



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Ênfase em Concepção.

SUS E CUIDADOS PALIATIVOS: REFLEXÕES SOBRE A DEPENDÊNCIA DE TRAJETÓRIA DE UMA AÇÃO EM SAÚDE

Andreia Pereira de Assis Ouverney¹

Resumo: O artigo visa refletir sobre o papel do SUS na consolidação de ações em cuidados paliativos (CP). Realizada pesquisa qualitativa de análise bibliográfica e documental. O referencial teórico adotado foi o neoinstitucionalismo histórico. Os resultados revelam uma expansão incremental dos CP a partir da abordagem transversal do tema nas normativas e serviços criados pelo SUS a partir dos anos 2000.

Palavras-chave: Cuidados paliativos, SUS, Política social, Neoinstitucionalismo histórico.

Abstract: The article aims to reflect on the role of SUS in the consolidation of actions in palliative care (PC). Qualitative research of bibliographic and documentary analysis was carried out. The theoretical framework adopted was historical neoinstitutionalism. The results reveal an incremental expansion of PC from the transversal approach of the theme in the norms and services created by the SUS from the years 2000.

Keywords: Palliative care, SUS, Social policy, Historical neoinstitutionalism.

Introdução

O presente artigo pretende realizar uma reflexão sobre a necessidade de defender um sistema único de saúde (SUS), público, gratuito e universal, uma vez que somente com sua existência é possível obter as bases para a construção e consolidação de uma política de cuidados paliativos no país.

O SUS é o resultado da estruturação constitucional de direitos sociais a partir de políticas sociais e econômicas e abrangentes, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e tem no seu arcabouço o viés da redução de risco de doenças e agravos em saúde previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988). A saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art. 196), sendo organizada a partir de um sistema único, que articula as redes de atenção em saúde no âmbito nacional. Os principais avanços que são observados são a garantia da universalidade do direito à saúde e o dever do Estado na oferta desses serviços para todos.

As primeiras ações em saúde voltadas para os cuidados paliativos no país são observadas na década de 80, com o surgimento dos primeiros serviços desta

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Fluminense. E-mail: <assisap@gmail.com>.

(FLORIANI & SCHRAMM, 2010), cabendo destacar papel do Instituto Nacional de Câncer na criação do primeiro serviço estruturado de CP no Brasil, no ano de 1986. (ANDRADE, 2015),(FLORIANI & SCHRAMM, 2010), (SANTOS, 2011). A expansão significativa desses serviços ocorre a partir do ano 2000, impulsionada pelas novas normativas e serviços criados no âmbito do SUS.

Para realizar esse debate, utilizou-se como referencial teórico o neoinstitucionalismo histórico para elucidação do papel das instituições e análise das trajetórias percorridas para a construção de uma política pública. Foram explorados os conceitos de “*path dependence*” desenvolvido por Pierson(PIERSON, 2000)– que compreende a trajetória de uma política como resultado de uma causalidade social que tende a promover um retorno positivo para o seu autodesenvolvimento.

O caminho metodológico escolhido foi o de pesquisa qualitativa de análise documental de referências bibliográficas e normativas que abordam o tema.

As normativas e ações que consolidam o SUS oferecem subsídios para compreensão dos Cuidados Paliativos como direito e importante ação em saúde, cuja demanda vem crescendo, impulsionada pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Através de tal articulação, os CP obtiveram sua primeira legislação no âmbito federal, a partir da Resolução nº 41, elaborada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que a entende como um serviço de saúde a ser integrado nas Redes de Atenção à saúde (RAS). Embora seja uma legislação importante, a mesma não dá ao CP um status de política social. Contudo, sua importância se dá ao verificar que ela possui a proteção social como característica, adquirida durante sua trajetória incremental de consolidação como política do SUS.

O neoinstitucionalismo histórico como caminho teórico.

A escolha pela corrente do neoinstitucionalismo histórico tem como objetivo oferecer referências acadêmicas para o papel das instituições na configuração das políticas públicas.

O neoinstitucionalismo é uma corrente teórica que se propõe à interpretação de processos e como tais se desenvolvem historicamente, refutando análises deterministas e unicasais típicas das correntes do

behaviorismo. Tal corrente possui quatro características originais: a conceituação da relação entre instituições e o comportamento individual - abordadas através da perspectiva calculadora ou da perspectiva cultural - ; a ênfase nas assimetrias de poder associadas ao funcionamento e ao desenvolvimento das instituições; a formação de uma concepção de desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas, a combinação de explicações das instituições à determinação de situações políticas com uma avaliação da contribuição de outros tipos de fatores, como ideias, a esses mesmos processos (HALL & TAYLOR, 2003)

Uma importante contribuição do neoinstitucionalismo para análise da trajetória das políticas é o conceito de *path dependence* (dependência de caminho) na constituição das instituições. Tal concepção parte do princípio da existência de uma causalidade social dependente da trajetória institucional, onde as decisões tomadas no presente são estruturadas a partir do contexto histórico ulterior, permitindo um desenvolvimento incremental de retorno crescente das políticas (PIERSON, 2000).

A análise de retorno crescente das políticas foi desenvolvida por Pierson, que a conceitua como um processo no qual os passos tomados em uma direção política tendem a promover um retorno positivo para o seu autodesenvolvimento e proporcionando mudanças institucionais.

In an increasing returns process, the probably of further steps along the same path increases with each move down that path. This is because the relative benefits of the current activity compared whit other possible options increase over time. To put it a different way, the costs of exit – of switching to some previously plausible alternative – rise. Increasing returns process can also be described as self-reinforcing or positive feedback processes. (PIERSON, 2000)

As informações sobre o desenho da política serão obtidas por meio análise documental de referências bibliográficas e normativas que tratam tanto da organização do SUS, quanto dos Cuidados paliativos. A seleção bibliográfica contou com o uso de referências clássicas sobre os temas, separação de dois artigos sobre CP na base de dados SCIELO, utilizando como descritores combinados CP, SUS e integralidade – o que mostra a pouca produção teórica - e visita a sites de internet das principais entidades e atores que discutem os CP.

2

² Os sites visitados estão descritos ao final deste artigo.

Por ser uma aproximação com a teoria e método proposto, o presente pretende realizar uma reflexão sobre a necessidade de defender um sistema único de saúde (SUS), público, gratuito e universal, uma vez que somente com sua existência é possível obter as bases para a construção e consolidação de uma política de cuidados paliativos no país. Parte-se do pressuposto que o SUS oferece os subsídios normativos e técnicos para a consolidação desta política no país, fomentando discussões dos principais atores, elaboração de pesquisas e o surgimento dos primeiros serviços no país no qual o mesmo é compreendido como direito.

Importante frisar que se parte da compreensão de política social abordado por Fleury, que a descreve como uma ação de proteção social, no qual são desenvolvidas ações de responsabilidades públicas na promoção da seguridade social e do bem-estar dos cidadãos. Neste sentido, a política social apresenta uma dinâmica multifacetada, onde estão presentes ações intervencionistas – no campo da distribuição de recursos e oportunidades- que promovem direitos de cidadania e afirmação de valores humanos adotados como referência para organização da sociedade moderna. (FLEURY & OUVREY, Política de Saúde: uma política social., 2008), (FLEURY, 2008b), (FLEURY, 1997)

A constituição do SUS como campo fértil para a emergência dos cuidados paliativos no Brasil – elementos para o debate.

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), conhecida como Constituição Cidadã, insere no campo jurídico-legal a associação dos direitos sociais como parte da constituição da cidadania. Segundo Fleury (FLEURY., 2008a), a CF/88(BRASIL, 1988) reformulou de maneira inovadora as bases de concepção, elaboração, implantação, gestão e avaliação das políticas e sistemas de proteção social no Brasil, a partir dos fundamentos do modelo de Seguridade Social.

Os princípios consolidados na CF/88 (BRASIL, 1988) como orientadores do novo padrão de políticas sociais, adinham de regimes de WelfareState estruturados com base na ideologia de inspiração socialdemocrata, tendo no modelo Seguridade Social o tipo ideal de sistema de proteção social. Fleury

(1997) resume as principais características do modelo de Seguridade Social que, segundo a autora, designa o conjunto de políticas públicas que:

[...] procura garantir à totalidade dos cidadãos um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços, voltada para um ideal de justiça social". Correspondentemente, o Estado é responsável principal tanto pela administração quanto pelo financiamento do sistema. Os benefícios são concedidos de acordo com as necessidades como direitos universalizados em base a um piso mínimo, o que asseguraria um eficiente mecanismo de redistribuição da riqueza social e correção das desigualdades de mercado. Reconhece-se, neste modelo de política social, o predomínio da relação de cidadania universal, além de um padrão de intervenção governamental que busca conjugar políticas econômicas e sociais como partes indissociáveis da mesma estratégia desenvolvimentista. (FLEURY, 1997).

Inserida neste novo contexto, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (art. 196CF Brasil/1988). Sua organização se dá por meio da criação do SUS, que dentre os principais avanços, destacam-se a universalidade do direito a saúde e o dever do Estado na oferta de serviços, acabando com as discriminações entre segurado/não segurado, rural/urbano (TEIXEIRA, 1989).

A materialidade do SUS só foi possível através da aprovação das Leis nº 8080/90 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e Lei 8142/90 - Participação comunitária (BRASIL, 1990), que tem como função detalhar seu funcionamento. O SUS é definido como um *“conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”* (Art. 4º, lei 8080/90).

Além da garantia da universalidade e do acesso equânime à saúde, o SUS prevê também a integralidade enquanto princípio norteador de suas ações. Destaca-se aqui o princípio da integralidade por compreender que tal princípio fornece subsídios para a organização e ampliação das ações de cuidados paliativos no campo do SUS.

O conceito de integralidade utilizado neste trabalho é o elaborado por Mattos (MATTOS., 2005a.) no qual a integralidade é compreendida a partir de três perspectivas. A primeira é a compreensão da integralidade como elemento constitutivo da prática médica, na sua capacidade de compreensão das demandas do paciente em seu sentido mais amplo. A segunda é o entendimento da integralidade como capacidade de organizar as práticas em saúde, visando estratégias participativas e horizontais de decisão política. Por fim a abordagem

da integralidade como respostas dos governos para problemas que atingem a população.

Este conceito de integralidade permite uma aproximação com o debate sobre a organização da concepção do que é os Cuidados Paliativos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os Cuidados Paliativos é uma abordagem assistencial de caráter integral que promove a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias diante dos agravos associados a uma doença ameaçadora da vida, por meio da identificação, prevenção, alívio de sofrimento, tratamento da dor e de outros problemas associados – físicos, psicossociais e espirituais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Neste sentido a discussão da integralidade no âmbito do SUS possibilita aos CP uma ferramenta normativa/legal para sua consolidação conceitual e desenho dos seus serviços e ações, cujo caminho percorrido envolve um diálogo crescente com as políticas de saúde consolidadas no SUS (MENDES & Vasconcelos., 2015).

No Brasil, as primeiras experiências em CP são observadas nas regiões sudeste e sul do Brasil cabendo destacar a organização do primeiro serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos público no então atual Instituto Nacional de Câncer (GOMES & OTHERO, 2016), (SANTOS, 2011), (ANDRADE, 2015). Esse primeiro serviço se caracterizava por oferecer os serviços de assistência domiciliar e ambulatorial aos pacientes. Com o crescimento do serviço, este se tornou uma unidade hospitalar associada ao INCA no ano de 1998, contando desde o seu início até os dias atuais com a presença de 56 leitos de internação, além da continuidade da oferta dos serviços ambulatorial e da assistência domiciliar.

A expansão expressiva de centros e serviços dedicados aos Cuidados Paliativos no Brasil ocorre a partir dos anos 2000, quando a temática passa a ser tratada de forma transversal nas normativas e políticas que desenham diferentes ações em saúde no âmbito do SUS³.

A primeira abordagem transversal dos CP é observada na assistência oncológica, regulamentada pela Política Nacional de Prevenção e Controle do

³De acordo com a ANCP (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012), existem 162 serviços que ofertam cuidados paliativos no Brasil no ano de 2017, sendo 97 ofertados pelo setor público, quatro por setores filantrópicos com financiamento do SUS, 11 de gestão privada com financiamento pelo SUS, 46 privados e 2 filantrópicos. A região Sudeste concentra 91 serviços, contra 14 na região Norte, 38 no Nordeste, 7 no Centro-oeste e 21 na região Sul.

Câncer (PNPCC), considerado pelo SUS como um serviço de atenção especializado integrante das Redes de Atenção em Saúde⁴ nas três esferas de atenção. Instituída pela Portaria Ministerial nº 140/2014, a PNPCC se insere na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) não transmissíveis e se caracteriza pela coordenação centralizada no Ministério da Saúde, acompanhada de uma gestão descentralizada das ações entre os Estados e Municípios⁵. A PNPCC é um marco para os CP por ser a primeira normativa que regula seu funcionamento em âmbito nacional. Embora os CP não estejam apenas restritos ao campo oncológico, tal marco se fez importante para instrumentalizar ações nacionais em CP. Os cuidados paliativos oncológicos são abordados dentro da estratégia de prevenção e controle do câncer, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde, garantindo assim o acesso universal e os direitos ao atendimento integral e equânime dos usuários da política.

O acesso aos medicamentos essenciais para os CP é outro fator a ser destacado. Tal acesso foi possível com a criação em 2002 da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 2004. Dentre esses medicamentos, destaca-se a regulação da morfina - medicamento essencial para controle de sintomas como a dor e a dispneia - que compõe a Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais de fornecimento obrigatório por parte do governo.

Frossard aponta que uma das diretrizes dos CP é a desospitalização, priorizando o cuidado ao indivíduo no seu ambiente domiciliar (FROSSARD, 2016). No SUS, o debate da desospitalização envolve diretamente a organização da Política Nacional de Atenção Básica - Portaria nº 2488/2011 - (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)⁶ e demais ações que com ela mantém interface,

⁴ As Rede de Atenção em Saúde (Portaria GM nº 4.279 de dezembro de 2010) é definida como mecanismos e arranjos organizativos em saúde que buscam a integralidade do cuidado, envolvendo ações e serviços diferentes que se integram por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão.

⁵ A coordenação centralizada no Ministério da Saúde, de acordo com a PNPCC permite uma melhor operacionalização dos programas de prevenção e organização do atendimento ao paciente com câncer, ao mesmo tempo que estimula a integralidade assistencial do paciente. Ele também organiza dos serviços oncológicos quanto a sua complexidade, classificando-os em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

⁶ De acordo com essa portaria, a atenção básica "caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a

como a assistência domiciliar e as estratégias em Saúde da Família. Ela é considerada estratégica no cuidado paliativo para promoção do acesso aos serviços e atendimento domiciliar dos pacientes, funcionando como coordenadores do cuidado nas diferentes esferas de atenção(SOUZA & et, 2015). Outra legislação da atenção básica que merece destaque na forma que aborda os CP é a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Nesta legislação, os CP são entendidos como atributos da Atenção Básica a sua execução, numa perspectiva de garantia da integralidade do atendimento aos indivíduos (BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

A assistência domiciliar no SUS é redefinida o pela Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013(BRASIL, 2013a)e o Programa Melhor em Casa - instituído pela Portaria nº 1.208/13(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b) que prevê um conjunto de ações e tratamentos para a promoção, tratamento e prevenção, além de oferta de reabilitação dos indivíduos em domicílio. Os CP são previstos nestas portarias sendo classificados como passível de atendimento para modalidade AD2, que se destina a usuários que possuem dificuldade de locomoção e necessitam de acompanhamento contínuo e maior frequência de cuidados⁷.

Em relação as legislações específicas em Cuidados paliativos, no ano de 2018 foi aprovada no âmbito da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) a Resolução nº 41, DE 31 de outubro de 2018(COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE, 2018), que dispõe sobre as diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Dentre os pontos abordados, destaca-se: a) que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS); b) que qualquer ponto da rede de atenção poderá ofertar os CP, desenhando sua oferta a partir do papel de cada serviço no âmbito das redes de atenção (atenção básica, atenção domiciliar, atenção ambulatorial, urgência e emergência, atenção hospitalar). Embora seja uma resolução que regulamente o papel governamental, ela representa um importante marco para a temática, uma vez que oferece para os gestores do SUS, orientações e diretrizes nacionais de

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”

⁷ Ver art. 22 e art. 23 da Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.

organização das ações de cuidados paliativos nas redes de atenção de forma coordenada e associada aos serviços do SUS, além de reforçar o debate transversal dos CP, proporcionando assim, um novo caminho para a consolidação desta ação no âmbito nacional.

As ações em saúde acima descritas, criadas a partir do ano 2000, estão inseridas no contexto governamental de organização da rede de atenção em saúde envolvendo os diferentes entes federativos e esferas de coordenação do cuidado. Neste contexto normativo-legal e institucional que os CP encontram espaço para desenho de ações e serviços que já a consolidaram como uma ação importante em saúde, caminhando para futura consolidação enquanto política social neste sistema.

A transversalidade da abordagem em CP nas demais ações em saúde tem na integralidade sua base argumentativa para expansão no âmbito do sistema de saúde. É através da consolidação da sua integralidade, que a política de CP vai traçando sua institucionalização nas diferentes ações e estratégias em saúde, principalmente as elaboradas a partir dos anos 2000, no qual o SUS aprofunda normativas, ações e serviços com foco tanto na reestruturação das redes de atenção à saúde, como na coordenação do cuidado em saúde.

O arcabouço legal, técnico e de serviços existentes no SUS, oferece para os cuidados paliativos um contexto histórico e político para o seu desenvolvimento incremental enquanto ação e saúde. Neste contexto, é possível verificar uma dependência de trajetória (path dependence) nos moldes teóricos descritos por Pierson (PIERSON, 2000) como possibilidade de surgimento de uma política.

O SUS e a consolidação de novas ações em saúde - Considerações para o debate

A utilização do marco teórico do neoinstitucionalismo histórico contribuiu para auxiliar no desenho da dependência de caminho que os CP desenvolveram no âmbito da política de saúde brasileira. A introdução da temática no campo da saúde no Brasil encontrou seu campo fértil nas normativas que regulam o SUS e o desenham como sistema público universal, organizado em diferentes níveis

de complexidade e com gestão descentralizada envolvendo três níveis de gestão.

Já sua expansão ocorre a partir dos anos 2000, com o incremento de suas ações dado a partir da sua inserção em normativas e serviços que organizam as redes de atenção à saúde no SUS, como a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e da Assistência domiciliar. Tal desenvolvimento oferece elementos para compreensão da dependência de trajetória (*path dependence*) entre os CP e o SUS, uma vez que com a expansão e consolidação de diferentes serviços e ações escopo deste enquanto um sistema nacional possibilitou o desenvolvimento incremental das ações em saúde voltadas para a temática paliativista.

As decisões tomadas para o desenvolvimento dos CP no Brasil produziram retornos positivos para sua consolidação, como a introdução de sua agenda política na aproximação conceitual ao princípio da integralidade do SUS, costurando a partir dessa relação transversal, a sua faceta enquanto importante ação em saúde, tanto no desenho de serviços, como na construção de uma normativa própria. Um dos retornos positivos foi a publicação da resolução CIT nº 41/2018 que orienta os gestores das três esferas federativas a organizar ações em CP no âmbito da Rede de atenção à saúde do SUS.

Neste sentido, cabe destacar que a defesa dos princípios e diretrizes do SUS se faz necessário para pensar na consolidação de uma Política de cuidados Paliativos no Brasil, haja vista que somente a partir da consolidação deste sistema de saúde foi possível pensar, implementar e organizar tais ações embasadas na garantia da integralidade do atendimento e promoção da qualidade de vida dos sujeitos que estão vivenciando o seu processo de finitude.

Referências

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). **Cancer Control**: Knowledge Into Action. Who: Switzerland.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS . (2012). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: ANCP.

ANDRADE, L. (2015). **Cuidados Paliativos e Serviço Social**: Um exercício de coragem. Holambra: Setembro.

BRASIL . (1990, 12 28). **Lei 8142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, Brasil: Senado Federal.

BRASIL. (1988). **CONSTITUIÇÃO (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Distrito Federal, Brasil: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p.

BRASIL. (1990, 09 19). **Lei nº 8080**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (2010, 10 30). **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema. Brasília, Distrito Federal.

BRASIL, M. D. (2013a, 05 27). **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal: Senado Federal.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2011). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, Distrito Federal, Brasília.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2011, 10 21). **Portaria nº 2488/2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, Distrito Federal, Brasil.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2013b, 05 27). **Portaria Nº 1.208/2013**. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal.

COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE. (2018, 10 31). **Resolução nº 41 de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para organização dos Cuidados Paliativos no âmbito do SUS. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

FLEURY, S. (1997). **Estados sem Cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio De Janeiro: Fiocruz.

FLEURY, S. (2008b). Seguridade social: um novo patamar civilizatório. In I. L. **Brasileiro, os cidadãos na carta cidadã** (p. 178-2012). Brasília: Senado Federal.

FLEURY, S., & OUVENEY, A. M. (2008). Política de Saúde: uma política social. In E. S. Giovanella L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

FLEURY., S. (2008a). Seguridade social: um novo patamar civilizatório. In I. L. **Brasileiro: os cidadãos na carta cidadã**. (p. 178-212). Brasília: Senado Federal.

FLORIANI, C. A., & SCHRAMM, F. R. (2010, JULHO). **Casas para os que morrem**: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, p. 165-180.

FROSSARD, A. (2016, JULHO). Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. **Cadernos Ebape**. Brasil.

GOMES, A., & OTHERO, M. (2016). Cuidados Paliativos. **Revista Estudos Avançados**.

HALL, P. A., & TAYLOR, R. C. (2003). As três versões do neoinstitucionalismo., no58, 2003. p. 193-223. **Lua Nova** [on line], p. 193-223.

MAHONEY, J., & THELEN, K. (2010). **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power**.Cambridge: Cambridge University Press.

MATTOS., R. (2005a.). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. . In R. PINHEIRO, & R. (. R. MATTOS, **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/Uerj/Abrasco.,.

MENDES, E., & Vasconcellos., L. (2015, SET). Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde debate**, p. 881-892.

PIERSON, P. (2000, JUN). Increasing Returns, Path Dependence and Study of Politics. **The American Political Science Review**. p. 251-267.

SANTOS, F. S. (2011). O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice. In F. S. SANTOS. **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas** (p. 654). São Paulo: Atheneu.

SOUZA, H. L., & et, a. (2015, agosto vol. 23 nº 2). Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Revista Bioética**, pp. 349-359.

TEIXEIRA, S. F. (1989). Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. In S. F. TEIXEIRA, **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro; São Paulo: Abrasco; Cortez Editora.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). **Cancer Control - Knowledge Into Action**.Who: Switzerland.

SITES VISITADOS

INCA:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos.

ANCP: www.paliativo.org.br

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of palliative care. 2002.
Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/