descrito na Portaria nº1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Esta concepção de saúde, compreendida como direito humano, foi deliberada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e obteve legitimidade na Constituição Federal de 1988, no artigo 196 (Santos; Kuhn, 2021)

A Carta de Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde (2018) traz como primeira diretriz que toda pessoa tem a garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. Na segunda diretriz, refere sobre o atendimento integral de saúde, de forma ética e humanizada. Na terceira, aponta sobre o direito ao atendimento inclusivo, humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível. Na quarta diretriz afirma que toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde (Brasil, 2018).

O conceito de humanização foi estabelecido a princípio, a partir de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado através da Portaria nº 881, de 19 de junho 2001 e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado através da Portaria nº 569/GM, em 1º de junho de 2000. Porém ambas se limitavam à área hospitalar. Apenas no ano de 2003 que o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) a partir da revisão da PNHAH, ampliando a proposta da humanização para além dos hospitais de forma a contemplar toda a rede SUS e estabeleceu uma política focada nos processos de trabalho e de gestão da saúde (Almeida *et al.*, 2019).

Ferreira e Artman (2018) asseguram que a Política de Humanização reafirma a necessidade de se investir na qualidade do cuidado, considerando o respeito ao usuário e dignidade do trabalhador da saúde como indica na tríplice inclusão: usuários, trabalhadores e gestores. Tal pensamento reforça que a PNH implica em mudança nos processos de trabalho, atendimento de necessidade e melhor satisfação dos sujeitos envolvidos na produção da saúde, seja ele gestor, trabalhador ou usuário (Almeida *et al.*, 2019).

Os aspectos psicológicos, familiares e espirituais emergem como elementos fundamentais na prestação de assistência humanizada nos Cuidados Paliativos. Nesse contexto, é imperativo que o paciente não experimente a sensação de abandono e alcance um nível de aceitação em relação à vida

vivida, encarando a morte como um processo natural. A conexão familiar desempenha igualmente um papel crucial nesse processo, uma vez que o familiar designado mantém um vínculo emocional preexistente com o paciente (Freitas, 2020). Além disso, numerosos estudos corroboram que a espiritualidade do paciente não apenas proporciona um maior controle sobre o estresse e maior resistência à dor, mas também contribui para a consecução de uma paz interior. (Abdulla; Hossain; Barla, 2019). Esses pilares proporcionam acolhimento ao doente e uma assistência eficientemente humanizada (Freitas, 2020).

2.3 DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO MONITORAMENTO DA SAÚDE NA AGENDA 2030 NO BRASIL

A Agenda 2030 surgiu como uma das grandes propostas globais de compromisso e responsabilização com a sociedade atual e futura e representa amadurecimento de diversas ações que foram desenvolvidas ao longo das últimas décadas por parte de instituições do mundo todo, em especial, pela Organização das Nações Unidas (ONU). Ratificada em setembro de 2015, a Agenda 2030 estabeleceu um conjunto de 17 Objetivos do desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas (Cabral; Gehre, 2020; Martins *et al.*, 2022).

Essa Agenda também reforça o compromisso com o desenvolvimento de todas as nações e povos, assim como em todos os segmentos da sociedade, se diferenciando de outros acordos internacionais devido a amplitude temática dos compromissos e o reconhecimento da integralidade de seus objetivos, com a interdependência das dimensões econômica, social e ambiental para o desenvolvimento sustentável (Elder; Bengtsson; Akenji, 2016; Martins *et al.*, 2022).

Os indicadores oficiais dos ODS são considerados um instrumento importante para garantir a implementação das metas, contudo, uma série de desafios precisam ser superados para que esse instrumento alcance todo o seu potencial. Foi observado, já em sua concepção, uma série de disputas políticas na construção e definição dos indicadores. Além disso, a escassez de dados oficiais é apontada pela insuficiência técnica e financeira da capacidade de monitoramento (Martins *et al.*, 2022).

A saúde é representada principalmente pela ODS 3, que propõe a “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades”, a partir de 13 metas e 28 indicadores únicos. Além da ODS 3, a Agenda 2030 anseia abordar a saúde a partir do conceito dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), perpassando um conjunto muito maior de objetivos, metas e indicadores da Agenda (Cabral; Gehre, 2020).

A Agenda 2030, atualizada em 2016, enfatiza a importância da qualificação no contexto das iniciativas de integração, visando promover a saúde física e mental, bem como o bem-estar geral. Seu propósito é elevar a expectativa de vida com qualidade para toda a população, com destaque para a aspiração de alcançar a cobertura universal de saúde e garantir acesso a cuidados de saúde de alta

qualidade. O princípio central da Agenda 2030 é que nenhum indivíduo deve ser excluído desses benefícios. Em conformidade com os ideais dessa agenda, é imperativo acelerar os avanços já conquistados na redução da mortalidade neonatal, infantil e materna. O objetivo é eliminar todas as mortes evitáveis até o ano de 2030, proporcionando uma melhoria significativa na qualidade de vida para todos aqueles que buscam alcançá-la (Martins *et al.*, 2022).

Desta forma, conota-se a importância da qualidade do cuidado voltada para a humanização, com base na Agenda 2030, repercutindo conceitos vivenciados pela humanidade e a necessidade do trabalho voltado para a promoção, prevenção e educação em da saúde, de modo que, o paciente em cuidados paliativos consiga rever momentos de recuperação e controle de sintomas indesejáveis, buscando qualidade no ato do cuidado humanizado, com direitos humanos, e sensibilizando seus pacientes a estilo de vida sustentável, paz e não violência e cidadania global (Cabral; Gehre, 2020).

3 IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO BRASIL

Os Cuidados Paliativos incorporam a concepção de adotar medidas convencionais para a sustentação da vida (meios proporcionais de cuidados de saúde) e, simultaneamente, possibilitam a atribuição de prioridade ao que é ético e medicamente justificável, em detrimento do que é meramente medicamente possível. Este enfoque não implica em abandonar o paciente, mas, pelo contrário, visa proporcionar conforto desde o momento do diagnóstico de uma condição ameaçadora à vida até o desfecho terminal, com o paciente e a qualidade de seu final de vida sendo a única e exclusiva prioridade (Schaefer, 2020).

Devido a transição demográfica causada pelo envelhecimento da população e pela modificação epidemiológica das causas de mortalidade nos últimos tempos, a Comissão Intergestores Tripartite do Ministério da Saúde aprovou a Resolução MS n. 41/2018, dispondo sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS em todos os níveis de atendimento à saúde (art. 5º). Vale destacar que o SUS já possui diretrizes que abordam superficialmente os Cuidados Paliativos, porém ainda não como uma política pública de saúde, com diretrizes e valores importantes (Saito; Zoboli, 2015; Schaefer, 2020).

Historicamente, os sistemas de saúde se organizaram para atender a dimensão curativa da medicina, ou apenas durante o processo de adoecimento como uma visão e objetivos curativos únicos. No entanto, com as alterações demográficas e epidemiológicas, a dimensão paliativa entra destinando o cuidado em todo o decorrer da doença, seja em seu processo crônico ou agudo, com o foco no controle de sintomas e priorizando a autonomia do doente e seus familiares (art. 2º, parágrafo único, Resolução MS n. 41/2018), o que inclui também sua proteção social (Schaefer, 2020).

As atitudes e competências necessárias para promover CP [cuidados paliativos] de alta qualidade sobrepõem-se àquelas necessárias para uma APS [atenção primária à saúde] excelente: habilidades de comunicação; compreensão da realidade e das peculiaridades do modo de vida do paciente; compromisso com o cuidado integral e integrado do paciente e da família; atenção às questões psicossociais e espirituais; ênfase na qualidade de vida e na independência do paciente; respeito pelos valores, objetivos e prioridades do paciente no manejo de sua condição de saúde; oferta de cuidado na comunidade, em função da diversidade cultural; colaboração com outros profissionais, incluindo especialistas (Castilho; Silva; Pinto, 2021)

Antes mesmo da Resolução MS n. 41/2018, a humanização da saúde já era uma política transversal de todas as instâncias integradoras do SUS, que valorizam aspectos da dimensão subjetiva, coletiva e social de atenção e gestão do sistema público (Schaefer, 2020).

Dos fundamentos para inserção dos cuidados paliativos no SUS, destacam-se:

- (i) a Resolução CFM n. 1.805/2006, que dispõe sobre a ortotanásia;
- (ii) A Portaria SAS/MS n. 1.083/2012, que dispõe sobre o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dor crônica;
- (iii) A Resolução CFM n. 1995/2012, que prevê o uso das diretivas antecipadas de vontade (de saúde);
- (iv) A recomendação da 67^a Assembleia da Organização Mundial da Saúde (2014) para o desenvolvimento, o fortalecimento e a implantação de políticas de cuidados paliativos baseadas em evidências.
- (v) A Resolução CFM n. 2.156/2016, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva;
- (vi) A Portaria GM/MS n. 2/2017, o anexo IX, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; o anexo X, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS; o anexo XI, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; o anexo XII, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica do SUS; o anexo XXIV, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde; o anexo XXV, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS; e o anexo XXVIII, que dispõe sobre o financiamento e a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS;
- (vii) A Portaria de Consolidação GM/MS n. 3/2017, que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde do SUS;
- (viii) A Portaria de Consolidação GM/MS n. 5/2017, GM/MS que trata do atendimento e da internação domiciliares;



(ix) A Portaria de Consolidação GM/MS n. 6/2017, que trata do financiamento do componente básico e especializado da assistência farmacêutica;

Se faz necessário a obrigatoriedade de os cuidados paliativos serem compreendidos como garantia de direitos já previstos na Política de Humanização da Atenção e da Gestão (Brasil, 2009), na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (Ministério da Saúde (MS), 2013) e no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos (Brasil, 2002), tratados não apenas como programas nacionais, mas também como parte da política sanitária brasileira.

Portanto, o modelo assistencial ou de atenção implica a necessidade de rever os espaços, a organização da gestão e das tecnologias, as relações multiprofissionais, a formação e a capacitação dos profissionais que atuarão nos cuidados paliativos, os modelos de comunicação e a própria organização das ações em saúde, deslocando-se o eixo da recuperação da saúde para a atenção e o conforto do enfermo, diretrizes claramente estabelecidas pela Resolução MS n. 41/2018 (Schaefer, 2020).

Através disso, é possível reconhecer os cuidados paliativos como um campo importante da atenção à saúde em toda a rede de atendimento do SUS, determinando seu planejamento e sua integração aos sistemas públicos com políticas setoriais específicas. A efetivação desses cuidados em todos os níveis da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro e das diretrizes estabelecidas na Resolução MS n. 41/2018 deve ser uma prioridade em um momento em que a tecnização da medicina retoma mais a preocupação com as doenças do que com o próprio enfermo, sua autonomia e sua dignidade (Castilho; Silva; Pinto, 2021; Freitas *et al.*, 2022; Schaefer, 2020).



REFERÊNCIAS

ABDULLA, A.; HOSSAIN, M.; BARLA, C. Toward comprehensive medicine: listening to spiritual and religious needs of patients. *Gerontology and Geriatric Medicine*, v. 5, p. 2333721419843703, 2019.

ALMEIDA, S. L. DE *et al.* Política de humanização (HumanizaSUS): uma política transversal na saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 30, p. e786, 31 ago. 2019.

ALVES, C. G.; DE MENDONÇA CRUZ, C. A. Políticas Públicas, Gênero Feminino e Saúde Mental. 15º Congresso Internacional da Rede Unida, 2022.

BOAVENTURA, J. R. *et al.* Participação e controle social no contexto político dos cuidados paliativos no Brasil: uma reflexão teórica. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 9, 24 dez. 2019.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. Política social: fundamentos e história. *Biblioteca básica de Serviço Social*. SP, v. 2, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. , 1988.

BRASIL. Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a estrutura em relação as atribuições do Ministério de Estado da Saúde, , 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html>. Acesso em: 21 nov. 2023

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2023

BRASIL. Carta dos Direitos e deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, , 2018. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1hRoqjKsKqZsMKiQWWd2QBJY9kqXg7EWd/view>>. Acesso em: 21 nov. 2023

CABRAL, R.; GEHRE, T. Guia Agenda 2030: Integrando ODS, Educação e Sociedade. 1 edição ed. São Paulo: Comissão Permanente de Ensino FAAC/UNESP, 2020. v. 1

CARVALHO, R. T.; PARSONS, A. H. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2 edição ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. v. 2

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. DA; PINTO, C. DA S. Manual de Cuidados Paliativos. 3. ed. [s.l.] Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ANCP), 2021. v. 3

CONNOR, S. R.; GWYTHYR, E. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 55, n. 2, Supplement, p. S112–S116, 2018.

CRUZ, C. A. DE M.; ANDRADE, J. G. F. DE; ANDRADE, R. A. DE. Política Social, Trabalho e Saúde. Vitória: Editora EMESCAM, 2021.

DA SILVA, D. I. S.; SILVEIRA, D. T. Cuidados Paliativos: Desafio para a gestão em política de saúde. *Revista Gestão & Saúde*, v. 6, n. 1, p. 501–513, 2015.



ELDER, M.; BENGTTSSON, M.; AKENJI, L. An optimistic analysis of the means of implementation for sustainable development goals: Thinking about goals as means. *Sustainability*, v. 8, n. 9, p. 962, 2016.

FERRAI, C. M. M. *et al.* Uma leitura bioética sobre cuidados paliativos: caracterização da produção científica sobre o tema. *Bioethikos*, v. 2, n. 1, p. 99–104, 2008.

FLORIANI, C. A. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 9, 2021.

FREITAS, R. DE *et al.* Barreiras para o encaminhamento para o cuidado paliativo exclusivo: a percepção do oncologista. *Saúde em Debate*, v. 46, n. 133, p. 331–345, abr. 2022.

FREITAS, G. T. R. *Profissionalismo e humanização nos cuidados paliativos*. 2020.

GIOVANNI, G. D. I.; NOGUEIRA, M. A. *Dicionário De Políticas Públicas-2ª EDIÇÃO*. São Paulo: UNESP, 2015.

GRANT, M. S.; BACK, A. L.; DETTMAR, N. S. Public Perceptions of Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: A Scoping Review. *Journal of Palliative Medicine*, v. 24, n. 1, p. 46–52, 1 jan. 2021.

HONORATO, L. G. F. *et al.* Integralidade nas políticas públicas de saúde: desafios para a prática assistencial. *Life Style*, v. 6, n. 1, p. 7–15, 2019.

LEITE, C. B. *A crise da previdência social*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1981.

LUCCHESI, P. T. R. *Políticas Públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, 2004.

MACIEL, M. G. S. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hospitalar*, v. 47, n. 8, p. 49–64, 2006.

MARQUES, L. S. A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro. Em: *Âmbito Jurídico*. Rio Grande: [s.n.]. p. 59.

MARTINS, A. L. J. *et al.* Potencialidades e desafios do monitoramento da saúde na Agenda 2030 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 2519–2529, 2022.

MENDES, E. C.; VASCONCELOS, L. C. F.; SANTOS, A. P. M. B. Cuidados paliativos no Brasil-discutindo o conceito. *Cadernos de Saúde*, v. 10, n. 2, p. 55–64, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). *Política Nacional de Humanização da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde, v. Documento Base, n. 4º ed, 2013.

MOTA, A. E. *Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes*. [s.l.: s.n.].

OMS, O. DAS N. U. *Definição de Cuidados Paliativos*. . 2014.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, v. 43, p. 15–28, 2020.



SAITO, D. Y. T.; ZOBOLI, E. L. C. P. No Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Revista Bioética*, v. 23, n. 3, p. 593–607, 2015.

SANTOS, M. F. R. DOS; KUHN, M. F. Saúde como direito humano: vivências do cotidiano no SUS. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p. e489101220704–e489101220704, 2021.

SARRETA, F. DE O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: [s.n.].

SATHLER, A. R.; FERREIRA, R. S. P. Declaração Universal dos Direitos Humanos Comentada. [s.l.] Edições Câmara, 2022.

SAUNDERS, C. The Evolution of Palliative Care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 94, n. 9, p. 430–432, 23 set. 2001.

SCHAEFER, F. A importância da implantação dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, v. 20, n. 3, p. 26–50, 2020.

SOARES, A. K. S. *et al.* Percepção de medo da morte: avaliando sua relação com os valores humanos e bem-estar subjetivo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, v. 11, n. 1, 6 jun. 2021.

SOUZA, G. C. DE A.; COSTA, I. DO C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde Soc.*, v. 19, n. 3, p. 509–517, 2012.

STEVENS, E.; JACKSON, S.; MILLIGAN, S. *Palliative nursing: Across the spectrum of care*. [s.l.] John Wiley & Sons, 2009.