



REFLEXÃO TEÓRICA

EQUIDADE NO ACESSO AOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

EQUITY IN ACCESS TO PALLIATIVE CARE IN PRIMARY HEALTH CARE: A THEORETICAL REFLECTION

EQUIDAD EN EL ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UNA REFLEXIÓN TEÓRICA

Juliana Dias Reis Pessalacia¹, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli², Isabely Karoline Ribeiro³

RESUMO

Objetivo: desenvolver uma reflexão teórica acerca dos determinantes e condicionantes do acesso aos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** trata-se de uma reflexão teórica fundamentada no conceito de Justiça proposto nas publicações de Norman Daniels. **Resultados:** identificou-se os seguintes determinantes e condicionantes para o acesso: financiamento em saúde; responsabilidade dos profissionais; quantitativo de profissionais necessário; estrutura dos serviços; acesso a medicamentos; organização dos serviços para a tomada de decisão justa mediante recursos limitados; políticas voltadas para correção das disparidades; estratégias de priorização e racionalização do acesso aos serviços. **Conclusão:** conclui-se a partir das publicações do autor que o mesmo propõe um modelo de justiça fundamentado na preocupação direta com a equidade na utilização dos recursos em saúde, ressaltando a importância de se examinar os fatores que podem restringir ou facilitar o acesso à saúde, incluindo aspectos políticos, jurídicos, econômicos, sociais e culturais. **Descritores:** Cuidados paliativos; Atenção primária à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Equidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: Develop a theoretical reflection on the determinants and conditions of access to palliative care in primary health care. **Methods:** This is a theoretical reflection based on the concept of Justice considered in publications of Norman Daniels. **Results:** Identified the following determinants and conditions for access: financing in health, responsibility of the professionals; quantitative of professionals necessary; structure of the services; access the medicines; organization of the services for the decision taking just by means of limited resources; politics directed toward correction of the disparities; strategies of priorization and rationalization of the access to the services. **Conclusion:** The importance of if examining the factors is concluded from publications of the author, who the same considers a model of justice based on the direct concern with the equity in the use of the resources in health, standing out that they can restrict or facilitate the access to the health, including aspects legal, economic, social and cultural politicians. **Descriptors:** Palliative care; Primary health care; Access to health services; Equity in health.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar una reflexión teórica sobre los determinantes y las condiciones de acceso a los cuidados paliativos en la atención primaria de salud. **Métodos:** Es una reflexión teórica basada en el concepto de la justicia se propone en las publicaciones de Norman Daniels. **Resultados:** Se identificaron los siguientes factores determinantes y las condiciones de acceso: financiamiento en la salud, responsabilidad de los profesionales; cuantitativo de los profesionales necesarios; estructura de los servicios; tenga acceso a las medicinas; organización de los servicios para el joust de la toma de decisión por medio de recursos limitados; la política dirigió hacia la corrección de los disparidades; estrategias del priorización y racionalización del acceso a los servicios. **Conclusión:** La importancia de si examina los factores se concluye de las publicaciones del autor, a que igual considera un modelo de la justicia basó en la preocupación directa con la equidad en el uso de los recursos en salud, estando

parado hacia fuera que él puede restringir o facilitar el acceso a la salud, incluyendo los políticos de los aspectos legales, económicos, sociales y culturales. **Descriptor:** Cuidados paliativos; Primeros auxilios; El acceso a los servicios de salud; Equidad en salud.

¹ Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP). Professora Adjunta III da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). ² Graduada em Enfermagem. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Pós doutora em Bioética pela Universidade Complutense de Madrid. Livre docente pela Universidade de São Paulo (USP). ³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de São João de Rei (UFSJ).

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil tem vivenciado um processo de inversão de sua pirâmide etária, com um substancial aumento do número de idosos e, conseqüentemente, um aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT). Em contrapartida, vive-se um momento de desenvolvimento importante de tecnologias de suporte que têm proporcionado um aumento da expectativa de vida desta população.

Entretanto, o sistema de saúde brasileiro ainda não se encontra preparado para suprir as demandas advindas deste novo perfil populacional, mantendo-se ainda atrelado a práticas curativistas e hospitalocêntricas. Assim, nota-se uma grande sobrecarga do setor secundário de atenção, o que tem repercutido em aumento dos custos com o financiamento das ações em saúde.

Nesse contexto, torna-se urgente a necessidade de substituição destas práticas de atenção à saúde por modelos assistenciais que atendam a

estas novas demandas, com enfoque para o primeiro nível de atenção, a Atenção Primária à Saúde (APS). Iniciativas no sentido de fortalecimento deste nível de atenção têm sido incentivadas e implementadas em vários países devido à maior efetividade destas ações para a melhoria da saúde e qualidade de vida das populações. No Brasil, tal necessidade vai ao encontro dos pressupostos e princípios dispostos em seu Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são enfatizadas as ações voltadas para a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a participação popular.

Diante deste panorama de envelhecimento populacional e aumento da prevalência de DCNT, surgem as discussões em torno da organização de um modelo de atenção que contemple os Cuidados Paliativos (CP) no fim da vida. Entretanto, tal modalidade de assistência exige a implementação de práticas substitutivas efetivas ao modelo hegemônico e uma adequada articulação dos serviços envolvidos em todos os níveis de atenção. Também

exige uma mudança de paradigmas em torno do conceito de saúde, em que profissionais e população compreendem que saúde não se constitui ausência de doença, mas, sim, uma combinação de diversos fatores.

Dentre as propostas governamentais de práticas substitutivas no país, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual representa a APS brasileira e que apresenta dentre os seus pressupostos a capacidade para se atingir práticas assistenciais integrais ou globais. Assim, vários países têm proposto a incorporação dos CP neste nível de atenção. Contudo, ainda são sinalizados vários entraves relacionados ao acesso aos mesmos pela população que necessita desta modalidade de cuidados. No Brasil, observa-se uma maior concentração de serviços voltados para os CP na região Sudeste do país, o que demonstra uma evidente falta de acesso de um enorme contingente populacional a estes cuidados.

Portanto, torna-se relevante a busca de experiências e informações quanto aos fatores determinantes e condicionantes do acesso aos CP na APS, bem como o incentivo a maiores debates e reflexões de ordem ética voltadas para os conceitos de Equidade e Justiça que permeiam a alocação de

recursos nesta importante modalidade de cuidados.

Assim, este estudo teve como objetivo geral realizar uma reflexão teórica acerca dos determinantes e condicionantes do acesso aos CP na APS a partir do conceito de Justiça proposto por Norman Daniels.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada no conceito de Justiça proposto nas publicações de Norman Daniels.

Marco referencial

Algumas concepções balizarão este estudo, conformando o marco referencial para a compreensão do problema de pesquisa. Ou seja, estas concepções formarão a perspectiva, os pressupostos e a delimitação para a abordagem do objeto recortado, funcionando como conceitos de apoio e meios para construção deste reflexão.

O marco referencial dessa pesquisa serão as concepções de Cuidados paliativos e Integralidade em saúde. Ambas são apresentadas, a seguir, de maneira sucinta.

Cuidados Paliativos: Aspectos Conceituais

Os cuidados paliativos (CP) compreendem uma filosofia, um modo

de cuidar, que preza o cuidado da pessoa em detrimento das ações voltadas para a cura da doença⁽¹⁻³⁾. Nos CP, as medidas de cuidado diante da doença progressiva e irreversível visam ao conforto, à melhora na qualidade de vida e da dignidade de pacientes e famílias diante do processo de morrer, integrando as Ciências da Saúde com as Ciências Humanas⁽³⁾.

O termo 'paliativo', descrito em 1974 pelo canadense *Balfour Mount*, deriva do vocábulo latino *pallium* ('manta'), que remete à ideia de proteger ou amparar^(1,4-5), cobrir, abrigar e implica o cuidar da pessoa quando a cura de determinada doença não é mais possível. Assim, não consiste apenas no controle de sintomas, mas no cuidado à pessoa com enfoque integral, considerando-se aspectos de ordem biopsicossocial e espiritual⁽¹⁾. Os CP correspondem às intervenções na saúde global do doente e são realizadas por uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais das ciências da saúde, sociais e humanas que atuam no cuidado desde o domicílio até a internação em instituições hospitalares⁽⁴⁾.

Portanto, os CP envolvem medidas de conforto com o objetivo de amenizar os sintomas desagradáveis e até incapacitantes relacionados à progressão de uma doença^(4, 6), mas

também visam oferecer dignidade no momento da morte, tanto para o doente quanto para o seu cuidador e sua família, oferecendo-lhes amparo para enfrentar este momento tão difícil de suas vidas. Destarte, as ações terapêuticas, além de propiciarem o alívio de sintomas, proporcionam a criação de uma atmosfera de cuidado acolhedora, estabelecendo-se uma rede de suporte que o acolha e proteja o doente e seus cuidadores neste momento de fragilidade⁽⁶⁾.

A atenção paliativa pode ser conceituada como os cuidados ativos e integrais ao sujeito cuja doença não responde mais ao tratamento curativo disponível. Também conceitua como uma abordagem de cuidado diferenciada, que não visa somente à prevenção e ao alívio da dor e do sofrimento, mas melhorar a qualidade de vida do doente e seus familiares através da prevenção e identificação precoce de problemas não apenas físicos mas também psicossociais e espirituais^(1,3,5,7).

O conceito inicial de cuidados paliativos, defendido na década de 1960, visava, sobretudo, melhorar as condições dos doentes com câncer no fim de vida. Entretanto, aos poucos esta visão foi se estendendo à fase terminal de outras doenças e com enfoques diferenciados, de acordo com

as características da doença⁽⁷⁾. Atualmente, os CP destinam-se não somente às neoplasias, mas a outras doenças crônico-degenerativas, tais como as demências, a doença de *Parkinson*, a insuficiência cardíaca, a insuficiência renal, a doença pulmonar obstrutiva crônica, dentre outras doenças em que não há perspectiva de cura⁽⁴⁾.

Entretanto, sabe-se que o movimento de cuidados paliativos, tal como entendido na atualidade, teve início na Inglaterra na década de 1970, a partir da fundação do *Saint Christopher's Hospice* por *Cicely Saunders*, onde modelos semelhantes foram implantados posteriormente em outros países. Trata-se de um local no qual os doentes podem estar acompanhados de seus familiares e ao mesmo tempo receberem cuidados prestados por uma equipe multiprofissional⁽³⁾.

Contudo, este tipo de atenção ainda é recente no contexto brasileiro, fazendo pouco mais de vinte anos que a atenção paliativista tem sido utilizada no país. Entretanto, esta modalidade de assistência já alcançou muitos progressos durante este período. Atualmente, há mais de quarenta centros que oferecem cuidados paliativos no país, com maior concentração dos mesmos na região Sudeste do país. Considera-se que

ainda são poucos perante a imensidão do território nacional. Sabe-se que a disseminação deste modo de cuidar cresce proporcionalmente à demanda por atenção aos pacientes portadores de doenças crônicas não responsivas à terapêutica curativa, indo ao encontro de uma necessidade emergente e a uma tendência de crescimento desta modalidade de cuidado no país. Assim, há cada vez mais profissionais dedicando-se a esta área, na medida em que suas entidades de classe têm lutado para mudanças na legislação que favoreçam a disseminação deste campo de atuação⁽¹⁾.

Em 1999, preconizou-se o controle efetivo da dor e dos sintomas comuns em cuidados paliativos como prioridade no sistema de saúde pública. Assim, no Brasil, a oferta de CP partiu de uma iniciativa humanizadora que se enquadrou na Política Nacional de Humanização da Assistência à Saúde. Dentre os objetivos desta política, enfatiza-se a questão da qualificação e humanização da atenção à saúde, buscando assegurar o vínculo entre usuário e serviço, caracterizado pelo acolhimento e responsabilização dos profissionais que atuam nas equipes. Portanto, este modelo de cuidado visa promover o cuidado individualizado, atendendo à perspectiva de humanização e também ao princípio da

integralidade do cuidado previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro⁽³⁾.

Integralidade e Cuidados Paliativos

A criação do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, trouxe grandes avanços na atenção à saúde no Brasil, visto que, a partir da mesma, a saúde deixou de ser direito apenas de uma parcela da população para tornar-se um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, para que esse direito se efetive, as ações e os serviços públicos de saúde devem desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, sustentada por diretrizes organizativas e princípios doutrinários que sustentam o sistema⁽⁸⁾.

A integralidade da assistência é um desses princípios estabelecidos pelo SUS, sendo entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, tanto preventivos quanto curativos, tanto individuais quanto coletivos, e estabelecidos segundo o nível de complexidade do sistema⁽⁹⁻¹⁰⁾. No entanto, nota-se uma evidente dificuldade de aplicação deste princípio aos CP pelo fato de os mesmos não se enquadrarem nem nas ações preventivas, nem nas curativas.

Assim, sugere-se que os CP sejam fundamentados não somente no princípio da integralidade da assistência mas também no princípio da qualidade de vida e o da dignidade da pessoa humana. Busca-se, assim, um novo sentido para a integralidade da assistência através da quebra do paradigma e de um novo modelo de atenção no qual a doença não somente é curável mas também "tratável"⁽⁹⁾.

Tal mudança radical no modelo de atenção à saúde envolve não apenas a priorização da atenção primária à saúde em contrapartida ao histórico modelo hospitalocêntrico e de especialização dos cuidados, mas, principalmente, a concepção do usuário-cidadão como um ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou pedaços de gente doentes. É neste contexto que se insere a humanização do cuidado, a qual envolve o respeito mútuo em todos os ambientes dos serviços de saúde e a orientação das intervenções em saúde com enfoque para o princípio da integralidade. Ainda cabe destacar que o princípio da integralidade surge enquanto uma crítica desta dissociação entre as práticas de saúde pública (preventivas) e as práticas assistenciais (curativas e hospitalocêntricas). Assim, busca-se a articulação entre as práticas de saúde

pública e as assistenciais visando eliminar as distinções tão cristalizadas entre os serviços de saúde pública e os serviços assistenciais⁽¹⁰⁾.

Assim, para a consolidação do SUS no Brasil, torna-se indispensável a transformação dos modos de organizar a atenção à saúde por pelo menos dois grandes motivos: em primeiro lugar, pela necessidade de qualificar o cuidado por meio de inovações produtoras de integralidade da atenção; em segundo lugar, pela necessidade de adotar modos mais eficientes de utilização de recursos escassos. O modelo hegemônico curativista tem implicado em custos crescentes, considerando-se, principalmente, o envelhecimento da população, a transição epidemiológica e, sobretudo, a incorporação tecnológica orientada pela lógica do mercado em que o mesmo não tem sido capaz de responder às necessidades de saúde⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, têm sido propostas novas normas e legislações voltadas para o incentivo à criação e implementação de serviços que prestam atendimento em cuidados paliativos, com uma forte tendência em transferir o doente do ambiente hospitalar para suas casas, tornando, assim, a morte mais humana e natural. Desta forma, o cuidado no fim da vida tornou-se uma competência

necessária para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em particular a proximidade com os cuidados prestados na comunidade entre as equipes de profissionais, pacientes e familiares⁽⁵⁾.

Referencial teórico

A Bioética enquanto reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar aborda as questões dilemáticas em torno das ações que envolvem a vida, em sua dimensão biológica, e o viver em sociedade, na perspectiva da relação entre pessoas. Neste sentido, mesmo quando a discussão sobre a preservação da vida já não é mais o foco de atenção, o viver mantém-se como uma questão fundamental. Desta forma, os cuidados paliativos estão plenamente inseridos no âmbito da reflexão bioética, especialmente no que se refere ao processo de tomada de decisões envolvendo questões relacionadas ao acesso aos CP na APS⁽³⁾.

Sendo assim, a discussão acerca da interface entre a Equidade e os CP na APS será fundamentada a partir das publicações de Norman Daniels sobre Justiça em Saúde. Norman Daniels é um filósofo norte-americano especialista em ética e bioética pela Universidade de Harvard. Ele tem aplicado uma teoria da justiça

amplamente consistente, voltada para as questões que envolvem saúde e sociedade. Seus estudos recentes, em parceria com outros autores, têm tratado da questão da alocação de recursos em saúde em contextos nos quais os mesmos se encontram escassos, apresentando estratégias para a garantia do acesso aos cuidados em saúde e maximização dos benefícios⁽¹²⁾.

Norman também trata da questão da alocação de recursos, considerando-se o contexto mundial de envelhecimento populacional, em que vem ocorrendo uma agudização do problema da equidade intergeracional. Daniels apresenta formas justas para se pensar a alocação de recursos ao longo da vida, considerando-se todas as faixas etárias. Ele aponta que, na verdade, o envelhecimento global pode ser considerado o maior e mais importante problema de saúde do século, visto que os sistemas de saúde em muitos países em desenvolvimento países ainda não estão preparados para atender à carga de doenças crônicas e deficiências que o envelhecimento traz consigo. Ele enfatiza a questão da necessidade de uma justa distribuição ao longo da vida, lembrando que diferentes grupos e faixas etárias devem cooperar para resolver esse problema comum⁽¹³⁾.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa segue os esforços de outras no sentido de ajudar a recolher, organizar, sintetizar e compartilhar conhecimentos sobre o tema 'Acesso aos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde'. Tal esforço se justifica pela possibilidade de proporcionar subsídios para a decisão político- organizacional e ética em torno da problemática, com vistas à preservação do direito do cidadão de Acesso às Práticas e Serviços em Saúde e em Cuidados Paliativos.

A APS compreende o modo de atenção composto dos cuidados essenciais de saúde que são baseados em métodos, tecnologias práticas e evidências científicas socialmente aceitáveis, e que estejam ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidade, através do incentivo à participação popular. Tal pressuposto é originário da Declaração de Alma Ata de 1978 e visa a uma nova forma de organização do sistema de saúde, caracterizada por ações de âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, abrangendo a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde visando à integralidade⁽¹⁴⁾.

Assim, a necessidade de tais mudanças no modelo de atenção à saúde fizeram surgir, no Brasil, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como um modelo centrado na família e na equipe e que hoje é denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este novo modelo tem como meta reorganizar a assistência, através de uma abordagem humanizada e que provoque reflexos em todos os serviços do sistema de saúde. Por isso, esta proposta tem sido considerada a principal estratégia de APS no país⁽¹⁵⁾.

Desde sua origem, o PSF, posteriormente denominado ESF, foi concebido como uma estratégia para a reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Entretanto, este fortalecimento depende de mecanismos para a ampliação do acesso, da qualificação e da reorientação das práticas de saúde. Assim, a APS no Brasil tem sido fortalecida de forma gradual, sendo, atualmente, a porta de entrada preferencial para o SUS⁽¹⁴⁾.

Contudo, na atenção básica, denominação brasileira para a APS, ainda identifica-se a presença dos dois modelos assistenciais vigentes, o da Atenção Básica Tradicional (ABT), voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos,

centrado nas especialidades médicas e orientado pela biomedicina⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, e a ESF que se propõe a reestruturar o modelo de atenção à saúde das pessoas e coletividade, orientada pelos princípios do SUS⁽¹⁶⁾.

A questão do acesso a serviços de saúde, particularmente do acesso aos CP, deve ser contemplada neste novo modelo de atenção, visto que se constitui um dos mecanismos previstos para a reorganização e fortalecimento da atenção básica brasileira. Quanto à incorporação dos CP na atenção básica, um estudo com enfermeiros atuantes na ESF apontou como entraves para o acesso aos CP: a falta de tempo dos profissionais; falta de profissionais nos finais de semana e feriados; falta de informações claras ao paciente e familiares, no momento da alta hospitalar, sobre a doença; falta de orientação e/ou apoio sobre o atendimento domiciliar ou referência em um serviço de apoio para continuar o tratamento após alta hospitalar⁽⁵⁾. Também se encontram como entraves as dificuldades técnicas pelo fato de os profissionais da atenção básica não contarem com preparo específico para certas situações; os materiais, pois nem sempre a rede básica dispõe oportunamente de todos os materiais específicos requeridos em determinadas situações de atenção domiciliar⁽¹¹⁾.

Também se destaca a questão de que este tipo de suporte domiciliar em CP exige uma rede de assistência disponível e flexível e que possa oferecer um controle efetivo dos sintomas mais estressores e uma morte digna ao paciente, fazendo parte desta organização a oferta, em tempo integral, e o acesso fácil e rápido a medicamentos, em especial aos opioides. Além disso, destaca-se a importância de uma maior facilidade de interconsultas com os serviços de CP, mesmo à distância, e hospital de retaguarda para suprir eventual necessidade de internação ou para realização de determinados procedimentos técnicos de diagnóstico ou de tratamento. Também se torna um entrave a falta de uma política de assistência nacional, integrada em uma rede, que se fundamente no acolhimento e na proteção a todos os atingidos⁽⁶⁾.

Um estudo qualitativo realizado com médicos clínicos da APS da Holanda ressaltou que os entraves no acesso aos CP na APS ocorrem em três dimensões: a humana, a relacional e a organizacional. Dentre as barreiras citadas pelos médicos, destacam-se: a barreira da comunicação entre equipe, pacientes e familiares; a barreira da organização e coordenação dos atendimentos, em que foram relatadas dificuldades relacionadas à burocracia

organizacional para a prestação de atendimentos do tipo *homecare*; a falta de capacitação das equipes para lidar com tecnologia *homecare*; e o tempo e atenção insuficientes para com os CP. Os médicos referiram como fatores facilitadores o tempo de experiência com pacientes em CP e a participação multidisciplinar em discussões de casos⁽¹⁷⁾.

Uma publicação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos destaca que todo doente deve ter acesso à assistência por uma equipe multiprofissional adequadamente treinada para a execução dos princípios dos cuidados paliativos e receber assistência capaz de suprir suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Para tal, também destaca que os serviços devem abranger níveis hierarquizados de assistência e ser integrados a tal ponto de o doente não se sentir abandonado em nenhum momento de sua evolução clínica e havendo necessidade de internação hospitalar para a realização da ação paliativa, a mesma se dará a partir da articulação entre os diferentes níveis, com fluxo previamente definido. Este fluxo é definido a partir dos seguintes níveis: Cuidados Paliativos de nível I- prestados por equipes com formação diferenciada em CP e que estão permanentemente em processo de

educação continuada na área. Estruturam-se através de equipes móveis que não dispõem de estrutura e internação própria, mas de espaço físico para sediar suas atividades. Podem ser prestados tanto em regime domiciliar quanto em regime de internação, novamente articulando-se o fluxo com uma unidade assistencial de referência para esse último modelo de cuidados. Podem ser limitados à função de aconselhamento, com suporte nas dimensões sociais, emocionais e espirituais diferenciadas; Cuidados Paliativos de nível II- prestados em unidades assistenciais com internação própria ou em domicílio, por equipes diferenciadas que os prestam e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, compreendendo o âmbito de atuação da média complexidade. São prestados por equipes multiprofissionais com formação diferenciada em CP e que, além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação dos cuidados e de todas as dimensões biológica, psicológica, social, emocional e espiritual; Cuidados Paliativos de nível III- somam-se às condições e capacidades próprias dos cuidados paliativos de nível II as seguintes características: desenvolvimento de programas estruturados e regulares de formação

especializada e capacitação em cuidados paliativos; - desenvolvimento de pesquisa em cuidados paliativos, assim como de protocolos e condutas na área; capacidade, através de equipe multidisciplinar completa e diferenciada, de responder e orientar situações de elevada exigência e complexidade em cuidados paliativos. São unidades de referência na área, compreendendo responsabilidades em formação, educação continuada, pesquisa, definição de protocolos de conduta e apoio técnico assistencial nas situações que necessitem do âmbito de atuação em maior complexidade⁽¹⁸⁾.

Ainda sobre o acesso aos CP, estimativas globais têm identificado que 115 países mantêm um ou mais serviços de CP e que 60% dos 56 milhões de pessoas que morrem a cada ano se beneficiaram de algum tipo CP. Entretanto, embora haja uma expansão mundial desta modalidade cuidado, mais de 20 milhões de pessoas ainda morrem sem acesso aos CP no mundo. Tal constatação nos faz pensar no desafio de se ampliar a cobertura desses serviços e de capacitar recursos humanos visando atingir melhores práticas CP⁽¹⁹⁾.

Parte-se do pressuposto de que o paciente terminal tem direito a CP, que inclui na sua essência a busca intensiva pela melhoria da qualidade

de vida e promoção de conforto, conseguido através do alívio da dor total. Assim, considerando-se a importância dos CP, torna-se urgente refletir sobre o tema, buscando apreender quais as competências são exigidas, em uma sociedade cada vez mais atenta ao fato. Esses motivos concorreram para os avanços substanciais nos debates sobre essas questões, sendo necessária a atualização constante para que seja possível aproximar esse tema da prática médica e de saúde atuais⁽⁷⁾.

Portanto, torna-se urgente lançarmos mão de modelos éticos capazes de oferecer subsídios para esta reflexão e tomada de decisão mediante as questões envolvendo Equidade e Justiça no acesso aos CP na APS. A justiça como valor ético não se encontra alheia a estas questões, tendo em conta que defende que se deve dar a cada um aquilo que se necessita. Parte do pressuposto de que cada um, em sua individualidade como pessoa e na particularidade da sua condição, necessita e tem direito a cuidados apropriados e equitativos. Diante disso, pode-se afirmar que o doente terminal tem direito a CP que inclua na sua essência a busca intensiva pela melhoria da qualidade de vida e promoção de conforto através do alívio da dor total⁽⁷⁾.

Entretanto, o contexto atual de inversão da pirâmide etária no Brasil, com um aumento substancial do número de idosos, tem proporcionado uma maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e, em contrapartida, uma maior escassez dos recursos efetivamente aplicáveis para a organização dos serviços de saúde necessários para atender às demandas deste contingente populacional, configurando-se, assim, um desafio tanto para políticas de saúde quanto para bioética em saúde pública⁽⁶⁾.

Por outro lado, este novo contexto de envelhecimento populacional e aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis têm fortalecido a criação de práticas anti-hegemônicas e a formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde. As novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional exigem demandas por melhor qualidade da atenção, como também cuidados integrais e contínuos. Assim, observa-se a emergência e ampliação de espaços de atenção não tradicionais como a ESF, os serviços de atendimento domiciliar terapêutico destinados a pacientes com HIV/AIDS, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outras⁽²⁰⁾. Além da ESF que se destaca pela ampla difusão nacional e que prevê visitas de uma

equipe de profissionais de saúde ao domicílio, também têm surgido outras iniciativas governamentais recentes voltadas para a construção de uma rede de cuidados no fim da vida, tais como a implementação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que preveem a organização de equipes de cuidados paliativos, inclusive com suporte domiciliar; e a instituição do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos do SUS ⁽⁶⁾.

Há um destaque muito particular à ESF e à rede ambulatorial da atenção básica, as quais mesmo não tendo sido originalmente desenvolvidas para ações em cuidados paliativos podem ser estruturadas para incorporar este modelo, assumindo importantes atribuições. Acredita-se que os agentes comunitários, pelo estreito conhecimento que têm de suas comunidades, constituir-se-iam importante elo entre estes pacientes e a equipe da atenção básica, favorecendo um maior acesso aos CP neste nível de atenção. Também vale ressaltar que em locais onde não existam serviços há específicos de Atendimento Domiciliar (AD) com enfoque paliativo e a atuação da equipe de atenção básica pode ser determinante para auxiliar esse tipo de paciente e sua família. Assim, ressalta-se a importância de se

articular os cuidados paliativos à rede de atenção básica do país ⁽⁶⁾. É importante salientar que CP não são sinônimos de AD, mas este é um importante recurso de assistência utilizado pelos CP ⁽¹¹⁾.

Na rede pública, as propostas de AD têm sido construídas como experiências orientadas pela extensão de cobertura ou pela desospitalização precoce. No entanto, ainda são limitados o debate e o investimento político na AD como alternativa para os processos de trabalho e no modo de produzir o cuidado, caracterizando o caráter substitutivo das práticas em saúde. Denominamos de substitutivas as possibilidades do cuidado em saúde que desinstitucionalizam o modo hegemônico, criando novas práticas de produção de cuidado em saúde ⁽²⁰⁾.

Cabe ressaltar, também, que a demanda por estes serviços substitutivos se aplica tanto para o setor público quanto para o setor privado, na medida em que modelos assistenciais adequados e com alta resolubilidade tornam-se cada vez mais necessários e, ao mesmo tempo, fora do alcance da maioria da população necessitada. O dilema do acesso se encontra na questão de que, de um modo geral, a demanda por modelos altamente resolutivos implica recursos orçamentários em princípio maiores, contudo, sabe-se, também,

que modelos bem estruturados para assistência no fim da vida podem fazer parte da resposta à urgência, de caráter pragmático, de uma maior otimização destes recursos, com redução do tempo de hospitalização e do uso mais racional da tecnologia hospitalar. Assim, surgem diversos dilemas e questionamentos em torno do acesso aos CP na APS, pergunta-se: Qual seria o modelo assistencial ideal e com alta resolubilidade, em se tratando de pacientes com doenças terminais? Que tipo de rede de assistência seria mais adequado implantar, uma vez que os relatos são de situações cotidianas de abandono e de sofrimento, tanto para os pacientes quanto para seus familiares? Como inserir e efetivar um modelo protetor e resolutivo de cuidados no fim da vida, considerando-se as dimensões continentais de nosso país e a complexidade inerente ao nosso sistema de saúde? Estas são, entre outras, questões que delineiam o campo da moralidade referente à inclusão dos cuidados paliativos no sistema da atenção básica em saúde⁽⁶⁾.

Norman Daniels, em uma publicação compartilhada com outros autores, aponta a questão do financiamento em saúde como um importante fator relacionado ao acesso aos serviços. Em seu estudo sobre as situações conflitantes relacionadas às

políticas de terapia anti-retroviral (ART), aponta que em muitos países a disponibilidade de medicamentos para o tratamento do HIV é insuficiente. O artigo coloca que as iniciativas internacionais para o combate ao HIV têm facilitado o aumento da disponibilidade da medicação de terapia antirretroviral aos pacientes, mas que apesar disso, a cobertura ainda é limitada, o que contribui para a formação de listas de espera e a falta de medicação para muitos pacientes. Segundo ele, devido aos obstáculos existentes na implementação de uma política ART mais eficaz, que seja capaz de impedir falhas no tratamento (como a disponibilidade da medicação), ainda não é possível que o tratamento esteja acessível a toda a população portadora de HIV. Deste modo, a escassez de financiamento foi considerada o maior obstáculo à oferta de tratamento. Os autores ainda destacam a responsabilidade dos profissionais de saúde neste contexto, uma vez que os pacientes se sentem dependentes de seus cuidados. Além disso, os profissionais não são a favor de políticas de racionalização de medicação, por quererem ofertar o melhor tratamento possível aos pacientes que estão sob seus cuidados⁽¹²⁾. Em outra publicação, o autor também considera que, quando

os recursos são limitados, as considerações éticas entram em conflito a fim de escolher quem deve ter prioridade em receber o tratamento de ART. Neste contexto, o autor novamente enfatiza a responsabilidades dos profissionais de saúde, pois, ao longo dos discursos identificados em seu estudo, profissionais e gestores apontaram diferentes grupos a se priorizar o tratamento, sendo esses grupos considerados por eles os mais vulneráveis, dentre eles mulheres grávidas e funcionários do setor público de saúde. Eles também escolheram priorizar indivíduos assintomáticos antes dos sintomáticos; já no setor privado, o mais grave recebe o tratamento primeiro. Também foram citadas características demográficas e socioeconômicas (pobres e analfabetos) para definir as prioridades de tratamento. Segundo o autor, essas situações éticas apontadas surgem uma vez que o número de profissionais de saúde é insuficiente, falta estrutura nas clínicas e hospitais, escassez de medicamentos para o tratamento e financiamento. Dentre as preocupações humanitárias citadas pelos profissionais, a principal foi o bem-estar social. Os profissionais se preocupam em oferecer um atendimento igualitário, em realizar melhorias nos resultados clínicos dos

pacientes e restaurá-los ao ambiente familiar⁽²¹⁾.

Segundo o autor, os sistemas de saúde devem se organizar sobre como usar recursos limitados para atender às diversas necessidades de saúde a fim de que a tomada de decisão seja justa conforme a realidade política. Em alguns sistemas e níveis de saúde, as decisões são contentáveis, pois, muitas vezes, eles priorizam pacientes levando em conta situações de vida e morte, e apesar disso os conflitos sobre “quem deve receber o que” não são capazes de ser solucionados com os fatores que esses sistemas usam para priorizar o atendimento. Sugere-se que o empoderamento seria uma sugestão para solucionar o problema, visto que aqueles que estão mais capacitados vão procurar realizar melhorias e contribuir para a construção da equidade⁽²²⁾.

Daniels, em um artigo que aponta as dificuldades de acesso igualitário da população aos cuidados de prevenção ao câncer, diferenciou os termos “disparidades” e “desigualdades”. Disparidades são ditas como “diferenças” que podem ser: étnicas, raciais, por educação, renda, orientação sexual e deficiência e consideradas dentro da área da saúde como desnecessárias, evitáveis, abusivas e injustas. Define-se, portanto, disparidade como resultante

de fatores sociais controláveis, e desigualdade são aqueles resultantes de origem genética ou outra variação biológica. Ainda no citado estudo, identificou-se estratégias de rastreamento para o câncer cervical que proporcionam maior benefício para a saúde global do que as opções existentes, que oferecem excelente relação custo-eficácia e têm o maior impacto positivo. O autor propôs uma tipologia de avaliação que pode ser útil nas decisões de pesquisas e políticas, quando os *trade-offs* entre a justiça e custo-efetividade são inevitáveis. Segundo o autor, se queremos ter modelos claros do impacto das estratégias em saúde para diferenciar grupos, é preciso definir claramente os mecanismos que fundamentam as suas diferenças. Os sistemas de saúde têm por obrigação atender às necessidades de saúde procurando corrigir as disparidades porque elas resultam de uma forma de injustiça social capaz de ter seus fatores controlados. Sendo que as políticas podem ampliar as disparidades, bem como ser direcionadas para diminuir as disparidades⁽²³⁾.

Em outra publicação, o autor aborda as prioridades em saúde, destacando-se os direitos humanos e o princípio da justiça. Segundo ele, as limitações aos serviços de saúde

afetam o bem-estar da população, tornando-se necessário usar meios de priorização para racionalizar o acesso aos serviços de saúde a fim de se ter uma distribuição justa dos atendimentos. Sugere-se os seguintes tópicos para uma abordagem em saúde baseada nos direitos humanos: 1- Preocupação direta com a equidade na utilização dos recursos; 2- Exame dos fatores que podem restringir ou apoiar as intervenções previstas, incluindo a política, o contexto jurídico, econômico, social e cultural; 3- Negociação entre todas as partes interessadas, assim como a responsabilidade principal dos funcionários do governo, no sentido de facilitar esses processos e determinar quais intervenções podem ter maiores impactos na saúde; e 4 - Responsabilidade do Governo e prestação de contas para a maneira pela qual as decisões são tomadas, os recursos são alocados e os programas implementados e avaliados, incluindo o impacto dessas decisões sobre a saúde e bem-estar⁽²⁴⁾.

Em outra publicação, a qual utilizou como referencial Norman Daniels, realizou-se uma discussão em torno da utilização do critério idade como critério válido para a priorização de recursos. Procurou-se investigar se a idade poderia ser uma forma justa de estabelecer limites aos direitos de

saúde, já que, devido ao envelhecimento da população, cria-se uma escassez de recursos financeiros para se investir nos sistemas de saúde. Segundo o autor, a priorização da idade é um critério válido para resolver os problemas de escassez de recursos. O declínio das taxas de fertilidade e o aumento da expectativa de vida se tornou um dos maiores problemas de saúde pública do século 21, uma vez que altera o perfil da saúde da população, já que o envelhecimento da população sobrecarrega o sistema de saúde. Ao decorrer do artigo, nota-se que a idade se torna o último recurso para priorização, permitido apenas se não se tem uma alternativa mais prudente a ser usada. Portanto, a priorização levando em conta somente a idade é aceita, apenas, se a sociedade enfrenta a falta de vasto recurso, uma vez que não se pode considerar que a vida moral de um ano de idade é mais valiosa do que outro de maior faixa etária, pois a prestação de cuidados ao paciente de qualquer faixa etária é uma questão de justiça e equidade. Além do mais, não é necessário priorizar atendimentos por faixa etária, há razões para se reservar uma grande quantidade de recursos para a velhice, pois há menos chances de um jovem ficar doente, e pessoas idosas tendem a viver uma longa parte de sua

vida na aposentadoria, ou seja, com um orçamento financeiro limitado⁽²⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou reflexões acerca dos fatores determinantes e condicionantes do acesso aos cuidados paliativos na APS a partir do conceito de Justiça proposto por Norman Daniels. Com base nas publicações do referente autor, foram identificados como determinantes e condicionantes do acesso a serviços de saúde: o financiamento em saúde, a responsabilidade dos profissionais de saúde com os pacientes, o quantitativo de profissionais de saúde necessário para um atendimento de qualidade, a estrutura dos serviços, o acesso a medicamentos, a organização dos serviços para a tomada de decisão justa mediante os recursos limitados, as políticas voltadas para a correção das disparidades, as estratégias de priorização para racionalizar o acesso aos serviços de saúde a fim de se ter uma distribuição justa dos atendimentos. O autor propõe um modelo fundamentado na preocupação direta com a equidade na utilização dos recursos em saúde, ressaltando a importância de se examinar os fatores que podem restringir ou facilitar o acesso à saúde, incluindo aspectos políticos, jurídicos, econômicos, sociais e culturais. Também destaca a

importância da corresponsabilização de todas as partes envolvidas, ou seja, governamental, de profissionais de saúde e de usuários do sistema.

Daniels apresenta formas justas para se pensar a alocação de recursos ao longo da vida, considerando-se todas as faixas etárias, podendo as mesmas ser aplicadas no âmbito do acesso aos CP na APS. Ele aponta que, na verdade, o envelhecimento global pode ser considerado o maior e mais importante problema de saúde do século, visto que os sistemas de saúde em muitos países em desenvolvimento ainda não estão preparados para atender à carga de doenças crônicas e deficiências que o envelhecimento traz consigo.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MMT, Silva MJP. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2012 Mar; 21(1): 121-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100014&lng=en&nrm=iso

2. Silva MM, Moreira MC, Leite JL, Erdmann AL. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. *Texto contexto - enferm.*

2012 Sep; 21(3): 658-66. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300022&lng=en&nrm=iso)

[07072012000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300022&lng=en&nrm=iso)

3. Wittmann-Vieira R, Goldim JR. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(3): 334-9. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003&lng=en&nrm=iso)

[21002012000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300003&lng=en&nrm=iso)

4. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013; 37 (1):120- 5. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100017&lng=en&nrm=iso)

[55022013000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000100017&lng=en&nrm=iso)

5. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy. *Acta paul. enferm.* 2012; 25 (spe2): 13-8. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900003&lng=en&nrm=iso)

[21002012000900003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900003&lng=en&nrm=iso)

6. Floriani CA, Schramm FR. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública.* 2007 Sep; 23(9): 2072-80. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900015&lng=en&nrm=iso

7. Chaves JHB, Mendonça VLG, Pessini L, Rego G, Nunes R. Cuidados paliativos na prática médica: contexto bioético. Rev. dor. 2011 Sep; 12(3): 250-5. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300011&lng=en&nrm=iso

8. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. Trab. educ. saúde. 2013; 11(2): 395-409. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200008&lng=en&nrm=iso

9. Rabello CAFG, Rodrigues PHA. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Mar; 15(2): 379-88. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200013&lng=en&nrm=iso

10. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Rev. esc. enferm. USP. 2011 Oct ; 45(5): 1135-41. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=en&nrm=iso

11. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica. 2008 Sep; 24(3): 180-8. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=en&nrm=iso

12. Kimmel AD, Daniels N, Betancourt TS, Wood R, Prosser LA. Decision Maker Priorities for Providing Antiretroviral Therapy in HIV-Infected South Africans: A Qualitative Assessment. AIDS Care. 2012 Jun; 24(6): 778-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3352983/>

13. Daniels N. (2012). Aging and Intergenerational Equity. In Global Agenda Council on Aging (ed.), Global Population Ageing: Peril or Promise? World Economic Forum: p. 29-34. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf

14. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura.

Ciênc. saúde coletiva .
2013 Feb; 18(2): 297-308. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200002&lng=en&nrm=iso

15. Roecker, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Texto contexto - enferm.2013; 22 (1): 157- 65. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso

16. Trindade LL, De Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Texto contexto - enferm. 2013; 22 (1): 36-42. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_05.pdf

17. Groot MM, Vernooij-Dassen MJ, Verhagen SC, Crul BJ, Grol RP. Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. Palliat Med. 2007 Dec; 21(8): 697-703. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073256>

18. Burlá C, Melo ITV. Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora Ltda, 2006.

19. Lima RAG. Palliative Care: challenges for the health systems. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 Apr; 19(2): 227-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200001&lng=en&nrm=iso

20. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública. 2010 Feb; 44(1): 166-76. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100018&lng=en&nrm=iso

21. Kimmel AD, Resch SC, Anglaret X, Daniels N, Goldie SJ, Danel C, et al. Patient- and population-level health consequences of discontinuing antiretroviral therapy in settings with inadequate HIV treatment availability. Cost Eff Resour Alloc. 2012 Sep 19;10(1):12. Available from:

<http://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-10-12>

22. Daniels N. Legitimacy and fairness in priority setting in Tanzania. Glob Health Action. 2011;4. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3211244/>

23. Goldie SJ, Daniels N. Model-Based Analyses to Compare Health and Economic Outcomes of Cancer Control:

Inclusion of Disparities. J Natl Cancer Inst. 2011 Sep; 103(18): 1373-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3176779/>

24. Gruskin S, Daniels N. Process is the point: justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. Am J Public Health. 2008 Sep; 98(9): 1573-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2509612/>

25. Brauer S. Age rationing and prudential lifespan account in Norman Daniels' Just health. J Med Ethics. 2009 Jan; 35(1):27-31. Available from: <http://jme.bmj.com/content/35/1/27.full>.

Recebido em: 25/06/2015

Versão final reapresentada em: 23/03/2016

Aprovado em: 14/01/2016

Endereço de correspondência

Juliana Dias Reis Pessalacia
Rua Av. Ranulpho Marques Leal, 3484, CEP
79620-080, Cx Postal nº210
Três Lagoas/MS. Brasil
E-mail: juliana@pessalacia.com.br