

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO**

GIOVANNA DE MESQUITA BARROS RUSSO

**CUIDADOS PALIATIVOS NO SUS E O DIREITO À SAÚDE: COMO A
OFERTA DE PALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
INFLUENCIA NA EFETIVAÇÃO DESSA GARANTIA
CONSTITUCIONAL**

Rio de Janeiro

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

GIOVANNA DE MESQUITA BARROS RUSSO

**CUIDADOS PALIATIVOS NO SUS E O DIREITO À SAÚDE: COMO A OFERTA DE
PALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INFLUENCIA NA EFETIVAÇÃO
DESSA GARANTIA CONSTITUCIONAL**

Monografia de final de curso, apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção de grau de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Doutor Rafael Esteves Frutuoso**.

Rio de Janeiro

2022

GIOVANNA DE MESQUITA BARROS RUSSO

**CUIDADOS PALIATIVOS NO SUS E O DIREITO À SAÚDE: COMO A OFERTA DE
PALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INFLUENCIA NA EFETIVAÇÃO
DESSA GARANTIA CONSTITUCIONAL**

Monografia de final de curso, apresentada à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção de grau de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Doutor Rafael Esteves Frutuoso**.

Data de Aprovação: ____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Orientador Rafael Esteves Frutuoso

Membro da Banca

Membro da Banca

Rio de Janeiro

2022

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de monografia pretende compreender, sob uma perspectiva teórica, o significado da oferta dos Cuidados Paliativos, especificamente pela Atenção Primária à Saúde, para a efetivação da referida e estimada garantia constitucional insculpida no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Para tanto, aborda-se, em um primeiro momento, a classificação do direito social à saúde, assim como os atos normativos primários e secundários que regulamentam o tema. Em sequência, realiza-se uma explanação técnica-conceitual sobre “saúde”, “Cuidados Paliativos”, “doenças crônicas” e “Atenção Primária à Saúde” a fim de promover melhor compreensão acerca do objeto pesquisado, tendo em vista a interdisciplinaridade com Ciências da Saúde. Através dessa exposição, pretende-se evidenciar os desdobramentos e interações da garantia constitucional com a área da saúde.

Palavras-chave: Direito. Saúde. Cuidados Paliativos. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This monograph conclusion work intends to understand, from a theoretical perspective, the meaning of the offer of Palliative Care, specifically by Primary Health Care, for the realization of the referred and esteemed constitutional guarantee inscribed in article 196 of the Federal Constitution of 1988. so, it addresses, at first, the classification of the social right to health, as well as the primary and secondary normative acts that regulate the theme. In sequence, a technical-conceptual explanation on “health”, “Palliative Care”, “chronic diseases” and “Primary Health Care” is carried out in order to promote a better understanding of the researched object, in view of the interdisciplinarity with Health Sciences. Through this exposition, it is intended to highlight the developments and interactions of the constitutional guarantee with the health area.

Key-words: Right. Health. Palliative care. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABCP - Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
AD - Atenção Domiciliar
ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos
APS - Atenção Primária à Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CEM - Código de Ética Médica
CFM - Conselho Federal de Medicina
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CP - Cuidados Paliativos
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CRFB - Constituição da República Federativa Brasileira
CTI - Centro de Tratamento Intensivo
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF - Estratégia Saúde da Família
IAHPC - International Association for Hospice and Palliative Care
INCA - Instituto Nacional do Câncer
LOS - Leis Orgânicas da Saúde
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial à Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAPS - Secretaria da Atenção Primária à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE EM SUA DIMENSÃO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL E OS ATOS NORMATIVOS QUE O REGULAMENTAM	19
1.1. A localização do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro.....	19
1.2. A classificação e as características do direito constitucional à saúde	22
1.3. Os atos normativos que regulamentam o direito à saúde enquanto garantia fundamental	30
2. CONCEITUAÇÕES TÉCNICAS E DESDOBRAMENTOS DA GARANTIA CONSTITUCIONAL NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE	38
2.1. O conceito de Cuidados Paliativos: senso comum, evolução e aspectos.....	38
2.2. A compreensão de doenças crônicas e da Atenção Primária à Saúde voltada aos Cuidados Paliativos	43
2.3. A definição de saúde de acordo com a OMS e seus princípios norteadores.....	51
3. A OFERTA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE	56
3.1. O direito fundamental à saúde e sua demanda por regulamentação infraconstitucional como premissa menor	56
3.2. A presença de Cuidados Paliativos no nível primário do sus como componente do direito à saúde	59
3.3. A oferta de palição na Atenção Primária à Saúde como forma de efetivação do direito fundamental à saúde	63
CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

INTRODUÇÃO

Não raro, as produções acadêmicas são introduzidas através da apresentação de um tema que muito se discute. Entretanto, ao pensar nos Cuidados Paliativos (CP), essa introdução vai de encontro à realidade brasileira, uma vez que a morte e o morrer, embora inexoráveis, ainda são, na atualidade, assuntos reprovados e evitados devido a causas multifatoriais.

Kübler-Ross (2020. P. 6) explica que, do ponto de vista psiquiátrico, o fim da vida na terra não é compreensível para o inconsciente e, caso ocorra, será atribuído a um evento fatal e incontrolável. “Explicando melhor, em nosso inconsciente só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho [...]” (KUBLER-ROSS, 2020. P. 6)

Corroborando para esse quadro, o *modus operandi* que grande parte dos profissionais da saúde ainda trabalha: rejeitando a morte a qualquer custo com métodos distanásicos e uma Medicina tecnológica ao seu lado. Palácios e Rego (2006. P. 1755) entendem que:

A morte ainda é vista, por muitos profissionais de saúde, como um fracasso, incapacidade ou incompetência, uma vez que eles foram formados para combatê-la. A incerteza, parceira constante no exercício profissional, é uma coadjuvante da insegurança e um estímulo para a resistência ao "êxito letal".

Tal perspectiva, apresentada pela maioria desses profissionais, torna-se compreensível quando se observa o curso de Medicina, no Brasil, que, em regra, não inclui o ensino de CP na grade curricular. Ou seja, conforme asseverado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP. N.p.):

Há uma lacuna na formação de médicos e profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, essencial para o atendimento adequado, devido à ausência de residência médica e a pouca oferta de cursos de especialização e de pós-graduação de qualidade. Ainda hoje, no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa.

Para além do aspecto psicossocial, fatores culturais e religiosos contribuem para o grande tabu que envolve o tema fim de vida, bem como doenças e outros eventos que, embora

delicados, são inerentes ao viver. Em consequência, a filosofia paliativa sofre com tal censura, de forma a ter sua essência, não apenas desconhecida, mas distorcida.

Distorção essa que resulta da tendência em associar Medicina Paliativa com o fenômeno morte, sendo certo que, em realidade, esse cuidado deve – ou deveria – estar à disposição de um paciente em todas as demais fases de sua doença. Porém, a desinformação somada ao senso comum faz com que, em regra, esses cuidados sejam restritos às patologias incuráveis ou que estejam em estágios finais, excluindo, portanto, aqueles que enfrentam condições crônicas.

Com efeito, para além da incorreção quanto à definição de CP, o próprio termo “paliativo” é empregado de forma pejorativa no cotidiano. No que tange a essa interpretação, Baruffi e Robles-Lessa (2021. P. 22) expõe que:

A palavra “paliativo” tem origem no “*pallium*”, que possui o significado de manto, e em cuidados paliativos tem relação com o conforto que um agasalho traz como proteção ao doente. Contudo, esse termo ainda é mal interpretado, o que faz com que a origem da palavra seja usada com o viés de disfarçar, tapar, encobrir, dentre outros.

De fato, é possível afirmar que a abordagem paliativa, *per se*, é recente, tendo seus primeiros registros acerca dos CP em 1960, época em que viveu Cicely Saunders, assistente social, médica e enfermeira, considerada pioneira na área ao fundar, no ano de 1967, o St. Christopher’s Hospice, em Londres:

o primeiro lugar que se tem conhecimento da oferta de cuidado integral ao doente, centrado em uma abordagem multidisciplinar, preocupada com o cuidado social, espiritual e psicológico dos pacientes e suas famílias. (BUSSINGUER; MAINART; VASCONCELOS, 2021. P. 5).

Em paralelo, Elisabeth Kübler-Ross, renomada psiquiatra norte-americana, transportou essa filosofia de cuidados para a América na década de 70, após trabalhar com Saunders no Reino Unido. E, paulatinamente, os CP foram disseminados para diversos outros países, ainda que de forma tímida.

Timidez essa que justifica a inclusão da ideia de palição pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apenas nos anos 80 e com diretrizes ainda direcionadas apenas aos pacientes oncológicos (MENDES, VASCONCELLOS, 2020. N.p.). O próprio conceito técnico de CP

foi definido pela OMS somente dez anos depois, em 1990 e recebeu a devida atualização ainda mais tarde, em 2017, como será dissertado nos capítulos seguintes.

No Brasil, inobstante a existência de alguns registros anteriores, foi apenas no ano de 1998 que surgiu o primeiro serviço voltado à oferta de CP: a unidade exclusiva de CP do Instituto Nacional do Câncer (INCA), conhecida como HC IV – Hospital do Câncer IV. Ainda na década de 90, criou-se algumas importantes organizações de paliativistas como a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP) e, posteriormente, em 2005, a Academia Nacional de CP (ANCP).

Quanto ao contexto normativo brasileiro, a evolução da abordagem paliativa caminha de forma igualmente lenta: somente em 2018 houve a consolidação de uma regulamentação no tocante à palição através da “Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS” abarcada pela Resolução nº 41/2018.

Nota-se que, embora a filosofia do tratamento paliativo tenha surgido, aproximadamente, no ano de 1960, a primeira normatização específica foi promulgada há apenas quatro anos, ou seja, a discussão jurídica sobre o tema, no Brasil, progride paulatinamente e ainda carece de elaboração de lei *strictu sensu*.

Mendes e Vasconcellos (2020. P. 102) comentam que, mesmo dentro do campo da Medicina, os CP foram instituídos, oficialmente, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) apenas em 2009, com a elaboração do Código de Ética Médica (CEM), em seu capítulo I, inciso XXII. Isso significa que esses cuidados foram reconhecidos tardiamente até mesmo na área da saúde.

Indo de encontro a esse cenário tardio, o direito à saúde, por sua vez, resta assegurado como garantia fundamental desde 1988 por meio dos artigos 6º e 196 da Constituição Federal brasileira os quais, respectivamente, sedimenta tal direito social e determina a saúde como direito de todos e dever do Estado. De igual modo, a Lei 8.080, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), nasceu apenas 2 anos depois, em 1990.

Isso significa que há um limbo legislativo de, pelo menos, 30 (trinta) anos entre a consolidação da garantia fundamental à saúde a partir da Constituição cidadã e o primeiro ato normativo específico acerca da palição. A disparidade entre a importância desse cuidado e a preocupação político-social em regulamentá-lo é um dos motivos que ensejaram a definição desse objeto de pesquisa.

Ademais, a escolha do presente tema de pesquisa provém, inusitadamente, de números que, per si, asseveram os porquês. De acordo com o Atlas Global de Cuidados Paliativos (2020. N.p.), estima-se que, em todo o mundo, mais de 56,8 milhões de pessoas necessitem de CP todos os anos, incluindo 31,1 milhões antes e 25,7 milhões perto do fim da vida.

Quanto a esses dados, deve ser ressaltado que “essa é uma estimativa extremamente conservadora, uma vez que calcula apenas a necessidade de CP no final da vida – e não ao longo do curso de uma doença potencialmente fatal [...]” (MENDES; VASCONCELLOS, 2020. P. 150).

Uma pesquisa feita pela The Economist Intelligence Unit, em 2015, a partir de quesitos como disponibilidade de CP, formação de profissionais e número de leitos, avaliou “Death Quality Index” – qualidade do processo de morte – de 83 países e a classificação do Brasil ficou em 42º lugar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GEREONTOLOGIA, 2015. N.p.). Bussinguer, Mainart e Vasconcelos (2021. P. 4), em complementação, apontam que

Comparado com a edição de 2010, onde o Brasil ocupava a 38ª posição dos 40 países avaliados, ainda está muito distante de alcançar os países que lideram o ranking como Inglaterra, Irlanda, Bélgica, Nova Zelândia e Estados Unidos – países que compartilham características como altos gastos públicos em serviços de saúde, treinamento para os profissionais envolvidos, políticas nacionais de acesso e ampliação da oferta dos cuidados paliativos, bem como alto investimento em educação e conscientização.

Por fim, o instituto DataSenado (2020. N.p.) entrevistou 1.200 brasileiros e concluiu que 71% da população não possui um plano de saúde no ano de 2020. Isso significa que 7 em cada 10 cidadãos dependem do SUS para a oferta de saúde básica.

Mais recentemente, em 2021, na notória Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19, ex-médico e pacientes acusaram a operadora de saúde *Prevent Senior* de recomendar tratamentos paliativos, sem a autorização de seus familiares, para pacientes idosos que sofriam com a infecção do coronavírus a fim de induzir a morte deles e, assim, economizar recursos (GALVANI *et al.*, 2021. N.p.).

Em curtas palavras: os CP foram transmitidos, em escala nacional, como instrumento para eutanásia. Extremamente simbólicas são denúncias e acusações, em meio a uma das maiores CPIs do país que contava com diversos profissionais da saúde, reforçando o desconhecimento e distorções sobre o tema e, conseqüentemente, a urgência de estudá-lo.

Somado a esses registros – e apesar desses registros, não há, no Brasil, nenhuma lei *stricto sensu* regulamentando e instituindo a palição enquanto política sanitária nacional. O que se tem são poucas e recentes resoluções e portarias que abordam o tema. Com isso, falta normatização e possibilidade de responsabilizar o Estado frente às omissões no âmbito da saúde.

Nesse sentido, Baruffi e Robles-Lessa (2021. P. 26) criticam

Na verdade, não há como negar os avanços ocorridos dentro do sistema de saúde brasileiro desde a década de 60 até a atualidade, entretanto, ainda não efetivou-se o que dispõe a legislação e, conseqüentemente, o sistema público de saúde ainda não atua de forma universal, integral e igualitária, garantindo ao cidadão à promoção da saúde que pode ser traduzida como o próprio direito à vida.

Nota-se que a conversa entre o Direito e a Saúde é inegável e a sobreposição entre ambas as áreas mostra-se necessária à evolução das normas em conjunto com a Medicina e à proteção das prerrogativas, tanto do médico, quanto do paciente. Nesse seguimento, Mendes e Vasconcellos (2020. P. 113) afirmam que:

A transdisciplinaridade entre as Ciências da Saúde e as Ciências Jurídicas é uma marca da contemporaneidade bioética. O crescimento da tecnologização da saúde, da inteligência artificial e da judicialização da saúde impactou sobremaneira o modelo tradicional de relação profissional de saúde-paciente, notadamente no que fiz respeito ao fim de vida.

Reforçam essa ideia, Bussinguer, Mainart e Vasconcelos (2021. P. 2):

Sendo o Direito um espelho da vida em sociedade, não há como negar que ele deve acompanhar as transformações e evoluções que nela acontecem. Ou melhor, não apenas acompanhar de maneira passiva e irrefletida, mas de modo ativo, dinâmico e orientador, de modo que as garantias fundamentais dos seres humanos sejam preservadas, especialmente quando estes se encontram em momento de vulnerabilidade e sofrimento.

Embora os números traduzam uma realidade preocupante e o assunto seja inerente à vida de qualquer ser humano, pouco se discute e, principalmente, pouco se produz sobre os CP ante uma ótica jurídica. A escassez de estudo, de informação e de conscientização contribuem para a manutenção desses dados e justificam a escolha do tema.

Por todo o exposto, resta nítida a relevância social e jurídica do tema. Trata-se de uma contradição quase irônica: todo indivíduo, teoricamente, necessitará da palição – seja ao longo da vida ou no final dela – no entanto, apesar de alguns avanços, ainda é um tema científica e legalmente menosprezado.

A desinformação no tocante aos CP nas áreas da Saúde e do Direito enseja um círculo vicioso, uma vez que não se ensina, tampouco conscientiza a população sobre esses cuidados, ao passo que não há conhecimento ou conscientização para que leis sejam criadas tutelando-os. É preciso, portanto, interromper esse ciclo – ainda que de forma sutil.

Desse modo, pode-se afirmar, ainda, que a relevância, da presente tese, para a sociedade e para o Direito caminham lado a lado. Isso porque, nas palavras de Baruffi e Robles-Lessa (2021. P. 29):

O primeiro passo para que a oferta de Cuidados Paliativos seja promovida pelo Estado brasileiro se dá através da conscientização populacional, pois é através do entendimento e desejo da sociedade que mudanças políticas são iniciadas. “A conscientização da população brasileira sobre os Cuidados Paliativos é essencial para que o sistema de saúde brasileiro mude sua abordagem aos pacientes portadores de doenças que ameaçam a continuidade de suas vidas.

É evidente que evitar discussões sobre a morte, o envelhecimento e as enfermidades não impede alguém de morrer, envelhecer ou adoecer. Entretanto, a escassez de conscientização e de planejamento acerca dos cuidados possibilita que esses processos - que são naturais - sejam mais árduos, sendo certo que as produções acadêmicas cumprem papel de extrema importância nessa seara.

Quanto ao objeto de pesquisa, especificamente, este restou delimitado às doenças crônicas no SUS. Isso porque é justamente a desinformação que restringe a palição como uma abordagem oferecida somente no fim de vida e frustra, assim, o acesso a esse cuidado por diversos pacientes com condições que não sejam terminais.

Afinal, é esperado que as produções acadêmicas sigam a tendência de focar nos CP associados à finitude humana, assim como ocorre na sociedade. Por esse motivo, busca-se, com este trabalho, agregar o material e as discussões sobre esses cuidados, especialmente, em pacientes que não vivenciem a fase final de alguma patologia.

Isto pois, devido à cultura hospitalocêntrica, a oferta de palição tende a se concentrar nos setores terciários do SUS como, por exemplo, nos Centros de Tratamento Intensivo (CTIs) dos hospitais, pois, comumente, é onde encontram-se pacientes em fim de vida.

Em contrapartida, pacientes os quais apresentam condições crônicas tendem a receber tratamento ambulatorial na chamada APS - Atenção Primária à Saúde, conhecida como “porta de entrada do SUS”, uma vez que compõe o primeiro nível de atenção em saúde cujo objetivo é oferecer assistência integral às coletividades (SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, S.d.). Isso significa que, como essas pessoas, via de regra, não vivenciam o fim de vida, costuma-se ignorar a oferta de abordagens paliativas na APS.

Em suma: a probabilidade de se ter acesso aos CP na APS é baixa. Consequentemente, a exclusão das patologias crônicas é reforçada. Em razão disso, o desenvolvimento do tema apresentará um recorte centrado no referido setor do SUS, visando desviar do clássico e restritivo enfoque em doenças terminais.

Importa explicitar que a conceituação técnica acerca dos CP, da APS e demais elementos abarcados neste trabalho será devidamente desenvolvida em tópicos posteriores, de modo que, neste momento, pretende-se apenas tecer a introdução do tem, bem como explicar o recorte escolhido.

Diferente do que ocorre com os CP, muito se fala na responsabilidade do Estado em garantir, ao brasileiro, um direito integral à saúde. Os artigos 6º e 196 da Constituição

Federal, bem como a Lei 8.080/90, que instituiu o SUS, são alvo de fervorosos e justificados debates que pretendem exigir a efetivação da garantia constitucional à saúde.

Seja por meio de demandas populares, de atualizações legislativas ou da judicialização da saúde, pautas como fornecimento de medicação, vaga em leitos do Sistema Único de Saúde e cobertura de tratamentos médicos são reivindicados sob fundamentação de estarem assegurados pela Carta Magna enquanto saúde pública.

A partir de uma metodologia hipotético-dedutiva, serão avaliados o supracitado direito fundamental e os CP na APS, ante uma perspectiva jurídica, a fim de questionar e compreender a presença dessa abordagem, nos níveis primários do SUS, como forma de efetivar o direito integral à saúde.

Em suma, o objetivo geral é analisar os CP sob a ótica de uma garantia constitucional. Ao pensar no conceito descritivo e nos aspectos normativos desse cuidado, o que se quer é entender como a oferta deste, na APS, isto é, com enfoque no tratamento de doenças crônicas, poderia influenciar na concretização do direito insculpido no artigo 196 da Constituição Federal brasileira.

Especificamente, a presente tese tem como finalidade, em primeiro plano, analisar o direito fundamental à saúde e suas particularidades, assim como os atos infraconstitucionais que o regulamentam, de modo a localizar o tema no ordenamento jurídico brasileiro a partir da letra da lei e de entendimentos doutrinários.

Ato contínuo, com base na exposição do conceito técnico de cada um dos elementos que compõem a tese, objetiva-se compreender os desdobramentos da garantia constitucional em comento nas ciências da saúde, abarcando as interseções entre o Direito e a Medicina quanto à presente tese.

Por fim, pretende-se, sobretudo refletir no tocante à influência da oferta de CP nos níveis primários do SUS, ou seja, na APS, enquanto instrumento de efetivação da garantia constitucional à saúde integral, nos termos da Constituição Cidadã.

Importa ressaltar o caráter teórico da presente pesquisa cujas reflexões convergem para a realidade normativa brasileira referente ao tema. Isso porque, inobstante a interdisciplinaridade entre as ciências jurídicas e da saúde, o que se busca são compreensões acerca do tema enquanto objeto de Direito, mais especificamente, de Biodireito. Isto é, a perspectiva bioética agregada a partir dos CP exprime um meio a partir do qual se almeja entender a garantia constitucional à saúde e seus componentes.

Somado a isso, esses cuidados são reconhecidos pelo Direito brasileiro, enquanto política nacional, há apenas quatro anos devido à Resolução nº 41/2018. Trata-se de um recorte temporal exíguo que, provavelmente, ainda não permitiu transformações práticas significativas. Nesse sentido, é inegável a necessidade de restrição ao estudo abstrato.

A fim de alcançar tal objetivo, a metodologia a ser aplicada no presente trabalho de conclusão de curso perpassará por análises normativas dentro do ordenamento jurídico brasileiro, tendo em vista que são almejadas reflexões teóricas acerca do tema.

Para tanto, no primeiro capítulo, será abordado o direito fundamental à saúde em sua dimensão jurídico-constitucional. Ou seja, serão explorados os artigos 6º e 196 da Constituição Federal de 1988, de modo a compreender a classificação desse direito social e, também, o entendimento que os operadores do Direito têm quanto à saúde brasileira.

Ainda neste primeiro momento, será trazida à baila a regulamentação dessa garantia, qual seja, atos normativos primários e secundários como a Lei 8.080/1990 que instituiu o Sistema Único de Saúde, a Resolução nº 41/2018 e a Portaria nº 483/2014 as quais dispõem, respectivamente, sobre as diretrizes para a organização dos CP no SUS e sobre a redefinição da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas, também no SUS.

Em sequência, no segundo capítulo, será realizada uma breve – porém essencial – explanação técnica-conceitual sobre “saúde”, “Cuidados Paliativos”, “doenças crônicas” e “APS” a fim de promover melhor compreensão acerca do objeto pesquisado, tendo em vista a interdisciplinaridade com Ciências da Saúde.

Através dessa exposição, pretende-se evidenciar os desdobramentos e interações da

garantia constitucional e, conseqüentemente, seus aspectos nas ciências da saúde. Isto é, neste momento, serão consolidadas as áreas de conversa comum entre o o Direito e a Medicina.

Por fim, no terceiro capítulo, objetiva-se concluir como a oferta de palição na APS influencia na efetivação do direito à saúde integral. Isto é, a pretensão é entender se a garantia constitucional consubstanciada nos artigos 6º e 196 da Carta Magna é concretizada, integralmente, quando o cidadão brasileiro que enfrenta uma condição crônica tem acesso a abordagens paliativas no nível primário do SUS.

Nesse sentido, após as devidas notas introdutórias, é possível iniciar o desenvolvimento deste trabalho mediante exposição do tratamento dado, pelo ordenamento jurídico brasileiro, à saúde dos cidadãos.

1. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE EM SUA DIMENSÃO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL E OS ATOS NORMATIVOS QUE O REGULAMENTAM

A análise da saúde e suas particularidades sob uma perspectiva jurídico-constitucional exige um desenvolvimento em etapas progressivas, sendo necessário, primariamente, situar a fonte normativa dessa garantia e sua fundamentação, tanto legal quanto doutrinária.

Ato contínuo, importa examinar a classificação constitucional acerca desse direito fundamental para, a partir de suas características, compreender sua demanda enquanto dever do Estado brasileiro e, posteriormente, sua oferta enquanto direito de todos.

Através de ambas as etapas, será possível ponderar sobre os atos normativos que regulamentam o direito à saúde, no que diz respeito aos CP na APS, considerando sua localização no ordenamento jurídico brasileiro e sua necessidade por regulamentação.

1.1. A localização do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro

Importa destacar que as normas serão abarcadas em ordem de acordo com a hierarquia presente entre elas, de modo a conferir coerência e harmonia com o ordenamento jurídico. Isto pois, inobstante as diferentes estruturas lógicas para abarcá-las, será privilegiada a tese da Teoria Pura do Direito, de Hans Kelsen – clássica e amplamente adotada pelos operadores do Direito.

A tese kelseniana (1998. *Passim*), portanto, estabelece o conceito de ordenamento jurídico a partir de uma estrutura hierárquica que regula a si mesma. Com a Constituição Federal no vértice dessa pirâmide em abstrato – Norma Fundamental, os atos normativos primários, isto é, lei *lato sensu*, por resultarem do processo legislativo, retiram sua validade da Carta Magna e regulamentam os direitos nela dispostos.

Sob esta lógica, os atos normativos secundários, por sua vez, são validados pelos primários e, por não serem fruto do processo legislativo, mas sim de decisão unilateral da Administração Pública, apenas executam e regulamentam as disposições legais, sendo vedada a inovação por meio de ato dessa natureza.

Apesar das válidas críticas tecidas quanto à obra de Kelsen (1998. *Passim*), suas heranças ao Direito brasileiro são inegáveis, de forma que a hierarquização das normas é ferramenta para evitar conflitos jurídicos, entre outras funções.

Sob esta lógica, deve ser observado, essencialmente, o artigo 6º da Constituição Federal da República Brasileira (CRFB) de 1988 o qual instituiu a saúde como um direito social junto com a educação, moradia, alimentação, trabalho, entre outras garantias basilares à sociedade.

A consolidação desse rol é resultado de insurgências populares, frente a governos autoritários, as quais “provocaram uma aproximação entre o Estado e a sociedade.” (NETO; PEDRON, 2018. P. 100). Não por acaso, a Carta Magna é apelidada de “Constituição Cidadã”, eis que elaborada durante o processo de redemocratização do Brasil após o fim da Ditadura Militar.

Para além do contexto simbólico, Silva (2021. P 261) ressalta que a CFRB de 1988 “[...] foi uma das primeiras constituições do mundo a prever o acesso a bens e serviços públicos como *direitos*, não apenas como deveres estatais”. E, ainda quanto à tal manifesta importância, Bliacheriene, Rubim e Santos (2017. P. 66) comentam:

Assim, a proteção da saúde pelo Direito ganhou contornos constitucionais profundos com a CRF-88, como fruto da evolução histórica do movimento sanitarista que teve suas origens na década de 1970. Assim, pode-se dizer que a CRF-88 foi o final de um ciclo (o da normatização das demandas trabalhadas pelo movimento sanitarista), mas também o início de outro (o da construção do maior sistema público e universal de saúde do planeta, o SUS).

Especificamente, denota-se o artigo 196¹ da Constituição Federal o qual institui a saúde como direito de todos e dever do Estado que deve garantir um acesso universal e igualitário às políticas sociais e econômicas. Desse modo, a saúde torna-se um direito universal reconhecido como “meio de preservação e qualidade de vida, emergindo, nesse sentido, como um fator de contribuição para o efetivo exercício da cidadania.” (MARTINI; STURZA, 2017. P. 26).

¹ “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.” (art. 196, CF/88)

Baseado nesse racional lógico, pode-se afirmar que, para além de um direito social e um dever estatal, a saúde é uma garantia fundamental contida, de forma latente, no célebre artigos 1º, inciso III, que cristaliza a dignidade da pessoa humana, e 5º da Carta Magna cujo *caput* sedimenta que todos são iguais perante a lei e garante, aos brasileiros e aos estrangeiros residentes, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Isso porque a saúde configura um fator inerente à vida e um dos diversos aspectos que instrumentalizam o Estado Democrático de Direito, tendo em vista que, nas palavras de Humbert e Libório (2020. P 168),

[...] o direito à saúde implicitamente inserto nos arts. 1º, III, e 5º, da CF. É cristalina a redação do art. 1º que prescreve a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito. Ora, para que haja dignidade, é indispensável existir saúde, pois sem ela não haverá vida digna. O referido artigo 5º, por sua vez, outorga a todos a inviolabilidade do direito à vida. Não é novidade alguma o fato de que sem saúde não há que se falar em direito à vida. Isso porque, aquele que não têm condições satisfatórias de saúde pode, a qualquer momento, falecer por conta de inúmeras enfermidades.

Ainda no âmbito constitucional, o artigo 197 imputa, ao Poder Público, regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde – as quais possuem relevância pública. Em paralelo, União, Estados e Municípios receberam competências materiais e legislativas em matéria de saúde a partir dos artigos 23, inciso II, 24, inciso XII e 30, inciso VII (BLIACHERIENE; RUBIM; SANTOS, 2017. P. 68).

A iniciativa privada, por sua vez, tem permissão para assistir à saúde, nos termos do artigo 199, CRFB/88, enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS) – complexo setor de saúde pública no Brasil – encontra suas competências e atribuições no artigo 200.

Torna-se evidente que a Constituição Cidadã preocupou-se em fornecer subsídios à garantia fundamental em comento, de modo que, ao menos em teoria, a saúde possui fortes alicerces constitucionais para sua oferta e efetivação, por parte do Estado, a todos os brasileiros.

Cumpra, no entanto, entender os atributos que esse direito social carrega e suas

interfaces com a doutrina para, assim, transportar e aproximar o texto constitucional da realidade dos CP no SUS.

1.2. A classificação e as características do direito constitucional à saúde

Ante a localização da saúde insculpida nos diversos artigos da Constituição Federal, tornou-se evidente que

[...] o direito à saúde foi alçado à expressão de direito fundamental, mais especificamente, de direito fundamental social - e, consequentemente, de cláusula pétrea. A questão da efetivação e da eficácia - e das consequências decorrentes disso - de tal direito é, portanto, de ordem evidentemente jurídica. Apesar de - obviamente - manter estrita relação com o plano político, recai considerável responsabilidade sobre os aplicadores do Direito e os estudiosos do Direito Constitucional. (FARIA, 2014. P. 310)

Isso significa que, inobstante a preocupação do constituinte em atribuir tal qualidade a esse direito social, a simples declaração da saúde no capítulo II da Carta Magna não assegura sua efetivação na prática. Por esse motivo, é preciso entender a disciplina jurídica dessa garantia, de modo a evitar que torne-se uma “promessa constitucional inconsequente”² (FARIA, 2014. P. 311).

Com esse intuito, desde logo, revela-se a qualidade dupla do direito à saúde. Ramos (2005. P. 153) explica:

Oportuno destacar, que o direito à saúde tem duas faces: uma, a da preservação da saúde, outra, a da proteção e recuperação da saúde. O direito à preservação da saúde tem como contrapartida as políticas que visam à redução do risco de doença, situando-se o próprio direito a um meio ambiente sadio. Está aqui uma prevenção genérica, não individualizável, da doença. O direito à proteção e recuperação da saúde é o direito individual à prevenção da doença e seu tratamento traduz-se no acesso aos serviços e ações destinados à recuperação do doente.

Nota-se, portanto, que essa garantia constitucional comporta diferentes interpretações

²“Cabe uma pequena digressão sobre a intensidade dessa expressão "promessa constitucional inconsequente". Normalmente associada a trecho de julgado paradigmático, o RE 393.175/RS, de relatoria do eminente ministro Celso de Mello — 2ª Turma —, julgado em 12 de dezembro de 2006 [1], é uma expressão que toca no cerne do papel dos poderes constituídos e do Poder Judiciário em face de direitos e valores constitucionais. Assim, exsurge um verdadeiro dever constitucional de acionamento e movimentação das instâncias democráticas e institucionais para a consecução dos fins constitucionais.” BALAZEIRO, Alberto Bastos; ROCHA, Afonso de Paula Pinheiro. **Proteção de trabalho e as promessas constitucionais inconsequentes**. Consultor Jurídico, 2022. Disponível em <Conjur.com.br/2022-jul-19/balazeiroe-rocha-promessas-constitucionais-inconsequentes>.

e, por consequência, diferentes formas de ser efetivada na realidade brasileira, sendo certo que a Constituição Federal não positiva – tampouco deveria positivar – todas as medidas por meio das quais a saúde pode ser ofertada.

Ademais, convém apontar, nas palavras de Lippel (2004. P. 2), os princípios informadores da política pública de saúde inferidos a partir da leitura dos artigos 194, 196 e 198 da CF/88, os quais permitem uma primeira caracterização desse direito.

São eles: a universalidade, eis que a saúde não exige contraprestações; o caráter democrático e descentralizado, tendo em vista que o dever estatal é tripartido entre todos os entes federativos; a integralidade, regionalização e hierarquização (LIPEL, 2004. P. 2). Tais princípios informadores estão, estrategicamente, elencados na Lei 8.080/90 que instituiu o SUS – o que será melhor desenvolvido no tópico seguinte e, além disso, estão intimamente interligados.

No que tange à integralidade e descentralização, Bliacheriene, Rubim e Santos (2017. P. 70) afirmam que estão conceitualmente conectados, eis que

Sem a garantia da integralidade a descentralização poderia se tornar mecanismo de não assistência. Ou seja, embora a descentralização imponha aos entes da federação funções específicas no processo saúde-doença perante o cidadão; este usuário do sistema deverá ser atendido em todas as suas necessidades desde as ações preventivas àquelas de alta complexidade.

Não apenas as características explícitas devem ser examinadas, mas, ainda, a estruturação da garantia constitucional à saúde. Para tanto, evidencia-se as teses classificatórias cunhadas por Ronald Dworkin (1999. *Passim*), jusfilósofo estadunidense e Robert Alexy (2008. *Passim*), jurista alemão, acerca da teoria dos princípios.

Ronald Dworkin entendia que regras e princípios seriam espécies do gênero norma. Aquelas seriam aplicadas na modalidade “tudo ou nada”, isto é, de maneira literal e sem flexibilizações, enquanto esses “[...] não apresentam as consequências jurídicas que seguem quando as condições de aplicação são dadas. Eles não pretendem, nem mesmo, estabelecer as condições que tornam a sua aplicação necessária.” (PEDRON, 2005. P. 73)

À explicação, Branco e Mendes (2018. P. 73) acrescentam que

A norma da espécie *regra* tem um modo de aplicação próprio que a diferencia, qualitativamente, da norma da espécie *princípio*. Aplica-se a regra segundo o modo do tudo ou nada; de maneira, portanto, disjuntiva. Dworkin explica: “se os fatos que uma regra estipula ocorrem, então ou a regra é válida, e a solução que dela resulta deve ser aceita, ou não é válida, e não contribuirá em nada para a decisão.”

Já os princípios, para o jusfilósofo, apresentariam valores diferenciados, de modo que sua aplicação poderia variar de acordo com a argumentação e a direção empregada. Ou seja, “[...] não desencadeiam automaticamente as consequências jurídicas previstas no texto normativo pela só ocorrência da situação de fato que o texto descreve” (BRANCO; MENDES, 2018. P. 73). Aqui, há solo fértil para a ideia da jurisprudência.

Ao utilizar a teoria de Dworking como ponto de partida, Robert Alexy a aprofundou. Nesse sentido, concordou que princípios e regras seriam espécies de normas jurídicas, diferenciando-as quanto ao grau de generalidade. Para além disso, defendeu que os direitos fundamentais possuem caráter principiológico e, portanto, seriam “mandados de otimização”. Pedron (2005. P. 71) resume essa ideia:

Dessa forma, Alexy apresenta a distinção fundamental entre regras e princípios: princípios são normas que ordenam que algo se realize na maior medida possível, em relação às possibilidades jurídicas e fáticas. São, por conseguinte, mandados de otimização que se caracterizam por poderem ser cumpridos em diferentes graus e pela medida de seu cumprimento depender não só das possibilidades fáticas, mas também das possibilidades jurídicas. Por outro lado, as regras são normas que exigem um cumprimento pleno e, nessa medida, podem sempre ser somente cumpridas ou não. Se uma regra é válida, então é obrigatório fazer precisamente o que se ordena, nem mais nem menos. As regras contêm por isso determinações no campo do possível fático e jurídico.

Em outras palavras, Alexy entende que a regra seria uma espécie de “mandado definitivo” regidas pela lógica da validade, ou seja, em sendo válida, deveria haver subsunção do fato à norma. Por outro lado, os princípios, segundo o jurista alemão, não seriam impositivos, devendo ser empregadas todas as medidas possíveis, que estiverem ao alcance das possibilidades jurídicas e fáticas, para a satisfação destes.

Em razão disso, entende-se que “o grau de cumprimento do que o princípio prevê é determinado pelo seu cotejo com outros princípios e regras opostas (possibilidade jurídica) e pela consideração da realidade fática sobre a qual operará”. (BRANCO; MENDES, 2018. P. 74)

É possível concluir, conseqüentemente, que, compreendendo os princípios como mandados de otimização, pode haver a satisfação destes em diferentes graus ou, inclusive, sua implementação apenas parcial, de acordo com as possibilidades jurídicas e fáticas.

Sob essa lógica, Faria (2014. P. 313) afirma que o direito à saúde, enquanto garantia fundamental, é classificado como princípio jurídico e, por isso, sua efetivação não dependeria da atuação legislativa. No que diz respeito aos direitos sociais, como um todo, o autor complementa:

O que se deve entender é que o fato de os direitos sociais terem sido dispostos de maneira aberta não foi mera atividade leniente do constituinte de 87/88, mas sim uma opção juridicamente fundamentável, tendo em vista que a natureza desses direitos pressupõe uma redação mais flexível, para que possam ser aplicados ainda que sob a influência de fatores dificultantes. O direito à saúde, nesse quesito, encontra-se cercado de inúmeras imprevisibilidades, tais quais os avanços tecnológicos que acarretam em tratamentos mais modernos e eficientes e o surgimento de epidemias que reclamam respostas velozes da Administração Pública. (FARIA, 2014. P. 313)

Em suma, diante da breve exposição acerca das teorias de Dworkin e Alexy, torna-se evidente que o direito à saúde, uma vez que apresenta caráter principiológico, é classificado como mandado de otimização.

Ao partir dessa premissa, importa, para o presente trabalho, denotar duas características que Alexy atribuiu aos princípios e, portanto, ao direito à saúde: a possibilidade de sua implementação ocorrer somente de forma parcial e a independência quanto à produção do Poder Legislativo para sua efetivação.

Isto é, ainda que o Estado garanta acesso populacional à saúde, isso não significa, necessariamente, que esse direito está sendo integralmente acessado, tampouco que a omissão legislativa é justificativa para a oferta em maior ou menor grau. Nesse sentido, Urbano (2010. P. 183) aponta que

o STF entende que, muito embora estejam previstos em enunciados abertos, dependentes de atuação do legislador, tais normas não podem ser ignoradas pelo Poder Público, sob pena de negar a eficácia normativa da Constituição e a força vinculante de seus preceitos. Assistir-se-ia, do contrário, a erosão da normatividade e da própria ideia de Constituição como instrumento que coloca limites e impõe deveres aos Poderes do Estado.

Ainda sobre esse aspecto, mister abordar a eficácia e a aplicabilidade do direito à saúde a fim de compreender a natureza jurídica deste. Deve ser ressaltado que esse tópico não é pacífico na doutrina pátria, sendo certo que não há pretensão, no presente trabalho, em esgotá-lo, mas apenas em sucitá-lo de modo a contribuir para a tese desenvolvida.

Para tanto, cumpre trazer à baila a lição do renomado professor José Afonso da Silva (1998) que cunhou a classificação triíplice acerca das normas constitucionais quanto à eficácia, de modo que ela pode ser plena, contida e limitada.

Em linhas gerais, classificar uma norma constitucional como sendo plenamente eficaz significa que não necessitam de regulamentação infraconstitucional, pois já produzem todos os seus efeitos. O mesmo ocorre com as normas de eficácia contida, no entanto, estas podem ter seus efeitos limitados por uma lei. (SOUZA, 2015. P. 131-132)

Já as normas de eficácia limitada dependem da atuação legislativa para que produzam efeitos e dividem-se em normas constitucionais de princípio institutivo e normas constitucionais de princípio programático.

O primeiro grupo abarca “aquelas através das quais o legislador constituinte traça esquemas gerais de estruturação e atribuição de órgãos, entidades ou institutos, para que o legislador ordinário os estruture em definitivo mediante lei” (SILVA, 1998. P. 126), enquanto o segundo trata das normas as quais definem os principais objetivos e finalidades a serem perseguidos pelos Poderes Públicos.

Não há, no tocante aos direitos sociais, um entendimento único acerca de sua classificação, na medida em que a doutrina divide-se entre classificá-lo como eficácia limitada e eficácia plena. Embora a presente tese não pretenda esmiuçar tal tópico, importa expor, ainda que brevemente, alguns argumentos que contribuem para a caracterização do direito à saúde.

Nesse sentido, Bliacheriene, Rubim e Santos (2017. P. 68) sustentam que as controvérsias quanto à aplicabilidade da garantia constitucional em questão resultam do

significado amplo de “saúde”, motivo pelo qual uma parte da doutrina entende que os direitos sociais possuem eficácia plena e aplicabilidade imediata, tal como preceituado aos direitos fundamentais no artigo 5º, §1º da Constituição Federal³.

Ou seja, o artigo 6º da CFRB, o qual instituiu a saúde como direito social que, essencialmente, também é um direito fundamental, possuiria capacidade de produzir todos os seus efeitos pretendidos sem a necessidade de regulamentação alguma.

Souza (2015. P. 133) frisa que, embora tal dispositivo tenha caráter programático, goza de eficácia plena e, portanto, de aplicação direta e imediata, pois “[...] as normas programáticas atributivas de direitos sociais e econômicos, sobretudo os atrelados ao mínimo vital, devem ser aplicadas diretamente e vinculam imediatamente todos os poderes estatais.”

Contudo, uma significativa parcela dos doutrinadores aduz que as normas constitucionais as quais definem os principais objetivos e finalidades sociais a serem perseguidos pelo Poder Público, como ocorre com o artigo 6º, gozariam de eficácia limitada de princípio programático, de modo que exigiriam atividade legislativa infraconstitucional.

Isso porque, inobstante o teor de direito fundamental, o artigo 6º, por si só, não seria capaz de alcançar uma eficácia plena. Aqui, portanto, há uma contraposição à tese cunhada por Robert Alexy que atribuía, às garantias fundamentais, – logo, à saúde – independência quanto à produção do Poder Legislativo para sua efetivação.

Nesse campo de controvérsias, essencial trazer à baila a lição de José Afonso da Silva (2006. P. 177) que, no tocante à eficácia e à aplicabilidade dos direitos sociais, tece a seguinte ressalva:

Isso, contudo, não resolve todas as questões, porque a Constituição mesma faz depender da legislação ulterior a aplicabilidade de algumas normas definidoras de direitos sociais coletivos. Por regra, as normas que consubstanciam os direitos fundamentais democráticos e individuais são de aplicabilidade imediata, enquanto as que definem os direitos sociais tendem a sê-lo também na Constituição vigente, mas algumas, especialmente as que mencionam uma lei integradora, são de eficácia limitada e aplicabilidade indireta. Então, em face dessas normas, que valor tem o disposto no §1º do art. 5, que declara todas de aplicação imediata? Em primeiro lugar, significa que elas são aplicáveis até onde possam, até onde as instituições ofereçam

³ “§ 1º As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.”

condições para seu atendimento. Em segundo lugar, significa que o Poder Judiciário, sendo invocado a propósito de uma situação concreta nelas garantida, não pode deixar de aplicá-las, conferindo ao interessado o direito reclamado, segundo as instituições existentes.

Importa pontuar que classificar o direito à saúde como norma constitucional de eficácia limitada não significa dizer que este carece de efetividade, mas apenas que necessidade de regulamentação para a produção integral de seus efeitos.

Indo ao encontro da corrente que confere eficácia limitada de princípio programático ao direito à saúde, Lippel (2004. P. 3-4) assevera que, não apenas o Poder Legislativo, mas Executivo e Judiciário estariam vinculados a essa garantia constitucional, uma vez que deveriam tê-la como critério norteador de suas funções típicas e atípicas.

No que tange à atuação legislativa, especificamente, o autor afirma que “[...] o legislador não dispõe de discricionariedade quanto ao exercício desta competência e, nesta tarefa concretizadora, deve observar os princípios elencados na própria Constituição” (LIPPEL, 2004. P. 3-4). Isto é, o Poder Público deve regulamentar o direito à saúde, não se trata de uma atuação facultativa.

A fim de aprofundar a compreensão sobre essa peculiaridade, denota-se a célebre teorização proposta por Jellinek (1905. *Passim*), denominada Teoria dos Quatro *Status*, segundo a qual os direitos fundamentais são classificados em: direitos de defesa; direitos a prestações e direitos de participação. Não obstante as inúmeras reflexões provocadas por essa classificação, para o presente trabalho, o enfoque restará restrito aos direitos a prestação, pois, de acordo com Branco e Mendes (2018. P. 161)

resultam da concepção social do Estado. São tidos como os direitos sociais por excelência. Estão concebidos com o propósito de atenuar desigualdades de fato na sociedade, visando ensejar que a libertação das necessidades aproveite ao gozo da liberdade efetiva por um maior número de indivíduos. O seu objeto consiste numa utilidade concreta (bem ou serviço).

Sendo assim, o artigo 6º da Constituição Federal adequa-se, fundamentalmente, à classificação explicitada, uma vez que direitos prestacionais, nas palavras de Urbano (2010. P. 182):

são aqueles que exigem do Estado não uma abstenção, mas, pelo contrário, que atue de forma positiva, exercendo uma conduta. As prestações que o Estado deve realizar podem ser de natureza material (direito social à educação, à saúde, etc.) ou prestações jurídicas, que buscam regulamentar a proteção do direito considerado fundamental, geralmente, por meio de normas de organização e procedimento (elaboração de leis para proteger os direitos dos trabalhadores, etc.).

Com relação à eficácia, a classificação proposta por Jellinek vai ao encontro da ideia de que os direitos fundamentais demandam uma atuação legislativa, pois, em regra, trata-se de normas abertas as quais necessitam de regulamentação a fim de serem efetivadas (URBANO, 2010. P. 182-183).

Branco e Mendes (2018. P. 162) complementam evidenciando que certos direitos à prestação não apresentam tal necessidade, porém, grande parte tem sua eficácia subordinada ao Legislativo. Isso porque, conforme explicitado, os direitos assim classificados, por excelência, objetivam atenuar as desigualdades e, portanto, sua efetividade irá variar de acordo com as circunstâncias sociais. Logo,

[...] não seria factível que o constituinte dispusesse em minúcias, de uma só vez, sobre todos os seus aspectos. Por imposição da natureza do objeto dos direitos a prestação social, o assunto é entregue à conformação do legislador ordinário, confiando-se na sua sensibilidade às possibilidades de realização desses direitos em cada momento histórico.

Por todo o exposto, percebe-se que há fortes argumentos aduzidos por ambas as teses. Entretanto, não há, no presente trabalho, intenção em dirimir essa dicotomia, mas somente em salientar o ponto em comum e, portanto, incontroverso entre as doutrinas: o direito à saúde vincula o Poder Público – Executivo, Legislativo e Judiciário – à oferta dessa garantia constitucional aos cidadãos brasileiros.

Isso porque, a parcela da doutrina que sustenta pela eficácia plena dos direitos sociais salienta, inobstante eventual lacuna legislativa, o Estado está vinculado a essa norma constitucional e deve concretizá-la. E os doutrinadores que defendem a eficácia limitada ratificam que o legislador deve atuar em prol de concretizar o artigo 6º da CRFB/88.

Ou seja, para além da dependência, ou não, de regulamentação infraconstitucional, as correntes, em última instância, vão ao encontro da ideia de que os poderes estatais são

responsáveis pela efetivação do direito à saúde, seja mediante elaboração de leis que concretizem tal garantia, seja mediante ações do Executivo ou atuação do Judiciário.

Assim, com base nas teorias e classificações abordadas, é possível afirmar o direito fundamental em comento vincula os três poderes, corroborando para o princípio programático consubstanciado no artigo 196 da Lei Maior: a saúde é dever do Estado e direito de todos.

Contudo, interessa denotar, especialmente, a atuação do Poder Legislativo, eis que, no ordenamento jurídico brasileiro, é possível constatar a relevância do papel da legislação a fim de concretizar, na prática, a saúde enquanto garantia constitucional.

Impera, por conseguinte, investigar alguns dos principais atos normativos que regulamentam o direito à saúde enquanto garantia fundamental, especialmente aqueles que tratam dos CP e da Atenção Primária a Saúde, de modo a compreender a interação entre tais normas.

1.3. Os atos normativos que regulamentam o direito à saúde enquanto garantia fundamental

A fim de situar a saúde no ordenamento jurídico brasileiro, para além da análise dos artigos 6º, 197 e 198 da Constituição Federal, é necessária uma compreensão sistêmica dos demais atos normativos que legislam sobre esse tema.

Isso porque, a norma fundamental, localizada no vértice da pirâmide de Kelsen, contém diretrizes as quais, em geral, são abstratas e genéricas. Desse modo, aos atos infraconstitucionais – leis, decretos, resoluções e portarias – compete concretizá-las e pormenorizá-las, aproximando as garantias fundamentais previstas na CRFB/88 da realidade brasileira.

Essencialmente, os atos normativos primários, isto é, lei *lato sensu*, por resultarem do processo legislativo, retiram sua validade da Carta Magna e regulamentam os direitos nela dispostos. Por sua vez, os atos normativos secundários são validados pelos primários e, por não serem fruto do processo legislativo, mas sim de decisão unilateral da Administração Pública, apenas executam e regulamentam as disposições legais.

Assim, com a intenção de imprimir maior concretude à Constituição Federal e, por conseguinte, ao direito à saúde, foram elaborados atos normativos primários, como as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – aqui, considera-se o artigo 6º como uma norma programática de eficácia limitada.

Primeiramente, denota-se a Lei 8.080/90 que idealizou o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil cujo objetivo, entre outros, é dar “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (art. 5º, III).

Cumprido ressaltar que, nos termos do artigo 7º da lei em comento, o SUS é regido pelo princípio da integralidade cuja importância justifica-se, não apenas por suas repercussões práticas, mas em razão de seu fundamento ser constitucional, exarado no artigo 198, II, segundo o qual, os serviços públicos de saúde constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes como o “atendimento integral”, com prioridade para as atividades preventivas.

De acordo com o que instituiu o Ministério da Saúde, a partir do princípio da integralidade e suas raízes constitucionais, considera-se

as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade 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 dos indivíduos.

Parte-se, desse modo, do direito fundamental à saúde, em conjunto com os aspectos normativos e principiológicos do SUS destacados, como a premissa menor do presente projeto: ao Estado compete promover acesso à saúde pública integral e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros.

A segunda Lei Orgânica da Saúde é a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área. Aqui, já é possível a associação com a palição, pois “[...] a

inclusão dos CP na Saúde Pública relaciona-os com o papel da comunidade na promoção da saúde, na medida em que as políticas e ações não devem ser feitas para a comunidade, mas com ela” (COMBINATO; FERREIRA; MARTINS, 2012. P. 438).

Em 2002, foi publicada a Lei n° 10.424 que acrescentou, na legislação do SUS, um capítulo sobre atendimento e internação domiciliar que incluem, nos termos do artigo 19-I, §1º, “[...] os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio”.

Contudo, quanto aos CP, especificamente, não há lei *strictu sensu*, eis que a evolução da abordagem paliativa caminha de forma extremamente lenta no contexto normativo brasileiro.

Em paralelo, a consolidação da abordagem paliativa se deu somente em 2018, através da “Política Nacional de CP para o SUS”, resultado da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁴, quando se publicou a Resolução n° 41/2018 que

[...] disciplina as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Determina, também, que os CP deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados, ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (BUSSINGUER; MAINART; VASCONCELOS, 2021. P. 11)

A partir deste breve panorama histórico-normativo, é possível notar que, embora a filosofia do tratamento paliativo tenha surgido no ano de 1960, a progressão do tema, no Brasil, caminha paulatinamente, de modo que a primeira regulamentação específica foi publicada há apenas quatro anos.

Nesse sentido, Hermes e Lamarca (2013. P. 2.581) salientam que

Ainda não há no Brasil uma Política Nacional de CP. O Ministério da Saúde vem consolidando formalmente os CP no âmbito do sistema de saúde do país, por meio de portarias e documentos, emitidos pela Agência Nacional de vigilância Sanitária e pelo próprio Ministério da Saúde.

⁴ É a maior instância dentro do SUS formada por representantes dos três entes federativos que constituem o Sistema Único.

À vista disso e em seguimento ao racional lógico kelseniano, devem ser avaliados os atos normativos secundários, editados pelo Ministério da Saúde, acerca da palição, como a Portaria n° 19 que, em 2002, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e CP.

Isso significa que, apenas em 2002, os CP foram instituídos como um dos objetivos gerais do SUS, pela primeira vez, por meio desta portaria que determinou, em seu artigo 1º, a': "articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção aos pacientes com dor e CP".

Cumprido ressaltar que, em 2006, a referida norma foi revogada pela vigente Portaria n° 3.150/06 que instituiu a Câmara Técnica cuja função é determinar as diretrizes nacionais no que tange a Controle da Dor e CP. Contudo, a nova portaria, em linhas gerais, incorporou as disposições da norma revogada, motivo pelo qual insistiu-se em sua análise.

Aranovich e Krieger (2020. P. 42) comentam que o referido programa "modificou o objeto dos CP de pacientes oncológicos sem prognóstico de cura para pacientes crônicos que não respondem mais a tratamentos curativos", pois amplia seu objeto a "pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo"⁵. Conforme será desenvolvido no tópico seguinte, essa modificação é essencial para a implementação dos CP no sistema público de saúde.

É interessante denotar que a Portaria n° 19, em seu artigo 1º, alínea b, determina que a assistência aos pacientes com dor deve ser ordenada de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, ou seja, observando os princípios que regem o SUS. Isso porque, como mencionado, as portarias, enquanto atos normativos secundários, regulamentam as leis – atos primários – e, *in casu*, regulamenta-se a Lei do Sistema Único, portanto, a portaria deve estar em harmonia com suas determinações legais.

Sob essa lógica, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

⁵ "Art. 1º, e - desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria."

(NASF), mediante a Portaria n° 154 que, nos termos do artigo 1º, indica, como objetivo, ampliar a abrangência, resolubilidade e escopo das ações da atenção básica por meio da inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Ao longo desse ato, instituiu-se que esses núcleos devem buscar o cuidado físico e mental integral dos usuários do SUS (art. 2º, §3º), o que será feito por equipes multidisciplinares, como assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, entre outros, em parceria com os profissionais da Saúde da Família (art. 2º, 1º).

Em documento elaborado pelo Ministério da Saúde, “Cadernos de Atenção Básica”, encontra-se as diretrizes do NASF, assim como as políticas nacionais utilizadas como pressupostos para a criação desses núcleos, quais sejam: de Alimentação e Nutrição; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde.

Aponta-se, ainda, o requisito de comprometimento com a “promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e dos próprios núcleos, “incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. N.p.).

Tendo em vista tais pressupostos e requisitos do NASF, percebe-se que muitos estão alinhados com as diretrizes dos CP. Nesse sentido, Silva (2014. P. 51) evidencia que

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 contribuiu para a manutenção dos casos de cuidados paliativos na APS, tendo em vista que o suporte de psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, geriatras entre outros profissionais aumenta a resolubilidade da equipe de APS e acrescenta em muito a gama de possibilidades de intervenções e orientações que podem ser oferecidas nesse nível de assistência.

Daflon (*et. al*, 2016. P. 289) explica que, como os NASF's são compostos por equipes multidisciplinares, o serviço de saúde ofertado torna-se mais qualificado e ampliado, uma vez que resulta de um trabalho diversificado, além de integrado com a Saúde da Família.

Em razão disso, o autor complementa que “a descentralização do cuidado se tornou de grande valia em um dos principais objetivos do acompanhamento de pessoas em CP: garantir a melhor qualidade de vida possível, sendo reconhecidos na APS os principais atores dessa descentralização.” (DAFLON, *et al*, 2016. P. 289)

De extrema relevância também é a Portaria nº 874 de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS.

Embora o objeto deste ato normativo apresente enfoque no tratamento oncológico, deve ser ressaltado que a palição restou estabelecida, pelo Ministério da Saúde, como parte de um cuidado integral e como instrumento para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Em suma, Mendes e Vasconcellos (2015. P. 884) apontam que foi designada

[...] responsabilidade do Ministério da Saúde estabelecer diretrizes nacionais para a prevenção e o controle do câncer, estimulando a atenção integral e articulando as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS. O objetivo central da política é contribuir para melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Para além de atos normativos, o Ministério da Saúde também promove ações e programas que vão ao encontro das leis e portarias destacadas. Um exemplo é a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, “para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Pretende-se que o programa esteja inserido em todas as instâncias e serviços do Sistema Único contribuindo para o aperfeiçoamento no modo de cuidar e ser cuidado. A despeito da PNH não tratar de CP diretamente, essa política cria solo fértil para a oferta desse cuidados, pois, conforme indicado por Frossard (2016. P. 651)

as estratégias da PNH coincidem com os próprios princípios do SUS, especialmente no que se refere à universalidade do acesso e do direito à saúde, à integralidade e à

equidade nas ações como necessidades fundamentais ao exercício da cidadania. Tais princípios constituem o arcabouço político-organizativo do sistema, guiado imperativamente por quesitos éticos. Dessa maneira, torna-se necessário o reconhecimento da repercussão da PNH nos âmbitos político-organizativo e técnico-operativo, no sentido de identificar as implicações éticas à garantia do direito à atenção integral à saúde.

Isso significa que esses atos normativos primários e secundários, que regulamentam o direito fundamental à saúde, bem como demais políticas do Ministério da Saúde, especialmente a PNH, dialogam com a filosofia da palição, ainda que indiretamente. E, conseqüentemente, tornam propícia a oferta desse cuidado no SUS.

Esse entendimento é corroborado por Combinato, Ferreira e Martins (2012, P. 440) que elencam alguns motivos que justificam tal diálogo

Considerando os princípios do SUS, da Atenção Primária e da Política Nacional de Humanização, avalia-se como essencial a sistematização de diretrizes e ações para implantação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária em função da demanda existente para a Saúde da Família; da dimensão epidemiológica da população no País; da possibilidade de proporcionar melhores condições de cuidado ao paciente e sua família no ambiente domiciliar; e, principalmente, porque os cuidados no processo de morte caracterizam-se por cuidados *na e da* vida.

No recorte proposto por este trabalho, é possível constatar alguns traços de um modelo de desospitalização na legislação brasileira. Entretanto, é inegável que a cultura predominante na saúde é hospitalocêntrica, sendo certo que, a fim de alcançar a consolidação dos CP enquanto política pública, é essencial a elaboração de uma lei *strictu sensu* sobre o tema.

Inobstante tal necessidade, nota-se, a partir da leitura normativa exposta, que o direito fundamental à saúde é garantido pela Constituição Federal brasileira e regulamentado por atos normativos primários e secundários os quais instituem políticas públicas específicas para tanto. Eis a premissa menor desta tese: é dever do Poder Público brasileiro garantir acesso à saúde pública, integral e de qualidade aos cidadãos.

À vista disso, busca-se compreender, em termos de premissa maior, o significado da oferta dos CP, especificamente pela APS, para a efetivação da referida e estimada garantia constitucional insculpida nos artigos 6º e 196 da CRFB/88.

Ou seja, sob uma perspectiva teórica, questiona-se a abordagem paliativa como possível

ferramenta de concretização do direito à saúde ao integrar a política sanitária brasileira voltada às doenças crônicas, com finalidade de oferecer, não apenas atendimento médico e remédios, mas qualidade de vida integral e contínua desde os atendimentos primários no SUS (SAITO; ZOBOLI, 2015. N.p.).

Para tanto, a legislação destacada será analisada em conjunto com o significado dos seguintes conceitos: “saúde”, “Cuidados Paliativos”, “doenças crônicas” e “Atenção Primária à Saúde”. Isso porque, o desenvolvimento da conceituação técnica quanto aos personagens centrais deste trabalho, ainda que conciso, possibilitará a construção de uma tese interdisciplinar entre as ciências da saúde e as ciências jurídicas.

E, principalmente, será possível avaliar o cenário legislativo do Brasil no tocante à palição. Ou seja, o entendimento técnico sobre tais conceitos permitirá a associação das Leis, Resoluções e Portarias expostas com a possibilidade – ou ausência dela – de ofertar CP no Sistema Único, em específico, no setor primário.

2. CONCEITUAÇÕES TÉCNICAS E DESDOBRAMENTOS DA GARANTIA CONSTITUCIONAL NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Com intuito de alcançar melhor compreensão do objeto de pesquisa e aprofundar sua relação com o ordenamento jurídico brasileiro, torna-se imperioso especificar alguns conceitos técnicos do ramo das Ciências da Saúde. Isso porque, embora almeje-se a construção de uma tese jurídica acerca do direito à saúde, é imprescindível partir da compreensão acurada quanto ao significado de “saúde”, “Cuidados Paliativos (CP)”, “doenças crônicas” e “Atenção Primária à Saúde”.

Importa, ainda, denotar que conceitos científicos, em sua maioria, comportam muitas complexidades e nuances as quais não serão objeto do presente trabalho, eis que, em sendo do ramo do Direito, demanda um entendimento sumário acerca das definições supramencionadas para fins meramente acadêmicos.

2.1. O conceito de Cuidados Paliativos: senso comum, evolução e aspectos

Quanto à palição, em primeiro lugar, merece destaque, não apenas sua definição, mas, especificamente, sua evolução conceitual. Para tanto, observa-se que, sob uma perspectiva técnica, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu esse cuidado, inicialmente, em 1990, como sendo:

[...] cuidados ativos e totais aos pacientes quando a sua doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) são prioridades e o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares

Barata e Dadalto (2020. P. 100) explicam que tal definição pioneira foi criticada por restringir os CP aos pacientes oncológicos em terminalidade de vida a partir do uso do termo “curativo”, de modo que desconsiderou aqueles que sofrem com doenças crônicas – cujo conceito será abordado ainda neste capítulo.

Desta feita, a OMS atualizou tal conceito, no ano de 2002, para incluir as condições crônicas e, novamente, no ano de 2017, para abarcar o cuidado paliativo domiciliar e outros aspectos, resultando na definição mais recente:

uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos ou crianças) e de seus familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia sofrimento por meio da investigação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas ‘físicos, psicossociais ou espirituais.

Evidencia-se que a evolução conceitual denotada é consubstanciada, principalmente, na inclusão dos pacientes com doenças crônicas e que não sejam terminais como elegíveis à palição, sendo essa uma das discussões centrais na medicina paliativa: a quem devem ser ofertados os CP?

Nesse mesmo ano, conforme exposto no capítulo anterior, foi publicada a Portaria n° 19 que materializou essa atualização mediante instituição do Programa Nacional de Assistência à Dor e CP, pois ocasionou a modificação do alvo da palição que, inicialmente, era restrito aos pacientes oncológicos sem prognóstico e, então, passou a considerar os pacientes crônicos (ARANOVICH; KRIEGER, 2020. P. 42).

No entanto, isso não foi o suficiente para sedimentar tal ampliação. Isto pois, em 2013, publicou-se a Portaria n° 874 a qual instituiu uma política nacional que conta, nos termos do artigo 2°, com a oferta de CP, porém, especificamente voltada para prevenção e controle do câncer.

Isso significa que, inobstante o manifesto avanço técnico e teórico no assunto, na prática, verifica-se leis e políticas públicas que reforçam a restrição equivocada dos CP, eis que, comumente, pacientes oncológicos recebem estereótipo de “terminais” ou “sem possibilidade terapêutica”.

Dessa forma, a tendência é relacionar palição ao fim de vida e à ausência de alternativas. Hermes e Lamarca (2013. P. 2.581) reiteram que diversos pacientes que demandam CP não conseguem acessá-los, pois a legislação brasileira conta com apenas um instrumento normativo que prevê esses cuidados enquanto Política Nacional restrita à atenção oncológica.

Ademais, sintomáticas são as entrevistas realizadas por Aranovich e Krieger (2020. P. 42), no ano de 2019, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no Rio Grande do Sul, cujo

objetivo era “compreender a percepção de médicos atuantes na ESF sobre os CP e como vem se estabelecendo essa prática na APS”. E, dezessete anos após a alteração do conceito de CP, as autoras ainda notaram

[...] que pacientes em estágios terminais são percebidos como os únicos elegíveis a este tipo de cuidado, denotando existir uma confusão sobre identificação do paciente paliativo. O cuidado deve ser oferecido a partir do diagnóstico inicial, para que haja acompanhamento durante o processo, e não apenas nos casos já compreendidos como terminais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com a evolução conceitual acima exposta, percebe-se que, durante 15 anos, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) restringiu essa oferta às pessoas que estariam em situação de fim de vida, corroborando para o equivocado senso comum de que esses cuidados representariam a ausência de cura e/ou de tratamento.

Afinal, cotidianamente, utiliza-se o termo “paliativo” como sinônimo de protelatório, de medida que não soluciona, de fato, um imbróglio. “Assim, quando mencionamos “CP”, esta abordagem é entendida como “não resolução de problema”, dando ideia de redução e desqualificação do cuidado oferecido” (DUARTE; SILVA, 2018).

Diante da preocupante e recorrente distorção do conceito de CP, Douglas Crispim, presidente da Academia Nacional de CP (ANCP), ofereceu entrevista ao Jornal G1, em 2021, de modo a esclarecer que “[...] os CP não são utilizados apenas para quem está no fim da vida. Seu objetivo é combater, atenuar o sofrimento, o que pode ocorrer num tratamento oncológico, por exemplo.” (TAVARES, 2021, N.p.).

Sob essa mesma perspectiva, Bruera (*et. al*, 2011. *Passim*.) comenta que alguns autorem apoiam a substituição da nomenclatura “cuidados paliativos” para “cuidados integrais” ou “cuidados de suporte” a fim de contornar a associação dos CP ao paciente terminal trazida pela definição inicial da OMS.

Em complementação, a Associação Internacional de Cuidados Paliativos (IAHPC) ampliou o sentido por trás da abordagem paliativa ao conceituá-la como “[...] cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida.” (IAHPC, 2018. N.p.).

A partir de tal conceituação e daquela trazida pela OMS, para além de certas diferenças terminológicas, impera destacar o que há de comum: os CP objetivam tratar, de forma integral, qualquer pessoa em sofrimento e, nas palavras de Arantes (CONSENSUS, 2018, N. p.), “[...] prevenir esse sofrimento ao longo de todo o trajeto da doença, desde o diagnóstico até a morte do paciente, inclusive abrangendo o suporte ao luto dos familiares e amigos da pessoa que faleceu.”

Nesse sentido, Hermes e Lamarca (2013. P. 2578) mencionam que os princípios os quais a palição prega incluem:

reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural; estabelecer um cuidado que não acelere a chegada da morte, nem a prolongue com medidas desproporcionais (obstinação terapêutica); propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais na estratégia do cuidado; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença do paciente e sobreviver ao período de luto

Para tanto, os CP podem ser ofertados mediante condutas gerais, isto é, os próprios profissionais – inobstante a especialidade – que acompanham o paciente propõem abordagens paliativas em conjunto com o tratamento ou, ainda, mediante condutas especializadas promovidas por uma equipe multidisciplinar composta por um médico paliativista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente espiritual, fonoaudiólogo e outros.

Aqui, importa retomar o artigo 2º da Portaria nº 154 que atribuiu, aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a responsabilidade de instituir o cuidado físico e mental pleno aos pacientes (parágrafo 3º) através de equipes que podem ser compostas por Médico Acupunturista, Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Homeopata; Nutricionista, Psicólogo, Psiquiatra, entre outros (parágrafo 4º).

Portanto, embora a abordagem paliativa não esteja expressamente estabelecida, nota-se um arcabouço normativo que procura implementar um cuidado integral aos pacientes que convivem com doença ameaçadora da vida por meio de uma equipe multidisciplinar. Ou seja, em última instância, pode-se afirmar que restam instituídos os aspectos centrais da palição no cenário legislativo da saúde.

Fenômeno semelhante ocorre no que tange ao cuidado paliativo domiciliar, com a Lei 10.424 que foi publicada para incluir, na lei do SUS, o atendimento em domicílio mediante cuidado integral ofertado por profissionais da Medicina, da Enfermagem, da Psicologia, da Fisioterapia e da Assistência Social. Trata-se de uma tutela legislativa implícita acerca dos CP.

Desmistifica-se, dessa forma, uma das principais falácias reproduzidas pelo senso comum que atrela palição à terminalidade da vida. Ao restringir, equivocadamente, essa abordagem apenas às pessoas que estão em processo ativo de morte, muitas vezes, imputa-se, a esse cuidado, uma atmosfera pejorativa e a ideia de que traduziria-se em abandono de paciente. No que tange à restrição *in comentum*, Maciel (2014. P. 49) vai além ao afirmar que:

Definir um paciente como sendo ou não paliativo é um erro de linguagem. A hora de iniciar o cuidado paliativo depende das possibilidades e oportunidades de oferta do tratamento. Mas, o doente é elegível desde o momento do diagnóstico da doença que ameaça sua vida. “[...] Então, a partir do diagnóstico, não perguntamos mais se o doente é ou não um candidato ao cuidado paliativo. A questão é qual tipo de cuidado paliativo esse doente necessita a cada momento. [...]”

Sob uma ótica jurídica, cumpre retomar a Resolução nº 41 de 2018 a partir da qual “os CP estão oficialmente compondo a linha de cuidados continuados integrados e ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Portanto, considera-se elegível para CP toda pessoa afetada por uma doença que ameaça a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição”. (ARANOVICH; KRIEGER, 2020. P. 46)

Em outras palavras, o parágrafo único do artigo 2º da Resolução nº 41/18 rejeita o falacioso senso comum evidenciado ao disciplinar que os todos os pacientes, não apenas os que encontram-se em fim de vida, poderão receber abordagens paliativas. Com isso, Frasson (2022, N.p.) conclui que

Assim, não soa exceção, familiares de pacientes com um estado clínico delicado e com histórico de saúde que se agrava dia após dia, além das incontáveis limitações físico-psicológicas sofridas, optarem para que o paciente receba CP, como uma possibilidade de dar conforto diante do inevitável, tornando a morte menos dolorosa e mais digna.

Nesse sentido, a fim de garantir coerência quanto à real concepção por trás dos CP, sua oferta deve ser ampla, englobando, para além das doenças terminais e agudas, aquelas que são crônicas.

2.2. A compreensão de doenças crônicas e da Atenção Primária à Saúde voltada aos Cuidados Paliativos

Em sequência à pretensão de desvendar alguns conceitos, torna-se mister comentar sobre o termo “doenças crônicas”. À vista disso, o Ministério da Saúde (2013), no documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias”, elucida, de maneira acessível, que

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

Para o presente trabalho, importa apenas a compreensão de que as patologias crônicas, ao contrário das agudas, apresentam manifestações por períodos mais longos, sintomas imprevisíveis e, em sua maioria, não têm cura. Mendes (2012. P. 31) acrescenta outra distinção: a expectativa por uma recuperação adequada, tendo em vista que

[...] as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica

Esses aspectos reforçam a ideia de que medidas paliativas devem ser oferecidas aos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, e não apenas àqueles que se encontram no fim dela. Isso porque “[...] as doenças crônicas vão exigir estratégias de cuidados não mais visando à cura, mas o alívio da dor e à promoção da qualidade de vida; assim, os CP buscam oportunizar o bem-estar independentemente do tempo de vida da pessoa.” (COSTA; OLHERO, 2015, *apud* ARANOVICH; KRIEGER, 2020. P. 39)

O enfoque no fim de vida se dá em razão do processo de envelhecimento populacional

que diversos países, como o Brasil, vivem. De fato, avanços médicos, tecnológicos e sociais acarretam tal transição demográfica e, conseqüentemente, o aumento no número de idosos – aqueles que, naturalmente, têm maior chance de serem eleitos à palição.

Entretanto, paralelamente a isso, Aranovich e Krieger (2020. P. 46) salientam que a expectativa de vida mais alta também aumenta a probabilidade de um indivíduo conviver com uma doenças crônicas não transmissível (DCNT) as quais, conforme anteriormente exposto, demandam cuidados contínuos e integrais, assim como as condições agudas.

Esse cenário é ratificado pelo documento “Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas”, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2018, que registra:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm destacando-se como preocupante problema de saúde pública no cenário mundial. Este fenômeno é resultado do envelhecimento populacional que mudou o perfil epidemiológico das doenças, reduzindo as doenças infectocontagiosas e aumentando as doenças crônicas.

Esse cenário composto por mudanças demográficas e epidemiológicas traduz-se em desafios para o sistema público de saúde brasileiro, pois, conforme explica Schaefer (2020. P. 42)

Historicamente, os sistemas de saúde se organizaram para atender a dimensão curativa da medicina, ou seja, para “responder a condições agudas ou episódios de agudização de condições crônicas”. No entanto, com as alterações demográficas e epidemiológicas, outra dimensão passa a exigir atenção: a paliativa, que não se destina apenas a pacientes terminais, mas a todo paciente com doença crônica ou aguda (art. 2o, parágrafo único, Resolução MS n. 41/2018), o que inclui também sua proteção social.

Em outras palavras, os CP não são – e não podem ser – restritos aos pacientes cuja doença encontra-se na fase final de seu curso, pois, na teoria, a própria definição desse cuidado evoluiu para abranger qualquer condição que ameaça a vida. E, na prática, a palição é essencial para o tratamento das doenças crônicas.

Ratifica-se essa ideia ao observar que, de acordo com dados do Atlas Global de Cuidados Paliativos (2020), dentre as doenças que mais demandam uma abordagem paliativa, algumas das principais são crônicas, como as doenças cardiovasculares (38,47%),

neoplasias (34,01%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (10,26%), HIV/Aids (5,71%), entre outras.

Para além de números quanto à demanda, devem ser destacado o perfil de mortalidade da população brasileira. De acordo com as Estimativas Globais de Saúde, de 2019, publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), 70% das causas principais de morte, no mundo, são DCNT.

Ademais, esse mesmo documento comenta que o crescimento da longevidade da população mundial é acompanhado de um aumento da incapacidade devido a patologias como diabetes, Acidente Vascular Cerebral (AVC), câncer de pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e condições cardíacas. Ou seja, com exceção do AVC, todas são doenças crônicas (OMS, 2019).

Quanto a isso, Mendes e Vasconcellos (2015. P. 882-883) comentam que

Em recente documento sobre a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro para 2030, elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com outras instituições brasileiras, é assinalado que envelhecimento e doenças crônicas, em determinado momento, para uma determinada população, acionam todos os níveis de assistência, “e nenhum deles poderia ser chamado de ‘resolutivo’ no sentido clássico associado à ideia de cura” (FIOCRUZ, 2012. P. 141). O fato requer a intervenção de distintas especialidades do campo da saúde em todos os níveis. Além disso, especialmente no nível primário, frequentemente, ultrapassam-se as fronteiras dos serviços de saúde, abrangendo as áreas sociais e de apoio comunitário.

Isso significa que a falácia construída em volta dos CP, isto é, a associação da palição ao fim de vida, possibilita que inúmeros pacientes, os quais sofrem com condições crônicas, sejam privados da oferta de um cuidado integral e, conseqüentemente, da oportunidade de terem melhor qualidade de vida. Marcucci *et. al.* (2016. P. 149) vão ao encontro dessa ideia ao explicitar que

[...] a atenção oferecida pelos CP abrange um amplo quadro de condições possíveis de indicação e não deve ser limitado a doenças específicas ou pela idade dos pacientes. O objetivo dessa abordagem é aumentar e manter a qualidade de vida dos pacientes com doenças que ameaçam a vida ou sem possibilidade de cura, por meio de controle de sintomas, prevenção de complicações, estímulo à autonomia, favorecer a independência dos pacientes e dar suporte psicossocial aos pacientes e familiares no período de proximidade do óbito.

Importa denotar a Portaria nº 19 que, embora tenha sido revogada pela Portaria nº

3.150, foi o primeiro ato normativo a ir de encontro à falácia em comento ao criar um Programa Nacional de Assistência à Dor e CP a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo (art. 1º, alínea e). Ou seja, trata-se de uma pequena evolução legislativa em direção à verdadeira significação de CP.

Ao considerar a relevância dos CP para o manejo das doenças crônicas, torna-se inexorável trazer à baila a APS (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Isso porque, em conformidade com o que dispõe a Secretaria da APS (SAPS), esta configura o primeiro nível de atenção em saúde, isto é, a porta de entrada do SUS onde ocorrem os atendimentos ambulatoriais a pacientes que, muitas vezes, apresentam condições crônicas. Apresenta, como objetivo, o desenvolvimento de um cuidado integral orientado pelos princípios da humanização, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, entre outros.

Em folha informativa, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em conjunto com a OMS, destacam que a APS, essencialmente, oferece um cuidado holístico, ou seja, trata os pacientes e não apenas a doença. Registram, ainda, que esse setor é capaz de atender de 80% a 90% das demandas da comunidade no que tange à saúde, o que engloba prevenção e controle de condições crônicas, assim como a palição.

Ou seja, o enfoque da presente tese na oferta de CP pela Atenção Primária permite uma delimitação temática quanto a esses cuidados, especialmente, aos indivíduos que sofrem com doenças crônicas.

Somado a isso, é recomendado, pela OMS, que a palição seja iniciada o mais breve possível. Desse modo, ainda que de difícil concretização, tal recomendação ratifica a importância da APS nesse sentido, tendo em vista que, em geral, é a área que acompanha o paciente de modo mais contínuo e próximo, aumentando a possibilidade de um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, da oferta de CP mais cedo.

Indo ao encontro dessa essência, Saito e Zoboli (2015. P. 594) reiteram:

Por sua evolução progressiva e degenerativa, as condições crônicas de saúde geram demanda por assistência contínua e permanente – em que se incluem os CP (CP) – nos diversos pontos da rede de atenção à saúde (RAS). A assistência contínua nas condições crônicas de saúde envolve a atenção nos momentos silenciosos da doença,

quando ela evolui sem a percepção da pessoa que sofrerá a degeneração da qualidade de vida.

Cumpram-se mencionar que as abordagens paliativas são variadas e, conforme afirmam Combinato e Martins (2012. P. 434), as manifestações clínicas de cada paciente, bem como suas condições sociais irão orientar a oferta dos CP que “podem incluir assistência domiciliar, assistência ambulatorial, emergência, internação hospitalar, além de treinamento, pesquisa e ensino, serviços de consultoria e suporte para o luto.” (COMBINATO; MARTINS, 2012. P. 434)

Em razão dessa variedade de modalidades, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) definiu três diferentes níveis de atenção em CP, os quais restaram sedimentados nas diretrizes elaboradas pela Câmara Técnica de CP. São eles: abordagem de CP; Cuidado Paliativo Geral e Equipes de CP Especializados.

No que tange ao primeiro nível, conforme descrição no Atlas de Cuidados Paliativos (2019. P. 25),

[...] há a integração de métodos e procedimentos de CP em ambientes não especializados, com a incorporação de técnicas da área, como protocolos de boas práticas para avaliação e manejo de sintomas, à rotina do cuidado em todos os níveis de atenção. Nesse patamar, não é necessária uma equipe específica e casos mais complexos podem ser direcionados para profissionais do nível 2 ou 3.

O segundo nível, por sua vez, compreende os profissionais da saúde que têm capacidade intermediária de aplicação da palição em conjunto com sua área de atuação, embora essa não seja sua especialidade. Por fim, o terceiro nível comporta equipes preparadas para lidar com os casos mais complexos, eis que são especializadas em CP.

Em razão de sua alta complexidade, este último grau é dividido em três subcategorias as quais variam de acordo com qualificação, serviço prestado, composição da equipe e área de atuação. Dessa forma, levando em consideração a gradação explicitada, Silva (2014. P. 52) aponta que “[...] nos dois primeiros níveis, a APS tem um papel central, recebendo orientação dos serviços especializados quando necessário e coordenando a assistência”

Em suma, deve ser compreendido que a medicina paliativa pode ser ofertada em

diferentes áreas do SUS, através de diversas abordagens e por equipes meramente treinadas para tal, porém não necessariamente especializadas. E, com isso, evita-se a restrição de oferta de CP apenas nas internações, onde, muitas vezes, concentram-se pacientes com doenças agudas e que estão em fim de vida.

Saito e Zoboli (2015. P. 600) consolidam essa ideia ao afirmar que

Os CP não são indicados somente às pessoas com câncer ou que estão próximas da morte. São cuidados extremamente benéficos, e sua intervenção precoce, bem antes da fase final da doença, pode tornar-se essencial à excelência da APS, diante da transição demográfico-epidemiológica e de seu impacto no perfil de morbimortalidade da população. Os CP precisam ser ofertados de acordo com as necessidades de saúde da população, a fim de que a APS e a RAS possam dar conta de sua função social.

Impera ponderar que casos cuja complexidade seja maior demandam atuação proporcionalmente especializada e, preferencialmente, devem ser encaminhados ao terceiro nível. No entanto, isso não significa que abordagens paliativas mais acessíveis não devam ser ofertadas aos casos corriqueiros.

Na verdade, compreender a importância da disseminação dos CP em todos os níveis de serviços à saúde é entender a APS como ponto estratégico para tanto, eis que “[...] é o primeiro acesso ao sistema de saúde de seus usuários e objetiva oferecer cuidados integral, coordenando e integrando o atendimento prestado por outros serviços da saúde.” (RIBEIRO; POLES, 2019. P. 64).

Ademais, Ribeiro e Poles (2019. P. 69) frisam que a APS é orientada por princípios comuns à filosofia da palição, quais sejam: continuidade do cuidado, humanização da saúde, integralidade, entre outros. Ou seja, em sua essência, a Atenção Primária é estruturada por ideais basilares dos CP e seus objetivos.

Daflon (*et al.*, 2016. P. 290) concorda com esse entendimento ao assinalar que

[...] em consonância com o SUS, a APS orienta-se pelos princípios da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ainda como marco legal, a Política Nacional de Humanização defende a identificação das necessidades sociais de saúde. Portanto, a aplicação desses princípios e definições demanda incorporação dos CP na atenção primária.

No que tange à integralidade, especificamente, importa reiterar que esse é um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, eis que a assistência terapêutica integral está elencada no rol de atuação do SUS (art. 6º, I, d'), bem como no rol de diretrizes (art. 7º, II).

Em conformidade com o teor do exposto em capítulo prévio, trata-se da harmonia que deve existir entre os atos normativos primários e secundários já que, na Constituição Federal, constitui-se o atendimento integral como diretriz das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, II, CFRB/88). E, por conseguinte, tal princípio rege o sistema único e todos os setores que o compõem, como é o caso da APS.

Há uma modalidade de atenção à saúde, em específico, que concretiza, justamente, essa sobreposição de preceitos dos CP às características da APS: a Atenção Domiciliar (AD). De acordo com informações no *site* do Ministério da Saúde, esse serviço é oferecido

na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. [...] A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, S.d.).

Essa modalidade de atendimento está estabelecida no Capítulo VI da Lei do SUS, o qual foi incluído pela Lei 10.424/2002. O artigo 19-I, §1º reforça a ideia de que os aspectos centrais dos CP estão abarcados pelo Sistema Único, pois dispõe que a Atenção Domiciliar engloba uma equipe multidisciplinar e o cuidado integral.

A oportunidade de promover atenção à saúde no domicílio do paciente gera, além de acessibilidade, a continuidade e a integralidade desses cuidados. Ou seja, trata-se de um cenário ideal para a oferta de CP, “uma vez que as equipes de saúde atuam de maneira próxima à família e seu domicílio, com possibilidade de maior vínculo e resolutividade” (COGO; NIETSCHE; SILVA, 2021. P. 7).

Nesse sentido, Duarte e Silva (2018. N.p.),

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada na APS no Brasil para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para dirigirem-se à unidade de saúde. A AD contempla diversos profissionais de saúde e insere no processo de cuidado em saúde, o paciente, a família e seu domicílio. Deste modo, se faz pertinente à abordagem dos CP na área de AD e também do reconhecimento da AD como espaço assistencial de grande importância para implementação dos CP.

Por todo o exposto, entende-se que a APS está intimamente ligada aos CP e às condições crônicas, pois permite a oferta de uma atenção integral e contínua, especialmente àqueles pacientes que não se encontram hospitalizados, mas, ainda assim, lidam com doença ameaçadora da vida. Em outras palavras, Barros (2021. P. 14) registra que

a demanda por cuidados de pacientes com DCNT no sistema de saúde vem aumentando gradativamente, trazendo a necessidade de cuidados contínuos por tempo prolongado, com perda gradativa de autonomia da pessoa e sobrecarga de cuidadores. Faz-se, então, necessário refletir sobre modelos de atenção e políticas públicas de saúde que assegurem amparo a essas pessoas até o fim da vida. Nesse contexto, destaca-se a APS pelo seu protagonismo nas Políticas Públicas de Saúde nacionais, na influência sobre os fatores condicionantes e determinantes da saúde e na coordenação do cuidado nos diversos ciclos de vida da população (MARCUCCI *et al.*, 2016.).

Pode-se afirmar que o suporte multiprofissional da APS é, principalmente, oferecido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo certo que tal programa, criado pela Portaria nº 154/2008, pretende concretizar e efetivar, enquanto ato normativo secundário, a assistência integral garantida, aos cidadãos brasileiros, pela Carta Magna e pela Lei do SUS.

Marcucci (*et al.*, 2016. P. 151) tece críticas à política que instituiu o NASF, pois sustenta que, embora ofereçam a filosofia dos CP, não o especificam expressamente. Além disso, complementa apontando que o cenário legislativo brasileiro não favorece a implementação desse cuidado.

De fato, ante todo o exposto, torna-se inquestionável a importância da abordagem paliativa, em especial para a saúde pública. Porém, em dissonância a isso, o arcabouço legal, no Brasil, ainda não disciplina o tema de forma expressa o que, de certo, enfraquece o crescimento da palição enquanto política pública, motivo pelo qual a presente tese busca

compreender esse cuidado enquanto ramificação do direito à saúde.

Apesar disso, é possível afirmar que o cenário atual da APS, que vai ao encontro da desospitalização, é favorecido pela Atenção Domiciliar cujo papel, conforme reforçam Combinato e Martins (2012. P. 434), permite que o paciente seja atendido em sua casa, seja mediante controle de sintoma, auxílio aos demais envolvidos ou suporte no processo de fim de vida.

Silva (2014. P. 46) consolida, precisamente, esse entendimento ao sublinhar que

A APS é o *locus* de responsabilidade pela atenção à saúde de pacientes e suas famílias no decorrer do tempo. Além de oferecer o acesso ao sistema de saúde para todas as necessidades de seus usuários, a APS acompanha suas histórias de vida, oferecendo atenção e cuidado integral, coordenando e integrando o atendimento prestado por outros serviços de saúde. Também compartilha algumas características com os outros níveis de assistência como atenção à prevenção, tratamento e reabilitação, assim como o trabalho em equipe.

É preciso ressaltar que APS e doenças crônicas não estão obrigatoriamente relacionadas. Isto é, uma pessoa que possui uma condição crônica pode ser atendida nos demais níveis do SUS, assim como a APS atende pacientes cujas condições apresentam outras características.

Contudo, tendo em vista que se trata de tese jurídica, o tema foi delimitado dessa forma para que fosse possível abordar a palição e suas influências no direito à saúde, especificamente, no que tange à oferta desse cuidado na Atenção Primária.

2.3. A definição de saúde de acordo com a OMS e seus princípios norteadores

Por último, será exposto o conceito de saúde o qual, embora seja o mais trivial entre os demais, apresenta peculiaridades técnicas que merecem destaque, principalmente quando se pensa em direito à saúde.

De forma superficial, entende-se que saúde é caracterizada, basicamente, pelo estado de ausência de doenças físicas. Entretanto, a definição técnica cunhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é mais abrangente na medida em que abarca “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de afecções

e enfermidades” (OMS, 1947).

Ferraz e Segre (1997. P. 539) tecem algumas considerações positivas acerca de tal conceituação, tendo em vista a época em que foi cunhada, porém criticam seu teor utópico:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral. Procurar-se-á, no presente artigo, fundamentar objeções à definição de Saúde da OMS. Trata-se de definição irreal por que, aludindo ao “perfeito bem-estar”, coloca uma utopia. O que é “perfeito bem-estar?” É por acaso possível caracterizar-se a “perfeição”?

Inobstante a procedência de possíveis críticas que possam ser direcionadas à definição, estas não são comportadas pelo presente objeto de pesquisa. Cumpre, portanto, limitar-se ao entendimento, proferido pela OMS, de que a saúde extrapola a simples ausência de doença.

Com efeito, um indivíduo saudável é aquele que apresenta boas condições de vida nos âmbitos social, mental e, por óbvio, físico. Em outras palavras, tem-se uma visão integral e holística acerca da saúde que engloba as diversas dimensões que compõe uma pessoa – a qual não retringe-se à higidez corporal.

Especificamente, é possível pensar em uma dimensão espiritual que, nas palavras de Melo *et al* (2018. P. 98) “[...] corresponde a um direito constitucionalmente estabelecido, de tal forma verbalizado pelos técnicos, resgatando a intersectorialidade, a dignidade humana, o conhecimento das leis e a apropriação das informações [...]”.

De fato, trata-se de um conceito subjetivo que comporta variações de acordo com o contexto temporal, social e econômico. Nesse sentido, para além de uma definição literal, Werner (2018. N.p.) denota que a OMS preocupou-se em fixar princípios que iriam direcionar o entendimento sobre a “saúde”.

Dentre eles, há o princípio da igualdade, da paz e segurança, do desenvolvimento da criança, do conhecimento, da informação, da responsabilidade estatal, entre outros. Cumpre destinar especial atenção a este último preceito o qual estipula que “o governo tem

responsabilidade pela saúde de seu povo, principalmente, deve adotar medidas sanitárias e sociais adequadas.” (WERNER, 2018. N.p.)

Isso significa que, conforme estabeleceu a OMS, o conceito de saúde não deve ser limitado à ausência de doença e, em última instância, deve ser guiado pela compreensão quanto à incumbência do Estado em oferecê-la. Há, aqui, mais um notório símbolo da estreita relação entre as Ciências da Saúde e do Direito.

Assim, sob uma perspectiva jurídica, trata-se de um direito social, consubstanciado no artigo 196 da Constituição Federal (CF) brasileira de 1988 que sedimentou a saúde como um dever do Estado e direito de todos: “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. Art. 196)

Ante o conteúdo do dispositivo exposto, parte-se da premissa de que o constituinte foi ao encontro da definição de saúde formulada pela OMS. Ou seja, infere-se que a Carta Magna tutela a saúde, não apenas enquanto ausência de doença, mas como bem-estar físico, mental e social completo.

É possível depreender, ainda, que a Constituição Federal brasileira foi, manifestamente, ao encontro dos princípios que norteiam essa definição, eis que tutela a saúde na mesma medida em que tutela o dever estatal em garanti-la. Portanto, pensar e estudar saúde, no Brasil, significa pensar e estudar política pública e competência do Estado.

Afinal, o artigo 196 da Carta Magna determina, não apenas o resguardo frente às doenças, mas, também, a promoção de medida com objetivo de promover, integralmente, acesso à saúde, à profilaxia e a tratamento. Somado a isso, o Supremo Tribunal Federal corrobora para esse entendimento, uma vez que, nas palavras de Brum e Filho (2014. P. 58) seus julgados

[...] apontam o Poder Público como principal responsável por promover a saúde dos cidadãos e reservam à Corte o papel de guardião desse dever. O cidadão surge como um cliente indefeso que deve ser protegido por um Estado provedor, cujos magistrados detêm legitimidade para definir os valores prioritários a serem

preservados

Melo *et al* (2018. P. 98) ratificam essa ideia ao explicitar que

[...] os conceitos de saúde expressos acomodam a pessoa em sua pluralidade, com suas relações e vínculos, alinhados ao que rege o SUS e à Organização Mundial de Saúde – OMS, a qual, segundo sua Constituição, de 22 de julho de 1946, admite como objetivo a consecução do mais alto nível de saúde possível, por todos os povos. Para tanto, definiu ser cada governo responsável pela saúde do seu povo, a qual somente poderá ser obtida através de medidas sanitárias e sociais coerentes.

Além da afinidade destacada, ao considerar a explanação quanto aos quatro conceitos centrais da presente tese, torna-se evidente a conexão entre cada um deles, à medida que, embora sejam independentes, podem e devem ser pensados em conjunto – assim na teoria, como na prática.

Ocorre que a teoria e a prática, em muitos casos, mostram-se divergentes. Nesse sentido, Azevedo, Rates e Pessalacia (2016. P. 690) comentam que:

Atualmente, vivencia-se nos serviços de saúde uma configuração inadequada dos modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de saúde da população, ou seja, a organização da assistência não tem acompanhado a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas.

Somado a isso, Cogo, Nietzsche e Silva (2021. P. 6) entendem que a APS teria enorme potencial no que tange aos CP e à melhora da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, questões como ausência de estrutura, de profissionais habilitados e de recursos financeiros coíbem o desenvolvimento desse cuidado no setor primário do SUS.

É inegável que, na prática, devem ser consideradas inúmeras variáveis que tornam a temática mais complexa e, por consequência, tornam a execução da teoria mais desafiadora. Soma-se isso ao fato de que os CP são extremamente recentes no Brasil, sendo a primeira legislação específica sobre o tema do ano de 2018, como abordado no tópico anterior.

Logo, é possível – e provável – que a realidade da saúde brasileira ainda esteja caminhando na implementação desse cuidado. Ou seja, pode-se afirmar que é estratégico delimitar esta tese à teoria, ao menos no cenário atual. No que tange à disparidade tratada, Frossard (2016. P. 647) complementa:

Verificou-se que o desenvolvimento do modelo de CP no Brasil é recente e não imune aos problemas de natureza técnica e ética. Para fazer a diferença nesta esfera de atenção, são prementes a eliminação de preconceitos em relação à finitude humana e à introdução de mecanismos para a promoção de um adequado cuidado coadunado com a realidade.

Por esses motivos, este trabalho cinge-se à análise teórica e legislativa quanto às influências da oferta de palição na APS para a efetivação do direito à saúde. Assim, os breves esclarecimentos discorridos cumprem função primordial, eis que estranhos à matéria abordada, porém basilares para a tese.

A partir dessa compreensão acerca do direito fundamental à saúde em sua dimensão jurídico-constitucional, bem como das conceituações técnicas e desdobramentos dessa garantia constitucional nas ciências da saúde, será possível, no capítulo seguinte, alcançar conclusões sobre a oferta de CP na APS e sua influência na efetivação do direito em comento.

3. A OFERTA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA INFLUÊNCIA NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Conforme apontado em diversos momentos na presente tese, a conexão entre as ciências jurídicas e as ciências médicas é ampla, tanto na teoria, quando na prática, e justifica a interdisciplinaridade deste tema.

De fato, a legislação e a saúde pública – até mesmo a saúde privada, eis que complementar ao Sistema Único de Saúde – caminham lado a lado, principalmente devido ao fato de o ordenamento jurídico brasileiro tutelar o bem “saúde”, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, como um dever do Estado que deve ser garantido mediante políticas públicas.

Inobstante a evidente correlação entre esses dois campos, cumpre denotar, especificamente, o que se pretende alcançar com tal abordagem interdisciplinar. Isto é, neste momento, a partir das proposições tecidas nos capítulos anteriores, objetiva-se entender como a concretização da garantia constitucional à saúde é influenciada pela oferta de CP no setor primário do SUS.

Em outras palavras, a proposta central deste trabalho é compreender se o Poder Público seria competente por garantir a presença de palição na APS como forma de concretizar o teor do artigo 196 da Carta Magna, ou seja, em nome do cumprimento do dever estatal de assegurar a saúde a todos os cidadãos brasileiros. Para tanto, torna-se necessário registrar as premissas as quais compõem a lógica silogística que permeia esta tese.

3.1. O direito fundamental à saúde e sua demanda por regulamentação infraconstitucional como premissa menor

De início, abordou-se a dimensão jurídico-constitucional do direito fundamental à saúde e os atos normativos primários e secundários que o regulamentam. Desse modo, foi possível compreender a classificação dessa garantia – artigo 6º, CRFB/88 – enquanto mandado de otimização, de acordo com as teorizações de Dworking e Alexy, eis que apresenta caráter principiológico.

Somado a isso, verificou-se o teor de norma de eficácia limitada de princípio programático, com base na classificação tríplice de José Afonso da Silva (1998. *Passim*) sendo certo que, embora não haja consenso acerca dessa temática, este é o entendimento adotado neste trabalho.

A partir dessas características, é possível afirmar que o artigo 6º, aquele que tutela a saúde enquanto direito social, por si só, não seria capaz de produzir todos os seus efeitos, necessitando de atuação legislativa para tanto. Além disso, também foi evidenciado o caráter prestacional dessa norma que, por ser fundamentalmente abstrata, corrobora para a demanda de regulamentação.

Em suma, é admissível afirmar que o direito à saúde, consubstanciado na Constituição Federal Brasileira de 1988 – no artigo 6º e na Seção II, exige a edição de normas infraconstitucionais para ser concretizado. Trata-se da primeira premissa que levará à construção da tese central.

Nesse sentido, impera ressaltar a existência de atos normativos primários e secundários que regulamentam, ao menos indiretamente, as qualidades da palição no Sistema Único de Saúde, como a própria Lei 8.080/90, que criou o referido sistema. Isso porque, nos termos do inciso II do artigo 7º⁶, definiu-se que o SUS é guiado pelo princípio da integralidade de assistência, sendo certo que esse é um dos principais aspectos dos CP enquanto provedores de saúde integral.

Isto é, em última instância, o próprio sistema de saúde é norteado por diretrizes que estão intimamente ligadas à ideia de CP, como é o caso do princípio da integralidade o qual, segundo Combinato e Martins (2012. P. 434)

[...] significa considerar a integralidade do sujeito, dos serviços e dos cuidados – que deveria incluir necessariamente os cuidados no final da vida. No mesmo sentido e em consonância com o SUS, a Atenção Primária orienta-se pelos princípios da coordenação do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ainda como marco legal, a Política Nacional de Humanização defende a identificação das necessidades sociais de saúde. Portanto, a aplicação desses princípios e definições demanda incorporar os CP na Atenção Primária.

⁶ Art. 7º, II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Além disso, como apontado anteriormente, a Lei nº 10.424/02 dispõe sobre atendimento domiciliar a partir do cuidado integral oferecido por equipe multidisciplinar. Assim, suscita, de forma implícita, uma qualidade central de CP uma vez que são, em sua essência, oferecidos por meio de um conjunto de profissionais de saúde de diversas áreas, principalmente médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, assistente espiritual, fonoaudiólogo e outros.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por sua vez, bem como o Programa Nacional de Humanização (PNH) seguem esse mesmo padrão ao contribuir para a manutenção de um tratamento holístico na APS, uma vez que apresentam objetivos e metodologias que vão ao encontro da palição.

No que tange ao referido programa, Calderon (2013. P. 30) descreve que

A PNH é norteada por aspectos como valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas, autonomia, protagonismos dos sujeitos coletivos e sua corresponsabilidade nos processo de gestão e atenção

A Resolução nº 41/18, por outro lado, foi um recente marco para o tema, eis que consolidou, expressamente, a Política Nacional de CP para o SUS. Observado o cenário sociopolítico acerca do tema, é possível transportar a avaliação de Frossard (2016. P. 653), segundo a qual

[...] o país encontra-se em uma transição jurídica rumo à expansão e consolidação da rede nacional de CP, na garantia da existência como um direito, proporcionando uma assistência integral e de qualidade a todos que se encontram fora de possibilidade de cura

Em suma, é certo que ainda não existe lei *strictu sensu* ou ato normativo secundário que disponha, especificamente, sobre a abordagem paliativa na Atenção Primária a Saúde. Isso porque esse assunto ainda encontra diversos entraves socioculturais, religiosas e políticas, impedindo o avanço, principalmente legislativo, quanto a esse cuidado.

Entretanto, torna-se imperativo refletir acerca da regulamentação já existente sobre o tema, assim como sobre a possibilidade de exigir e implementar a filosofia dos CP no SUS, eis

que, conforme verificado, há ações e serviços que carregam ideais comuns aos CP no arcabouço legislativo acerca da saúde pública.

Portanto, deve ser questionado, em primeiro lugar, se a ausência de uma legislação editada especialmente com objetivo de regulamentar os CP configura um impedimento para a oferta destes, tendo em vista que há instrumentos normativos os quais implementam a filosofia da palição no sistema público de saúde.

E, em segundo lugar – sendo essa a questão central desta tese – cumpre indagar se, ao Estado, compete regulamentar os CP na APS em cumprimento ao comando constitucional exarado pelo artigo 196 da Carta Magna.

3.2. A presença de Cuidados Paliativos no nível primário do sus como componente do direito à saúde

Ato contínuo, importa denotar a segunda premissa a qual restou pautada, predominantemente, no campo teórico da Medicina, haja vista que foi essencial discorrer sobre os conceitos elementares do tema – CP, APS, doenças crônicas e saúde – para o desenvolvimento da presente tese.

A partir disso, constatou-se que, de forma técnica, a saúde consiste em um estado de bem-estar integrado entre os âmbitos físico, mental e social. Ou seja, um indivíduo, para ser considerado “saudável”, deve ter acesso a cuidados holísticos que pretendem promover mais do que exames, procedimentos e tratamentos.

A abordagem cujo propósito vai ao encontro dessa ideia é, a palição. Isso porque “a Medicina Paliativa não tem pretensão de curar, mas busca proporcionar conforto e controle dos sintomas nos aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais do paciente e de seus familiares” (HERMES; LAMARCA, 2013. P. 2581).

Ou seja, a fim de alcançar o estado de bem-estar supramencionado – ou o mais próximo possível, torna-se mister complementar tratamentos farmacológicos, consultas médicas e procedimentos cirúrgicos com medidas paliativas. Apenas em conjunto, essas duas vias são capazes de cuidar do paciente de forma global.

Mais especificamente, é possível afirmar que o conceito de saúde integral é reforçado ao analisar os CP na APS. Carvalho *et al* (2018. P. 2) destacam que

[...] dentro dessa rede de atenção, a Atenção Primária à Saúde é considerada a ordenadora do cuidado e da ação territorial. Ponderando-se como melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos Cuidados Paliativos. Uma vez que tem o potencial de desenvolver um conjunto de intervenções que favoreçam a qualidade de vida e continuidade dos Cuidados Paliativos, dentro e fora do domicílio. Além de proporcionar ao paciente, um cuidado próximo da família, evitando hospitalizações desnecessárias [...].

Isso porque, de acordo com o exposto no capítulo anterior, tal setor tender a realizar o primeiro atendimento de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Logo, pensar em palição na APS significa, inevitavelmente, ampliar a oferta desse cuidado para os casos de DCNT e, desse modo, garantir fidedignidade a seu significado, isto é, uma abordagem que previne e alivia o sofrimento físico, psicossocial ou espiritual de pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida.

Nesse sentido, Marcucci (2016. P. 146) comenta que “tanto o CP quanto a APS pressupõem o cuidado integral ao indivíduo e ampliam a atenção para o contexto pessoal e familiar na busca de influenciar positivamente na condição de saúde e qualidade de vida [...]”.

Somado a isso, a presença de CP na Atenção Primária permite sua implementação precoce junto ao tratamento de condições crônicas e, assim, esses pacientes têm a chance de cuidar de sua saúde mental, social e espiritual, para além da física, desde o início do curso da doença e não apenas no final desta:

Os óbitos por DCNT são frequentemente precedidos pelo declínio progressivo das condições físicas e nutricionais, trauma emocional, episódios de crises de sintomas físicos e emocionais, necessidade de tomada de decisões éticas importantes [...]. Devido ao aumento dessas condições, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aos países-membros o incentivo à inserção e a ampliação do suporte em CP nas políticas públicas de saúde, além de considerá-lo como um direito humano básico. Entre as diretrizes recomendadas, visa-se atribuir a coordenação dos cuidados oferecidos pelo sistema de saúde à atenção primária para articular os diversos serviços e ações, independentemente do local onde seja prestado e orientar a busca de um objetivo comum para que o usuário utilize e perceba a atenção à saúde de forma continuada, adequada às suas necessidades e compatível com suas expectativas pessoais. Esses requisitos também são necessários para a oferta de CP de boa qualidade. (MARCUCCI, 2016. P. 150-151)

Afinal, se a palição é aplicada de forma equivocada, isto é, como sinônimo de abandono terapêutico já no curso final da doença – o que costuma ocorrer em cenários de hospitais – significa que o paciente não teve acesso à saúde, de fato, integral durante todo o período em que conviveu com tal condição.

Indo ao encontro dessa ideia, Silva (2014. P. 50) complementa explicando que, “ao buscar aprimoramento profissional em CP, os profissionais de APS procuram suprir deficiências de sua formação hospitalocêntrica, focada em tecnologias duras e busca pela cura, não em qualidade de vida”.

Para além da tendência em receber pacientes que apresentam DCNTs, as próprias características inerentes à APS demonstram a relevância em aplicar palição nesse setor, eis que “o primeiro contato, considerado a “porta de entrada” para o sistema de saúde, garante a acessibilidade, pelo acesso geográfico e sócio-organizacional, facilitando as pessoas a receberem os cuidados de saúde” (DAFLON *et al.*, 2016. P. 289)

Ou seja, o acesso, pela população, à Atenção Primária tende a ser mais fácil, enquanto as abordagens oferecidas tendem a ser mais individualizadas de acordo com as demandas locais de cada região onde as unidades ambulatoriais se localizam. Consequentemente, nas palavras de Daflon *et al.* (2016. P. 289), isso

[...] garante a continuidade do cuidado em saúde e o estabelecimento de vínculo e coordenação mais eficiente de ações e serviços do sistema, com redução da utilização de serviços especializados e de hospitalizações, maior satisfação dos usuários e diminuição dos custos, vantajoso para pacientes com doenças crônicas e morbidades múltiplas.

Por fim, mister denotar que o setor primário do SUS ainda cumpre um papel complementar ao da saúde, eis que “os profissionais da APS também atuam orientando as famílias nas questões legais relacionadas ao adoecimento, como benefícios sociais e aposentadorias” (SILVA, 2014. P. 50).

Aqui, torna-se essencial observar dois pontos de correlação com o tema. Em primeiro lugar, tal a promoção de orientação voltada às famílias representa, justamente, uma parcela do conceito de CP que tende a ser negligenciada: a melhora da qualidade de vida dos familiares e cuidadores.

De fato, o paciente é o sujeito central da palição, entretanto, as pessoas que o acompanham nessa trajetória – geralmente família e aqueles que auxiliam nos cuidados – também devem ser assistidos, nos termos da definição de CP trazida pela Organização Mundial da Saúde.

E, nesse sentido, a Atenção Primária mostra-se totalmente propícia, dentre os demais setores do SUS, tendo em vista a maior proximidade dos profissionais com a comunidade e a tendência de frequência contínua por parte dos pacientes. Com isso, o vínculo estabelecido com os indivíduos permite a inclusão dos familiares, promovendo o cuidado integral.

Em segundo lugar, a preocupação em orientar as famílias no tocante a questões legais traduz-se em um exemplo cristalino de cuidado integral que envolve, para além do bem-estar físico, outras questões, como documentação previdenciária, testamentária, procedimentos burocráticos, entre outros.

A saúde, para além de tratamento, medicação, exames e consultas, engloba aspectos como os supracitados os quais, muitas vezes, envolvem os indivíduos que cercam o paciente. Conseqüentemente, o direito à saúde conta com a oferta desse olhar global.

A partir disso, nota-se que, inobstante a concentração de CP em cenários hospitalocêntricos, a APS é um ambiente essencialmente propício e estratégico para a oferta ampla desse cuidado a todos os indivíduos que sofrem com condição ameaçadora da vida – e não apenas uma ínfima parcela deles.

Em outras palavras, contornar a restrição dos CP aos indivíduos que enfrentam o fim de vida traduz-se em oferecer atenção integral e holística a todos os pacientes que estejam em sofrimento e no momento mais antecipado possível. Com isso,

Por meio da abordagem biopsicossocial e espiritual utilizada, pode-se manter o controle dos sintomas e de outros problemas psíquicos, sociais, culturais e espirituais. A realização do cuidado domiciliar permite a manutenção do paciente em casa com conforto e segurança [...]. Tais atributos permitem à equipe de saúde da família coordenar o cuidado do paciente em CP, garantindo acesso, orientando e permanecendo próxima, além de trazer mais segurança durante o processo de doença, o que proporciona melhoria da qualidade de vida. (DAFLON *et al.*, 2016. P. 292)

Ao observar a potencialidade que o acesso precoce de palição a pacientes elegíveis para tanto é capaz de proporcionar, torna-se cristalino que a oferta desse cuidado na APS traduz-se em real subsunção ao conceito de saúde trazido pela OMS.

Em suma, tal cenário delineado configura oportunidade de acesso ao bem-estar físico, psíquico, social e espiritual de modo ambulatorial e, idealmente, desde o diagnóstico da doença. Com isso, evita-se o fenômeno de concentração hospitalocêntrica – setor terciário – dos CP e o decorrente afastamento dos pacientes com condições crônicas, tendo em vista que seu tratamento ocorre, majoritariamente, no setor primário.

Quanto a isso, Aranovich e Kriegger (2020. P. 40) entendem que

[...] a abordagem paliativista segue um desafio, sobretudo para a Atenção Primária à Saúde (APS), pois os CP permanecem vinculados aos ambientes hospitalares, e apesar das discussões sobre o tema terem aumentado nos últimos anos, é ainda realidade difícil na Atenção Básica (HERMES e LAMARCA, 2013. N.p.). A Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, assume papel fundamental na assistência à saúde da população, sobretudo quando há ruptura do tratamento de pacientes com doenças incuráveis nos hospitais. É nesta transição de necessidades que o tratamento curativo migra para o paliativo e deve ser fortalecido o vínculo com a APS (FLORIANI; SCHRAMM, 2007. N.p.)

Logo, resta patente a relevância da APS, não apenas no que tange à verdadeira filosofia dos CP, mas, especialmente, no que tange à garantia fundamental à saúde. “Nenhum outro serviço de saúde pode oferecer essa assistência com tanta propriedade como a Atenção Primária em Saúde, justamente porque se baseia no cuidado humanizado e longitudinal e no estabelecimento de vínculos com os pacientes e famílias”. (RIBEIROS; POLES, 2019. P. 70)

3.3. A oferta de palição na Atenção Primária à Saúde como forma de efetivação do direito fundamental à saúde

Estabelecido o exposto, torna-se mister ponderar sobre a oferta de palição no setor primário de saúde pública enquanto direito do cidadão brasileiro. Afinal, é coerente que a “saúde” tutelada pelo artigo 196 da Constituição Federal seja interpretada a partir do significado cunhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Consequentemente, despontam reflexões acerca dessa oferta enquanto dever do Estado brasileiro, eis que o mesmo dispositivo traz essa determinação dual. Assim, questiona-se a evolução do Direito perante o progresso da Medicina com o surgimento, por exemplo, da palição na década de 60, eis que é papel daquele acompanhar as demandas sociais e adequar-se a elas.

Em outras palavras, impera indagar acerca das competências – legislativas e administrativas – do Estado brasileiro às vistas de corresponder às demandas sociais, assim como aos avanços médicos. Nesse sentido, Melo *et al* (2018. P. 96) expõe que

Enquanto respostas do Estado frente às necessidades vivenciadas pela sociedade civil, Mendes insiste que a discussão acerca da proposição de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) deve partir da análise de quais necessidades se resseente a população brasileira e assim, acomodar, segundo Humenhuk, um conjunto de normas jurídicas observando a atenção à saúde, como parte do direito de segunda geração: um direito social prestacional, por necessitar de atuação positiva por parte do Estado, e também um direito público subjetivo.

Sabe-se que a saúde é um dever estatal, conforme o artigo 196 da Constituição Federal, assim como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (artigo 23, II, CFRB/88). Em consonância, se os CP estão compreendidos pelo conceito de bem-estar integral, infere-se que devem, da mesma forma, ser entendidos como dever do Estado e competência comum dos entes federativos.

Logo, cumpre pensar na elaboração de legislação e de políticas públicas acerca dos CP na Atenção Primária como obrigação, imposta ao Poder Público, por meio da Carta Magna, ou seja, como meio para concretização do direito constitucional à saúde, tendo em vista que,

Segundo Mendes e Vasconcellos (2015), há uma necessidade urgente de uma assistência efetiva em CP nas variadas áreas de atenção à saúde, inclusive na APS, na qual a formação continuada dos agentes ganha extrema importância. Nesse sentido, carece-se da instrumentalização de uma política nacional de CP que contemple o cidadão no direito de ter saúde e assistência no final da vida, ou seja, de ter um fim mais digno. (ARANOVICH; KRIEGGER, 2020. P. 43)

Nesse sentido, Melo *et al* (2018. P. 96) afirma que o referido conceito de saúde integral, conforme cunhado pela OMS, está necessariamente atrelado ao direito social à saúde no que tange ao princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, CFRB/88). Isso significa

que pensar nessa garantia fundamental traz à baila o ideal de bem-estar físico, mental, espiritual e social que é promovido através da palição.

E, a fim de concretizar tal correlação, tem-se a legislação como instrumento que, justamente, estabelece uma conexão com as ciências jurídicas e as ciências da saúde. Isso porque assegura – ou pretende assegurar – a oferta de serviços de saúde pública em atenção ao direito social consubstanciado nos artigos 6º e 196 da CFRB/88.

Quanto a isso, verificou-se tal cenário no capítulo anterior através dos atos normativos primários e secundários que regulamentam, assim como especificam as normas constitucionais instituindo ações, programas e serviços personalizados perante a sociedade brasileira os quais trazem à baila a promoção de abordagens paliativas ou, ao menos, seus princípios e aspectos.

Desse modo, é possível apontar que há, no ordenamento jurídico brasileiro, leis *latu senso* que cumprem o papel de regulamentar a garantia fundamental à saúde, positivada na Constituição Federal, a partir do estabelecimento da Medicina Paliativa no Sistema Único de Saúde.

Logo, verifica-se que a Lei nº 10.424 que estabeleceu o atendimento e internação domiciliar através de cuidado integral oferecido por equipe multidisciplinar, a Resolução nº 41/2018 que disciplina as diretrizes para a organização dos CP no SUS, a Portaria nº 154/2008 que instituiu os NASFs, dentre os demais atos normativos citados no presente, foram editadas com o objetivo de concretizar esse direito fundamental.

Em paralelo, se a oferta de CP na APS traduz-se em saúde integral, conforme exposto na presente tese, conclui-se que a edição de regulamentação legislativa acerca desse cuidado no setor primário do SUS é uma forma de efetivar o direito à saúde. Nesse sentido, Melo (*et al*, 2018. P. 96) menciona que

Aith *et al* reforçam ainda que é a partir dos caminhos adotados pelo Estado respeitando e possibilitando a participação social nas decisões normativas com acesso universal e igualdade na atenção prestada nos serviços constituinte do SUS, que se alcança o conceito jurídico de saúde, a efetiva extensão deste direito e o tamanho do dever do Estado.

Isso significa que o Estado brasileiro deve legislar, executar e fiscalizar a presença de palição na Atenção Primária com intuito de cumprir, ainda que indiretamente, o dever constitucional insculpido no artigo 196 da Carta Magna.

É inegável que o Direito, embora timidamente, evoluiu no que diz respeito ao tema, principalmente ao considerar que se trata de uma abordagem recente a qual surgiu na década de 1960. Porém, o arcabouço legislativo existente no cenário jurídico brasileiro ainda é raso e disperso.

Ou seja, não há uma política nacional unificada acerca dos CP, tampouco legislação que alcance, especificamente, a oferta desse cuidado na APS. Quanto a isso, Marcucci (2016. P. 151) assevera que

Os CP ainda não estão incluídos nas diretrizes de atuação da ESF, apesar de esses casos já estarem presentes no cotidiano dos profissionais inseridos na atenção primária e demandarem cuidados frequentes por parte das equipes e de seus cuidadores. Assim, considerando a recomendação da OMS para a ampliação do acesso a serviços de CP, é necessário desenvolver políticas públicas que estimulem a inserção das ações em CP de forma planejada para atender às complexidades dessas condições e estimular o treinamento dos profissionais de saúde nessa área, incluindo a difusão do tema na formação acadêmica.

Um exemplo disso é Portaria nº 874/2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no SUS cuja importância é inegável, pois estabelece, no ordenamento jurídico brasileiro, os CP como meio de contribuição para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Contudo, trata-se de uma política nacional voltada, especificamente, para pacientes oncológicos, na medida em que, no artigo 2º, restou expressamente determinado que a pretensão é alcançar “*a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença*”⁷.

De fato, trata-se de uma doença grave e que exige a oferta de palição de forma mais

⁷ Art. 2º A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

precoce possível, sendo certo que a existência da supracitada Portaria representa precioso avanço no tema. Contudo, cumpre questionar as consequências da delimitação do objeto para o câncer.

Isso porque, conforme registrado no primeiro capítulo deste trabalho, as doenças cardiovasculares representam 38,47% das condições que mais demandam abordagens paliativas, ao passo que as neoplasias representam 34,01%, seguida da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (10,26%) e do HIV/Aids (5,71%), de acordo com dados do Atlas Global de CP (2020. *Passim*).

Ou seja, inobstante a justificada atenção voltada para os pacientes oncológicos, há inúmeras outras condições crônicas que também necessitam da oferta de CP e, no entanto, foram desconsideradas pela Portaria nº 874. Hermes e Lamarca (2013. P. 2581), indo ao encontro dessa crítica, afirmam que

De acordo com Rabello e Rodrigues, há apenas um instrumento legal (Portaria 2439) que inclui os CP na Política Nacional de Atenção Oncológica. Dessa forma, exclui as demais doenças e pacientes que também necessitam desses cuidados, em uma linha que contemple todos os níveis de atenção”.

Por outro lado, é possível pensar que a edição do ato normativo em comento ratifica a importância da oferta de CP, por meio do SUS, aos pacientes que apresentam as chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – como é o caso do câncer.

Afinal, se o Ministério da Saúde instituiu uma Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida desses indivíduos por meio de CP – entre outras ações, resta reconhecida a relevância destes para a integralidade da saúde dos pacientes com DCNT.

A fim de ratificar essa ideia, torna-se mister denotar o artigo 13º da Portaria nº 874/2013, segundo o qual “fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os CP, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. N.p.)

Em outras palavras, o dispositivo assevera que a palição compõe a saúde integral em conjunto com as demais abordagens usuais, como prevenção, tratamento e diagnóstico. Trata-se de um recurso terapêutico, que deve ser ofertado aos pacientes com doenças crônicas em geral, e cuja necessidade é proporcional às medicações, aos exames e aos procedimentos cirúrgicos.

Em um raciocínio silogístico, ao partir da premissa de que os CP integram o conceito de saúde, conclui-se que, sob uma ótica jurídica, a competência estatal prevista no artigo 196 da Constituição Federal engloba a oferta de CP enquanto direito de todos os cidadãos brasileiros.

Isto pois, conforme exposto ao longo da presente tese, a atenção paliativa é ferramenta que promove, amplamente, o bem-estar físico, mental e social, para além da ausência de afecções e enfermidades, conforme cunhado pela Organização Mundial da Saúde em 1947. Conseqüentemente, a garantia constitucional à saúde é integrada pela palição, especialmente no que tange aos pacientes com DCNTs, eis que comumente excluídos desse cuidado.

Portanto, a partir de todo o exposto, torna-se possível afirmar que a oferta de CP na APS, de forma a tentar alcançar esses indivíduos que tendem a receber tratamento no setor primário do SUS, traduz-se em artifício para efetivação do direito à saúde.

Isto é, ao Estado foi incumbido o dever constitucional de garantir a saúde de todos os brasileiros e, para tanto, deve promover o acesso aos CP, componentes basilares da saúde integral, a todos aqueles que necessitam – como é o caso dos pacientes com condições crônicas os quais, desde cedo, tratam-se na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde.

Delimitar o tema a esses pacientes significa potencializar o conceito direito à saúde, consubstanciado na Carta Magna, uma vez que assegura, ainda que no campo teórico, as medidas paliativas àqueles que costumam ficar à margem desse cuidado que é, por si só, marginalizado.

A partir da ideia de que o Poder Público brasileiro deve preocupar-se com o acesso aos CP no setor primário a fim de concretizar o referido direito fundamental, impera refletir quanto

ao ordenamento jurídico hodierno: os atos normativos primários e secundários editados permitem esse acesso ou é necessária a atuação do Executivo e do Legislativo?

Sabe-se que a Portaria n° 874 determina a presença de palição em todos os níveis do SUS e, ainda que restrita ao tratamento oncológico, argumenta-se acerca da possibilidade de aplicá-la, em analogia, às demais condições crônicas. Nesse sentido, Mendes e Vasconcellos (2015. P. 884) afirmam que

De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria n° 874/2013, os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área de saúde, respeitando o conceito de hierarquização da assistência no âmbito do SUS, que se traduz na atenção básica de saúde, na média e na alta complexidades, garantindo, com isso, o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão

Ocorre que a carência no que tange à regulamentação específica dificulta a implementação prática, assim como a difusão do conhecimento quanto a esse direito. Logo, “é preciso elaborar leis que, de fato, sejam executadas – a expansão da Rede Nacional de CP é uma iniciativa de deveria ser posta em prática”. (FROSSARD, 2016. P. 653)

A Resolução n° 41, por sua vez, organizou os CP no SUS, porém ainda não constituiu uma política pública unificada, tampouco supre tal necessidade. Araújo (2021) vai ao encontro desse entendimento ao tecer o seguinte comentário:

Muitas pessoas que envelhecem também enfrentam prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Mesmo sem cura, existem tratamentos para controle da situação, mas o problema está justamente em o Brasil não ter uma atenção específica para o tema. Uma comissão formada pelo Conass, Conasems e Ministério da Saúde chegou a aprovar, em 2018, uma resolução com diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no SUS. Porém, a resolução não tem poder de lei e precisa ser a base para uma política pública ser implementada.

Em suma, inobstante a presença da palição no ordenamento jurídico brasileiro, não há ato normativo, que tenha poder de lei, regulamentando esse cuidado. Principalmente, não há normatização no que diz respeito aos CP na APS.

Desse modo, torna-se notória a necessidade de edição de ato normativo primário, ou seja, lei *strictu sensu*, a fim de alcançar, efetivamente, uma política nacional acerca de CP e, conseqüentemente, concretizar o direito à saúde.

Isso porque, tal garantia constitucional extrapola a positivação na Constituição Federal, de modo que cumpre ao Poder Legislativo, de cada um dos entes federativos, nos termos dos artigos 23, inciso II, 24, inciso XII e 30, inciso VII da CRFB/88, elaborar leis cujo objetivo seja especificá-la e efetivá-la, como ocorreria com a regulamentação de abordagens paliativas na APS.

Corroborando para esse entendimento, os aspectos, classificações e características do direito em comento, a partir dos quais adotou-se o entendimento que sua implementação pode se dar parcialmente. Logo, embora seja inegável que o Poder Público brasileiro atua em seguimento ao artigo 196 da CRFB/88, pode-se afirmar que esse dever não é cumprido de forma integral.

Nesse sentido, se a oferta de abordagens paliativas no nível primário do SUS, em especial aos pacientes com doenças crônicas, traduz-se em recurso para o bem-estar integral, conseqüentemente, configura um componente do direito à saúde. Portanto, a lacuna legislativa quanto a esse assunto permite asseverar que, de fato, sua implementação é apenas parcial.

Ribeiro e Poles (2019. P. 67), no que diz respeito ao papel do Estado em promover CP no âmbito da saúde pública, sugerem que

Isto pode ser realizado por meio da implementação de políticas específicas para formação e atualização não só dos médicos, como também de enfermeiros e outros profissionais da Equipe Saúde da Família que têm contato com pacientes em cuidados paliativos. É importante ressaltar que essa discussão não deve se restringir apenas ao campo técnico, mas abordar aspectos humanísticos, imprescindíveis ao fornecimento de um cuidado integral.

Aqui, importa ressaltar que a edição de lei, isoladamente, não enseja uma resolutividade prática quanto ao tema. Isto é, trata-se de uma celeuma complexa, que envolve diversos fatores para além do político, de modo que somente a atuação legislativa não é capaz de dirimir.

Exige-se, para tanto, conscientização da classe de profissionais da saúde e da população sobre o significado dos CP, eis que, como anteriormente exposto, é comumente distorcido, bem como da importância da presença desses no setor primário do SUS, a fim de que sua oferta seja o mais cedo possível, especialmente aos pacientes que convivem com condições crônicas.

Ademais, também impera a desconstrução de algumas crenças sociais e religiosas que vão de encontro à verdadeira filosofia da palição. Afinal, a própria elaboração de lei acerca do tema demanda tais etapas primordiais. Nesse sentido, Melo *et al* (2018. P. 99) entende que

Falar sobre saúde pressupõe posicionamentos na direção política sanitária nacional acompanhados por conhecimentos que materializem o modelo de atenção proposto pelo SUS. Entretanto, considerando os diversos aspectos, econômicos, sociais, políticos e culturais, dialogar sobre saúde combinando tais abordagens pode ser um exercício não tão simples. Embora possa se apresentar árduo, esse processo oportuniza reflexões críticas sobre as práticas realizadas.

Em última instância, é preciso ter um entendimento da oferta desses cuidados na APS enquanto direito fundamental à saúde, pois, a partir dessa compreensão, entende-se que se trata de um serviço o qual deve ser disponibilizado pelo Estado e pleiteado pelo cidadão brasileiro.

Em razão disso, a produção acadêmica, como é o caso de presente tese, apresenta um enorme potencial positivo de forma a auxiliar no fomento teórico acerca da referida discussão, motivo pelo qual este foi o recorte escolhido. Caso contrário, o “tabu” e o desconhecimento formam um círculo vicioso.

Assim, o estudo sobre CP, em geral, deve ser encarado como estratégia primária para a elaboração de qualquer ato normativo com esse objeto. Para a população em geral, aprender sobre o assunto significa obstar equívocos quanto à definição, às finalidades, ao momento de oferta, entre outros.

Desse modo, indivíduos que não possuem conhecimento das ciências da saúde, como, justamente, políticos e congressistas, são capazes de conhecer e abordar a palição, além de entender a relevância desta para a Medicina e, inclusive, o Direito, a fim de, por exemplo, elaborar leis e políticas nacionais técnicas e fidedignas.

Aos pacientes, por sua vez, impera compreender os CP enquanto parte do tratamento médico e, principalmente, enquanto componente do direito à saúde. A partir dessa compreensão, podem pleitear pela oferta dessa abordagem nas clínicas, hospitais e, até mesmo, nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Por óbvio, esse estudo deve, essencialmente, estar presente nos cursos dos profissionais de saúde, não apenas para difundir a filosofia da palição, mas para evitar esse cuidado seja ofertado somente por especialistas – que se encontram nos níveis secundários e terciários do SUS.

Em outras palavras, um médico paliativista não é encontrado no nível primário, ou seja, na APS, pois os especialistas atendem em ambientes ambulatoriais e hospitalares que representam os dois últimos níveis de saúde. Portanto, a fim de possibilitar a aplicação de medidas paliativas na Atenção Primária, é preciso que médicos generalistas e da família saibam promover CP, ainda que superficialmente.

Isso é possível porque, de acordo com o exposto no capítulo anterior deste trabalho, o referido setor apenas trata os casos menos complexos, logo, aos profissionais de saúde é demandado conhecimento básico acerca da Medicina Paliativa. Aqui, torna-se mister ressaltar que

O trabalho na rede básica, embora tenha uma conotação de fácil, simples; na verdade, caracteriza-se como fundamental, essencial: “ao mesmo tempo em que uns entendem ‘básica’ vindo de base, fundamental, e não de básico, simples; outros interpretam ‘primário’ como primeiro, principal e não como elementar ou rudimentar. (COMBINATO; MARTINS, 2012. P. 440)

Em suma, estudar e produzir sobre os CP traduz-se em força motriz para difusão, conscientização, regulamentação e aplicação desse tema. Quanto a isso, Montenegro (2022. P. 87) concluiu que

A produção acadêmica contribuiu grandemente para a união do conceito da boa morte aos cuidados paliativos, o que envolve desde produção científica voltada aos profissionais da saúde tais como livros, artigos e manuais técnicos, até a divulgação ampla do modelo da boa morte e diretrizes de como realizá-la e, por fim, refere-se ao surgimento da nova disciplina médica chamada cuidados paliativos (MENEZES, 2004.). Assim, além das lutas sociais pelos direitos dos moribundos, a academia promoveu a afirmação dos cuidados paliativos como uma nova disciplina médica, legitimando a produção de discursos e práticas e na transformação dos significados referentes à morte e principalmente à dignidade humana.

Por todo o exposto, conclui-se que a oferta de CP na APS é uma ferramenta de concretização da garantia constitucional à saúde, sendo certo que cumpre, ao Estado, garantir esse direito social (artigo 6º, CRFB/88) aos cidadãos brasileiros, como reza o artigo 196 da Constituição Federal. Para tanto, sob uma perspectiva teórica, impera promover,

primordialmente, conhecimento sobre o assunto a fim de atingir conscientização populacional e formação médica.

É o que se pretende com este trabalho de conclusão de curso.

CONCLUSÃO

Ao longo da presente tese, foi ratificado seu caráter teórico, eis que, em primeiro lugar, trata-se tese jurídica cujo cerne é pautado em análises legislativas, ou seja, no plano das ideias. E, em segundo lugar, devido à complexidade que o tema carrega, de modo que a prática engloba fatores sócio-políticos que a distanciam da teoria.

Naturalmente, tendo em vista o exposto, é certo que não há pretensão de alcançar conclusões axiomáticas ou revolucionárias, mas, em essência, pretende-se propagar os CP no campo do Direito, incitando discussão, reflexão e conscientização acerca do assunto. Busca-se, desse modo, garantir que as produções acadêmicas sobre aspectos jurídicos dos CP possam ser introduzidas como uma tema que “muito se discute” – como comentado na primeira frase da presente tese.

Para tanto, o desenvolvimento foi iniciado sob uma abordagem global, isto é, a premissa geral restou pautada na análise do direito constitucional à saúde e dos demais atos infraconstitucionais que o regulamentam a partir da palição, suas características e os efeitos acarretados por estas. Com isso, compreendeu-se como o ordenamento jurídico brasileiro tutela essa garantia, especificamente no tocante aos CP na APS.

Certamente, para esse intuito, tornou-se mister uma breve exposição técnica a respeito dos conceitos centrais do presente trabalho, uma vez que se trata de um objeto interdisciplinar com as ciências da saúde. Assim, potencializou-se a compreensão supramencionada, pois, por meio do entendimento sobre os significados reais dos personagens principais, foi possível verificar a presença implícita da palição no arcabouço legislativo brasileiro.

Ante todo o exposto, concluiu-se que a garantia constitucional à saúde é concretizada a partir da oferta de CP nos níveis primários do SUS, *in casu*, na APS. Nesse sentido, Marcucci *et al* (2016. P. 146) assevera que

Tanto CP quanto a APS pressupõem o cuidado integral ao indivíduo e ampliam a atenção para o contexto pessoal e familiar na busca de influenciar positivamente na condição de saúde e qualidade de vida, oferecendo orientação, tratamento e cuidado mesmo nos casos em que não há possibilidade de cura.

Entretanto, conforme inicialmente apontado, efetivar o direito à saúde por meio da palição presente na Atenção Primária não configura uma realidade simples. Carvalho *et al* (2018. P. 2) elenca alguns fatores que contribuem para tal dificuldade como

[...] a falta de compreensão dos profissionais da APS acerca desses cuidados, e a dificuldade de se estabelecer uma comunicação franca e honesta com a família. Além disso, a pouca preocupação dos gestores para inclusão de capacitação voltada para os cuidados paliativos, assim como a ausência de inserção de disciplinas na formação dos profissionais da saúde sobre essa temática, predispondo que a experiência em CP se desenvolva a partir da prática.

A complexidade do assunto e a existência de diversos desafios para implementá-lo reforçam a necessidade de atuação estatal a fim de legislar e regulamentar a oferta de CP na APS, executá-la mediante políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde e, em última instância, tutelá-la, caso haja eventual pleito judicial.

Isso porque o artigo 196 da Constituição Federal sedimenta, não apenas a saúde como direito de todos, mas também como dever Estatal. Afinal, o acesso gratuito, universal e igualitário a essa garantia fundamental é competência de cada um dos entes federativos: União, Estados e Municípios.

Logo, se é devido, aos cidadãos brasileiros, a oferta de palição nos níveis primários do SUS em nome do direito social à saúde, em paralelo, o Poder Público tem a obrigação de atuar a fim de cumprir tal incumbência. “Dessa forma, a continuidade ao cuidado na rede de atenção à saúde é um desafio que envolve a necessidade de a gestão favorecer ações para atender o princípio da integralidade” (CARVALHO *et al*, 2018. P. 4).

Baruffi e Robles-Lessa (2020. P. 32) citam diversos motivos que entendem serem determinantes para a concretização da palição na saúde pública do Brasil, dentre eles, apontam, como principal, “o comprometimento e o interesse dos entes federativos em viabilizar e estruturar os CP em todo território nacional”. Nesse sentido, concluem que a ferramenta essencial para alcançar tal efetivação é a regulamentação desse cuidado por meio de uma política pública nacional.

Ademais, cumpre salientar que tal execução extrapola o campo das ciências da saúde,

sendo certo que os profissionais da área, isoladamente, não possuem todas as ferramentas para tanto. Trata-se de uma matéria que demanda uma atuação sócio-política, motivo pelo qual é essencial que o Direito abrace essa matéria. Quanto a isso, Carvalho *et al.* (2018. P. 5) apontam que

[...] a falta de continuidade dos cuidados, a carência de insumos e a necessidade de ações programadas e articuladas ultrapassam a organização apenas da equipe [de saúde]. Mas isso diz respeito à necessidade de uma rede de saúde organizada, para efetivar a continuidade do cuidado e promover qualidade de vida em cuidados paliativos.

No que tange a essa necessidade, é inegável que a Resolução nº 41 de 2018 representa um notório avanço no caminho para a regulamentação dos CP. Schaefer (2019. P. 44), que vai ao encontro desse entendimento, afirmando que:

O que se vislumbra, agora, é a obrigatoriedade de os cuidados paliativos serem compreendidos como garantia de direitos já previstos na Política de Humanização da Atenção e da Gestão, na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS e no Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, tratados não apenas como programas nacionais, mas também como parte da política sanitária brasileira.

Contudo, a elaboração do referido ato normativo ainda não constitui uma política pública. Nesse sentido, Douglas Crispim (2021), geriatra especialista em CP e atual presidente da Academia Nacional de CP (ANCP) entende que, em razão da Resolução nº 41 não ter força de lei, não se pode afirmar que esta configura base para uma política pública no Brasil (ARAÚJO, 2021. N.p.).

Impera, portanto, evidenciar o Projeto de Lei nº 883 de 2020 – em trâmite no Senado Federal – cujo objetivo é, nos termos da ementa, regulamentar a prática de CP nos serviços de saúde, no território nacional. A própria justificativa apresentada no PL traz à baila a demanda por uma legislação sobre os CP:

Ainda que haja normas infralegais sobre o tema, pela sua importância e essencialidade, cremos ser necessário um diploma legal nacional que regulamente o direito dos pacientes com doenças graves, em fase terminal de vida, de receber assistência médica adequada que lhes garanta uma morte digna, livre de dor, e que lhes proporcione o maior bem-estar e conforto possíveis, tanto nos serviços públicos de saúde quanto nos serviços privados. Esse é o teor da proposição legislativa que ora submetemos à apreciação dos nobres Pares, que tem por pressupostos fundamentais o respeito à dignidade do paciente e o foco na sua qualidade de vida e na humanização da morte. (BRASIL, 2020).

Incontrovertida, por outro lado, é a urgência e a necessidade de conscientização, não apenas da classe médica e jurídica, mas da população como um todo acerca da abordagem paliativa, principalmente ofertada pelo SUS. Ratificam esse cenário, as considerações apontadas por Mendes e Vasconcellos (2015. P. 888):

A prática em cuidados paliativos tende a crescer. Estima-se que, no País, a cada ano, cerca de 650 mil pessoas necessitem recorrer a essa modalidade de atenção, e 80% desse número corresponde a pacientes com câncer (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2014). Essa realidade vai exigir uma resposta mais qualificada da política de saúde brasileira, necessitando estar ancorada numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos pacientes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

Entretanto, importa evidenciar que essa discussão extrapola a normatização primária e secundária. Isto é, antes mesmo de adentrar na lei em sentido estrito ou nas resoluções, é possível pensar a palição sob uma ótica constitucional decorrente do direito à vida, da dignidade da pessoa humana e, principalmente, da saúde – motivo pelo qual foi desenvolvido um primeiro capítulo acerca do tema enquanto garantia fundamental exarada pela Constituição Federal de 1988.

Isso porque, dentre os objetivos desse cuidado elencados pelo Atlas Global de CP (2020. N.p.), estão: “fornecer alívio da dor e outros sintomas angustiantes; afirmar a vida e considerar a morte um processo normal; integrar os aspectos psicológicos e espirituais do atendimento ao paciente; aumentar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença”, entre outros.

São medidas, portanto, que, em concordância com o paciente e seus valores, buscam aliviar os sintomas mais estressores que o acometem, de modo que seu tratamento ou o simples curso da doença permitam, também, a manutenção de uma boa qualidade de vida e a proteção contra os sofrimentos (FLORIANI; SCHRAMM, 2007. P. 2.074).

Nessa lógica, a oferta de medidas paliativas em todos os níveis do SUS precisa ser encarada como uma prioridade frente ao contexto atual, assim como as determinações trazidas pela Resolução nº 41/2018 (SCHAEFER, 2019. P. 890). Para isso, cumpre refletir e produzir acerca dos CP na esfera jurídica, especificamente como ferramenta para materialização do direito constitucional à saúde.

A partir do breve panorama histórico abordado no início deste trabalho, é possível verificar que a filosofia dos CP, especificamente, foi deflagrada no ano de 1967. Isso significa que se trata de uma abordagem recente e, por ser pouco difundida, torna-se compreensível a lacuna legislativa quanto ao tema, ao passo que deve ser reconhecido o progresso já alcançado, por exemplo, através da Resolução n° 41 de 2018.

Cabe, no entanto, ratificar a necessidade da regulamentação da oferta de CP na APS mediante lei em sentido estrito. Assim, inobstante os avanços, é preciso que os Poderes Legislativo e Executivo se debruçem sobre tal temática

[...] tendo em vista que o Brasil ainda não tem uma política sanitária institucionalizada, disciplinada através de uma lei nacional específica, o que inegavelmente dificulta o pleito pela efetivação, controle e fiscalização das diretrizes e normativa hierarquicamente inferiores já existentes. (BUSSINGUER; MAINART, 2021. P. 18)

Quanto à realidade da saúde brasileira, Baruffi e Robles-Lessa (2020. P. 27) vão ao encontro dessa ideia ao evidenciar que

Na verdade, não há como negar os avanços ocorridos dentro do sistema de saúde brasileiro desde a década de 60 até a atualidade, entretanto, ainda não efetivou-se o que dispõe a legislação e, conseqüentemente, o sistema público de saúde ainda não atua de forma universal, integral e igualitária, garantindo ao cidadão à promoção da saúde que pode ser traduzida como o próprio direito à vida. O Brasil caminha, ainda em passos lentos, na concretização do direito à saúde e à vida digna.

Em suma, torna-se cristalina a necessidade de que o Estado brasileiro promova maior enfoque nas medidas paliativas oferecidas pelos níveis primários do SUS a fim de efetivar a saúde pública enquanto garantia constitucional. (BARUFFI; ROBLES-LESSA, 2020. P. 31).

Para além de um direito social garantido através da Constituição Federal, trata-se de um direito humano que merece a devida consolidação perante a sociedade e correta aplicação por parte dos profissionais da saúde. Segundo Bussinguer e Mainart (2021. P. 14)

Defende-se que o arcabouço teórico-argumentativo do direito constitucional, bem como dos tratados internacionais sobre direitos humanos, ratificados pelo Brasil, constituem fundamento jurídico suficiente para reconhecer o acesso aos cuidados paliativos como direito humano internacional e elemento fundamental para o alcance da cobertura universal de saúde.

Inobstante toda a problemática e necessidade de mudança expostas, deve ser

registrado que os CP, paulatinamente, tem sido alvo de atenção do Estado. Um exemplo recente e simbólico é a publicação de 07/11/2022, da Resolução CNE/CES 3, pelo Ministério da Educação, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, dentre elas, a inclusão dos CP como conteúdo fundamental, nos termos do artigo 23, inciso VII⁸.

A relevância dos CP é indubitável, assim como a urgência do Direito em regulamentá-los por meio de lei e do Estado em oferecê-los, especialmente, na APS como uma ferramenta para efetivar o direito fundamental à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

⁸ Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde, contemplando: [...] VII - conhecimento da abordagem, dos conceitos e da filosofia dos cuidados paliativos e hospice;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva: São Paulo: Malheiros, 2008.

ARANOVICH, Cinthia; KRIEGER, Maria da Graça Taffarel. **Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática**. *Aletheia*, v. 53, n. 2, 2020.

ARAÚJO, Thayana. **Brasil não tem política pública para cuidados paliativos, diz médico**. CNN Brasil, 27/07/2021. Disponível em <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/brasil-nao-tem-politica-publica-para-cuidados-paliativos-diz-medico>>. Acesso em 30 set. 2021

AZEVEDO, Cissa, RATES, Camila Maria Pereira, PESSALACIA, Juliana Dias Reis, MATA, Luciana Regina Ferreira da Mata. **Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo**. *Online Brazilian Journal Nursing*. 2016. p.683-93.

BARATA, Danielle; DADALTO, Luciana. **Os cuidados paliativos no marco jurídico brasileiro**. In: MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de (org.). *Cuidados Paliativos: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Curitiba: Appris, 2020. p. 99-116.

BARROS, Letícia Campos. **Percepção dos estudantes de Medicina sobre os problemas bioéticos relacionados ao fim de vida na Atenção Primária à Saúde**. 2021. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47588>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BLIACHERIENE, Ana Carla; RUBIM, Thiago; SANTOS, José Sebastião dos. **Delimitação do sentido normativo dos princípios doutrinários do direito à saúde como parâmetro mitigador da judicialização das políticas públicas de saúde**. Artigo extraído do livro *Judicialização da saúde no Brasil*. Organizadoras: Lenir Santos, Fernanda Terrazas. Campinas, SP: Saberes Editora, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf. Acesso em:

20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Domiciliar**. <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>>. Acesso em 22 de ago de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. 2020. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2116-oms-revela-principais-causas-de-morte-e-incapacidade-em-todo-o-mundo-entre-2000-e-2019>. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **05/8 – Dia Nacional da Saúde**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 883, de 2020**. Regulamenta a prática de cuidados paliativos nos serviços de saúde, no território nacional.. Projeto de Lei. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141187>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRUERA, Eduardo et al. **Association between a name change from palliative to supportive care and the timing of patient referrals at a comprehensive cancer center**. The oncologist, v. 16, n. 1, p. 105-111, 2011.

BRUM, Camilla Japiassu Dores; FILHO, Roberto Freitas. **A retórica do direito à saúde no Supremo Tribunal Federal**. Universitas JUS, v. 25, n. 1, p. 47-64, 2014.

CALDERON, Daniela Baumgart de Liz. **Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da Política Nacional de Humanização em Santa Catarina**. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/122827/324107.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 nov. 2022.

CARVALHO, Gleyce Any Freire de Lima et al. **Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, 2018.

COGO, Silvana Bastos; NIETSCHKE, Elisabeta Albertina; SILVA, Thayná Champe da. **Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa de literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, 2021.

COMBINATO, Denise Stefanoni; FERREIRA MARTINS, Sueli Terezinha. **(Em defesa dos) cuidados paliativos na atenção primária à saúde.** Mundo da Saúde, p. 433-441, 2012.

CONSENSUS. **Ana Cláudia Quintana Arantes.** Revista Consensus. Edição nº 26. 2018. Disponível em <<https://www.conass.org.br/consensus/ana-claudia-quintana-arantes/>>. **Aceso em 02 out, 2021**

DWORKIN, Ronald. **O império do Direito.** Trad. de Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ERNESTO SILVA, Alexandre; DITZ DUARTE, Elysângela. **Cuidado paliativo na atenção domiciliar: conhecimento, definição e elegibilidade na perspectiva do profissional de saúde.** In: XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. 2018.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. **Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica.** Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 9. 2007. p. 2072-2080.

FRASSON, Mariana Cristina Galhardo. **Aspectos jurídicos dos cuidados paliativos: nem sempre precisa haver sofrimento.** Consultor Jurídico, 2022. Disponível em <conjur.com.br/mariana-frasson-aspectos-juridicos-cuidados-paliativos>. Acesso em 22 out, 2022.

FROSSARD, Andrea. **Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias.** Cadernos EBAPE. BR, v. 14, p. 640-655, 2016.

GALVANI, Giovanna; GURGEL, Bia; LARA, Rafaela; PORTO, Douglas. **À CPI, ex-médico e pacientes acusam Prevent de irregularidades em tratamentos.** CNN Brasil, 2021. Disponível em: <www.cnnbrasil.com.br/politica/cpi-da-covid-ao-vivo-ex-medico-e-paciente-da-prevent-senior-prestam-depoiment/>. Acesso em: 20 de jan. de 2022.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian; FREITAS, Letícia A.; DAFLON, Priscila MN. **Cuidados paliativos e medicina de família e comunidade: conceitos e interseções.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE), v. 15, n. 3, p. 286-293, 2016.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

HUMBERT, Georges Louis Hage; LIBÓRIO, Natália. **Atos normativos infralegais e os parâmetros do controle judicial das políticas públicas de saúde no tocante ao fornecimento de medicamentos.** Curitiba: Ediora Íthala, p. 167-182, 2020.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC). **Consensus-Based Definition Of Palliative Care.** 2019. Disponível em <<https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>>. Acesso em 02 out, 2021.

JELLINEK, Georg. **Teoría general del Estado**. Trad. Fernando de los Ríos. Buenos Aires: Albatroz, 1981.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MACIEL, Maria Goretti Sales. **Uniformizando nomenclaturas em cuidados paliativos**. In: DADALTO, Luciana (coord.). *Bioética e diretivas antecipadas de vontade*. Curitiba: Prismas, 2014, p. 45-63.

MAIELLO, Ana Paula Mirarchi Vieira, et al. **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde, 2020.

MAINART, Catherine F.; VASCOCELOS, Camila; BUSSINGUER, Elda. **Aspectos jurídicos dos cuidados paliativos: tratados internacionais sobre direitos humanos e a legitimação do acesso aos cuidados paliativos no Brasil como direito humano**. In: DADALTO, Luciana (org.). *Cuidados Paliativos: Aspectos Jurídicos*. 2. ed. Indaiatuba: Foco, 2022. p. 1-20.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto et al. **Identificação de pacientes com indicação de Cuidados Paliativos na Estratégia Saúde da Família: estudo exploratório**. *Cadernos saúde coletiva*, v. 24, p. 145-152, 2016.

MELO, Rosa Maria de Souza Barbosa de et al. **Concepção do direito à saúde na perspectiva do profissional técnico de nível médio do Sistema Único de Saúde**. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, p. 95-104, 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na APS: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MONTENEGRO, Keyla Corrêa. **Foucault, Subjetividade & Morte: uma perspectiva pós-estruturalista dos Cuidados Paliativos**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2022.

NARDELLO, Patrícia Brusamarello. **O Acesso À Justiça Para Grupos Vulneráveis Submetidos A Cuidados Paliativos: Perspectivas A Partir Da Experiência Do Projeto Direito Cuidativo**. Dissertação (Mestrado em Direito) - Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Pelotas, 2020.

PEDRON, Flávio Quinaud. **Comentários sobre as interpretações de Alexy e Dworking**. *R. CEJ*, Brasília, n. 30, p. 70-80, jul./set. 2005.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª edição. Rio de Janeiro. 2001. p. 178-178.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. **Cuidados paliativos: prática dos médicos da**

estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, p. 62-72, 2019. SAITO, Danielle Yuri Takauti; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review.** Rev. bioét. (Impr.). 2015. p. 593-607.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição.** 2ª ed. São Paulo: Editora Malheiros, 2006.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais.** 3. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. **O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 9, n. 30, p. 45-53, 2014.

SCHAEFER, Fernanda. **A importância da implantação dos Cuidados Paliativos no Sistema Único de Saúde.** R. Dir. sanit., São Paulo: v.20 n.3. 2020. p. 26-50.

SOUZA, Renato Gobetti. **A concretização do direito fundamental à saúde perspectivada no constitucionalismo contemporâneo.** São Paulo: Em tempo, v. 14, 2015.

TAVARES, Mariza. **Forma como a CPI da Covid aborda os cuidados paliativos provoca críticas de médicos especialistas.** Disponível em <g1.globo.com/forma-como-a-cpi-da-covid-aborda-os-cuidados-paliativos-provoca-criticas-de-medicos-especialistas.ghtml>. Acesso em 05 de out, 2022.

URBANO, Hugo Evo Magro Corrêa. **Notas sobre a efetivação do direito fundamental à saúde.** Brasília a. 47 n. 188 out./dez. 2010.

VASCONCELOS, Alessandra Alves de; SANTOS, Sarah Carvalho. **Sedação paliativa e os contornos ético-jurídicos sobre o direito de morrer.** In: DADALTO, Luciana. Cuidados Paliativos: aspectos jurídicos. 2. ed. Indaiatuba: Foco, 2022. p. 229-248.

WERNER, Patricia Ulson Pizarro. **Direito à saúde.** Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito Administrativo e Constitucional. Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/170/edicao-1/direito-a-saude>. Acesso em 28 de dez, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2.edition. Geneva, 2017. Disponível em <<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controlado/cuidados-paliativos>>. Acesso em 02 out, 2021.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.** WHO. 2nd edition. England, 2020. Disponível em: <<http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>>. Acesso em 2 out, 2021.