

CUIDADOS PALIATIVOS NA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS E A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Renata Dutra Ferrugem[1]
Dolores Sanches Wünsch[2]

Resumo: O presente artigo propõe debater a temática dos cuidados paliativos na alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como sua trajetória no Brasil e as políticas públicas na área. Este debate parte da compreensão da determinação social do processo saúde-doença, buscando ampliar o entendimento dos cuidados paliativos no que tange à relevância dos problemas sociais destacados no conceito de cuidados paliativos da Organização Mundial da Saúde (OMS). A importância do debate proposto é evidente considerando a atual conjuntura, marcada pelo envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas, em um contexto de desmonte do SUS e desproteção social, situado na sociabilidade capitalista ultraneoliberal. Buscou-se conhecer a realidade e as características da população usuária do SUS em cuidados paliativos, em um hospital de alta complexidade, através de uma pesquisa documental. Como resultados constatou-se que nos últimos cinco anos (2018-2022) internaram 5019 usuários/as que foram atendidos/as pela equipe de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa em consultoria ou que internaram para esta equipe, sendo 55% residentes de Porto Alegre, 65% idosos/as, 44% possuem o ensino fundamental incompleto e 55% foram à óbito na internação. Por fim, o estudo busca contribuir para a qualificação do atendimento e para a construção de políticas públicas voltadas às reais necessidades dos/as usuários/as em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Cuidados paliativos; Determinação social do processo saúde-doença

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo propõe debater sobre a temática dos cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando identificar as principais características dos/as usuários/as em cuidados paliativos que internam em um hospital de alta complexidade de Porto Alegre[3], situando a discussão no âmbito da determinação social do processo de saúde-doença. O

[1] Assistente social, mestranda em Política Social e Serviço Social (UFRGS).
[2] Assistente Social, Doutora em Serviço Social (PUCRS). Professora do Departamento de Serviço Social e do PPGPSSS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
[3] Este artigo é fruto de projeto de pesquisa em andamento, intitulado "Determinação social do processo saúde-doença no contexto de desmonte do SUS e desproteção social: Repercussões na vida de usuários/as em cuidados paliativos", vinculado ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPGPSSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi aprovado pelo CEP sob nº 67465223.8.3001.5327.

debate acerca dos cuidados paliativos é fundamental e deve estar articulado à discussão da Política de Saúde brasileira, em um cenário de intenso desmonte do SUS, compreendendo a centralidade da determinação social do processo de saúde-doença.

Conforme D'Alessandro *et al* (2020) ao longo das últimas décadas, há um crescente envelhecimento populacional, bem como um aumento da prevalência de neoplasias e de outras doenças crônicas, impactando em condições de saúde mais complexas. Os autores corroboram ainda o quanto este cenário exige que os cuidados paliativos sejam parte essencial dos sistemas de saúde. Neste sentido, é importante ressaltar o progresso dos cuidados paliativos no Brasil, ao mesmo tempo que é necessário avançar na efetivação de uma Política Nacional de Cuidados Paliativos e que passa também pela defesa do SUS.

Entende-se ser fundamental conhecer a realidade dos/as usuários/as em cuidados paliativos, suas principais características, a fim de prestar um atendimento integral e voltado às suas reais necessidades, entendendo que o processo saúde-doença é determinado socialmente. Neste artigo será abordado, inicialmente, sobre os cuidados paliativos, sua importância no SUS e, na sequência, serão apresentadas algumas reflexões no que tange às características de usuários/as em cuidados paliativos.

2. TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

É evidente a relevância contemporânea dos cuidados paliativos, uma vez que há um progressivo envelhecimento populacional, o qual está acompanhado do avanço tecnológico no campo da saúde e da medicina. Processo este que modifica a pirâmide etária, aumentando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na sociedade (Brasil, 2018). Nesse sentido, é importante conhecer a história dos cuidados paliativos, de maneira a compreendê-los na atualidade. Matsumoto (2012) explica que o cuidado paliativo é confundido com o termo Hospice, que data dos primórdios da era cristã, os quais eram abrigos que recebiam e cuidavam de viajantes e peregrinos, sendo o relato mais antigo do século V.

No século XVII, conforme afirma Matsumoto (2012), diversas instituições para abrigar órfãos, pobres e doentes, surgiram na Europa e tal prática se disseminou com organizações protestantes e católicas, sendo que no século XIX passaram a apresentar

características de hospitais[4]. Em 1990 a OMS publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos, que passou por revisões no decorrer dos anos. Hoje, compreende-se que

> Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2020).

Conforme a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2022), a partir de 1970 é possível encontrar algumas discussões e iniciativas isoladas sobre Cuidados Paliativos no Brasil. Ressalta-se que, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi fundado em 1979 o Serviço de Dor e, em 1983, o Serviço de Cuidados Paliativos (Figueiredo, 2011). Cabe destacar o pioneirismo do Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, que iniciou os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM, assim como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, que fundou o Hospital Unidade IV em 1998, exclusivamente voltado aos cuidados paliativos, muito embora esses atendimentos acontecessem desde 1986 (ANCP, 2022). Outro aspecto relevante na história dos cuidados paliativos no Brasil refere-se à fundação da ANCP em 2005, contribuindo institucionalmente para o avanço deste tema.

A ANCP (2022) pontua também como aspecto importante a inclusão dos Cuidados Paliativos como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica, no ano de 2009. Outro avanço extremamente relevante se refere ao reconhecimento do Conselho Nacional de Educação (CNE) de que alunos de graduação em medicina devem aprender sobre os cuidados paliativos na sua formação, instituído legalmente por meio da Resolução CNE/CES 3 de 3 de novembro de 2022 (Brasil, 2022) que altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014 (Brasil, 2014), a qual institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Apesar disso, como assinala a ANCP (2022), existe uma lacuna na formação de profissionais de saúde em cuidados paliativos.

Conforme consta no atlas de cuidados paliativos no Brasil 2019 (Santos; Ferreira; Guirro, 2020), o país possui 789 leitos de cuidados paliativos e 191 serviços de cuidados paliativos, sendo que a região sudeste concentra o maior número de leitos (458) e serviços (105). Dos 191 serviços, 96 serviços são públicos (50%), 69 (36%) são da iniciativa privada e 26 (14%) ofertam cuidados paliativos tanto pelo SUS quanto de forma particular (Santos;

[4] O Movimento Hospice Moderno iniciou a partir da inglesa Cicely Saunders, que era assistente social, enfermeira e médica, a qual em 1967 fundou o "St. Christopher's Hospice", voltado para o atendimento às pessoas em cuidados paliativos e com espaço para ensino e pesquisa, sendo até hoje uma referência para os cuidados paliativos internacionalmente (Matsumoto, 2012).

Ferreira; Guirro, 2020). Observa-se que 50% dos serviços são privados e mistos e 50% públicos, o que desafia a efetivação da universalidade em saúde e a oferta de cuidados paliativos a todos/as que necessitam. Ou seja, os serviços mistos se inserem como parte da disputa do privado pelo público no SUS, agravando mais a situação quando se sabe que o país está muito aquém de ofertar a quantidade de serviços necessária à população.

Conforme Santos, Ferreira e Guirro (2020), considerando a população à época do levantamento (210,1 milhões), constata-se que existe, em média, um serviço de cuidados paliativos para cada 1,1 milhão de habitantes, sendo que a Associação Europeia de Cuidados Paliativos indica dois serviços especializados de cuidados paliativos a cada 100.000 habitantes. Os autores indicam que houve um avanço importante, considerando que de dois serviços na década de 80, ampliou-se para 191 em 2019, ainda assim, este número não atinge a todos/as que precisam deste atendimento e, conforme a ANCP (2022), muitos desses serviços carecem de atendimentos padronizados que garantam qualidade e eficácia.

Por fim, embora os dados e estudos indiquem a necessidade de que se tenha uma Política Nacional de Cuidados Paliativos, até o ano de 2018 o Brasil não contava com nenhuma política ou projeto nacional que regulamentasse os cuidados paliativos. A partir desta trajetória apresentada, evidencia-se a necessária consolidação de uma Política Nacional que possibilite o acesso universal pelo SUS às pessoas em cuidados paliativos.

2.1. Políticas públicas em Cuidados Paliativos no SUS

O debate acerca dos cuidados paliativos vem ganhando espaço ao longo dos anos, ainda assim há muito o que se avançar no que diz respeito a políticas públicas. É importante frisar que, no país, existem algumas legislações importantes no campo da Saúde, como a Constituição Federal de 1988 que apresenta a saúde como direito de todos e dever do estado. Em 1990 é promulgada a Lei 8080, de 1990 (Brasil, 1990a), que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 8142, de 1990 (Brasil, 1990b), que garante legalmente o controle social.

Destaca-se que a luta em defesa da Saúde enquanto direito advém do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) dos anos 1980, que tinha como principais propostas: saúde enquanto direito de todos/as e dever do Estado; universalização do acesso; reestruturação da Saúde através de um Sistema Unificado, com olhar para a saúde coletiva e individual; descentralização para os estados e municípios, com efetivo financiamento e democratização do poder local (Bravo, 2009). Apesar disso, sabe-se que o SUS não foi

instituído e implementado plenamente a partir de sua proposta idealizada no MRSB dos anos 1980, assim como se constata que o SUS está submetido à lógica do mercado desde seu nascimento.

No que se refere a legislação relacionada aos cuidados paliativos, Santos, Ferreira e Guirro (2020) reforçam que o previsto em lei, no âmbito federal, é o que está explícito nos artigos 1º e 5º da Constituição de 1988. O primeiro artigo da Constituição de 1988 salienta que o Estado Democrático de Direito tem alguns fundamentos, dentre eles o que consta no inciso III, a dignidade da pessoa humana. Já o artigo 5º afirma que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade", apresentando na sequência termos que especificam melhor o artigo, dentre eles o inciso III que afirma que "ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante" (Brasil, 1988).

Importante destacar a Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002 (Brasil, 2002), que instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Em 2018 foi instituída a Resolução nº 41 de 31/10/2018, que dispõe "sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" (Brasil, 2018). A partir do final de 2022 iniciou um grande movimento de base em defesa dos Cuidados Paliativos, estimulado pela realização das Conferências de Saúde em 2023. Neste processo, emergiu o movimento "Frente PaliAtivistas", com o intuito de realizar um esforço coletivo de modo que os cuidados paliativos estejam na pauta do Governo Federal enquanto uma Política Pública.

Este movimento conseguiu contar com ampla participação de usuários/as, trabalhadores/as da saúde e gestores/as, assim como teve grande incidência nas conferências de saúde, sendo aprovada na Conferência Nacional, e publicada na Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023 (Brasil, 2023), a diretriz: "Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos integrada às Redes de Atenção à Saúde e como componente de cuidado em saúde na Atenção Primária à Saúde através da ESF, com garantia de financiamento". Além disso, a mesma proposta foi a 4ª mais votada no Brasil Participativo[5]. O movimento segue na luta para que, com brevidade, seja publicada a Política Nacional de Cuidados Paliativos.

Por fim, é possível identificar que ao longo dos anos muitos avanços ocorreram, bem como ainda há muito que se percorrer para efetivar os cuidados paliativos no âmbito do SUS.

[5] Plataforma do governo federal que coleta votos e propostas da população para o Plano Plurianual (PPA) 2024-2027, sendo a proposta dos cuidados paliativos, portanto, incluída no PPA federal.

E para que se possa defender e qualificar os cuidados paliativos, é urgente e necessário defender o SUS, pois sem uma Política de Saúde pública, estatal e de qualidade não será possível construir uma Política Nacional de Cuidados Paliativos que atenda a população brasileira a partir da universalidade e integralidade do cuidado.

3. DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E OS/AS USUÁRIOS/AS EM CUIDADOS PALIATIVOS

O entendimento acerca da saúde e do adoecimento sofreu alterações ao longo dos anos, nos diferentes períodos da história da humanidade. Compreende-se que a saúde está determinada socialmente, portanto, parte-se neste estudo do modelo da determinação social do processo saúde-doença. Garbois, Sodré e Dalbello-Araujo (2017) apresentam que no final da década de 70 já se questionava o modelo biomédico centrado na doença como um fenômeno individual, sendo que a corrente da medicina social latino-americana apresentou contribuições significativas criticando a abordagem positivista marcada no modelo da história natural da doença e sugerindo recolocar a problemática da relação entre o processo biológico e o processo social, a partir do entendimento da determinação. O objeto de estudo passou a ser o processo saúde-doença, buscando compreender a saúde-doença como um fenômeno coletivo, utilizando o método materialista dialético e histórico para o estudo e análise.

Assim, a realidade dos/as usuários/as em cuidados paliativos e suas características, é marcada pelo contexto onde estão inseridos/as. Tem-se presente que diante do modelo societário vigente as demandas como acesso a trabalho; garantia de uma renda digna; acompanhamento de saúde qualificado; acesso a insumos, dispositivos tecnológicos, medicamentos, dentre outros que garantam o cuidado em saúde para além do espaço hospitalar; atendimentos de saúde e exames com a brevidade necessária para o tratamento e cuidado em saúde; dentre outros, são negligenciadas pelo estado.

Observa-se que muitas dessas necessidades são demandas coletivas, e o não acesso às mesmas, a violação dos direitos, é reflexo de um sistema de exploração de classe que produz desigualdade e adoecimento. Neste modelo de sociedade ultraneoliberal tudo que for possível gerar lucro é privatizado e mercantilizado, assim sendo, os direitos do povo, como saúde e educação, são transformados em mercadoria. Logo, conhecer a realidade da população usuária e suas principais características auxilia a pensar na construção de políticas públicas e a qualificar o atendimento realizado, buscando estratégias de enfrentamento às

situações que se apresentam e contribuindo para o acesso à saúde e aos cuidados paliativos enquanto direito.

3.1 Quem são os/as usuários/as em cuidados paliativos que internam no hospital de alta complexidade de Porto Alegre?

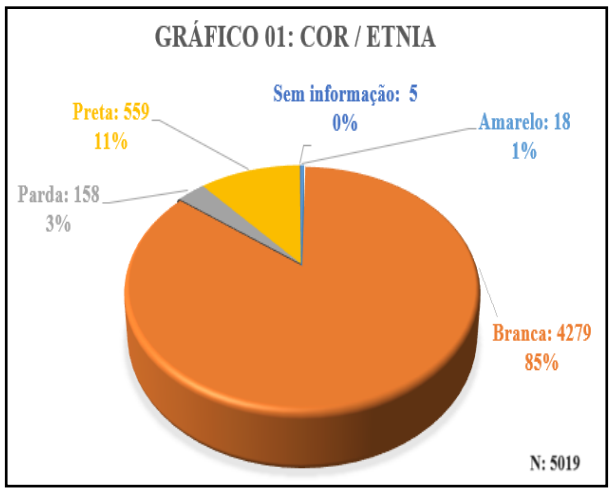
Para fins do estudo sobre as características dos/as usuários em cuidados paliativos, utilizou-se de uma pesquisa documental[6] com base nos dados primários extraídos a partir de uma query[7], oriunda dos prontuários de usuários/as que internaram no hospital de alta complexidade nos últimos cinco anos. Entende-se que as características sociodemográficas e relacionadas ao processo saúde-doença contribuem para um olhar de totalidade acerca deste universo. Os critérios de inclusão para a query referem-se aos/às usuários/as com: internação hospitalar pelo SUS de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2023; idade igual ou superior a 18 anos; consultorias[8] para o Programa de Cuidados Paliativos[9] ou internados/as para a equipe de Tratamento da Dor.

Na análise apresentada neste artigo, utilizou-se a totalidade dos dados de usuários/as atendidos/as pela equipe de Tratamento da Dor e Medicina Paliativa em consultoria ou que internaram para esta equipe. A partir destes filtros, buscou-se algumas informações, sendo identificado que nos últimos cinco anos internaram 5019 usuários/as no hospital que foram atendidos/as por esta equipe. Destas, 2501 pessoas estão identificadas no cadastro do hospital como sendo do sexo feminino, e 2518 pessoas do sexo masculino. Quanto à cor / etnia (gráfico 1), 85% das pessoas declararam ser branca, seguida por 11% que declararam cor preta e 3% parda.

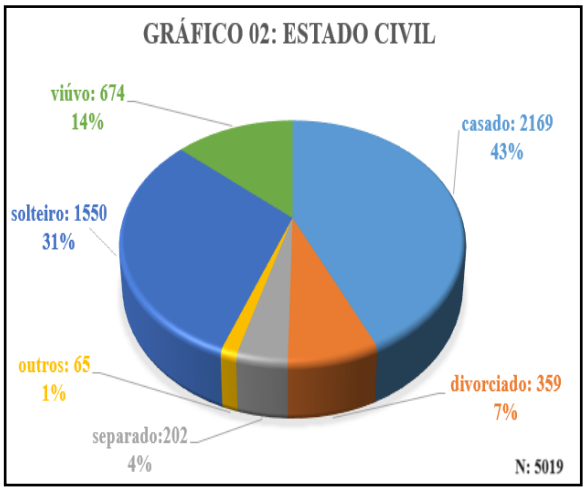
É importante problematizar a diferença significativa entre a quantidade de pessoas brancas (4279 = 85%) e pretas e pardas (717 = 14%), uma vez que conforme dados do IBGE de 2021 (IBGE, 2021), 56,1% da população brasileira é preta e parda e 43,0% branca. Isto faz com que se reflita como esses dados são coletados e registrados no hospital, assim como pode indicar que a população preta muitas vezes sequer consegue acessar os serviços de saúde, haja

[6] A coleta de dados está sendo realizada em dois ciclos: pesquisa documental e pesquisa de campo. A pesquisa documental conta com duas etapas, a primeira com uso de dados secundários e a segunda etapa fará uso de dados primários. Neste artigo serão apresentadas algumas reflexões acerca da pesquisa documental de dados primários.
[7] Processo de extração de informações de um banco de dados a partir de variáveis pré-definidas, que para fins desse estudo foram obtidas nos prontuários dos usuários, sem a identificação nominal dos mesmos
[8] A consultoria é uma solicitação encaminhada, através do sistema informatizado do hospital, pela equipe médica assistente ou equipe de enfermagem que atende determinado/a usuário/a para outro profissional ou especialidade médica. A consultoria para o Programa de Cuidados Paliativos, assim como para outras especialidades médicas, pode ser solicitada somente por equipe médica.
[9] O hospital conta com o Programa de Cuidados Paliativos, o qual é composto por uma equipe multiprofissional e atende através de solicitação de consultoria.

vista tamanha desigualdade social e mortalidade juvenil. Em relação ao estado civil (gráfico 2) 43% das pessoas são casadas, 31% solteiras e 14% viúvas.

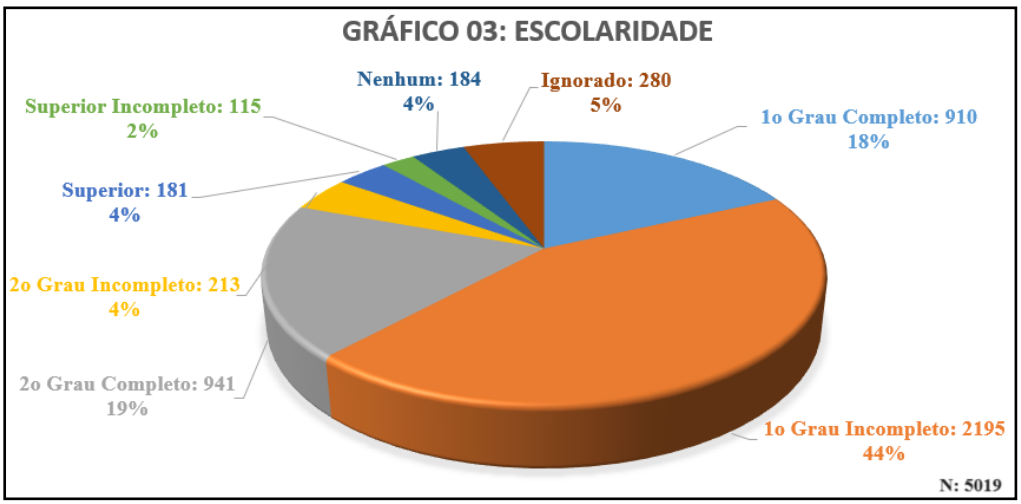


Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental documental.



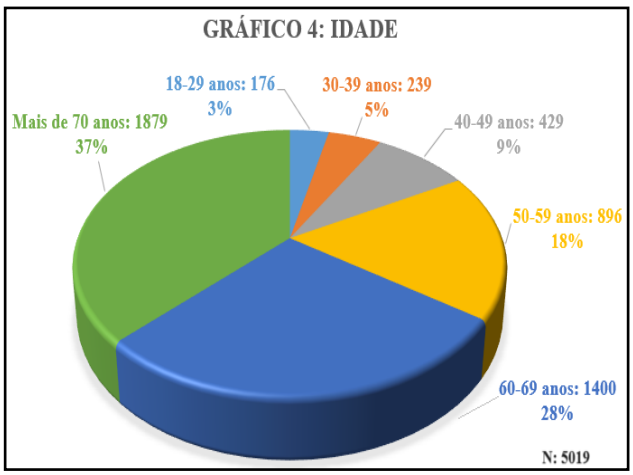
Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa

No que se refere à escolaridade (gráfico 3), 44% têm ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto), seguido pelo ensino médio completo (19%) e ensino fundamental completo (18%), o que de certa forma acompanha a realidade brasileira. Conforme dados do IBGE (2023), 53,2% de pessoas com 25 anos ou mais de idade concluíram a educação básica obrigatória (ensino médio) no ano de 2022. Ainda é importante destacar que há um significativo índice de analfabetismo, considerando que em 2022 havia 9,6 milhões de pessoas analfabetas com 15 anos de idade ou mais, o que equivale a uma taxa de analfabetismo de 5,6% (IBGE, 2023). No Brasil, de acordo com o IBGE (2023), o analfabetismo associa-se diretamente à idade, uma vez que a proporção de analfabetos é maior quanto mais velho for o grupo populacional.

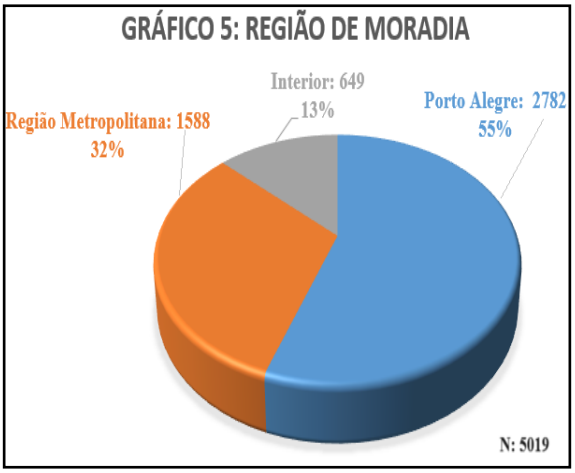


Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental.

No que concerne à idade (gráfico 4), identifica-se que 65% das pessoas que internaram nos últimos cinco anos são idosas. Em relação à região de moradia (gráfico 5), 55% das pessoas residem em Porto Alegre, 32% na Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) e 13% no interior, conforme demonstrado no gráfico 5.

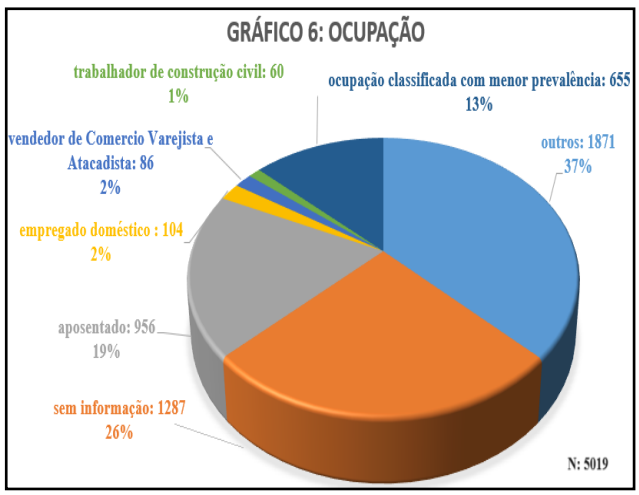


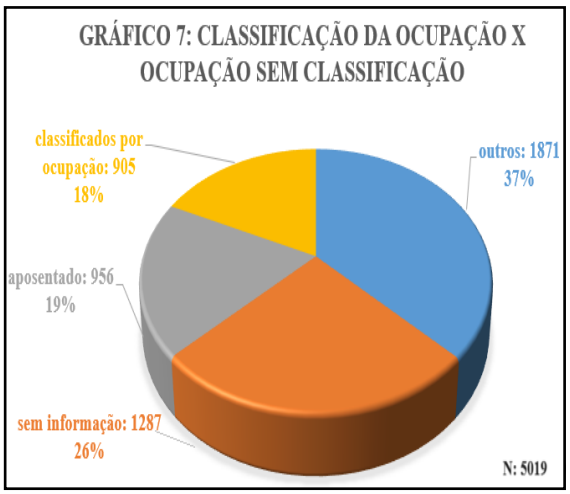
]Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental documental.



Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa

No que tange à ocupação (gráfico 6), é possível observar que 37% dos dados estão categorizados como "outros", seguido por 26% que se refere a dados "sem informação" e 19% referem-se a "aposentados", sendo que esta condição não representa um tipo de ocupação laboral. Na sequência, a maior prevalência relaciona-se a ocupações com incidência inferior a 10, que foram aglutinadas totalizando 13%, estando presentes neste grupo uma variedade de ocupações, dentre elas trabalhador agrícola, motorista, porteiro de edifício, ascensorista, garagista, vigilante. Por conseguinte, o gráfico ilustra os dados referentes às ocupações "empregado doméstico" (2%), "vendedor de comércio varejista e atacadista" (2%), e "trabalhador da construção civil" (1%).



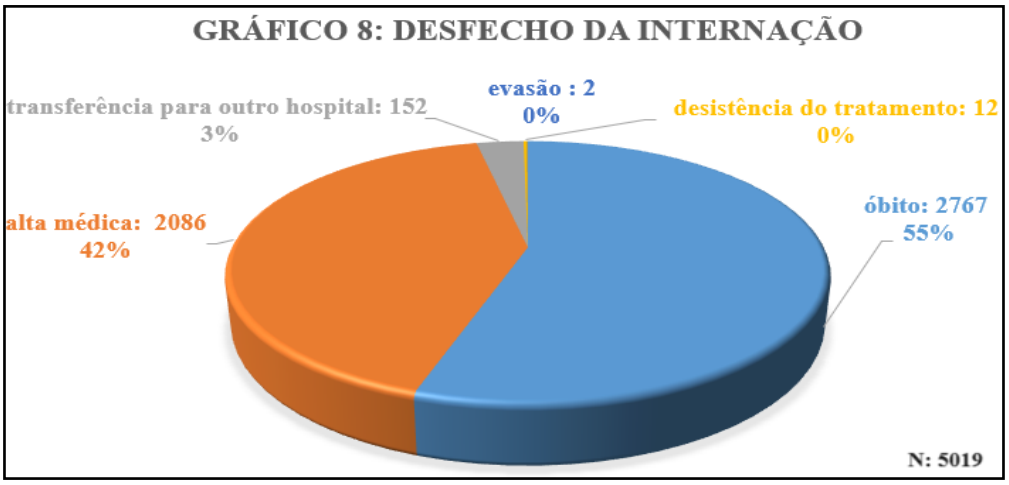


Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental

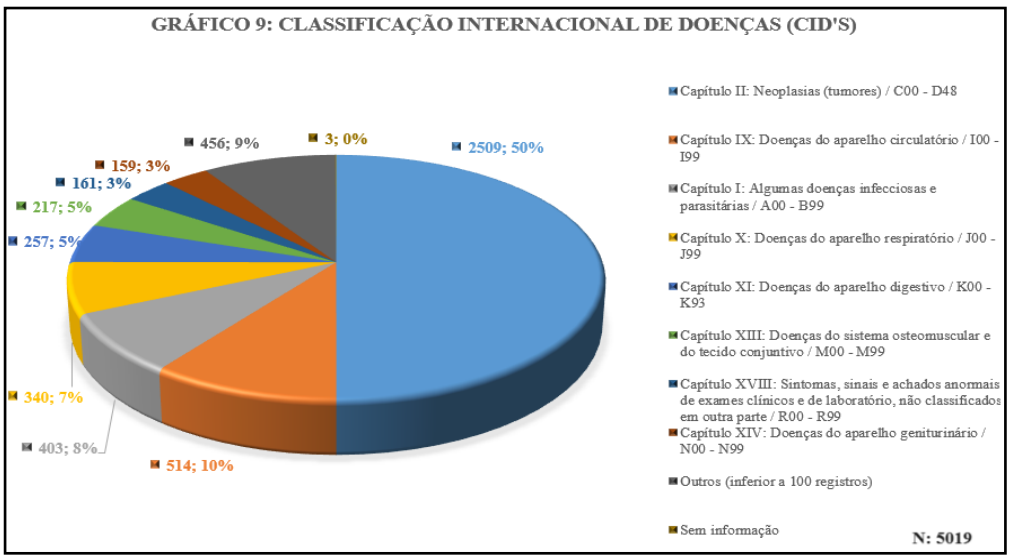
Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental.

No gráfico 7 é possível observar a dimensão dos dados “outros”, “sem informação” e “aposentados”, comparado à totalidade dos dados coletados. Cabe pontuar que os dados sobre a ocupação são fundamentais para analisar como se manifesta a determinação social do processo saúde-doença na vida dos/as usuários/as, entendendo a centralidade da categoria trabalho neste debate. Observa-se uma perda significativa de dados sobre a ocupação e a necessidade de qualificá-los, visto que parte expressiva das informações coletadas (82%) se relacionam a “outros”, “sem informação” e “aposentado”, sendo possível mensurar somente 18%.

No tocante ao desfecho da internação (gráfico 8), é possível constatar que 55% dos/as usuários/as que internaram foram a óbito, seguido por alta médica (42%). Já no que concerne aos diagnósticos de doença registrados no desfecho da internação, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é possível identificar que 50% relacionam-se à neoplasias (tumores), seguido por doenças do aparelho circulatório (10%), conforme ilustra o gráfico 9.



Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental.



Fonte: Elaborada pelas autoras a partir dos resultados da pesquisa documental.

Assim sendo, observa-se que um número significativo de usuários/as que foram atendidos/as pela equipe de cuidados paliativos foi a óbito na internação. Tal realidade talvez esteja relacionada ao quanto pode ser tardio o atendimento com o foco em cuidados paliativos, bem como revelar que a equipe é acionada quando as pessoas já estão com a doença mais avançada, ao invés de os cuidados paliativos estarem inseridos desde o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida. Indica-se assim a importância de aprofundar este estudo e relacionar com demais elementos, tais como acesso à renda, serviços de saúde, demais políticas públicas, dentre outros, de modo a aprofundar a análise de como se manifesta a determinação social do processo saúde-doença na vida desses sujeitos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o processo saúde-doença a partir da determinação social exige assimilar que o modelo de sociabilidade capitalista é responsável pela produção da desigualdade, exploração e adoecimento. Logo, é impossível construir políticas públicas e qualificar o atendimento à população usuária do SUS sem compreender de que forma essa determinação se manifesta na vida desses sujeitos, e quais os principais entraves para que tenham acesso ao direito à saúde.

Os dados aqui apresentados e a breve análise dos mesmos demonstram a relevância da aproximação com a realidade dos/as usuários/as que acessam os serviços de saúde, de modo que o cuidado em saúde a ser ofertado vá ao encontro de suas reais necessidades. Com a finalidade de garantir um olhar de totalidade que possibilite uma análise da determinação social do processo saúde-doença torna-se imprescindível reconhecer e defender o SUS diante das diferentes tentativas de desmonte, especialmente através do subfinancamento e desfinanciamento, bem como o avanço da privatização da saúde.

O tempo presente vem exigindo, cada vez mais, que os cuidados paliativos sejam fortalecidos e reconhecidos como essenciais nos sistemas de saúde, garantindo assim os princípios da universalidade e integralidade, haja vista o envelhecimento populacional e aumento de doenças crônicas. É notória a ampliação deste debate à nível nacional, com importantes avanços, mas ainda insuficientes para garantir o atendimento universal e de qualidade a todos/as que estão em cuidados paliativos. Em tempos de desmonte do SUS e desproteção social, para que se efetive uma Política Nacional de Cuidados Paliativos, há que

fortalecer e defender o SUS público, estatal e de qualidade, pois somente assim é possível construir as demais políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **ANCP e Cuidados Paliativos no Brasil**. São Paulo, 2022. Disponível em: https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-no-brasil. Acesso em 16 jun. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 09 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 19, de 03 de janeiro de 2002**. [...] Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos [..]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html. Acesso em: 08 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 3 de novembro de 2022**. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2022. Disponível em: https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNE-CES-003-2022-11-03.pdf. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL Ministério da Saúde. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em: 30 dez. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. **Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023**. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023. Acesso em: 08 out. 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elisabete; BRAVO, Maria Inês Souza; UCHÔA, Roberta *et al.* (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares *et al*. **Manual de Cuidados Paliativos** – São Paulo: Hospital SírioLibanês, Ministério da Saúde, 2020.

FIGUEIREDO, Marco Tullio de Assis. **A História dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Revista Ciências em Saúde, Itajubá, v. 1, n. 2, 11, v1, n2 jul, p. 2-3, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v1i2.509. Acesso em: 10 dez. 2022.

IBGE. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil - 2021**. IBGE, 2021. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/10091/93473. Acesso em: 13 out. 2023.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016/2022.** IBGE, 2023. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, Trimestral, v. 4, n. 112, p.63-76, jan. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206. Acesso em: 30 dez. 2021.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. C**uidados Paliativos:** conceito, fundamentos e princípios. In: ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca (Org.). Manual de Cuidados Paliativos. Ampliado e atualizado. 2ª edição. São Paulo: 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos:** fatos importantes. OMS, 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. Acesso em: 22 jun. 2022.

SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, Úrsula Bueno do Prado. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019** [livro eletrônico] / organização Luciana Messa; coordenação Stefhanie Piovezan. 1. ed. São Paulo: ANCP, 2020.