BEATRIZ ZAMPAR

DA ATENÇÃO BÁSICA A UMA REDE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Londrina
2025

BEATRIZ ZAMPAR

DA ATENÇÃO BÁSICA A UMA REDE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Regina Melchior.
Coorientador: Profa. Dra. Josiane Vivian Camargo de Lima.

Londrina
2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Z26 Zampar, Beatriz.
Da atenção básica a uma rede de cuidados paliativos / Beatriz Zampar. - Londrina, 2025.
114 f.

Orientador: Regina Melchior.
Coorientador: Josiane Vivian Camargo Lima.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.
Inclui bibliografia.

1. trabalho coletivo - Tese. 2. cuidados em saúde - Tese. 3. estratégia de saúde da família - Tese. 4. cuidados paliativos - Tese. I. Melchior, Regina . II. Lima, Josiane Vivian Camargo . III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

BEATRIZ ZAMPAR

DA ATENÇÃO BÁSICA A UMA REDE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profa. Dra. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Rossana Staevie Baduy
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Magda de Souza Chagas
Universidade Federal Fluminense – UFF

Profa. Dra. Kathleen Tereza Da Cruz
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Londrina, 27 de maio de 2025.

Dedico esta cartografia a possibilidade do cuidado paliativo chegar a todas e todos que precisam. Saúde, ciência e democracia fazem diferença.

AGRADECIMENTOS

Quanta vida cabe em cinco anos?

De 2020 a 2025 fiquei grávida 3 vezes! Tive um aborto muito triste, sofri violência obstétrica no hospital. Tive meu filhinho José Augusto maravilhoso, sentimento sublime, vida que vale a pena ser vivida, medo de uma existência sem ele. No dia da minha qualificação do doutorado entrei em trabalho de parto e nasceu meu doce João Felipe. Nessa fase me reapaixonei pelo meu esposo em sua versão pai, senti gratidão extrema pela existência e apoio da minha mãe, irmã e círculo de mulheres potentes que me fortaleceram e ajudaram. Entendi muito do que meu pai e mãe sempre diziam sobre ter filhos, sobre responsabilidades, sobre amor e família. Na reta final desses cinco anos vivo um momento de dedicação, esperança e muito, muito amor. Ainda nesse período fiz uma cirurgia de endometriose, depois uma de vesícula. Meus dois irmãos, Bianca e Juninho, meus melhores amigos, se casaram com meus queridos cunhados, Julie e André. Perdi minha avó materna e toda a ancestralidade que ela me fazia viver. Perdi meu cachorro. Mudei de trabalhos, iniciei à docência no coletivo do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, em alguns programas de pós-graduação *latu sensu*, passei na prova de título de Medicina Paliativa. Mudamos de governo, abrimos o ambulatório trans de Londrina, aprovamos a Política Nacional de Cuidados Paliativos. Enfim.

Quanta vida cabe em cinco anos?

Quantas bençãos de Deus. Quanta força da família. Quanta reciprocidade dos amigos. Quanta rede de cuidado. Quanto apoio e compreensão das minhas orientadoras. Quanto crescer e aprender com alunos e pares. Quanta construção coletiva para produzir cuidado na assistência, na gestão, na docência, na comunidade. Quantas indignações, injustiças e lutas. Quantas lágrimas, quantos sorrisos. Quanto cansaço, quanta recompensa. Quanto pensar, refletir, agir, construir.

Quanto amar.

Quanto cuidar.

Quanto existir e resistir.

Quanta vida? Quanta vida!!!

TOADA

“Cantiga triste,
pode com ela é quem
não perdeu a alegria.”

Adélia Prado

RESUMO

ZAMPAR, Beatriz. **Da atenção básica a uma rede de cuidados paliativos**. 2025. 114 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2025.

Cuidados paliativos são compreendidos como uma modalidade de cuidado voltada ao alívio do sofrimento e à promoção de conforto e qualidade de vida a pessoas que convivem com doenças que ameaçam a continuidade da vida, bem como às suas famílias, considerando todas as dimensões do sofrimento humano: física, emocional, social-familiar e espiritual. Esta tese tem como objetivo mapear a construção de uma rede de cuidados paliativos a partir da Atenção Básica (AB), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), situando-se em uma experiência no município de Londrina/PR. A pesquisa está fundamentada nos referenciais da micropolítica do cuidado e do trabalho em saúde, especialmente nas contribuições de Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari e Baruch Espinosa. Esse percurso se fez por meio da cartografia, acompanhando processos vivos de produção do cuidado, captando o vivido, o sensível e o singular que atravessa os sujeitos implicados na construção de uma rede viva. O cuidado paliativo é analisado como uma prática ética, coletiva e situada, que tensiona regimes de verdade instituídos pela racionalidade biomédica e abre espaço para novas formas de viver, cuidar e resistir. Nesse contexto, propõe-se o conceito de cuidado total como prática que ultrapassa o atendimento das dimensões da dor total, ao integrar uma postura radical de reconhecimento da vida em sua integralidade — articulando escuta, vínculo, desejo, espiritualidade, política, território e redes vivas, especialmente diante da finitude. A análise inclui registros de encontros com usuários, trabalhadores, gestores e estudantes; os movimentos de construção de coletivos; a articulação da rede por meio de um grupo de trabalho intersetorial; a implementação de um programa municipal e as estratégias de educação permanente. Evidenciam-se os desafios políticos, institucionais e subjetivos que atravessam a consolidação de uma política pública de cuidados paliativos a partir da Atenção Básica, bem como a potência dos encontros e das tecnologias leves como disparadoras de novos modos de produzir cuidado. O foco está na cartografia dos territórios produzidos, desfeitos e refeitos nos processos de adoecer e de morrer — e na possibilidade de continuar existindo, resistindo e cuidando enquanto há vida, e de ressignificar o que existe depois dela para quem fica.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; Cuidados Culturalmente Competentes; Cuidado Centrado no Paciente; Cartografia.

ABSTRACT

ZAMPAR, Beatriz. **From primary care to a care network paliative**. 2025. 114 p. Thesis (Doctorate in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2025.

Palliative care is understood as a mode of care aimed at relieving suffering and promoting comfort and quality of life for people living with life-threatening illnesses, as well as their families, considering all dimensions of human suffering: physical, emotional, social-familial, and spiritual. This thesis aims to map the construction of a palliative care network starting from Primary Health Care (PHC), within the context of the Brazilian Unified Health System (SUS), based on an experience in the municipality of Londrina, Paraná. The research is grounded in the theoretical frameworks of the micropolitics of care and health work, especially drawing on the contributions of Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, and Baruch Spinoza. This path was traced through cartography, following living processes of care production, capturing what is lived, sensitive, and singular as experienced by the subjects involved in building a living network. Palliative care is analyzed as an ethical, collective, and situated practice that challenges truth regimes instituted by biomedical rationality and opens space for new ways of living, caring, and resisting. In this context, the concept of total care is proposed as a practice that goes beyond addressing the dimensions of total pain. It involves a radical posture of recognizing life in its entirety—articulating listening, bonding, desire, spirituality, politics, territory, and living networks, especially in the face of finitude. The analysis includes records of encounters with users, health workers, managers, and students; the formation of collectives; the articulation of the network through an intersectoral working group; the implementation of a municipal program; and strategies for continuing health education. The political, institutional, and subjective challenges involved in consolidating a public policy for palliative care rooted in PHC are highlighted, as well as the power of encounters and soft technologies to trigger new ways of producing care. The focus is on mapping the territories produced, undone, and remade in the processes of becoming ill and dying—and on the possibility of continuing to exist, resist, and care while there is still life, and of resignifying what remains for those who stay.

Key-words: Palliative Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Culturally Competent Care; Patient-Centered Care; Cartography.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CP	Cuidados Paliativos
CPP	Cuidado Paliativo Possível
DAM	Diagrama de Avaliação Multidimensional
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
DC	Diário de campo
DGTES	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GT	Grupo de Trabalho
MCCP	Método clínico centrado na pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
PPS	*Palliative Performance Scale*
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
SAMU	Serviço de Assistência Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPICT	*Supportive and Palliative Care Indicators Tool*
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHPCA	*The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance*

SUMÁRIO

1 MULTIPLICIDADE 10

2 CARTOGRAFIA DA RETERRITORIALIZAÇÃO 19

3 CUIDADO PALIATIVO: A FERRAMENTA 26

4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO: O MOTIVO 33

5 CONSTRUÇÃO DA REDE: O RIZOMA 61

6 AMPLIANDO OLHARES 83

7 RAMIFICAÇÕES RIZOMÁTICAS 92

REFERÊNCIAS 96

ANEXOS 104

Anexo A - Supportive and Palliative Care Indicators Tool 105

Anexo B - Palliative Performance Scale 106

Anexo C - Diagrama de Avaliação Multidimensional 107

Anexo D - Folder explicativo ao público geral 108

Anexo E - Temas dos Dias Mundiais dos Cuidados Paliativos (2021- 2024) 109

Anexo F – Parecer Consubstanciado do CEP 111

1 MULTIPLICIDADE

Meus pais, Sandra e Hideraldo, tiveram 3 filhos: sou a mais velha, depois vem a Bianca, depois o Hideraldo Junior (“Juninho” – mesmo sendo o maior de nós 3). Moramos no fundo da casa dos meus avós paternos até os meus 9 anos de idade. Nesta ocasião, fui descobrindo, na prática, o que era cuidado. E que cada pessoa “praticava” esse cuidado de forma diferente. Meu pai sempre trabalhou no sítio junto com meu avô José e meus tios. Meu pai também é o mais velho. Aprendi ser irmã mais velha com ele. Pensando em todos, abrindo mão de suas coisas por sua família e seus irmãos. Alguns o chamavam de “tolo” por ser assim, eu sempre achei o máximo. Meu pai sempre trazia do sítio as frutas e comidas preferidas de cada um de nós, fazia brincadeiras “arriscadas” – jogar na piscina, jogar para o alto – e desde muito pequenos nos ensinou a importância da família, a respeitar nossos avós, a amar nossos irmãos. Minha mãe, uma líder mulher nata, no meio de uma sociedade muito machista, estava sempre quebrando paradigmas. Posição política de esquerda bem definida, participação de liderança na igreja e na fundação de um partido político de oposição, formou-se na UEL (a primeira de sua família inteira a fazer faculdade - meu avô materno pedreiro e minha avó dona de casa) em Direito ao mesmo tempo em que trabalhava no banco. Concluiu a faculdade um ano antes adiantando matérias e foi ascendendo no trabalho cada ano um pouquinho mais. Sempre linda, elegante, cheirosa, responsável, nos ensinou e nos cuidou muito com seu exemplo de doação. Apesar dos muitos estudos (muitas especializações, cursos, pós-graduação) e trabalhos, ficava claro para nós que suas prioridades sempre foram os filhos e marido. Nossas vontades, nossos passeios, nossos sonhos, nossas músicas, nossos programas de televisão. Sempre fez o mundo dela ser formado pelo nosso mundo. Sempre nos cuidou com muito amor. Nossos avós, José e Delfina, que dividiam o quintal conosco, sempre foram fonte inesgotável de cuidado, ainda assim, um cuidar diferente do meu pai e da minha mãe. Minha vó como passava o dia conosco foi a responsável por nos colocar limites, valores e rotinas. Rezar, obedecer, doce só depois do salgado, água gelada não pode depois de bebida quente, não atravessar a rua correndo, acompanhá-la no terço e no mercado, brincar com os primos só depois da tarefa feita, não acordar tarde, ajudar passar o escovão no chão, passar pequenas peças de roupa, chegar na escola com antecedência, estudar para a catequese, saber fazer arroz, ovo, pipoca, moer café e

sovar o pão. Sabia cuidar das minhas cólicas, da dor de cabeça da minha irmã e da asma do meu irmão. Esse foi o cuidado da Vó Delfina. O Vô José, homem trabalhador do campo, nos ensinou tanto com seus exemplos. Trazia milho para os passarinhos (nada de gaiolas, mas toda manhã vinha uma revoada esperando-o), lavagem para os porcos do sítio, comida para quem estivesse na rua, orações sempre que possível (missa no rádio e dizia que o certo mesmo era ir à missa todo dia – afinal, todos os dias temos coisas para agradecer a Deus). Não falava mal dos outros, não se intrometia na vida de ninguém. Era muito procurado para conselhos – "o que o seu Zé faria?" – foi um pai rígido com seus filhos, provavelmente da mesma forma que foi criado. Mas com os netos, só tinha tempo de rir, brincar, dar comida, levar passear. Essa foi minha infância. Quando estava na quarta série, minha mãe ainda trabalhando no banco, foi promovida para gerente titular de uma agência, ficamos muito felizes pelo reconhecimento. Porém, era em outra cidade, nossa família teria que mudar de Londrina. Muito choro, despedidas, fomos para Rolândia. Lá precisei colocar em prática todos esses exemplos de cuidado que tive na infância, praticando agora com meus irmãos. Meu pai continuava indo trabalhar em Londrina, no sítio, todos os dias. Minha mãe trabalhava fora o dia todo, mas sempre dava um jeito de vir almoçar com a gente, era a maior alegria vê-la no almoço. Eu assumi a responsabilidade da tarefa minha e dos meus irmãos, da hora do banho, da liberação para ir ou não brincar, do horário das aulas da tarde, da catequese, do Kumon. Cidade pequena, tudo pertinho, íamos a pé ou de bicicleta, estavam sempre sob meus cuidados. Quando algo não ia bem na escola, a diretora batia na minha sala de aula "Zampar, seus irmãos!" – era até engraçado. Meu irmão sempre muito espoleta um dia saiu correndo da sala, trombou na diretora (uma senhora com mais de 70 anos) e a derrubou no chão. Ela foi muito brava na minha sala me chamar para contar o ocorrido, mostrar o hematoma e pedir para eu "dar um jeito" no meu irmão. Cada uma! E assim fui cuidando deles... Depois de alguns anos voltamos pra Londrina, fomos crescendo, estudando, ficando cada vez mais responsáveis. Pensei em fazer agronomia para seguir junto do meu pai e avô, mas, por algum motivo, a medicina me chamou atenção no terceiro colegial e lá fui eu topar esse desafio. Nesta época conheci meu atual esposo, começamos a namorar e estudamos juntos para o vestibular. Nos apoiamos muito, nossos conhecimentos se completavam: eu ajudando em história e filosofia e ele me ajudando em física e matemática. Passamos, porém, cada um em uma cidade. Ele em Maringá e eu em Ponta Grossa.

E seguimos com nossos sonhos. Um ano depois ele fez o vestibular novamente e voltou para Londrina, o que facilitou nossos *encontros:* vinha ver minha família e ele ao mesmo tempo.

Durante a faculdade pratiquei o cuidado com meus amigos, a porta da minha casa sempre aberta para quem precisasse comer, estudar, desabafar ou abraçar. Só fechava a porta mesmo na hora de dormir. Morávamos mais da metade da turma no mesmo condomínio de kitnets e minha casa era a central de encontros, estudos e alimentação. Logo no primeiro ano começamos a ter contato com pacientes, aos poucos fui percebendo o quanto eu gostava de conversar, de ouvir, apoiar. Alguns colegas rotulando as pessoas “só reclama”, “poliqueixosa”, “não sabe explicar o que tem”, mas eu sempre gostava desses *encontros*, conhecer suas histórias, suas dores. Percebi logo que poder escutar essas pessoas já ajudava a aliviar aquela angústia. Mesmo falando para uma acadêmica de medicina muito inexperiente. Isso ia me alimentando e me fazendo feliz. Certas práticas me tiravam do sério: 5 alunos na sala, todos examinando a mesma pessoa, como se ela fosse um objeto. Mesmo na aula de anatomia, com os corpos nas mesas, achava muito estranho pegar o bisturi e ir abrindo os órgãos da pessoa. Enfim, não pratiquei muito isso... apenas o extremamente necessário para passar nessa matéria.

Em 2015 me formei, dei alguns plantões na urgência, não posso dizer que não gostava, mas faltava algo. E depois, a pessoa ficou bem? Quem vai cuidar dela? Será que consegue comprar esse remédio? Depois de 3 meses, quem vai avaliar se o tratamento foi eficaz ou não? Enfim, angústias. Até que fui chamada em concurso em Londrina e comecei a trabalhar em uma unidade de saúde recém-inaugurada. Gostei muito do que estava fazendo lá. Uma equipe que conversava e se apoiava. Aprendi muito com cada trabalhador: que medicações eu poderia misturar em soro para alguém com dor? Na faculdade você aprende que analgésico e anti-inflamatório podem trazer grande alívio. Mas posso misturar? Como diluir? Como administrar? Percebi que durante meu internato no hospital eu não fiquei atenta nesses detalhes. Mas não tem problema, essa equipe de saúde me acolheu e me ensinou muito do que eu precisava. Me apresentaram o território e a vulnerabilidade das pessoas que ali habitavam. Além disso, entrei em contato com as próprias vulnerabilidades de cada um – talvez por ter esse perfil mais “cuidador” acabo me envolvendo de corpo e alma nas relações humanas. Em pouco tempo já tinha atendido quase todos os trabalhadores e alguns de seus familiares, ou, pelo menos, conversado sobre como

poderíamos melhorar a vida de tal conhecido. É legal poder ajudar. É bom cuidar de quem quer ser cuidado, de quem confia em você para pedir uma opinião, um atendimento, uma palavra de conforto. Mas, de alguma forma, isso sobrecarrega também. Faz parte da demanda oculta do profissional da Atenção Básica: além da minha agenda de usuários daquele território já agendados (na ocasião, 4 agendados por hora e mais as urgências) eu tinha que dar conta dos trabalhadores e de seus familiares. Não tinha muitas ferramentas para lidar com isso, dificuldade de colocar limites, de entender meu papel dentro daquela equipe, de ter uma comunicação clara. Além disso, o cuidado comigo mesma também não estava em dia. Trabalhando muito, finais de semana, muitas noites, às vezes emendando um dia de trabalho com um plantão noturno e outro dia de trabalho. Pesou. Doeu. Ajudei pessoas próximas que estavam precisando financeiramente com todo esse trabalho. Ajudei crianças desnutridas. Ajudei mulheres em situação de violência. Acolhi trabalhadores com sofrimentos mentais importantes. Contudo, não me ajudei. Não parei para pensar em meus cuidados, em meus sonhos, em meu descanso, em meu tempo.

No meio desse furacão, surgiu a oportunidade de fazer uma prova para Residência em Medicina de Família e Comunidade. Seria a primeira turma da prefeitura de Londrina. Eu fui primeira turma de faculdade, conheço esse terreno e gosto de desafios. “Será que é para mim?” Realmente eu sentia falta de muitos conhecimentos. Dei um *Google* sobre a especialidade e li sobre “ferramentas do médico de família e comunidade”. No último dia de aula da faculdade, o tema escolhido para nossa Aula da Saudade foi justamente: “O que levar na maleta do médico?” E escolhemos os professores preferidos para falar. Uma das professoras falou sobre nossa bagagem pessoal, experiências, valores. Outro professor disse apenas uma palavra: ENTUSIASMO. E ler sobre ferramentas do médico de família e comunidade trouxe exatamente esse sentimento no meu coração: **entusiasmo.** Conversei com alguns amigos, namorado e família e decidi tentar. Passei na prova e comecei a residência. De cara, só pelos meus colegas de residência, percebi que valeria o desafio. Carol, Julio e Elton: amigos que guardo no coração e que são ativados diariamente com o que plantaram em mim através, principalmente, do exemplo (assim como foi na minha infância). Juntos, nós 4, amparados por nossos preceptores, fomos descobrindo a Atenção Básica, o trabalho coletivo, as habilidades de comunicação, a determinação social do processo saúde doença, a

ser recurso de nossas populações e equipes, ao raciocínio clínico adequado ao cenário, a conhecer a rede de atenção à saúde e valorizar cada ponto, a valorizar saberes diferentes dos nossos, a discutir casos com milhões de pontos de vista, a estudar, a compartilhar problemas e soluções. Nada foi tão divisor de águas na minha vida quanto a Medicina de Família e Comunidade. Era um modo de trabalhar que eu acreditava. Democrático, científico, cuidadoso, respeitoso. Fazia sentido estar nesse meio. A carga horária ainda era maior do que meu corpo aguentava, mas de alguma forma, era menos pesado do que andar sozinha. Agora eu pertencia a um grupo: trabalhadora da Atenção Básica com formação, entendendo meu papel naquele local. Médica de família e comunidade. Especialista em gente. Todas as vidas importam. Todos os detalhes do seu contexto também. Iniciamos uma pós-graduação em preceptoria clínica, nós 4. Fomos, ao mesmo tempo, aprendendo a ser alunos e aprendendo a ser preceptores. Recebemos estudantes da Universidade nos seus primeiros anos da medicina e depois, do último ano. Uma troca muito legal foi acontecendo. O ambiente do ensino, do compartilhamento de experiências foi ganhando meu coração. Meu irmão me deu a ideia de pesquisar sobre Mestrado. A fisioterapeuta do NASF que trabalhava comigo (Flávia) durante meu primeiro ano de residência estava em sua pesquisa do Doutorado e me falou com brilho nos olhos sobre o programa de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Vi o entusiasmo nascendo em mim e uma vontade de que desse certo. Ao mesmo tempo aquele questionamento interno: será que eu consigo? Sou capaz? Resolvi arriscar, mesmo estando pouquíssimo confiante. Estudei o que me cabia e consegui entrar no programa. Tive a honra de ter duas orientadoras maravilhosas, acolhedoras, que me deslocavam e me faziam refletir muito sobre os processos de trabalho e a produção do cuidado. De mãos dadas com elas entrei no mundo do trabalho coletivo, do cuidado em saúde, e pude vibrar com os textos lidos e relidos, com a fundamentação teórica do que acontece na prática, com um estudo com muito sentido e muitos afetos. Nesses dois anos de mestrado, muita coisa aconteceu. Casei-me! Organizamos casamento, apartamento e lua de mel em meio a muitas disciplinas. Em sequência, perdi meu avô paterno (aquele dos grãos de milho aos passarinhos) e meu avô materno. Minhas referências de cuidado. Se foram. Pude cuidar muito deles, viver “o lado de lá”, o lado de quem cuida no dia a dia. Inseguranças, medos, fraldas, traçados, calor, higiene oral, deglutição, dificuldade de comunicação, dor, escala de cuidador, insônia, engasgo, desejos, impotência. Com

todo o amor que existe em mim, pude cuidá-los. Junto com mestrado, casamento e meus avós adoecidos, iniciei uma pós-graduação em Cuidados Paliativos na PUCPR, e fui me encantando com aqueles conhecimentos e já colocando em prática muita coisa.

Meu primeiro contato com Cuidados Paliativos foi durante a residência. Minha amiga Carol passou no rodízio antes que eu, e já me adiantou que eu iria me apaixonar. Duvidei dela. Pensei: o que tem de diferente o cuidado paliativo do cuidado que já vivemos e aprendemos na Medicina de Família e Comunidade? Já tentamos sempre colocar a pessoa no centro do cuidado, respeitando suas vontades, conhecemos ela e sua família de forma longitudinal, o que poderia ser diferente? Apesar disso, fui de coração aberto para o estágio. Nesta época meus avós estavam frágeis, mas consideravelmente bem de saúde e independentes. De alguma forma aquele estágio me encantou. Brilho nos olhos, amor no coração, emoção nas ações. Aprendi muito observando (geralmente sou mais agitada e vou fazendo tudo junto e misturado). Aprendi demais (e principalmente) com a enfermeira da equipe (Karina), com a técnica do ambulatório, com os médicos paliativistas, com as reuniões de equipe, com a dinâmica de trabalho. E claro, aprendi muito com aquelas pessoas recebendo essa modalidade de cuidado. Minha alma se aproximou de outras almas que tinham medo, angústias, dúvidas, incertezas, dores, náuseas. A partir de uma escuta muito minuciosa, a equipe, pessoa e família iam planejando, juntos, a melhor forma de aliviar cada uma daquelas coisas. Esperando o melhor momento para uma intervenção mais difícil. Não fugindo do que era doloroso, pois na mesma medida da dor, era importante para aquela pessoa/família. Estavam sempre ali. Sem falsas promessas, com muita tranquilidade, traçando o caminho mais aconchegante e personalizado possível. A equipe se molda para dar o necessário a cada unidade de cuidado (um paciente, um familiar, um vizinho, o cachorro). Encantada com aquele trabalho, entendi que a sementinha estava plantada em meu coração. Mais uma vez eu estava diante de algo que fazia sentido para mim.

A partir daí, senti uma expansão no olhar, como se minhas lentes tivessem sido limpas e agora eu pudesse enxergar as coisas mais claras e amplas. Voltando para meu território e minha equipe vi o óbvio: tem gente morrendo e gente sofrendo aqui. Muita gente. Pessoas, famílias e comunidades. Somos uma equipe, precisamos ser recurso e ter nossa prática influenciada pelas necessidades dessa

população, conforme os princípios da MFC. Em equipe e em diferentes frentes, passamos a lutar por esse direito em saúde. Constitucional e cidadão.

Fazer parte de uma equipe na Atenção Básica pulsa com minhas artérias, completa minha alma e dá brilho aos meus olhos. Poder cuidar de tanta gente ao mesmo tempo, em família e em equipe é um privilégio indescritível. Faz sentido acompanhar o nascimento, a infância, a adolescência, a vida adulta, o envelhecer e o morrer de tantas pessoas. Entender o que existe de padrão em cada ciclo de vida e ao mesmo tempo viver o modo singular com que cada um passa por cada fase é uma oportunidade única. Esse Cuidado Paliativo Possível, aqui carinhosamente apelidado de “CPP”, que acontece na Atenção Básica, próximo das pessoas, o cuidado do primeiro acesso, da longitudinalidade, da coordenação do cuidado, da integralidade, da orientação familiar e comunitária, e da competência cultural[1] é o grande palco e protagonista desta cartografia. Neste palco, além da assistência, a preceptoria tem um brilho todo especial que habita meus olhos. Estar neste lugar prático e teórico, de responsabilidade direta na formação profissional e humana de um ser, permite perceber que as práticas do cuidado se expandem e se propagam; e quanto mais uma equipe cuida, mais contagia os outros membros para cuidar também, ainda que cada um do seu jeito e dentro do seu próprio projeto. Vivenciar a preceptoria ao longo dos anos me trouxe a tranquilidade de entender de uma forma bastante clara que não precisamos estar em todas as visitas e em todos os atendimentos o tempo todo: a forma com que uma equipe compartilha e troca seus afetos em seus encontros interfere diretamente na produção do cuidado aos nossos usuários.

Ainda na Atenção Básica, mais dois papéis me compõem. A docência e a gestão, mais recentemente. No primeiro, como professora, aprender, sem dúvida, é o que mais faço. Me moldar e me adaptar às necessidades e expectativas dos estudantes é um desafio. Tentar fazer sentido naquele momento de vida e de graduação daquele grupo é um desafio diário, mas um desafio significativo, que me permite trabalhar com o cuidado de uma forma ampla e diferente. Sinto a Saúde Coletiva, a Atenção Básica, a Medicina de Família e o Cuidado Paliativo como espaços contra-hegemônicos dentro das graduações em saúde, e por isso, extremamente necessários de existirem.

---

[1] Atributos essenciais e derivados da APS (Gusso; Lopes; Dias, 2018).

> Formar é estar em formação, é produção, é **produzir-se**. Tal afirmação implica processos que se tornem imanentes e referentes às multiplicidades do encontro. Ou seja, a partir do encontro, estamos em produção, produção de diferentes formas de ser no mundo, diferentes formas de cuidar de si e do outro (Abrahão; Merhy, 2014, p. 319, grifo nosso)

Há pouco mais de dois anos, iniciei uma experiência na Gestão dentro da Diretoria da Atenção Primária (DAPS), com foco maior para a Educação Permanente em Saúde. É um exercício aplicar os princípios do SUS em cada decisão tomada. Estamos sendo equânimes? Estamos levando em consideração o processo cultural, histórico, político, econômico e social deste grupo populacional? Estamos conseguindo pensar de forma integral nos usuários que serão atingidos por essa decisão? Como garantir a universalidade? De que universalidade estamos falando? Sem dúvida, ter a vivência do trabalho em equipe na Atenção Básica, me faz olhar para a gestão com outros olhos. Agora, posso dizer que o contrário também é verdadeiro, pois, muitas vezes, olhava como trabalhadora da ponta e pensava “essa gestão não está pensando em nós!”. Posso entender muito melhor o peso do processo decisório e a complexidade e burocracia que permeiam nosso Sistema Único de Saúde. E posso afirmar que existe muito cuidado exercido na Gestão. Talvez antes não enxergava com clareza isso.

Dessa forma, pude experimentar nesses diferentes contextos a experiência do cuidar. No meio de todas essas muitas coisas, voltando para a vida pessoal, vivi algo que, mais uma vez, me fez rever os conceitos que eu tinha. Engravidei. Gestei meu filhinho por nove meses e desde o dia que ele nasceu conheci outros prismas da palavra cuidado. Primeiro o meu cuidado com ele, preocupação, necessidades básicas. Depois vivi o cuidado da minha rede de apoio comigo e com meu bebê. No meu blues puerperal meu choro tinha um motivo claro: como fica o cuidado de outras puérperas que não tem rede de apoio? Que não tem condições de ter um berço quente, um aquecedor ou ventilador, uma fralda de qualidade, uma pomada que não deixa assar, um remedinho para cólica? Pensar nisso e reviver a história de tantas mulheres que já passaram por minhas mãos me fez chorar por muitos e muitos dias. Mas a vida é feita de ressignificações e podemos transformar o aprendizado em mudança e aqui estou: refletindo, produzindo, cuidando. Para além desse novo sentido do cuidado, vivi um sentimento sublime e quase inexplicável: a sensação de ser cuidada pelo meu filho. Mas, como pode um bebê de poucos dias/meses cuidar

de uma mãe? Difícil explicar, mas, o olhar, o sorriso, o toque, o adormecer no colo, tudo isso me trouxe uma dimensão de um cuidado muito sublime. Com ele me sinto protegida, cuidada, amada, correspondida. Passei a ter um certo receio de morrer, ou melhor, receio de viver em um mundo ou em uma realidade que não tenha ele. Eu achava que não tinha isso! Pensava ser uma pessoa bem resolvida em relação à morte, apesar das saudades e dos lutos que carrego no peito. Precisou uma vida nova surgir (meu filho) para eu começar (e só começar!) a entender o medo da vida terminar. E como isso se reflete nas relações de trabalho, nas relações humanas? As experiências de cuidado, os medos, as certezas, as reconstruções? Ou será que deixamos tudo isso em casa antes de sair para o trabalho? Somadas a essas questões pessoais, retomo outras mais estruturais:

Por que a dificuldade de ter equipes preparadas para o cuidado paliativo? É um conhecimento e uma prática que deveria ser democratizada! Por que, não é assim? O que falta? O que esse sobrenome do cuidado - o paliativo - traz de diferente? Já existem equipes com esse olhar em nosso município? Elas se comunicam? O desejo de compreender melhor essas inquietações me fizeram percorrer muitos caminhos. E mapeá-los foi fazendo sentindo, e tudo isso diz respeito a esse tempo que chamamos de doutorado. Eu escolhi a cartografia ou ela me escolheu? Teria alguma outra forma tão intensa quanto essa de tentar responder essas perguntas - e descobrir que muitas outras surgiriam no caminho? Vamos mergulhar.

2 CARTOGRAFIA DA RETERRITORIALIZAÇÃO

Eu quero desaprender para aprender de novo.
Raspar as tintas com que me pintaram. Desencaixotar emoções,
recuperar sentidos
Ruben Alves

Nossa pesquisa vai no sentido de mapear o trabalho coletivo na Atenção Básica na busca de compreender como se dá a produção de um cuidado que tem por sobrenome o paliativo. Um cuidado que entra em contato com a dor, com o sofrimento e com a finitude - do outro e de si mesmo (Matsumoto, 2012). Por meio desta *cartografia das multiplicidades* tentamos enxergar melhor como os pontos de atenção da Rede e os trabalhadores se organizam para cuidar dessas pessoas, quais caminhos percorrem, suas raízes, seus vínculos, suas fragilidades. E como as diferentes equipes de saúde constroem rede. O modo como o trabalho se organiza para produzir o cuidado paliativo tem uma arquitetura rizomática, conceito proposto por Deleuze e Guattari, uma construção do pensamento onde os conceitos não estão hierarquizados e não partem de um ponto central, de um centro de poder ou de referência aos quais os outros conceitos devem se remeter. O rizoma funciona através de encontros e agenciamentos, de uma verdadeira cartografia das multiplicidades (Haesbaert; Bruce, 2002). O rizoma é a cartografia, o mapa das multiplicidades, e por isso faz sentido e conexão com essa existência relatada nesta produção acadêmica. Os principais referenciais teóricos que terão espaço de reflexão aqui serão Baruch Espinosa, Cicely Saunders, Elizabeth Kübler-Ross, Emerson Merhy, Félix Guattari, Gilles Deleuze, Laura Feuerwerker, Michel Foucault, Suely Rolnik, entre outros autores, todos devidamente registrados nesta cartografia das produções vividas.

Essa cartografia foi surgindo na tentativa de compreender esse rizoma, as multiplicidades envolvendo usuários, representantes populares, lideranças comunitárias, famílias, trabalhadores da saúde, residentes, estudantes da graduação, gestores, orientadores, amigos e a mim mesma. Sendo sujeitos militantes (Merhy, 2004), ao investigar nossas práticas na saúde coletiva, estamos também nos investigando e nos colocando em análise, repensando nossas práticas e a implicação que isso tem com o todo. A cartografia é o encontro que se produz

nos movimentos, e o método são os *encontros* (Cerqueira *et al*., 2014).

A aproximação ao campo foi mapeada por meio de experimentação reflexiva, já que o campo faz parte da minha rotina de trabalho. Atendimentos realizados, visitas domiciliares em equipe, consultas compartilhadas, diálogos que refletiam sobre a vivência, observação, participação em reuniões de equipe, compartilhamento de casos e projetos terapêuticos, momentos de matriciamentos, experiências de outros trabalhadores, educação permanente em saúde, narrativas minhas e dos diversos atores envolvidos e relatos de usuários. A experiência mapeada ocorreu no período de 2020 até metade de 2024. O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Irmandade da Santa Casa de Londrina - PR, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 26756719.2.0000.0099 (Anexo F). Faz parte do Projeto de Pesquisa Inserção da Residência de Medicina de Família e Comunidade na Rede de Atenção à Saúde do Município de Londrina.

A UBS em que atuava e de onde partiu essa cartografia está situada na periferia da cidade, geograficamente distante da maioria dos aparatos sociais disponíveis no município. O bairro foi inaugurado em 2012 por meio do programa “Minha Casa Minha Vida”, e nesta ocasião não contava com coleta seletiva, transporte público, Unidade de Saúde e nem escolas– foram surgindo após 3 ou 4 anos depois de sua inauguração. A UBS, por exemplo, foi inaugurada em 2015. Segundo o IBGE (2010), a população do bairro consiste em 15 892 habitantes, mas os profissionais de saúde que atendem na unidade estimam 20.000 indivíduos, com predominância de população jovem e adulta. É a Unidade de Saúde com maior número de famílias beneficiárias do programa “Bolsa Família” no município (*apud* Rizzotti; Cordeiro; Pastor, 2017).

O território é relativamente pequeno em extensão, porém muito populoso. Em cada esquina do bairro existe uma casa adaptada, pois o bairro foi o destino das pessoas com algum tipo de necessidade especial e estavam na fila do programa “Minha Casa Minha Vida”. A determinação social do processo saúde doença marca profundamente os corpos dos habitantes daquele local. A equipe de saúde e a UBS são um grande recurso desta população, muito pela proximidade territorial, pois outros pontos da rede de atenção à saúde são muito distantes do território (como UPAs, hospitais e CAPS, por exemplo). Esta UBS é campo de estágio para a Residência de Medicina de Família e Comunidade, para a Residência

Multiprofissional em Saúde da Família, Internato de Medicina e Internato de Enfermagem. Falar sobre território sempre faz parte das ementas das disciplinas de Atenção Básica nos cursos de graduação em saúde. Falar do território é fundamental para compreender os processos vividos na produção do cuidado, um território para além dos limites geográficos, território vivo….

> Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (Guattari; Rolnik, 1996, p. 323).

Viver esse território como algo que vai muito além da delimitação geográfica, esse lugar onde os sujeitos se sentem “em casa”, onde constroem sentido, pertencimento e modos de estar no mundo atravessa profundamente essa cartografia. O território que é simultaneamente espaço vivido e sistema simbólico, moldado pelas práticas, pelas relações e pelos afetos que ali circulam. Esse campo de experiências compartilhadas, de vínculos, de sofrimento e também de resistência. Nesse sentido, o território torna-se um operador central na produção do cuidado, pois é nele — e com ele — que se constroem os projetos, os encontros e as subjetivações que sustentam as práticas em saúde. E o que me captura ao viver o território na Atenção Básica é o quanto precisamos nos desterritorializar das concepções fixas, dos julgamentos, de regimes de verdades hegemônicos - todos os dias - para conseguir seguir, agir, trabalhar, encontrar, viver, cuidar. Aqui, lugares são territórios existenciais onde a vida acontece. Diariamente vivemos novas possibilidades, novos fluxos, a própria multiplicidade em movimento nos encontros, em um constante desterritorializar e reterritorializar.

> A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte (O abecedário..., 2021, p. 1).

O que trago de novo nesta cartografia passei a entender como um processo de reterritorialização: depois do territorializar, do desterritorializar, surge esse espaço

de recriação, reinvenção, reestruturação. Esse cuidado paliativo que num primeiro momento me fez pensar “mas o que tem de diferente nesse cuidado?” e que agora faz parte da minha militância diária no SUS. De olhar para a dor e para o sofrimento diante da finitude e agir para ressignificar. De forma individual, familiar e comunitária, promover alívio aos sofrimentos físicos, emocionais, sociais e espirituais de usuários, suas famílias e comunidades. Da forma que é possível, com os recursos disponíveis, respeitando cultura e espiritualidade, olhando para os limites pessoais e profissionais de cada um: buscar dignidade do início ao fim entendendo que todas as vidas valem a pena. Por isso, construir de forma coletiva o cuidado paliativo é uma forma de **reterritorialização**. A integralidade, enquanto aposta ético-política na produção do cuidado, carrega consigo um potencial desterritorializante que permite interrogar os sentidos instituídos nas práticas de saúde e abrir espaços para reinvenções. Como aponta Merhy (2012b), é a partir desses deslocamentos que podemos tensionar os sentidos que operam no cotidiano dos serviços, reconhecendo a porosidade das práticas e a potência das relações como dispositivos que ampliam o campo do cuidado. Assim, o cuidado paliativo, quando ancorado na integralidade, possibilita a construção de práticas mais sensíveis, situadas e conectadas com os projetos de vida de cada sujeito.

Reterritorializar também em outros platôs para além das cristalizações das práticas hegemônicas. Ao pensar o cuidado paliativo como um processo de reterritorialização, podemos recorrer ao conceito de platô, conforme formulado por Deleuze e Guattari (1995) em *Mil Platôs*. Um platô não é um ponto fixo nem uma estrutura hierárquica, mas um campo de intensidades em fluxo, onde múltiplas forças e subjetividades se encontram, tensionam-se e se reorganizam. No cuidado paliativo na Atenção Básica, essa multiplicidade se manifesta na diversidade de arranjos e estratégias construídas no cotidiano, onde negociamos sentidos e práticas diante da finitude. Não há um único modelo de cuidado, mas um emaranhado de saberes e afetos que se constituem em redes de sustentação, ampliando as possibilidades de alívio do sofrimento. Essa lógica rompe com as cristalizações normativas da biomedicina tradicional e permite a criação de territórios existenciais nos quais o cuidado é inventado coletivamente, sempre em movimento, sempre em conexão com a vida que pulsa.

> A seus espaços-tempos, que são espaços e tempos livres; a seu modelo de realização, que é o rizoma (por oposição ao modelo da árvore); a seu plano de composição, que constitui platôs (zonas de intensidade contínua); aos vetores que as atravessam, e que constituem territórios e graus de desterritorialização (Deleuze; Guattari, 1995, p. 8).

Nesse sentido, a cartografia, conforme discutida por Rolnik (2016), não se trata apenas de mapear territórios fixos, mas de acompanhar processos vivos, captando os movimentos de subjetivação e os modos de existência que emergem nas práticas de cuidado. Na Atenção Básica, o cuidado paliativo se constitui como um desses processos que desestabilizam formas instituídas de pensar e agir, abrindo frestas para práticas que escapam da racionalidade técnica e biomédica dominante. Ao acompanhar esses fluxos, a cartografia nos permite ver como os trabalhadores, usuários e famílias constroem territórios existenciais singulares a partir do encontro, onde a dor, o sofrimento e o cuidado ganham sentidos próprios.

Essa perspectiva nos aproxima do conceito de *regimes de verdade*, segundo Foucault (2014). Um regime de verdade é o conjunto de procedimentos e instituições por meio dos quais os indivíduos são comprometidos e forçados a realizar atos definidos como "atos de verdade" — ou seja, manifestações que, para serem reconhecidas como legítimas, devem obedecer a determinadas condições formais, institucionais e discursivas. Esses regimes determinam o que pode ser dito como verdadeiro, e regulam quem está autorizado a dizer, como se deve dizer, em que contexto, e com quais efeitos. O que está em jogo não é apenas a manifestação da verdade, mas a obrigação de produzi-la e se submeter a ela, dentro de estruturas históricas de poder e saber.

No campo da saúde, e especialmente nos cuidados paliativos, esse regime de verdade se revela nos discursos e práticas que legitimam determinadas condutas e excluem outras. O modelo biomédico, ao centrar-se na cura, no prolongamento da vida e na objetividade técnica, torna-se hegemônico e produz uma verdade sobre o cuidado que frequentemente silencia a experiência subjetiva da finitude, da dor e do sofrimento. Ao afirmarem que “não há mais o que fazer”, muitos profissionais, ainda sob efeito desse regime, deslegitimam outras formas possíveis de cuidado, como o alívio do sofrimento, a escuta e o acompanhamento do processo de morrer como uma experiência de dignidade e ética.

Ao cartografar as vivências de cuidado paliativo na Atenção Básica, portanto,

não estamos descrevendo uma prática alternativa, e sim visibilizando os embates micropolíticos entre diferentes regimes de verdade. A reterritorialização do cuidado, se dá pela criação de novas formas de ver, sentir e agir no mundo — formas que desafiam as obrigações e os imperativos instituídos sobre o que deve ser feito com a vida e com a morte. Assim, a cartografia torna-se uma ferramenta potente para visibilizar as forças que operam tanto na manutenção das normas hegemônicas quanto na produção de novas éticas, práticas e verdades no cotidiano do cuidado.

Nesse percurso cartográfico, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tornou-se um eixo estruturante da análise e da própria intervenção no campo. Mais do que um dispositivo pedagógico, a EPS é aqui compreendida como prática viva, situada e problematizadora, que emerge do próprio cotidiano do trabalho em saúde e se orienta pela valorização do saber da experiência (Merhy, 2002; Ribeiro; Polês, 2019). Trata-se de uma aposta na análise coletiva da realidade como disparadora de novos sentidos e formas de agir no cuidado. Como afirma Feuerwerker (2009), a EPS não é um evento, mas um processo permanente que articula trabalho, educação e produção de conhecimento, colocando o trabalhador como sujeito de sua própria formação. Ela se realiza nos momentos de encontro, nas tensões e conflitos do cotidiano, nos afetos e nos agenciamentos que atravessam a produção do cuidado. Assim, a EPS configura-se como espaço de elaboração micropolítica, onde os trabalhadores — em contato direto com o sofrimento e a vida dos usuários — podem produzir deslocamentos, reinventar práticas e construir alternativas à lógica hegemônica centrada na técnica e na norma.

Em nossa cartografia, a Educação Permanente se deu por meio de rodas de conversa, oficinas, momentos de matriciamento, reuniões de equipe, supervisões compartilhadas e trocas informais — todos esses encontros como espaços de produção de sentido e potência. Essas experiências permitiram visualizar a formação em saúde como um acontecimento formativo, que atravessa os corpos, reposiciona sujeitos e promove deslocamentos nos modos de ver, sentir e agir (Brasil, 2009; Merhy; Feuerwerker, 2009).

Como destaca Cecilio (2012), é no interior dos coletivos de trabalho que se dá a produção mais potente de cuidado e de aprendizagem. O saber da experiência, longe de ser um saber menor, é aqui reconhecido como central na elaboração de estratégias que respondam às necessidades concretas dos territórios e das pessoas que neles vivem. A EPS, portanto, é uma tecnologia leve que opera como força

desterritorializante, capaz de questionar verdades instituídas e abrir espaço para novos arranjos, subjetividades e formas de cuidar. Neste trabalho, a educação permanente está integrada à metodologia cartográfica: ambas apostam no processo, no movimento, na escuta e na potência dos encontros. Ao narrar o vivido, ao compartilhar angústias e elaborações, ao construir coletivamente diagnósticos e planos de cuidado, profissionais e usuários se tornam também produtores de conhecimento. Aprender e ensinar na saúde é também afetar e ser afetado (Brasil, 2009). E é nesse movimento que a rede de cuidados paliativos se torna possível: não apenas como arranjo técnico-operacional, mas como rede viva, sensível aos afetos, aos desejos e às vidas que se encontram no cotidiano do SUS.

> Redes vivas são as conexões formadas a partir da interação entre serviços e/ou ações podendo estar relacionadas a área da saúde ou não. É um processo vivo, que monta e desmonta, que podem emergir de qualquer ponto sem seguir uma norma lógica de redes instituídas (Merhy *et al*., 2016, p. 35-36).

Assim, ao acompanhar e mapear esse percurso, foi possível compreender que a construção de uma rede de cuidados paliativos na Atenção Básica não se limita à formalização de fluxos ou à institucionalização de protocolos, mas exige a tessitura constante de relações, encontros e afetos que, em sua multiplicidade, produzem o que Merhy denomina rede viva: um arranjo sempre inacabado, aberto e sensível, que se alimenta da potência criativa e política dos sujeitos implicados no cuidado. Essa rede viva não é apenas um dispositivo técnico, e sim uma aposta ética na possibilidade de criar coletivamente formas mais sensíveis e potentes de cuidar da vida — sobretudo quando ela se encontra atravessada pela dor, pelo sofrimento e pela finitude. A cartografia aqui empreendida permitiu revelar essas forças em movimento, evidenciando que o cuidado paliativo se realiza enquanto rede viva, como produção coletiva e como resistência à fragmentação dos vínculos e dos processos de cuidado.

3 CUIDADO PALIATIVO: A FERRAMENTA

Conceito-ferramenta nos remete à ideia da experimentação de um determinado conceito no encontro com o outro, no acontecimento, que é o espaço paradoxal das incertezas que levam a um novo sentido das existências. A experimentação do conceito na incerteza do encontro desmancha as suas representações, possibilitando que outras vistas do ponto[2] sejam enxergadas (Abrahão; Merhy, 2014). Nesta cartografia, entendemos o cuidado paliativo como esse n*ovo sentido das existências,* e é por isso que vamos conceituá-lo aqui.

Proteger. Esse é o significado de paliar, derivado do latim *pallium,* termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam na época das cruzadas. No século V, o cuidado passou a ser vinculado a “hospedarias”, onde peregrinos e pessoas doentes encontravam um local de abrigo. Durante a Idade Média, esses lugares assumiram um papel mais relacionado ao cuidado espiritual. Posteriormente, já no século XIX, esses locais reconhecidos pela hospitalidade, resgataram a responsabilidade de acolher indivíduos em fim de vida, sendo conhecidos como hospices (Capelas *et al*., 2014). Mas foi na década de 1960 que uma organização de um movimento social em busca de uma morte digna e redução do sofrimento relacionado ao fim de vida, ficou conhecido como o moderno Movimento Hospice, iniciado no Reino Unido, com a pioneira Cicely Saunders, que já no final da década de 1950 produziu um capítulo de livro sobre “A gestão do paciente em fase terminal”, parte de uma série de seis livros sobre câncer e cuidados.

Em 1947 Cicely Saunders, formada recentemente como Assistente Social e em formação como enfermeira (e se tornou médica alguns anos após), conheceu um paciente judeu de 40 anos chamado David Tasma, proveniente do Gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte, tendo com ele longas conversas e muito cuidado. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: “Eu serei uma janela na sua casa”. Este foi, segundo Cicely Saunders, o ponto de partida

[2] Vista do ponto: “as experiências nesse campo dos programas de saúde da família, nesse lugar-multidão, têm permitido um enriquecimento importante do leque de práticas e das várias questões sociais e políticas, que atravessam o mundo do cuidado, operando como um campo de multiplicidades de “vistas dos pontos de vistas” diante dos campos de práticas da saúde” (Merhy, 2014).

para o compromisso com uma nova forma de cuidar. Assim, em 1967, ela fundou o “St. Christopher’s Hospice” e, logo à sua entrada podemos ver a janela de David Tasma (Saunders, 2004).

O St. Christopher´s Hospice em Londres, conhecido como o primeiro hospice moderno, onde através de um cuidado multidisciplinar, era prestada assistência, ensino e pesquisa, envolvendo pacientes portadores de doenças sem possibilidade de cura. Esse movimento do “Hospice Moderno" passou a refletir uma nova abordagem de trabalho conhecida como cuidado paliativo (Menezes, 2004).

Outras iniciativas aconteceram nos Estados Unidos e no Canadá. A psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, nos Estados Unidos, na década de 1960, começou a defender o cuidado das pessoas em fim de vida e divulgava seu trabalho por meio de seminários entrevistando pessoas gravemente enfermas. Publicou, em 1969, seu clássico livro “Sobre a Morte e o Morrer” que contribuiu de modo significativo para a compreensão do desenvolvimento do processo de luto. Em 1974, Balfour Mount, cirurgião oncológico, cunhou o termo cuidado paliativo nos hospitais de ensino acadêmico no Canadá e iniciou sua inserção dentro do cenário hospitalar, portanto para além do hospice (Clark, 2007). Assim, um movimento para implantação do cuidado paliativo foi ganhando força. Diante da inacessibilidade ao tratamento do câncer, o foco no cuidado paliativo ganhou maior destaque, talvez por isso, ainda hoje, os cuidados paliativos ainda sejam tão relacionados ao câncer e à terminalidade.

Em 1990, a OMS publicou a primeira definição formal do termo cuidado paliativo, cujo foco eram os pacientes sem resposta à terapia curativa da doença (World Health Organization, 1990). Em 2002, ela redefine o conceito, ampliando para uma assistência multidisciplinar a pessoas com doenças ameaçadoras da vida, e seus familiares, para prevenir e aliviar o sofrimento através da “identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (World Health Organization, 2002).

Um outro marco importante aconteceu em 2010, quando um artigo foi publicado na renomada revista *The New England Journal of Medicine,* documentando aumento na sobrevida e melhora na qualidade de vida e humor de pacientes com câncer de pulmão, metastático, que foram submetidos ao cuidado paliativo, de maneira precoce, integrado ao tratamento padrão oncológico (Temel *et al*., 2010). Promovendo uma comunicação adequada, controle dos sintomas, alívio

de sofrimentos, oferecendo suporte a pessoa e sua família, o resultado era surpreendente: mais tempo de vida com mais qualidade. A abordagem paliativa precoce também diminuiu a sobrecarga do sistema de saúde, através da redução do número de idas à emergência e internações hospitalares (Institute of Medicine, 2015).

Em 2014 a OMS sugere a oferta de cuidado paliativo enquanto estratégia de saúde pública, destacando a importância dos cuidados primários, comunitários e domiciliares (World Health Organization, 2014).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (Portaria n.º 2.436 de 21 de setembro) cita pela primeira vez o cuidado paliativo como atribuição da Atenção Básica, associando ao princípio da integralidade (Brasil, 2017).

Em 2018 foi aprovada a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 41, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS, a primeira do país nesse sentido. Preconizou-se que todo usuário com diagnóstico de uma doença, aguda ou crônica, ameaçadora da vida, seria elegível a ser acompanhado pelo cuidado paliativo desde o diagnóstico (Brasil, 2018).

No Paraná, a Lei Estadual nº 20.091, de 2019, institui os preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no estado (Paraná, 2019).

Em abril de 2023, Londrina avança para a criação de um Programa Municipal de Cuidados Paliativos, centrado na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, buscando organizar o acesso e a prática do CP na rede de saúde. O projeto foi apresentado pelo poder executivo municipal e aprovado pela Câmara de Vereadores, em 17 de abril de 2023, na forma da na Lei 13.567, criando o Programa Municipal de Cuidados Paliativos (Londrina, 2023).

Um marco legal essencial para o desenvolvimento e crescimento dos cuidados paliativos em nosso país foi aprovado em dezembro de 2023. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) divulgou a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP) por meio da Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023 (Brasil, 2023) e sua implantação foi pactuada pelo Ministério da Saúde com gestores de estados e municípios na 12ª reunião de 2023 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).[3] A intenção é formar até 1.321 equipes com médicos,

[3] Acesso a reunião na íntegra (DATASUS, 2023).

enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, além de investir na educação permanente dos profissionais e na assistência farmacêutica, com um aporte previsto de R$ 851 milhões por ano. Serviços de telessaúde e apoio por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS) também estão inclusos na política. E, finalmente, no dia 07 de maio de 2024, foi publicada no Brasil, a Portaria nº 3.681 que cria a Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024).

Apesar dos marcos legais importantes e significativos, atualmente, o Brasil é considerado um dos piores países para se morrer no mundo, onde a dor não é adequadamente tratada. Estudo coloca o país na mesma categoria de oferta de serviços ao lado de Panamá, Belize, El Salvador e Colômbia, com algumas localidades apenas ofertando a abordagem, situando-se atrás de países como Argentina e Chile, com maior disponibilidade de serviços (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020). Os serviços disponíveis no país concentram-se em hospitais, em sua maioria. Podemos identificar algumas barreiras, entre elas, cabe destacar: escassez de políticas públicas implementando cuidado paliativo; dificuldade no acesso a medicamentos essenciais para controle de sintomas; falta de capacitação dos profissionais de saúde; cultura que pouco aborda a finitude e a morte (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Para além das políticas públicas e marcos legais e históricos, faz-se necessário compreender os **princípios norteadores** dos cuidados paliativos para que a prática seja adequada ao momento e ao usuário (D'Alessandro *et al*., 2023, p. 12-13):

> - Prevenção, identificação precoce, avaliação abrangente e gerenciamento de problemas físicos (dor e demais sintomas estressantes), sofrimento psicológico, espiritual e necessidades sociais;
> - Fornecer suporte para auxiliar os pacientes a viverem o mais plenamente possível até o momento de sua morte, facilitando a comunicação eficaz, permitindo que o paciente e sua família determinem os objetivos de seu tratamento;
> - Abordagem durante todo o curso da doença, conforme as necessidades do paciente;
> - Utilização de terapias modificadoras da doença em conjunto, sempre que disponíveis;
> - Não se pretende apressar nem adiar a morte – afirmação da vida e reconhecimento da morte como um processo natural;
> - Fornecer apoio ao paciente em seu próprio luto, bem como a sua família e seus cuidadores;

> - Respeito aos valores e crenças culturais do paciente e de sua família;
> - Abordagem aplicável em todos os estabelecimentos de saúde, incluindo residência do paciente, e em todos os níveis, podendo ser fornecida por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos;
> - Oferta de cuidados paliativos especializados em equipe multiprofissional para encaminhamento de casos complexos.

Os cuidados paliativos podem também influenciar positivamente o curso da doença, através da abordagem da pessoa como um todo, do controle sintomático e pode aumentar a sobrevida por meio dessas medidas. Sempre que possível, as intervenções realizadas devem ser baseadas em evidências e iniciadas precocemente, idealmente logo ao diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida (Matsumoto, 2012).

> Num modelo paliativo, as tecnologias leves devem assumir a total predominância diante das tecnologias duras e leves-duras, porque o foco principal já não é a cura, mas o alívio e a qualidade de vida do paciente que se encontra num processo irreversível que precisa incluir a morte no seu horizonte. O paradigma curativo não consegue vislumbrar essa possibilidade como um elemento necessário do cuidado. Essa constatação aponta para a urgência de incluir os cuidados paliativos nos currículos de formação dos profissionais da saúde. A formação em cuidados paliativos é capaz de alterar a forma como os estudantes e profissionais compreendem os cuidados paliativos e aumentar a empatia, facilitando a interação e o cuidado (Junges *et al*., 2022, p. 29).

De acordo com a definição, os cuidados paliativos devem cuidar dos sofrimentos físicos, espirituais, sociais e emocionais. Quando todas essas dimensões estão sendo afetadas e sinergicamente piorando uma à outra, temos o conceito de **Dor Total,** descrito por Cicely Saunders.

> Entendemos a dor total como um conceito diretamente articulado com a promoção de qualidade de vida, que também é um conceito multidimensional, subjetivo e fluido, cuja avaliação tem que se basear na perspectiva do paciente de forma abrangente e levando em conta as mudanças que ocorrem constantemente. Torna-se imperativo que o profissional que traz a abordagem do cuidado paliativo em seu modo de cuidar se atente para a complexidade e totalidade do fenômeno da dor, que trará diferentes facetas e demandará competências e trocas multiprofissionais no planejamento do cuidado de cada pessoa (Castilho; Silva; Pinto, 2021, p. 170).

Nesta cartografia, a dor total fará parte das diversas vivências e aprendizados, já que essa complexidade da dor em sua totalidade atravessou os sujeitos afetando também a pesquisadora. Experiência individual, familiar, comunitária, social e espiritual se materializando na saúde e na doença.

Diante dessa complexidade que a dor total impõe, emergem também questões éticas profundas que desafiam os profissionais e as famílias no processo de tomada de decisão sobre o cuidado. A proximidade da morte, quando compreendida a partir de uma abordagem paliativa, exige não apenas o manejo técnico dos sintomas, mas sobretudo uma abertura para conversas difíceis sobre desejos, limites e sentidos atribuídos à vida e à morte. É nesse terreno que surgem dúvidas, angústias e até conflitos sobre até onde ir com tratamentos e intervenções, o que significa respeitar a autonomia de cada um, e como lidar com o sofrimento quando a cura já não é alcançável. Essas reflexões criam a trama necessária para a compreensão mais crítica e esclarecida dos termos que comumente circulam nas conversas sobre o fim da vida, como eutanásia, ortotanásia, distanásia e mistanásia. São amplamente divulgados e discutidos, mas com definições errôneas, superficiais e distorcidas, por isso, deixaremos aqui uma breve discussão sobre os termos.

Eutanásia: Ato de provocar a morte, intencionalmente, de uma pessoa que padece de uma doença incurável e avançada, a pedido expresso desta, em um contexto médico. O suicídio medicamente assistido é a ajuda médica para a realização do suicídio, com solicitação do paciente, proporcionando medicamentos e orientação para que o próprio o administre. Ambas são infrações éticas e crime no Brasil (Pessini, 2013).

Ortotanásia: É o processo de morrer sem os excessos terapêuticos, com assistência adequada e proporcional à fase em que se encontra o paciente, tendo como objetivo a redução dos sofrimentos desnecessários, sem prolongar o processo de morrer e, ao mesmo tempo, sem abreviar a vida (Gómez-Sancho *et al*., 2015).

Distanásia: É compreendida como o processo de morrer associado aos excessos terapêuticos que, em geral, prolongam o processo de morrer. Estão presentes terapias fúteis ou inúteis e/ou a obstinação dos profissionais que ofertam assistência ao paciente (Santos, 2017).

Mistanásia: O termo provém do grego (mys = infeliz; thanathos = morte; “morte infeliz”), ou seja, morte miserável, precoce e evitável. É a morte impingida pelos três níveis de governo por meio da manutenção da pobreza, da violência, das

drogas, da falta de infraestrutura e de condições mínimas para uma vida digna (Ferreira, 2019).

Reconhecer a multiplicidade da dor total, sustentar a escuta e a presença diante do sofrimento e da finitude, promover um cuidado que respeite os valores, os sentidos e os desejos de cada pessoa faz parte dos desafios diários do cuidado paliativo. A aproximação com os aspectos éticos e políticos do morrer, nos convoca a refletir sobre o lugar da vida e da morte em nossa sociedade e nos serviços de saúde. A formação de profissionais sensíveis a essas questões e o fortalecimento de redes cuidadoras que articulem conhecimento técnico e ético são urgências que se impõem. Nesse cenário, o cuidado paliativo na Atenção Básica aparece como uma prática potente de resistência aos regimes de verdade que silenciam o sofrimento e como aposta na construção de um cuidado que valorize, até o fim, a dignidade e a singularidade da vida. Ter visto e vivido tantas distanásia e mistanásias e mortes que não valeram a pena ser vividas são parte da justificativa deste trabalho. Vamos juntos compartilhar algumas dessas experiências.

4 A PRODUÇÃO DO CUIDADO: O MOTIVO

> **As multiplicidades são a própria realidade**, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade e tampouco remetem a um sujeito. As subjetivações, as totalizações, as unificações, são, ao contrário, processos que se produzem e aparecem nas multiplicidades. (Deleuze; Guattari, 1995, p. 2, grifo nosso).

Sebastiana[4] foi uma das primeiras pacientes que atendi quando entrei na Atenção Básica, ainda recém-formada. Ela me marcou muito, pois aos 50 e tantos anos, me disse que fui a primeira médica a examiná-la. Durante o exame físico encontrei uma massa em seu abdome, "pendurada", e perguntei desde quando estava lá. Ela disse que era de nascença e que estava crescendo ao longo do tempo. Ela simplesmente escondia e estava em paz com aquilo. Tinha um aspecto benigno, pude tranquilizá-la e combinamos de retirar, ela topou, já que como estava crescendo, começava a incomodar dependendo da roupa que usava. Logo depois, entrei na residência, mudei de UBS, e só fui vê-la alguns anos depois, já em outras condições. A equipe de saúde, por sua vez, manteve a longitudinalidade.[5] Em especial, as agentes comunitárias de saúde, continuaram cuidando dela e de sua família. Neste período, muita coisa aconteceu. Dona Sebastiana perdeu o esposo e, depois de uma semana, perdeu também a neta de 9 anos, com um tumor cerebral muito agressivo. Ambos faleceram em casa, sob seus cuidados. Nas duas ocasiões sua ACS de referência, Joana, estava ao seu lado. Joana ligou para o SAMU, ajudou com a organização do velório, avisando parentes e amigos. Os laços entre essa família e a UBS são antigos e muito fortes. Talvez por isso, alguns anos mais tarde, quando Sebastiana adoeceu, depois de passar por consulta com o especialista focal, ia na UBS para que a gente pudesse "traduzir" o atendimento que fora realizado lá. Os papéis, laudos, receitas, conversas. Tudo muito distante dela:

---

[4] Todos os nomes deste trabalho foram modificados para preservar a privacidade dos participantes da pesquisa. Alteramos alguns dados das histórias para que as famílias e trabalhadores não sejam identificados.

[5] A longitudinalidade é aqui entendida como a capacidade da Atenção Básica de estabelecer uma relação contínua e duradoura entre os trabalhadores e os usuários, constituindo vínculos que permitam a produção compartilhada de projetos de cuidado, considerando a singularidade de cada sujeito e a complexidade dos territórios. Um elemento fundamental na micropolítica do trabalho em saúde, pois estrutura-se como uma aposta na potência do encontro e na construção de responsabilização, cuidado e autonomia. (Merhy; Feuerwerker, 2009).

> *“Não dá pra confiar no que aquele Hospital fala. Cada hora é uma coisa. Passamos o dia inteiro com fome e cansadas lá esperando pra ser atendido em 5 minutos, ninguém explica nada, saímos de lá com esse monte de papel e sem saber o que tem que fazer. Trouxemos aqui pra vocês traduzirem pra nós”*

Dona Sebastiana precisava de olhos que a reconhecessem, e de palavras traduzidas para sua língua. A equipe a conhecia muito bem: quem ela era, seus sagrados[6], o que importava para ela, suas preocupações, medos, possibilidades e dificuldades. Nesse *“monte de papel”* que o Hospital mandou estava um diagnóstico de uma doença grave, ameaçadora de vida, já em estágio avançado. Os dias, semanas e meses que se seguiram foram de intenso planejamento e execução de cuidados pela equipe de saúde, pela equipe da família e pela própria Sebastiana. Repactuamos seus valores e suas prioridades. Trabalho de equipe e rede: filhas, netas, cachorros, vizinhos, igreja, ACSs, técnicas de enfermagem, médicos, psicóloga, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, enfermeiras. Os meses que a acompanhamos até sua morte, foram de muita troca, cuidados, dúvidas e apoio. Fizemos ponte com outros pontos da rede (o SAD, por exemplo, para obter medicações) para conseguir trazer o conforto e a dignidade necessárias para ela. Fizemos capacitação da equipe para realizar hipodermóclise[7] garantindo sua permanência em sua casa, que fazia parte do seu sagrado. A filha participou da capacitação, aprendeu a quebrar ampolas, trocar soro, entender o que fazer diante de cada sofrimento. A equipe de saúde recebeu muito cuidado desta família também: abacates, abraços, olhares, orações. O óbito no domicílio, as visitas para amparo do luto, os laços criados, o cuidado continuado com suas filhas e neta, os aprendizados do trabalho em equipe ficarão para sempre em nossos corações. Na primeira visita depois do velório, levamos uma carta afetuosa da equipe. Nesta visita, sua neta mais nova nem esperou chegarmos no portão e correu na rua em nosso

---

[6] No contexto dos cuidados paliativos, o "sagrado" é compreendido como aquilo que confere sentido e valor à existência humana, especialmente diante da dor, do sofrimento e da finitude. Segundo Bertachini e Pessini (2010), a espiritualidade está intrinsecamente ligada à busca transcendente por um significado maior nas experiências aparentemente absurdas de dor, sofrimento, perda, angústia e até mesmo do medo da morte. Assim, o sagrado se manifesta nas dimensões mais profundas da experiência humana, não se limitando a práticas religiosas específicas, mas abrangendo valores, crenças e relações que proporcionam conforto, esperança e propósito. Reconhecer e acolher o que é sagrado para cada indivíduo é essencial para oferecer um cuidado integral e compassivo, respeitando sua singularidade e promovendo sua dignidade até o fim da vida.

[7] Hipodermóclise consiste na administração lenta de soluções no espaço subcutâneo, sendo o fluido transferido para a circulação sanguínea por ação combinada entre difusão de fluidos e perfusão tecidual. (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2009).

encontro: *“Pensei que não ia mais ver vocês chegando aqui em casa!”* E respondemos: *“Vamos continuar cuidando de todos vocês!”*

> O cuidado, como referente simbólico, é muito mais amplo e largo que qualquer intenção ou possibilidade de realização produtiva que um conjunto de trabalhadores [...] possa fazer. [...] O cuidado como ato simbólico é promessa e expectativa coletiva. (Merhy, 2012b, p. 10)

A experiência com Dona Sebastiana materializa o que Merhy (2012b) nos apresenta como a dimensão simbólica do cuidado: uma promessa e uma expectativa coletiva que ultrapassa a realização técnica de procedimentos e protocolos. O cuidado aqui não se resume a uma sequência de ações coordenadas por profissionais de saúde, mas se expressa como um pacto afetivo e ético entre sujeitos que se implicam uns com os outros. A rede de cuidado que se formou em torno de Dona Sebastiana envolveu saberes técnicos, vínculos, afetos, valores, espiritualidades, partilhas e compromissos tecidos no cotidiano. Esse cuidado simbólico se realiza no encontro e no reconhecimento da singularidade de quem cuida e de quem é cuidado. Tudo isso revela que o cuidado se torna integral quando é tecido coletivamente, em redes que acolhem a vida até o fim. E depois dele.

A equipe pode sentir na pele a importância das tecnologias leves no cuidado e acompanhamento dessa família. Merhy (2000) considera que utilizamos três tipos de caixas de ferramentas tecnológicas na produção do cuidado em saúde. As tecnologias duras são aquelas relacionadas ao conhecimento sobre a técnica de manuseio de equipamentos, interpretação de exames laboratoriais, além dos próprios objetos utilizados pelos trabalhadores, como por exemplo o estetoscópio ou os medicamentos. As tecnologias leve-duras são constituídas pelo componente duro – os conhecimentos estruturados das ciências que se aplicam ao campo da saúde, como a clínica e as especialidades; e o componente leve – que engloba o agir do trabalhador em ato no encontro com o usuário, podendo decidir em que medida fará uso das tecnologias duras. Por fim, as tecnologias leves são as ferramentas **relacionais, do encontro** utilizadas pelos trabalhadores capazes de abarcar as singularidades que constituem cada ser.

Merhy (2000) chama de trabalho vivo em ato aquele que é produzido no momento do encontro entre o trabalhador e usuário, em um espaço em que há importantes graus de liberdade para produzir o cuidado *junto* com o usuário. É

considerado um espaço de autonomia para o cuidado. E cada trabalhador pode viver essa autonomia do cuidado na Atenção Básica pautado por seu projeto de cuidado. A produção subjetiva do cuidado, segundo Feuerwerker e Merhy (2014), “é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais”, estabelecendo linhas múltiplas de relação entre as “existências” de trabalhadores e usuários, numa lógica de fluxos-conectivos em prol de um determinado projeto de cuidado que se preocupa em diferentes graus com a integralidade do usuário, marcando assim, as disputas de projetos de cuidado presentes no dia a dia de toda equipe.

As disputas que se manifestam no cotidiano do trabalho em saúde estão profundamente relacionadas às diferentes concepções de mundo, de saúde, de cuidado e, especialmente, da própria Atenção Básica. Essas visões orientam as práticas, atravessam as decisões e marcam os modos como os profissionais se posicionam frente às situações de vulnerabilidade. A forma como uma trabalhadora agiu no dia do óbito de Dona Sebastiana evidencia esse tensionamento. Assim que ela veio a falecer, por morar muito perto da UBS, sua filha correu até a unidade para avisar e pedir ajuda: “Acho que minha mãe morreu!”. Infelizmente, naquele momento, foi atendida por uma trabalhadora cuja compreensão de cuidado diferia profundamente daquela que vínhamos construindo junto à família — a trabalhadora Fernanda. Gritando, ela respondeu: “Quando morre tem que chamar o SAMU, e logo!!!”. Assustada, a filha rapidamente foi embora. Para a equipe que vinha acompanhando o caso — me incluindo! — essa atitude foi como um soco no estômago. O episódio revela como a dificuldade de alguns profissionais em lidar com a finitude se inscreve em um campo de forças onde diferentes concepções de cuidado disputam espaço e, por vezes, entram em choque, impactando diretamente a experiência de usuários e familiares em momentos tão delicados. Como nos lembra Foucault (1979b), as práticas de saúde não são neutras, mas atravessadas por regimes de verdade que delimitam o que pode ou não ser dito, feito e reconhecido como válido. A resposta de Fernanda não é um ato isolado, mas um efeito das normas que estruturam o campo biomédico, onde a morte ainda é tratada como um fracasso e não como um processo natural da existência. A ausência de um espaço de reflexão sobre o cuidado dentro dos serviços de saúde intensifica esse distanciamento, impedindo que os trabalhadores se percebam como agentes capazes de acolher e ressignificar o sofrimento da finitude.

É nesse contexto que as tecnologias leves (Merhy, 2002), emergem como ferramentas essenciais para a produção de encontros cuidadores. Elas se materializam na escuta qualificada, na criação de vínculos, na capacidade de sustentar conversas difíceis e de reconhecer as necessidades singulares de cada usuário, família e comunidade. No entanto, o uso dessas tecnologias não é espontâneo: ele depende da existência de processos educativos que favoreçam a autoanálise dos trabalhadores e a desconstrução de crenças cristalizadas sobre a morte. Como apontam Deleuze e Guattari (1995), todo processo de desterritorialização — aqui entendido como a saída de um modo tradicional de pensar o cuidado — precisa ser acompanhado de uma reterritorialização, na qual novas práticas e sentidos possam ser instituídos. Criar espaços de reflexão coletiva dentro das equipes, permitir que os trabalhadores elaborem suas próprias angústias e revisitem suas concepções sobre a finitude, são movimentos fundamentais para garantir que o cuidado paliativo não seja apenas uma diretriz técnica, mas uma ética do encontro e do acolhimento, um reterritorializar depois do desterritorializar.

Nessa direção, a existência dos processos educativos permitem que os trabalhadores sejam convidados a colocar na roda suas inquietações, medos, afetos e potências, num movimento que ultrapassa o ensino de conteúdos técnicos e se aproxima da produção de subjetividades implicadas com o cuidado. Como propõem Cruz *et al.* (2016), são nesses espaços sensíveis de escuta e conversa — marcados pela horizontalidade, pela multiplicidade de vozes e pela abertura ao inesperado — que se produzem conhecimentos vivos, atravessados pelas experiências concretas do cotidiano do SUS. A criação de ambiências que acolham os desconfortos e permitam que os trabalhadores se vejam, se afetem e se reinventem é fundamental para que as tecnologias leves não se percam no automatismo das rotinas, e se afirmem como escolhas éticas e políticas no encontro com o outro. Assim, o cuidado paliativo se fortalece como prática coletiva e situada, sustentada por processos formativos que favorecem a implicação subjetiva e a reinvenção constante dos modos de cuidar.

Dona Sebastiana teve uma bela partida, em casa, ao lado dos familiares, em um dia de lua cheia que nasceu cedo, tudo para ser uma despedida perfeita para aquela senhora, e aquele *grito de descuidado* causou dor física na equipe, e provavelmente na filha que buscou a UBS como apoio, também.

> No ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (Merhy *et al.*, 2004, p. 109).

Essa é a importância de toda equipe, da recepção aos que saem para o território, conversarem sobre planos e projetos de cuidados. A sensação de que poderíamos ter tido um fechamento com mais cuidado ficou ressoando nos membros da equipe. Na visita pós-óbito, felizmente, esse fato não foi o protagonista da conversa e nem foi fonte de muito sofrimento. Pedimos desculpas pelo ocorrido e a conversa seguiu com as oscilações próprias do luto: choro intercalado com risadas lembrando das histórias de Dona Sebastiana. Lemos em voz alta a carta de condolências, abraçamos todos e nos colocamos à disposição, pois isso é a Atenção Básica que acredito: estar sempre ali, para tudo e todos, com erros e acertos, fortalecendo vínculos e produzindo cuidado.

A Atenção Básica que acredito e busco viver nem sempre se concretiza diante das condições reais do cotidiano. A baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no município impede que o cuidado seja ampliado para toda a população. Equipes incompletas sobrecarregam os profissionais que permanecem, e a baixa valorização dos trabalhadores, aliada à ausência de espaços horizontais para discussão dos processos de trabalho, fragiliza o sentido coletivo do cuidado. Os profissionais da equipe multiprofissional, muitas vezes, precisam cobrir mais de cinco Unidades Básicas de Saúde, tendo apenas um dia por semana em cada território, o que compromete a continuidade do cuidado. Além disso, vínculos empregatícios precários — contratos como pessoa jurídica ou seleções temporárias de curta duração — geram alta rotatividade, dificultando a construção de relações de confiança entre trabalhadores e população. O cenário se agrava diante da pressão assistencial imposta pelas desigualdades sociais, pela desorganização dos serviços no contexto pós-pandemia e pela recorrência de emergências sanitárias, como epidemias de dengue. Nessas ocasiões, algumas UBSs são convertidas em unidades de atendimento exclusivo para determinadas demandas, como dengue, Covid-19 ou campanhas de vacinação, forçando a redistribuição dos usuários para outras regiões e enfraquecendo o vínculo territorial.

Essa fragmentação da Atenção Básica reflete um embate constante entre diferentes projetos em disputa dentro do sistema de saúde. De um lado, há práticas que sustentam o cuidado como um encontro ético, baseado em vínculos, acolhimento e escuta, alinhadas a uma perspectiva ampliada de saúde. De outro, persistem práticas marcadas pela burocratização, pela medicalização excessiva e pela reprodução de um modelo biomédico que pouco dialoga com as necessidades reais dos usuários. Como aponta Merhy (2002), a produção do cuidado acontece no micropolítico do trabalho em saúde, onde cada ato pode potencializar ou minar a criação de espaços cuidadores. No entanto, para que a Atenção Básica se fortaleça como um espaço efetivo de cuidado, é fundamental investir na valorização dos trabalhadores, na construção de processos educativos que favoreçam a autoanálise e na criação de dispositivos que permitam que as equipes se reconheçam como agentes da produção de saúde, e não apenas como executoras de demandas institucionais.

Na unidade onde este estudo foi desenvolvido, o contexto apresenta uma particularidade: a presença da Residência em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Esses programas trouxeram um respiro de cuidado dentro de uma realidade frequentemente marcada por desafios estruturais e precarização do trabalho em saúde. As residências foram pensadas dentro de um projeto ético que prima pela centralidade no usuário e pela valorização do trabalho em equipe, por isso, qualificam e fortalecem a equipe, além de promoverem um ambiente que torne mais possível a produção do cuidado. O suporte teórico e os espaços reflexivos proporcionados pela estrutura dos programas favorecem uma prática mais crítica e pautada no cuidado. Além disso, a disponibilidade para atuação contínua no território — em contraste com outras equipes multiprofissionais que precisam se dividir entre diversas unidades — permite um acompanhamento mais próximo das famílias e da comunidade, fortalecendo vínculos e ampliando as possibilidades de cuidado.

> Todos disputam sentidos. Todos disputam projetos. E todos tomam decisões. Decisões diferentes dependendo do contexto e dos envolvidos. E por isso mesmo é que todos são gestores, todo mundo faz gestão. Do usuário ao secretário! (Merhy; Feuerwerker, 2009, p. 2).

Entender que todos os trabalhadores fazem gestão e disputam projetos foi

essencial para mapear os processos de trabalho coletivo e de produção do cuidado da equipe. Aprender a respeitar as diferentes visões dos trabalhadores e dos usuários sobre o cuidado é um exercício diário. Muitas vezes faz-se necessário disputar: ouvir, respeitar e colocar seu projeto de cuidado em análise. Penso que são momentos em que a equipe cresce, tenta consensos, repactua planos de cuidado, repensa práticas e evolui enquanto coletivo.

Essa trabalhadora, Fernanda, já é conhecida pela equipe e pela população por seus gritos, discordâncias e julgamentos. Não conseguimos dar uma devolutiva a ela do quanto aquele momento poderia ter sido diferente, do quanto doeu na família e na equipe a falta de acolhimento em um momento de tanta dor. Talvez, se tivéssemos um espaço estruturado para a reflexão coletiva e a autoanálise das práticas, um diálogo crítico e transformador pudesse ter ocorrido. Entretanto, a agitação do cotidiano e a falta do tempo protegido para reflexão tende a engolir esses momentos de descuido, que se tornam recorrentes e vão diminuindo a potência da Atenção Básica como um verdadeiro espaço de cuidado integral. A falta de dispositivos de gestão que estimulem a análise crítica da prática diária impede um projeto de cuidado pautado na intencionalidade. Sem esse ambiente que favoreça o debate e a reconstrução de saberes, os trabalhadores acabam reproduzindo padrões estabelecidos, dificultando a transição para práticas mais cuidadoras e sensíveis à complexidade do sofrimento e da finitude.

…

Afonso é um homem de 50 anos, ainda que a vida tenha o feito parecer com muitos mais. Chegou para nós com muita dor, pedindo para morrer. Tinha sido diagnosticado com uma doença muito grave, em estágio avançado, com muitas fraturas nos ossos e foi “desenganado” pela equipe que o atendeu. Teve alta hospitalar para “morrer em casa”, segundo a família. Sem nenhuma orientação do que poderia ser feito quando começasse a gritar de dor.

Pensando no acesso ao cuidado no processo de morrer, a forma que Afonso foi tratado evidencia como práticas hegemônicas na saúde podem produzir barreiras que negam a singularidade do sujeito. Nesse contexto, o processo de morrer se torna um mecanismo de descarte, no qual o corpo perde seu valor intrínseco e simbólico, sendo avaliado apenas por sua utilidade ou produtividade. No caso de

Afonso, sua condição – marcada por dor intensa e pela necessidade de um cuidado integral – foi negligenciada ao ponto de ser 'desenganado' e enviado para morrer em casa, sem que sequer o cuidado biológico fosse considerado. Essa conduta da equipe reflete a imposição de um regime de verdade que prioriza o controle e a normatização dos corpos, negligenciando as dimensões afetivas e existenciais do sofrimento (Pelbart, 2008b). Essa prática revela como o biopoder opera, desumanizando o sujeito e preterindo seu sofrimento a um dado descartável, desprovido de qualquer estratégia que vise à manutenção da dignidade humana.

Na primeira visita que a nossa equipe fez no domicílio do Senhor Afonso, sua ex-mulher, filha e neta já eram nossas conhecidas das puericulturas e outras demandas da UBS. Já tínhamos um vínculo. Mas não conhecíamos Afonso. Na ocasião, o farmacêutico conseguiu uma caixa com alguns comprimidos de opioide (um analgésico potente) com outro serviço da Rede de Atenção à Saúde, e já chegamos na visita com a caixinha, pois a ACS já tinha nos adiantado a situação em que ele se encontrava. Buscando construir uma rede viva de cuidado (Merhy *et al*., 2014), o farmacêutico fez um "furo no muro" nessa articulação com outro serviço de saúde, rompendo as barreiras institucionais e normativas que limitam o acesso a cuidados essenciais, sobretudo no que tange ao alívio da dor.

> Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos; processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento (Merhy *et al*., 2014, p. 1).

Essa intervenção, ainda que emergencial, representa uma linha de fuga aos protocolos rígidos que, em contextos de biopoder, reduzem o corpo a um objeto descartável. Ao priorizar a singularidade do sujeito e a urgência dos afetos, sua ação expõe o potencial transformador de práticas que, ao transgredir os muros do sistema, possibilitam a reterritorialização do cuidado em uma rede mais pautada na ética do cuidado.

Afonso, quando chegamos, não queria falar. Antes de tentar iniciar algum diálogo, demos um comprimido, e fomos conversar com a família. De olho no relógio, 30 minutos depois, ele já entrou na conversa. Nos aproximamos, sentamo-nos no chão para ficar olho no olho, ele estava deitado em uma “cama” (um colchão em cima de algumas caixas de madeira encapadas). Perguntei *“como podemos te*

ajudar?" ele pediu um cigarro. Demos. Já mudou o semblante e a visita. Falou *"esse povo da saúde tá muito diferenciado, né"*, com uma voz fraca e rouca. Rimos bastante. Ele pediu para deixar o comprimidinho branco em casa, porque agora ele conseguia conversar. Perguntou *"Você acha que eu tenho uns 15 dias?"*, respondi *"O que você acha?"*, e ele: *"Ah, pelo menos 15 dias eu penso que tenho!"*. Concordei, e perguntei: *"Então, além de cuidar dessa dor, o que vamos fazer nesse tempo que temos?"*. Foi então que ele pediu para liberar o cigarro todos os dias, já não aguentava mais ficar sem fumar por ordens de terceiros. Concordamos. Explicamos para a família que o cigarro não iria piorar seu quadro, seus sintomas ou sua qualidade de vida naquele momento e que poderia deixá-lo mais calmo. Ficaram aliviados. O segundo pedido, um pouco mais complicado, era uma ambulância. *"Por que uma ambulância, seu Afonso?".* Perguntei intrigada. *"Eu sou um homem de movimento, não gosto de ficar parado, e do jeito que eu tô, não consigo sair da cama, nem levantar. Se eu tivesse uma ambulância poderia dar rolê por aí, deitado, só teria que achar alguém pra dirigir!".* Rimos um pouco, pensamos um pouco. Falamos que uma ambulância é cara demais, e que as que temos no município mal estão dando conta de levar de urgência quem está precisando pro hospital, que provavelmente não conseguiríamos uma liberação de ambulância pra "dar rolê". Conversa vai, conversa vem, chegamos em um consenso: que seu genro (o mais forte da casa) o levaria para a cozinha e para a varanda pelo menos duas vezes ao dia, pra tomar um cafezinho, pra ver o movimento da rua. Foi a meta real mais próxima de "um rolê" que conseguimos pensar. Mas tudo bem, já tínhamos combinado o cigarro e a esperança de amenizar a dor. Nesse momento, com os laços um pouco mais estreitados, Angélica, técnica de enfermagem da equipe, trouxe a ele a seguinte pergunta: *"Você está em paz?".* Essa pergunta teve o mesmo efeito da morfina para a dor física: abriu um espaço de escuta sagrado para ele. Falou sobre sua crença, seus arrependimentos, sua fé e seus medos. E revelou estar em paz com Deus para partir, quando fosse a hora. Esse alívio para a dor espiritual, saber que isso faz parte do cuidado, que importa, que "o pessoal do postinho" se preocupa com isso também foi muito importante pra ele. Nas próximas visitas ele sempre perguntava da Angélica e passaram a ter conversas cada vez mais profundas sobre Deus e sobre o sentido da vida. Cuidando da dor, do coração, do espiritual, dos desejos, da família, da constipação, dos sonhos, da autonomia.

> Julgo que religião esteja relacionada com a crença no direito à salvação pregada por qualquer tradição de fé, crença esta que tem como um de seus principais aspectos a aceitação de alguma forma de realidade metafísica ou sobrenatural, incluindo possivelmente uma ideia de paraíso ou nirvana. Associados a isso estão ensinamentos ou dogmas religiosos, rituais, orações e assim por diante. Considero que espiritualidade esteja relacionada com aquelas qualidades do espírito humano – tais como amor e compaixão, paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros. Ritual e oração, junto com as questões de nirvana e salvação, estão diretamente ligados à fé religiosa, mas essas qualidades interiores não precisam ter a mesma ligação. Não existe, portanto, nenhuma razão pela qual um indivíduo não possa desenvolvê-las, até mesmo em alto grau, sem recorrer a qualquer sistema religioso ou metafísico (Lama, 2000, p. 37).

O cuidado espiritual, que olha para além da religião, que cuida do sagrado de cada sujeito, se preocupa com o sentido da vida, o propósito, o amor, a crença superior, os medos e incertezas e sobretudo sobre a paz, é capaz de trazer uma experiência de cuidado para o usuário muito completa. Sr. Afonso não tinha uma religião específica, não tinha rituais ou práticas religiosas estruturadas, mas falar sobre sua espiritualidade com Angélica foi um divisor de águas, e o fez criar um vínculo forte com essa trabalhadora.

Produzir um espaço de cuidado para falar sobre medos, arrependimentos e perdão entre usuário, família e equipe de saúde permite oferecer aquilo que aqui chamamos de **“cuidado total”:** um cuidado que abrange as dimensões física, social, emocional e espiritual. Esse conceito parte inicialmente da noção de *Dor Total,* formulada por Cicely Saunders (CASTILHO; SILVA; PINTO, 2021), segundo a qual o sofrimento humano é vivido simultaneamente em múltiplas esferas. No entanto, o que propomos vai além disso. A proposta de cuidado total implica um olhar atento e minucioso para cada uma dessas dimensões, evitando a centralidade do biológico – prática comum em muitos contextos de cuidado – e convocando a compreensão da complexidade ética, política, clínica, subjetiva e coletiva envolvida no processo de cuidar.

O cuidado total emerge, nesta pesquisa, como **conceito-ferramenta** e estratégia micropolítica de resistência aos dispositivos de biopoder. Em vez de normatizar e disciplinar os corpos, busca-se construir práticas sensíveis aos afetos, às histórias e aos desejos singulares. Uma equipe que atua a partir desse referencial

valoriza os relatos e angústias dos usuários e suas famílias, mas também reconhece a potência e a singularidade dos próprios trabalhadores na produção do cuidado. Afinal, não se realiza cuidado total de maneira solitária – tampouco se reconhece uma dor total sem equipe ampliada, escuta, vínculo e presença.

Essa prática convoca os profissionais à criação de espaços de diálogo, escuta e elaboração coletiva, nos quais a subjetividade dos envolvidos seja reconhecida, e os protocolos rígidos possam ser tensionados. Promover o cuidado total é, portanto, mais do que aliviar sintomas: é instaurar uma ética de produção de vida diante da finitude. Um cuidado que articula escuta, vínculo, singularidade, espiritualidade, dor, desejo, política, território e a construção de redes vivas. Trata-se de uma postura radical de reconhecimento da vida em sua integralidade.

Na discussão de seu *plano de "cuidados totais"* na UBS, alguns trabalhadores trouxeram falas como *"também, usando droga do jeito que usou, só podia dar nisso, vai sofrer mesmo!".*

> Este é, para nós, um dos pontos nevrálgicos nos processos de produção do cuidado em saúde: a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas (Merhy *et al.*, 2016, p. 35).

Esse tipo de julgamento, de fala culpabilizando o usuário não é incomum nas equipes. Merhy nos convida a pensar em seu texto "Os anormais do desejo" em como os setores mais conservadores da sociedade se esforçam em transformar usuários de drogas como não humanos, deixando de ser sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis (Merhy, 2012a). Militamos todos os dias no SUS para uma produção de cuidado diferente, inclusiva, que se preocupa com as singularidades do sujeito, e não os rotula com preconceitos e definições prontas. Todo modo de vida que foge do que é entendido por "normal" em nossa sociedade está suscetível a esse tipo de olhar julgador. Orientação sexual, identidade de gênero, pessoas com deficiência, raça, cor, religião. Lutar por um acesso à saúde universal, integral e equânime passa, necessariamente, pela defesa da vida de todas essas pessoas.

Já tem muitos meses desde o primeiro encontro que o "Seu Desenganado" está vivendo (até o momento da saída da pesquisadora do campo), a par com Deus em suas orações, aproveitando a companhia de sua netinha, voltou até a brigar com

os vizinhos por causa do seu som alto. A equipe segue nos cuidados desenganados para alguém que "*não tem mais nada para se fazer*".

Essas características que são *tão* peculiares de cada encontro, entre usuário e profissional de saúde ou entre os próprios profissionais, produz cuidado com diferentes níveis de integralidade. É no encontro das subjetividades que acontece a liberdade e autonomia que os profissionais de saúde detêm na produção de seu trabalho (Merhy, 1997) e viver isso, gerando cuidado para o usuário, a partir do trabalho coletivo, é muito potente. Construir e aplicar esses planos de cuidado com tanta singularidade faz parte da beleza da Atenção Básica. E o grande motivo e motor disso tudo é o próprio cuidado. É o combustível para a equipe e para as famílias.

> *"[...] o cuidado é minha grande motivação. O cuidado é meu entusiasmo. O que faz, de fato, o cuidado acontecer, (na minha perspectiva) é o trabalho coletivo: ser afetado uns pelos outros e poder traduzir isso como resposta a nossa população."* (Minha reflexão extraída do Diário de Campo).

Nesta trajetória de trabalho e cuidado na saúde, percebemos no processamento do vivido, minha militância no direito à saúde: lutar por acesso a cuidados paliativos de forma universal e equânime, com toda a interseccionalidade que isso exige: de gênero, classe, credo, cor, etnia, modos de vida. Franco e Merhy (2013) reforçam que nosso posicionamento ético-político é fundamental na nossa forma de operar no mundo, no nosso modo de agir no encontro com o outro. Para além disso, é preciso entender o cuidado como uma relação social, como uma ética que tem as práticas de si como práticas de liberdade. O nosso posicionamento ético-político-cultural faz parte do movimento que chamamos de defesa da vida. Lutar pelo que acreditamos, exercer a saúde e o cuidado da forma que acreditamos, coletivamente, pautados no cuidado, é, também, uma decisão e uma postura ético-política (Foucault, 2006a). Ao concretizar essa perspectiva, o cuidado deixa de ser uma mera aplicação de protocolos técnicos e se transforma em uma prática política de resistência, desafiando as fronteiras estabelecidas pelo biopoder. Ao colocar as vivências e os saberes coletivos no centro das práticas assistenciais, é possível subverter a lógica que reduz o sujeito a um objeto de gestão. Assim, o cuidado, em sua forma mais total, vem como um ato de liberdade e de defesa da vida, permitindo que cada indivíduo – e toda a sua complexidade – seja reconhecido e assistido de

forma integral, resgatando a dignidade e a singularidade em um contexto marcado historicamente pela fragmentação e desumanização dos processos de cuidado. A partir da perspectiva de Foucault, o cuidado de si não se restringe à autopreservação, mas se configura como uma prática ética e política que possibilita a construção de modos de autogovernar. Essa prática de liberdade permite aos indivíduos moldar suas subjetividades, ressignificar seus saberes e, ao mesmo tempo, oferecer uma resistência aos mecanismos do biopoder que tentam normatizar e controlar os corpos.

> Quando Foucault articula cuidado de si / ética / liberdade na entrevista intitulada “A Ética do Cuidado de Si como prática da liberdade”, pontua que não existe uma liberdade que seja algo “natural” do ser humano, ou que ser livre não se limita a agir sem impedimentos externos, sem a coerção do poder público ou de outra natureza. A liberdade é entendida como efeito de ações que podem tanto limitar o campo de possibilidade de outras ações, como também não se deixar determinar inteiramente por elas. Depreende-se a afirmação foucaultiana de que não existe “a” liberdade, mas práticas de liberdade que podem criar e produzir modos de se governar, como também limitar e resistir ao governo dos outros (Gomes; Ferreri; Lemos, 2018, p. 194).

Essa concepção de liberdade como prática — e não como um estado dado — exige de nós um exercício constante de análise sobre as formas de governar e de ser governado. Quando o cuidado de si é compreendido como um gesto ético e político, ele convoca também um compromisso com o outro e com os contextos que o atravessam. Isso implica reconhecer as múltiplas forças que operam nos territórios e que tensionam os modos de existir e cuidar: forças de exclusão, de silenciamento, de violência, mas também de invenção, resistência e afeto. É nesse chão da vida concreta, onde se entrelaçam sofrimento e potência, que se torna possível experimentar e sustentar práticas de liberdade. Foi a partir desses encontros — muitas vezes atravessados por dor e impotência — que emergiram as inquietações que deram corpo a esta cartografia.

Muitas inquietações surgiram durante esse processo. O racismo estrutural, o machismo, o etarismo, os diferentes modos de vida -com a população em situação de rua por exemplo-, as pessoas LGBTQIAPN+, em especial as pessoas trans -e a luta diária pelo direito de existir- atravessam o cuidado de uma forma determinante. Se já é desafiador cuidar de pessoas diante da finitude, trabalhando em equipe, com

poucos recursos que o desfinanciamento do SUS e a desestruturação da AB geram, lidar com todas essas interseccionalidades é ainda mais difícil. A história de Tereza, Sebastiana, Afonso e tantos outros ilustram um pouco dessa dificuldade. Muitas vezes esgota, cansa, desanima e pesa. Toda essa carga social de injustiça e preconceito interferem diariamente na micropolítica do cuidado à saúde. Deleuze e Guattari (1995) apresentam uma ética que valoriza a multiplicidade, a diferença e a heterogeneidade, e que rejeita a ideia de que exista uma única norma moral que possa ser aplicada a todos os indivíduos. Spinoza, em sua filosofia política, defende que a postura ética-política deve ser baseada na busca pela alegria e na construção de um corpo político que proporcione a todos os seus membros condições de igualdade e liberdade. A construção de um corpo político livre e igualitário requer a superação das paixões tristes, como o medo, a inveja e a raiva, e a promoção das paixões alegres, como o amor, a amizade e a solidariedade (Spinoza, 2008).

Exercer essa militância implica lidar, cotidianamente, com os efeitos da captura da vida pelos dispositivos do biopoder. Como nos alerta Pelbart (2015), vivemos um tempo em que a vida é inteiramente mobilizada, colonizada e posta para trabalhar — do corpo à subjetividade, da linguagem à imaginação. Nessa lógica, as formas de existência se tornam mercadoria, e até a dor é atravessada por racionalidades técnicas que pretendem normatizar o sofrimento, a finitude e a própria ideia de cuidado. Buscando superar essa colonização, é necessário reativar a biopotência — essa força primeira, imanente e criadora que resiste nos interstícios do instituído. O cuidado paliativo, quando operado como prática micropolítica, torna-se expressão dessa biopotência: ele se constrói a partir da escuta, da singularidade, do vínculo e da valorização das múltiplas formas de existir, amar e morrer. Nesse contexto, os *agires militantes* (Cruz, 2016), traduzem as práticas de resistência, invenção e reposicionamento ético que emergem no cotidiano da saúde, desafiando modos hegemônicos de governar e cuidar.

Nesse sentido, a militância na saúde se expressa como criação de novos territórios do comum — espaços onde o cuidado é partilhado, a dor é reconhecida e a dignidade é preservada. Essa construção se dá pelo encontro entre trabalhadores, usuários, famílias e coletivos que inventam, em ato, outras formas de viver e resistir. Como sugere Pelbart (2015), a vida, mesmo quando expropriada, revela sua potência indomável: é justamente nesse campo da invenção — nas margens, nas periferias, nas experiências que escapam ao controle — que emergem novas redes

de vida, novos modos de governar, de cuidar e de criar laços. É nesse entrelaçamento entre ética, política e desejo que sigo comprometida com a construção de uma rede viva de cuidados paliativos, sustentada por mais do que normativas, mas por encontros, afetos e práticas que colocam a vida — em todas as suas formas — no centro do cuidado. Os *agires militantes* se fazem presente também nessa tessitura, como movimentos micropolíticos que, a partir da implicação dos sujeitos no trabalho vivo, operam fissuras nos modos instituídos e criam espaços para que novas práticas de cuidado e liberdade possam emergir em uma reterritorialização do vivido.

Essa perspectiva reconhece que o campo da saúde é atravessado por tensões constantes entre forças instituídas e forças instituintes. Ao apostar nos *agires militantes* como motor de transformação, assume-se que a militância no SUS não se reduz a ações formais ou a políticas desenhadas de cima para baixo, mas se reinventa no corpo a corpo dos trabalhadores com o sofrimento, o desejo e a potência dos usuários. Como afirma Cruz (2016), os *agires militantes* não apenas resistem às normas, mas inventam novos territórios de existência, ativando práticas de cuidado que desafiam a lógica da medicalização e da gestão burocrática da vida. Na construção de uma Rede de Cuidados Paliativos a partir da Atenção Básica, é justamente essa força micropolítica que permite transformar precariedades em invenções, fragilidades em solidariedades, protocolos rígidos em práticas sensíveis, reconhecendo que cada encontro pode ser um acontecimento produtor de novas possibilidades de cuidado e de vida.

> "*O trabalho em saúde é complexo. O postinho pode ser mais desafiador do que podemos imaginar. Hora vacilantes por não saber como lidar, hora ativos e determinados, seguimos. Discutimos sobre nossas feridas diante de tantos lutos. Tentamos entender o que nos afeta e como podemos atender melhor as famílias. Fazendo o possível para que a equipe seja promotora de vida, mesmo no momento em que a sombra da morte chega para fazer visita, amedrontar, enraivecer, desesperançar [...] Olhando para trás, vejo o quanto o SUS é incrível, mas o quanto também não é capaz de, por si, aniquilar as desigualdades de classe, gênero e de cor. Enxugamos gelo mais uma vez. Mas também sei que estamos ali e não nos retiramos. Seguimos na linha de frente*." (Relato de uma trabalhadora da Atenção Básica - extraído do diário de campo).

Esse relato ecoa nas camadas do que entendemos por trabalho vivo em ato. Nele, a presença do sofrimento e da resistência se entrelaçam, revelando o quanto o

cuidado é atravessado por forças que escapam ao controle técnico ou institucional. Há, nesse testemunho, a expressão crua daquilo que Pelbart (2015) nomeia como vida em jogo — uma vida que insiste, mesmo quando ameaçada pelas estruturas da desigualdade e da necropolítica.[8] A equipe, ao refletir sobre suas feridas, ao buscar sentido no luto e ao manter-se presente mesmo diante da desesperança, ativa a biopotência que escapa à lógica da produtividade e da normatividade. “Enxugar gelo”, nesse contexto, não é sinônimo de fracasso, mas de compromisso ético com a vida que pulsa nas margens, no silêncio. Permanecer, insistir, afetar-se e seguir — mesmo vacilante — são, também, formas de militância. E são essas formas de estar que sustentam o cuidado paliativo como uma prática coletiva de resistência, que não desiste do outro nem da possibilidade de inventar novos mundos.

…

Ivanilde é uma mulher marcada pela violência doméstica, por abusos e traumas incontáveis. Encontrou no álcool um refúgio temporário, porém traiçoeiro, pois a coloca em vulnerabilidade em diversas situações. No meio de todo esse sofrimento, recebeu um diagnóstico de câncer avançado e recorreu à equipe da Atenção Básica. Vínculos familiares frágeis, preconceito social, escassez de recursos, dor, náuseas e inapetência advindas da nova doença: quanta dor esse corpo ainda suporta? Buscar sentido de vida e dignidade vem carregado de questões, olhares, dúvidas. O que podemos oferecer enquanto equipe de saúde para Ivanilde, que lida com uma finitude não determinada somente pela doença, e sim pelo sistema em que vive?

> [...] apostas em mais vida exigem sociedades que devem se tornar também mais solidárias com as diferenças e defendê-las como direito societário de nova forma. Não só o direito social de ter condições materiais de vida e redes de proteção social para isso, mas o direito à diferença, o direito à construção de uma liberdade que se pauta pela produção da liberdade do outro, o direito à uma vida justa, digna e solidária com todas as formas de viver na Terra. Creio ser esse o sentido das lutas coletivas libertárias no mundo

[8] O conceito de necropolítica refere-se às formas pelas quais o poder define quem pode viver e quem deve morrer, evidenciando os mecanismos pelos quais o Estado — ou outras formas de autoridade — exerce controle sobre a morte em contextos marcados por desigualdades sociais, raciais, econômicas e coloniais. Trata-se de uma forma extrema de soberania que, em vez de garantir a vida, administra a morte como política de controle. (Mbembe, 2018).

> contemporâneo. A luta pela vida na sua diversidade coletiva (Merhy, 2012a, p. 12).

A produção do cuidado está intimamente ligada à promoção da liberdade e à garantia de uma vida justa e digna. Reconhecer que os sujeitos são multiplicidades, que se expressam por meio de diversas dimensões e formas de existência igualmente legítimas, é fundamental para evitar a criação de barreiras de acesso. Quando os indivíduos são avaliados segundo padrões normativos limitados, suas singularidades são ignoradas e suas necessidades complexas – que vão além do aspecto físico – permanecem sem resposta. Assim, sem um olhar aprofundado sobre os contextos social, familiar, emocional e espiritual, a aposta exclusiva no cuidado biológico se mostra insuficiente para enfrentar os desafios contemporâneos da saúde. Para mim, ser trabalhadora do SUS implica, necessariamente, militância pelos direitos sociais, com o compromisso de transformar as práticas assistenciais e tornar a vida mais possível a cada dia.

Essa militância pelos direitos sociais, no percurso enquanto trabalhadora do SUS, materializa-se concretamente na proposição e construção de um Programa Municipal de Cuidados Paliativos inserido na Atenção Básica. Militância aqui significa disputar sentidos, tensionar a lógica dominante dos serviços e buscar transformar a política pública a partir do cotidiano do trabalho em saúde. Significa também disputar espaços institucionais, agendas de gestão, e propor processos de Educação Permanente em Saúde como condição para que o programa não se limite a uma formalidade, mas se torne prática viva, enraizada nos territórios e nas relações. É também buscar articular, no campo legislativo, a institucionalização dos cuidados paliativos como política municipal, e construir, coletivamente, um Grupo de Trabalho que reúna diferentes pontos da rede para que, em diálogo, possam produzir conexões que façam sentido para os usuários. Essa articulação em rede, movida pela potência da coletividade e pela lógica do cuidado como valor central, será detalhada no capítulo 5 – Construção da Rede: o Rizoma, onde os movimentos micropolíticos que vêm sustentando essa proposta e suas reverberações no cuidado cotidiano.

…

No processo da pesquisa e na prática profissional na saúde as necessidades singulares das pessoas que cuidamos devem prevalecer a certas concepções que muitas vezes são como universais teóricos. Um dos exemplos, inclusive comum e difundido nos cuidados paliativos, é o óbito domiciliar como modalidade mais adequada e digna de se acontecer. E diante de tanta multiplicidade, isso nem sempre pode ser verdade, como foi o nosso encontro com Dona Tereza. O melhor que pudemos fazer por Dona Tereza foi tirá-la da casa dela e deixá-la sob os cuidados de outra equipe de saúde, longe da Atenção Básica, da sua casa, do seu território. Com quase 90 anos, doença avançada, sem conseguir se locomover dentro de casa, ela morava com dois netos. Os dois usuários de drogas, às vezes apareciam em casa, às vezes não. Ela estava há muitos dias sem banho. Tinha uma garrafinha de água ao lado da cama, não sabemos de quando. Panelas com comida velha pela casa, panos sujos, bolor. Quando perguntamos se ela aceitaria ir para um hospital, de cara já nos disse que não, que não poderia deixar os seus meninos sozinhos por aí. Quando falamos que lá seria possível tomar água fresca, tomar banho todos os dias, roupa de cama limpa, café, almoço e janta, seus olhinhos brilharam. Fizemos contato com a equipe de cuidados paliativos do seu hospital de referência, conseguimos ambulância e acionamos a secretaria do idoso. No mesmo dia ela foi para esse serviço, e ficamos com a responsabilidade de conversar com seus netos. Ao chegar no hospital, tomou banho, tomou água, comeu, foi cuidada e respeitada. Dois dias depois, veio a falecer. Em equipe, discutimos que Tereza precisava de uma dose de dignidade e singularidade para poder partir em paz. Conseguiu. Nem sempre o óbito no domicílio vai ser o melhor para todos. Na singularidade encontramos as respostas.

> Há acontecimentos interessantes de serem observados, à semelhança do encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário. Esse encontro é um encontro muito vivo, em ato, é um acontecimento em si. Por mais que o trabalhador tenha todo um arcabouço de conhecimento tecnológico, não consegue dar conta de tudo que vai acontecer ali, no momento do encontro. Esse encontro é produtor de sentido em si, para além do que já está previamente imaginado para ele (Merhy, 2012c, p. 271).

Esse acontecimento, no qual o cuidado se atualiza a partir da imprevisibilidade do encontro, revela que nem sempre as respostas estarão nos protocolos ou nas recomendações tidas como ideais. No caso de Dona Tereza, o

que se atualizou foi uma ética do cuidado que se desdobra no aqui e agora, a partir do reconhecimento da dignidade da pessoa que sofre. É nesse instante singular — imprevisível, sensível e potente — que o cuidado se desinstitui das suas formas e se reinventa como prática de escuta, afeto e invenção coletiva. Ao compreender o encontro como produtor de sentido, como nos propõe Merhy (2012c), somos convidados a suspender a autoridade do saber técnico diante da complexidade da vida concreta, abrindo espaço para que o cuidado emerja como resposta viva às necessidades do outro.

Esses encontros, que transformam profundamente os sujeitos envolvidos, são marcados pela imprevisibilidade e por múltiplos fatores, entre eles os diferentes projetos de cuidado que orientam, em variados graus, o compromisso com a integralidade do usuário. Eles ganham ainda mais sentido quando partimos da premissa de que toda vida vale a pena — sem hierarquias, sem vidas que valham mais do que outras. Cada pessoa carrega sua própria forma de existir, e essa singularidade precisa ser reconhecida e respeitada. Como nos lembra Merhy (2012a), só produziremos mais vida se apostarmos em mais desejos e não em sua interdição.

> Esse é um campo que permite perceber com clareza as implicações de uma aposta de que a vida de qualquer um vale a pena, não como algo para representar no pensamento, formular e dizer, mas para ser vivida nos encontros com os outros, em particular no mundo do trabalho em saúde. Algo pra ser vivido porque se apresenta ali na cotidianidade dos encontros que constituem o Sistema Único de Saúde, como realidade efetiva, nas práticas das equipes e de seus profissionais (Merhy, 2012c, p. 270).

Nesse sentido, afirmar que “toda vida vale a pena” exige mais do que um posicionamento teórico; exige implicação ética e política nos encontros cotidianos com os usuários e com os demais trabalhadores da saúde. Esse campo de produção do cuidado se constitui como espaço de disputa entre diferentes racionalidades: de um lado, os protocolos e normativas que frequentemente desconsideram a singularidade das pessoas; de outro, o compromisso ético com a vida em sua multiplicidade. A cartografia desses encontros nos ajuda a tornar visível a força do trabalho vivo em ato, revelando como cada situação concreta convoca reinvenções do cuidado. Na Atenção Básica, onde se inscrevem os vínculos de longo prazo e os territórios existenciais dos usuários, a micropolítica do cuidado se manifesta em

gestos simples, mas profundamente implicados. Apostar no desejo, como propõe Merhy, implica deslocar o cuidado de um lugar prescritivo para um espaço de criação coletiva, onde se forjam novos modos de existir, resistir e se afetar. E é nesse movimento que emerge a potência dos *agires militantes:* modos de se comprometer com a vida do outro por dentro do próprio processo de trabalho, tecendo coletivos e redes que se sustentam pela força dos encontros.

Respeitar a autonomia dos usuários e dos trabalhadores só é possível, de fato, quando consideramos que toda a vida vale a pena e que vivemos em uma sociedade de liberdade e de direito, que permita o diferente, o amor, a liberdade, a luta pela vida, o direito de se expressar. O que nem sempre acontece. Ser trabalhador da saúde, entrar em contato com a singularidade e com a coletividade dos usuários e comunidades nos faz ver o quanto estamos distantes desse pacto civilizatório, e o quanto o nosso trabalho é luta e resistência diária (Souza, 2000). O desafio de ter como objetivo uma finitude digna e com qualidade passa pela falta de tudo que já foi negado para aquele usuário e sua família durante toda a vida. A tão almejada “boa morte” nos cuidados paliativos passa pela experiência de ter tido uma “boa vida” (Kubler-Ross, 1998) e isso invade a prática do trabalhador na Atenção Básica, já que esse trabalhador acompanha *longitudinalmente* a vida desses usuários, suas dores e sofrimentos. Não desistimos do cuidado paliativo na AB justamente por acreditar ser possível ressignificar vivências e ter uma dose de dignidade diante da finitude dentro do possível de cada família e de cada equipe de saúde.

Diante de uma trajetória marcada por negações — de acesso, de reconhecimento, de afeto, de direitos —, pensar uma finitude com qualidade implica reconhecer que há muito o que reparar no tempo que resta. O conceito-ferramenta de cuidado total, elaborado nesta tese, nasce justamente como resposta à insuficiência de um cuidado centrado apenas na dimensão biomédica. Ele propõe uma ampliação ética e política das práticas de saúde, reconhecendo as múltiplas camadas que atravessam o sofrimento: o corpo, a subjetividade, os vínculos, os territórios, a espiritualidade, o contexto social e histórico de exclusão. Nesse sentido, o cuidado total é uma forma de justiça simbólica e concreta, que busca, no tempo presente, reparar invisibilidades e devolver potência a quem teve sua existência reiteradamente negada. Quando dizemos que almejamos uma “boa morte”, estamos, na verdade, convocando toda a rede de cuidado a operar para garantir — mesmo

que tardiamente — um cuidado que reconheça que aquela vida, em sua inteireza, valeu e ainda vale a pena.

Compreender o cuidado paliativo como prática situada na Atenção Básica implica, portanto, assumir a radicalidade de seu compromisso com a vida — mesmo (e especialmente) diante da morte. Isso exige reconhecer a potência dos encontros, as singularidades e o poder transformador das relações que se constroem no cotidiano. Ao cartografarmos esses territórios, visualizamos os fluxos de afeto, os atravessamentos institucionais e as disputas que configuram uma rede viva de cuidados, sustentada por negociações contínuas e arranjos micropolíticos. Nesse plano, a produção de coletivos torna-se fundamental: são eles que sustentam práticas capazes de acolher a finitude não como mera antessala da morte, mas como ocasião de sentido, de vínculo, de cuidado até o fim. Ao reafirmarmos que toda vida vale a pena, nos comprometemos com uma ética que se abre ao outro como potência viva — uma política do encontro que reconhece, no cuidado paliativo, uma das formas mais potentes de defender a vida em sua plenitude e complexidade.

…

Senhora Aurora, arrimo da família, transformou sua casa de 40m² em três pequenos lares para abrigar suas filhas e netas. Cada cômodo foi adaptado com um puxadinho, e ela permaneceu na "suíte" — composta por uma cozinha e um banheiro. Mesmo acamada, continuava comandando as decisões do cotidiano: as compras, o cardápio do almoço, os pontos de coleta de recicláveis para vender. Administrava com rigor seu benefício social, garantindo que ninguém da família passasse fome. Quando caiu de uma árvore e fraturou o fêmur, aos 75 anos, passou a dormir sentada, posição que lhe causava menos dor e a permitia levantar sozinha para urinar no chão, evitando molhar a cama. Embora seus sapatos e meias estivessem sempre úmidos, fazia questão de manter a cama limpa e seca.

Antes mesmo da chegada da equipe de saúde (por que demoramos? será que se nosso território tivesse uma cobertura adequada, teríamos chegado antes?), havia tomado tantos anti-inflamatórios adquiridos na farmácia — numa tentativa solitária de controlar a dor — que encontramos sua fralda com fezes escurecidas, sinal de sangramento digestivo provocado pelo uso excessivo e prolongado da medicação. Foi encaminhada ao hospital para contenção da hemorragia e recebeu

bolsas de sangue para compensar as perdas. Após esse episódio, retornou para casa. Iniciamos um plano de cuidados para controle da dor e, a pedido dela, passamos a olhar com muito cuidado para o entorno: filhas, netas e toda a rede afetiva que a cercava. Dona Aurora nos confiou o temor de que elas não suportassem sua ausência. Seguimos suas orientações e, juntos, fomos “preparando o terreno”, como ela dizia. Teve a chance de organizar muitas coisas para sua partida. Sua força, determinação e autonomia inspiraram toda a equipe. Para mim, particularmente, havia algo mais: ela me lembrava intensamente minha avó materna. As semelhanças eram muitas — não apenas no modo de viver e cuidar da família, mas também na origem humilde, na história de migração em busca de melhores condições no Sul do Brasil e até na fratura do fêmur. Contudo, apesar das semelhanças, Dona Aurora não era minha avó — e isso exigiu de mim um esforço consciente para não projetar nela meus próprios desejos, lembranças e valores familiares. Cada pessoa é única em sua multiplicidade, e o desafio ético da prática em saúde está justamente em reconhecer essa singularidade sem apagar o outro com nossas referências pessoais. O cuidado com Dona Aurora foi, assim, também um profundo atravessamento afetivo. Um convite à autopolítica que Foucault (2010) aponta quando trata do cuidado de si, das relações entre liberdade, verdade e subjetivação.

Infelizmente, Dona Aurora faleceu em um final de semana no hospital. A Atenção Básica, apesar de seu potencial como espaço privilegiado de cuidado, não funciona em tempo integral: não abre à noite, nem aos fins de semana ou feriados. Essa limitação estrutural da rede nos fez sentir impotência como equipe: não sabemos se ela foi bem cuidada em suas últimas horas, e essa incerteza permanece como uma ferida ética. Sentimos a ausência de uma rede integrada. E se o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pudesse atuar junto à Atenção Básica nesses momentos? E se houvesse retaguarda para os períodos em que a UBS está fechada? Em nosso município, sequer o SAD funciona aos finais de semana. O desfinanciamento do SUS, somado à fragilidade de uma atuação em rede, compromete profundamente a possibilidade de ofertar um cuidado total — contínuo, digno e centrado na pessoa — como o que buscamos construir diariamente.

Retomando Foucault, quando traz a discussão do cuidado de si a partir da construção dos gregos, onde havia uma ética de existência agregada pelo fato de estar em relação com os outros, o cuidado como uma relação social, como uma

ética que tem as práticas de si como práticas de liberdade: “[...] na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuida-te de ti mesmo’.” (Foucault, 2004b, p. 9).

Desenvolver uma prática profissional que permite ao outro dedicar seu olhar para si mesmo, propicia ao usuário uma inquietude de aumentar sua potência de vida e produzir alegria e autonomia. Em uma prática de trabalho coletivo e colaborativo, tendo como centro o usuário, evitamos julgar e simplesmente apontar o que deve ou não ser feito. Aos poucos e em equipe vamos construindo uma proposta de projeto terapêutico que coloque o cuidado de si como principal objetivo, possibilitando diferentes formas de cuidar e, portanto, de existir.

> O cuidado de si é uma espécie de aguilhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência. [...] Sócrates é o homem do cuidado de si e assim permanecerá. Sócrates é sempre, essencial e fundamentalmente, aquele que interpelava os jovens na rua e lhes dizia: “É preciso que cuideis de vós mesmos” (Foucault, 2010, p. 9).

O cuidado de si aqui não é relacionado só à saúde, mas a uma estética e ética da existência, com potência capaz de produzir outra ética na construção do cuidado, onde a vida se torne o centro das ações de saúde.

Compartilhar o cuidado com outros trabalhadores e com a própria usuária, fez com que as tecnologias leves predominassem no encontro e fomos além das práticas instituídas em nosso cotidiano, possibilitando que ela, com o apoio da equipe, construísse outros territórios existenciais aumentando sua potência de vida. Com Aurora, podemos entender melhor que o trabalho vivo em ato a partir de uma ética do cuidado de si pode ser um grande aliado.

> O cuidado de si é ético em si mesmo; porém implica relações complexas com os outros, uma vez que esse êthos da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros; por isso é importante, para um homem livre que se conduz adequadamente, saber governar sua mulher, seus filhos, sua casa. [...] Não se deve fazer passar o cuidado dos outros na frente do cuidado de si; o cuidado de si vem eticamente em primeiro lugar, na medida em que a relação consigo mesmo é ontologicamente primária (Foucault, 2004a, p. 271-272).

Nesse contexto, o cuidado de si emerge como uma prática transformadora que não se limita ao autocuidado, mas se expande para a construção de relações mais autênticas e críticas. Ao cultivar a atenção ao próprio ser, o sujeito se torna capaz de questionar e resistir aos dispositivos normativos que reduzem a existência a parâmetros utilitaristas e de poder. Essa postura reflexiva não só fortalece a autonomia individual, mas também propicia a emergência de uma ética compartilhada no cuidado com o outro, onde cada experiência e saber são valorizados. Ao integrar o cuidado de si no cotidiano, os profissionais e usuários constroem coletivamente um projeto terapêutico que subverte as práticas tradicionais, oferecendo um espaço onde a singularidade e a potência de vida são resgatadas.

Além disso, o cuidado de si se configura como uma estética da existência, onde a construção contínua do eu possibilita a criação de territórios existenciais de liberdade e resistência. Inspirados por Foucault, entendemos que essa prática, ao priorizar o autoconhecimento e a transformação pessoal, inaugura modos de se governar que desafiam os limites impostos pelo biopoder. Assim, o cuidado de si, ao se firmar como um ato ético-político, torna-se o alicerce para uma rede de cuidado que não apenas responde às demandas físicas, mas também integra as dimensões social, emocional e espiritual do viver, buscando abranger a multiplicidade.

Aurora, ao nos convocar a cuidar de suas filhas e netas, ofereceu um potente exemplo do que Foucault descreve como a ética da existência: ela cuidava de si cuidando do seu mundo, exercendo sua liberdade por meio do governo afetivo e prático de sua casa, mesmo diante da dor e da limitação física. Sua capacidade de agência — mesmo no fim da vida — nos ensinou que a autonomia é um processo relacional, sustentado por vínculos, escuta e reconhecimento. Ao mobilizar a equipe para que sua ausência não deixasse sua família desamparada, Aurora nos fez compreender que o cuidado de si, quando vivido como práxis coletiva, pode atravessar os limites da vida e se converter em legado, vínculo e resistência. Sua ausência ainda é sentida no coração e no cotidiano das mulheres fortes que formam sua família. Seu legado é de luta: ela as treinou, e da luta, elas não se retiram.

…

Laurindo foi o primeiro usuário que pude ajudar mesmo sem conhecê-lo,

nunca o vi. Pelo menos foi o primeiro que me trouxe essa consciência. Foi um momento de catarse quando uma residente do segundo ano me falou no fim do dia: “[...] *eu nem acredito que falei tudo que falei para aquela família. Você me passou as coordenadas e eu fui lá e fiz. Foi lindo! Obrigada!”.* Seu Laurindo tinha demência de longa data, e recentemente foi vítima de um AVC extenso. Estava acamado há alguns meses, com muitas internações recentes motivadas por pneumonias aspirativas, já que estava com muita dificuldade de engolir. A família toda foi muito atenciosa aos seus cuidados e dedicada a defender o seu legado. Seu Laurindo deu destino a todos os filhos, deixou a esposa bem amparada, e, nem diante da dor e dos delírios, deixou de ser carinhoso com os seus. A família pediu apoio da equipe para não precisar interná-lo outras vezes, em especial durante a pandemia, com toda dificuldade de ter visitas e acompanhantes. Sempre foi de sua vontade realizar sua passagem em casa, em seu quarto, ao lado das pessoas que cuidou e cultivou ao longo da vida. E assim fomos tornando possível seu desejo. Reuniões de equipe, reuniões familiares. Alinhamento de expectativas, plano de cuidado compartilhado. Equipe de saúde e equipe da família, formando essa equipe ampliada. Entende-se por equipe ampliada, neste trabalho, uma configuração coletiva que emerge diante da proposta de cuidado total. Ela é composta não apenas pela equipe de saúde, mas também pela família do usuário e pelos sujeitos da comunidade, que se implicam ativamente no processo de cuidado. Essa ampliação rompe com a noção de equipe como um agrupamento técnico-profissional e se afirma como um dispositivo ético, político e micropolítico de produção do cuidado. A equipe ampliada se constitui na partilha de saberes, afetos, responsabilidades e desejos em torno da dignidade do usuário, especialmente no enfrentamento da finitude, tornando-se capaz de acolher sua história, seus vínculos e sua vontade.

Quando o momento final de seu Laurindo foi chegando, sua equipe ampliada se comunicou. Conversei com minha residente para, durante a visita, conversar com a família sobre o processo de morrer, usando a metáfora da dissolução dos 4 elementos (Calazans, 2007):

Dissolução de terra - redução dos movimentos, corpo fica pesado

Dissolução da água - reduz diurese, melhor evitar muita hidratação, os líquidos do corpo vão “secando”

Dissolução do fogo - última atitude, a essência vem a tona

Dissolução do ar - último suspiro, o sopro de vida se vai

A família gostou muito da dissolução dos elementos e foi nos dizendo, "*estamos na fase da água, estamos na fase do fogo*". Puderam fazer suas orações, chamar o pastor, aguardar o filho de longe chegar para se despedir. Ficaram ao lado dele até seu último suspiro de devolução do ar que nos foi emprestado ao nascimento. E a equipe pode acompanhar lado a lado a saudade da família, junto com a sensação de dever cumprido, por terem feito tudo como ele gostaria que fosse: em casa, em paz, em família, com amor.

> Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas "pessoas", que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1998, p. 3).

Trabalho vivo em ato: como é bom aprender e viver isso em nossa prática profissional na Atenção Básica. A cumplicidade e a acolhida gerada nos encontros entre usuários e profissionais e entre os próprios profissionais produz vínculo, resolutividade, potência de vida.

No mundo da saúde tudo acontece baseado nos mais diversos encontros: profissionais de saúde e usuários, gestores e profissionais de saúde, entre os próprios profissionais de saúde. Toda a construção do cuidado e do trabalho em saúde passa por essas *relações entre pessoas*. Relações essas que podem ser de intensidades e qualidades diferentes. Cada pessoa traz consigo seus valores, sua construção profissional do trabalho, seus medos e preconceitos, seu humor, sua experiência de vida e no serviço, cada um possui seu próprio plano e conceitos a respeito do que é a saúde e seu papel dentro daquela equipe. Todos os saberes influenciam nesta construção diária do trabalho em saúde. Lembrei do Sr Laurindo quando cheguei na gestão e entendi que poderia cuidar de pessoas mesmo sem vê-las ou conhecê-las: a rede pode funcionar. Isso ampliou minha compreensão de rede: cuidar também é articular, garantir fluxos, sustentar vínculos e viabilizar acessos. E, assim como precisamos valorizar as *relações entre as pessoas*, surge

uma nova necessidade nesse campo: *relações entre os serviços* e como se dá a construção de *rede.*

5 CONSTRUÇÃO DA REDE: O RIZOMA

A Atenção Básica possibilita a imersão dos trabalhadores de saúde no mesmo território dos usuários, compartilhando vivências. Essa composição de território somado à responsabilidade sanitária de uma equipe de saúde por aquela população facilita tanto a longitudinalidade quanto a coordenação do cuidado nesse nível de atenção. Essa relação é potente e faz com que a noção de território transborde e ultrapasse seu sentido geográfico-epidemiológico e ganhe uma dimensão afetivo-existencial (Oliveira *et al.,* 2022). Nela, se tece um plano comum ou espaço intercessor (Merhy, 2000), uma interface entre usuário-trabalhador-de-saúde, atravessada pela subjetividade do trabalho, pela singularidade de cada trabalhador produzir cuidado, fazer gestão e exercer seu papel dentro da equipe.

Nesse potente espaço, pude experimentar ser trabalhadora, ser preceptora da residência, ser docente do internato, ser médica assistente, ser parte da equipe multiprofissional, ser gestora, ser usuária (fiz pré-natal, tomei vacinas, coletei exames, recebi atendimentos e acolhimentos), ser amiga, ser divergência (alguns projetos de cuidado conflitantes), ser apoio.

A construção dessa Rede de Cuidados Paliativos demanda práticas cotidianas que desestabilizam o instituído e abrem espaço para a invenção de novos modos de cuidado e gestão. Nesse processo, assumo o conceito-ferramenta de *agires militantes* (Cruz, 2016) como expressão da minha própria militância em saúde — vivida na assistência, na gestão e na docência — e que se sustenta na implicação ética com o direito à vida digna, ao cuidado e à escuta. Essa prática que reconhece a potência do encontro e a necessidade de deslocamentos constantes, ao recusar o outro como objeto de intervenção e reconhecê-lo como sujeito da relação. É nessa dimensão que situo minha atuação na construção desta política pública: como militância viva no cotidiano, marcada pelo desejo de transformar modos de governar e de cuidar.

Esses *agires militantes* foram construindo esse rizoma no contexto dos Cuidados Paliativos. A experimentação do cuidado aos primeiros usuários, a bagagem teórica que veio dar forma e significado para o vivido, o processo decisório da gestão, a relação com trabalhadores enfrentando no cotidiano as potências e desafios do cuidar, me fizeram refletir, inventar e produzir dispositivos que estão sendo apresentados nesta cartografia de cuidado.

O dispositivo é um dos conceito-ferramentas que ajudam na construção da análise, dispositivo como o resultado da rede tecida entre as linhas de força produzidas por vários elementos. São as práticas atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo e produzindo sujeitos (Lima, 2015).

> Os objetos visíveis, as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vetores ou tensores. Dessa maneira, distingue sucessivamente (saber, poder e subjetividade) não possuem de modo definitivo, contornos definitivos; são antes cadeias de variáveis relacionadas entre si. (Deleuze, 1990, p. 157).

Esse emaranhado de forças, saberes e subjetividades que constituem os dispositivos, como nos aponta Deleuze (1990), se atualiza nos encontros concretos do cotidiano do trabalho em saúde. A atuação desses dispositivos não é abstrata: ela se dá em situações reais, por vezes dolorosas, atravessadas por assimetrias de poder, práticas discursivas e posicionamentos subjetivos. Nesse campo de variações e intensidades, o cuidado paliativo se revela como uma prática que desestabiliza normas, desloca olhares e exige reelaboração constante do agir. Os agires militantes que sustentam esta cartografia se manifestam justamente nesses pontos de inflexão — quando o discurso técnico encontra a experiência vivida, e o saber-poder institucionalizado é confrontado pelas urgências do cuidado real. Exemplifico: durante uma reunião de equipe discutindo sobre os conceitos, uma trabalhadora, identificou seu esposo como elegível para cuidados paliativos. *“Nossa, se for fazer esse SPICT aí, então, “meu véio” já tá dentro, né, Dra? Internação não programada, perda de peso, na cama e cadeira mais da metade do dia, hemodiálise […]”* E alguns meses após, essa mesma trabalhadora, durante a investigação de uma dor pélvica recorrente com sangramento, descobriu, por meio de um atestado médico que recebeu, que também era elegível a cuidados paliativos. O atestado dizia o seguinte: *“Afastada por tempo indeterminado por câncer metastático. Prognóstico: muito ruim”.* Sim. A comunicação de seu diagnóstico, de seu afastamento do trabalho (que ela não queria!) e de seu prognóstico foi feito dessa forma: ela sozinha com um papel, depois da consulta, com essas duras palavras. Sem explicações, sem acolhimento, sem olho no olho, sem possibilidade de tirar dúvidas. Como fica para essa trabalhadora cuidar de outras pessoas enfrentando essa mesma doença? Recebendo esse mesmo tipo de “cuidado”? Muito temente a Deus e com uma

excelente rede de apoio, suas dimensões espiritual e social a sustentaram, mas, e quem não têm? Como construir esse cuidado? Como lidar com a possibilidade de sua própria finitude e ao mesmo tempo cuidar de tantos usuários em sua área de abrangência na mesma situação?

Entrar em contato com a finitude e com o sofrimento do outro, que pode inclusive ser o mesmo que o seu, é um sofrimento diferente, para o qual não existe remédio ou cura. Para a fome tem comida. Para a pobreza tem (ou deveria ter) a distribuição de renda. Para a dor física tem morfina. Para a morte não tem remédio. Existe cuidado, e por isso o cuidado paliativo é algo tão precioso. É o grande recurso dos que estão em sua finitude e, se pararmos bem para pensar, todos nós estamos nesse processo. Pensar nisso pode ser difícil. Pode doer. Em especial quando atravessa nossa própria história de vida. Pessoalmente me achava muito bem resolvida em relação à finitude - até ter a experiência de ser mãe e, durante o puerpério, imaginar uma existência sem meu filhinho. Passei a ter medo de morrer, de não existir, de não acompanhá-lo, de não estar aqui para amá-lo. Passar por essa experiência me trouxe uma dificuldade maior de acompanhar, por exemplo, crianças com critérios de cuidados paliativos, com doenças graves e ameaçadoras de vida. Como garantir que essa criança não sofra? Como amparar os pais e familiares diante de uma dor tão intensa? A dor tão intensa é mais deles ou minha? A finitude é uma característica fundamental da existência e da natureza de todas as coisas. Espinosa (2009) enfatiza a importância da compreensão da finitude como uma condição necessária para a busca da sabedoria, da felicidade e da liberdade, e argumenta que a compreensão da finitude é um primeiro passo importante para a superação dos afetos negativos. Essa compreensão da finitude passa por vivências, conhecimento, superação, trabalho, processamento do vivido. O conhecimento técnico em cuidados paliativos penso que teve esse papel de “compreensão da finitude” para mim, ainda que não suficiente, já que ser mãe, por exemplo, veio mais uma vez mudar perspectivas e possíveis certezas que eu tinha.

Essas experiências, que atravessam o corpo e a subjetividade, marcaram profundamente meu modo de estar no mundo e de cuidar. Elas tornaram impossível separar o pessoal do profissional, o saber do sentir. A finitude, ao deixar de ser apenas uma ideia abstrata para se tornar uma vivência, reorganizou também meu olhar sobre os processos coletivos do cuidado. Foi a partir dessas dores, atravessamentos e elaborações que a questão deixou de ser apenas “como os

trabalhadores da Atenção Básica lidam com a morte?” para se tornar “como nós, enquanto sistema, enquanto política pública, enquanto rede de saúde, lidamos com isso?”. Assim, fomos ampliando o campo da análise, deslocando o foco da vivência individual para os desafios concretos de implementação e articulação de um cuidado paliativo possível no território e em rede.

A Atenção Básica, apesar dos inúmeros desafios enfrentados — como o subfinanciamento crônico, a alta rotatividade de profissionais e a fragmentação das políticas públicas —, segue sendo um território fértil para a produção de cuidado. Sua potência reside na proximidade com a vida cotidiana das pessoas, na longitudinalidade dos vínculos e na possibilidade de acolher o sofrimento em sua complexidade. No entanto, sem uma rede de atenção articulada e corresponsável, lacunas importantes se impõem: há descontinuidades, sobrecargas e impossibilidades que afetam diretamente a trajetória dos usuários e suas famílias. (Merhy, 2014). Estar na gestão, ainda que por um período breve e com inserção parcial, mexeu com minha vista do ponto, desestabilizou meu olhar de dentro da equipe e ampliou a pergunta: **é possível produzir *uma rede* de cuidados paliativos?**

Nesse sentido, transitar da assistência para a gestão foi também experimentar um novo modo de cuidar: cuidar da política, das condições de possibilidade, da estrutura que sustenta (ou fragiliza) os encontros de cuidado no cotidiano. A vivência da gestão me permitiu reconhecer que construir uma rede de cuidados paliativos é, antes de tudo, um gesto ético-político que exige militância, articulação institucional, escuta dos trabalhadores e aposta em coletivos. Essa cartografia foi profundamente marcada por esse deslocamento, e minha trajetória na Atenção Básica revelou-se base indispensável para compreender, sustentar e propor transformações. Cuidar, nesse campo expandido, é também disputar sentidos, tensionar práticas e criar brechas instituintes onde a vida – mesmo diante da finitude – possa ser reconhecida, acolhida e afirmada.

A construção de uma rede de cuidados paliativos não se deu de forma linear ou planejada. Foi um processo vivo em ato, atravessado por encontros, afetos, tensões, resistências e invenções que foram se configurando no cotidiano do trabalho em saúde. Nesta cartografia, seguem agora dez movimentos que emergiram ao longo desse percurso, compondo linhas de força que sustentaram — e continuam sustentando — a estruturação de uma política pública em cuidados

paliativos no município. Cada movimento aqui descrito representa não apenas uma ação ou estratégia, mas uma dobra do cuidado que foi se criando entre a assistência, a gestão, a formação e a vida. São fragmentos de experiência que, ao se articularem, revelam as potências e desafios dessa construção coletiva.

1º Movimento: Criação do Grupo de Trabalho Municipal de Cuidados Paliativos

A partir da Atenção Básica, dentro da Diretoria de Atenção Primária (DAPS), iniciamos um movimento de organização de atores sensíveis aos cuidados paliativos. Com apoio da Diretoria Executiva da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), começamos a organizar um Grupo de Trabalho para pensar especificamente na implantação dos Cuidados Paliativos em rede em nosso município. Para a composição desse grupo todos os serviços de saúde foram convidados e efetivamente começaram a participar: Atenção Básica, dois hospitais secundários que já contavam com equipe de CP, um hospital universitário (terciário) ainda sem equipe, serviços de urgência e emergência municipal, serviço de atenção domiciliar (SAD), organização do terceiro setor (Instituto Palliare) e gestores municipais.

Londrina é pioneira em serviços de Cuidados Paliativos e já havia um grupo de pessoas, há alguns anos, pensando em um projeto de lei para a cidade, muito antes dessa iniciativa do Grupo de Trabalho. O principal desafio desse Grupo era, principalmente, planejar como *implantar* essa lei, uma vez aprovada, e *colocar a rede em funcionamento*, colocando todos os pontos em contato, com fluxos estabelecidos.

Sabíamos desde o início que a tarefa de envolver todos os pontos da rede seria complexa. A diversidade de missões institucionais, lógicas assistenciais, rotinas de trabalho e prioridades de cada serviço tornava desafiador construir um campo comum de atuação. A própria concepção de “rede” nem sempre era compartilhada entre os serviços, e isso exigiu não apenas convites formais, mas movimentos de aproximação contínuos, escuta ativa e reconhecimento das singularidades de cada ponto. Nem todos os convidados toparam participar: o hospital de referência em oncologia, por exemplo, que atende 166 municípios da macrorregião, optou por não integrar o grupo. (Hospital do Câncer de Londrina, 2025) Outros serviços apresentaram uma participação tímida, como foi o caso da urgência e emergência — talvez por não se perceberem como parte integrante da

linha de cuidado, dada a sua atuação mais voltada para eventos agudos e resolução imediata de riscos iminentes. Ainda assim, são nós fundamentais da rede e sua ausência tensiona a articulação integral do cuidado.

Apesar disso, o que se revelou como força deste movimento foi o engajamento dos trabalhadores que aceitaram compor o grupo. Profissionais de diferentes pontos da rede se disponibilizaram, mês após mês, a participar das reuniões, mesmo com agendas cheias e múltiplas demandas. Trouxeram para o coletivo os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços e contribuíram ativamente com propostas, experiências e caminhos possíveis. A escuta entre os diferentes se tornou um espaço de aprendizagem e invenção, em que os projetos de cuidado singulares de cada trabalhador — forjados nas práticas vividas — foram reconhecidos como potências para a construção de uma rede real, viva e afetiva. Esse grupo, mesmo com limitações, passou a funcionar como um dispositivo disparador de mudanças e possibilidades.

Como resultado concreto do trabalho coletivo desenvolvido ao longo das reuniões e articulações, o Grupo de Trabalho Municipal de Cuidados Paliativos produziu uma série de avanços importantes que fortaleceram a rede e ampliaram a visibilidade e a legitimidade do cuidado paliativo como política pública. Entre os principais produtos desse GT, destacam-se:

- **Maior integração entre os pontos da rede e melhor compreensão das possibilidades de cuidado compartilhado**, promovendo reconhecimento mútuo entre os serviços e qualificação do fluxo assistencial. Algumas questões práticas foram esclarecidas e pactuadas, como:
    - A compreensão dos critérios de admissão do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
    - A necessidade de planejamento das altas hospitalares visando a segurança do usuário, especialmente em relação às dietas enterais, que dependem de solicitação prévia e logística de entrega — com destaque para o impacto das altas realizadas às sextas-feiras, que frequentemente deixam os usuários sem insumos durante os finais de semana;
    - A urgência de qualificar a alta hospitalar, garantindo que os cuidadores recebam orientações claras, especialmente em

casos de novas condições de saúde como oxigenioterapia, ostomias ou queda de funcionalidade;
- O reconhecimento das limitações da Atenção Básica quanto à frequência das visitas domiciliares, cuja regularidade semanal nem sempre é viável devido à sobrecarga de demandas nos territórios.

- **Construção e pactuação de fluxos assistenciais**, como:
  - A formalização do envio de informações da internação dos hospitais secundários e do hospital universitário à Atenção Básica e ao SAD, assegurando a continuidade do cuidado para usuários atendidos pelas equipes de Cuidados Paliativos (detalhado no 6º Movimento);
  - A organização do fluxo da urgência e emergência para que usuários em cuidados paliativos sejam referenciados, sempre que possível, ao hospital com o qual já mantêm vínculo assistencial e institucional, favorecendo o cuidado longitudinal.

- **Implementação de ações de educação permanente em saúde**, com destaque para a criação e execução de processos formativos intersetoriais voltados aos profissionais da rede (descritos no 4º Movimento), promovendo reflexão crítica, fortalecimento de vínculos e ampliação da capacidade técnica e ética das equipes.

- **Conquista legislativa e institucional** com a aprovação da **Lei Municipal que institui o Programa Municipal de Cuidados Paliativos** (10º Movimento), fruto direto da articulação entre trabalhadores, gestores e parlamentares sensibilizados com a causa.

- **Ações de sensibilização e mobilização social**, com a realização de eventos públicos em datas simbólicas, inserções na mídia e campanhas voltadas à população, ampliando o debate público sobre o tema e promovendo uma cultura de cuidado mais sensível à finitude (melhor

detalhadas no Capítulo 7: *Ramificações Rizomáticas*).

Esses produtos são expressão viva da potência dos encontros e da capacidade micropolítica dos trabalhadores do SUS. Cada uma dessas conquistas reflete o compromisso ético-político dos sujeitos envolvidos em construir, mesmo em contextos adversos, uma rede de cuidados que reconheça a dignidade e a complexidade do processo de cuidar diante da finitude.

2º Movimento: Aproximação com as coordenações da Atenção Básica

Durante a pandemia de Covid-19, identificamos na Atenção Básica uma importante porta de entrada para o fortalecimento dos Cuidados Paliativos no município. Assim, optou-se por iniciar esse processo por meio da aproximação com as enfermeiras coordenadoras das 54 Unidades Básicas de Saúde, convidando-as a refletir sobre a temática e a reconhecer, em seus territórios, usuários elegíveis a essa modalidade de cuidado.[9] O objetivo era constituir um coletivo capaz de operar como força micropolítica de transformação, rompendo com práticas tradicionais e instituindo novos modos de cuidar.

Inspirados na discussão sobre o conceito de dispositivo apresentada por Baduy (2010, p. 104), compreendemos esse coletivo como uma força capaz de gerar acontecimentos no campo do cuidado. Um dispositivo é entendido como uma rede heterogênea de elementos — discursos, práticas, instituições, normas — que se articulam em torno de um problema específico, produzindo efeitos de poder e saber. Nesse sentido, a aproximação com as coordenações da Atenção Básica extrapolou o âmbito técnico-administrativo: foi também um movimento estratégico, afetivo e político, voltado à criação de novos territórios de cuidado e à ampliação das possibilidades éticas do encontro entre trabalhadores, usuários e gestores.

Sob a perspectiva de Foucault (Foucault, 2006b, p. 244), este movimento também se configura como dispositivo — um arranjo heterogêneo de práticas, discursos, decisões regulamentares e experiências cotidianas. Esse dispositivo atua como uma tecnologia política que reorganiza relações de poder, desestabiliza saberes cristalizados e ressignifica o cuidado. Ao articular o dito e o não dito, o

[9] Esse encontro ficou gravado (Cuidados..., 2021).

visível e o invisível, ele se manifesta como um gesto ético-político na luta por uma saúde coletiva mais integral, inclusiva e sensível à complexidade humana.

A recepção a esse convite revelou diferentes formas de engajamento. A ampla maioria das coordenações mostrou-se sensível ao tema e reconheceu a necessidade de ampliar o olhar sobre usuários em situações de sofrimento, propondo iniciar processos de identificação e discussão de casos com suas equipes. Apenas duas coordenações expressaram resistência, alegando sobrecarga de trabalho e escassez de tempo. Essas respostas, no entanto, revelam mais do que barreiras individuais: apontam para as dificuldades crônicas da Atenção Básica, da escassez de recursos humanos, da multiplicidade de ações programáticas exigidas e da baixa cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família no município. Revelam também as diferentes concepções sobre a finalidade do trabalho em saúde e o papel da AB na produção do cuidado.

Como desdobramento dessa articulação, foi criado um grupo de comunicação eletrônica entre os trabalhadores da Atenção Básica para compartilhamento de materiais, esclarecimento de dúvidas e discussão de casos complexos. Com o tempo, esse grupo consolidou-se como uma importante ferramenta de apoio e educação permanente, tornando-se um espaço potente de matriciamento dos cuidados paliativos na AB — processo que será aprofundado no 5º Movimento desta cartografia.

3º Movimento: Diagnóstico situacional realizado pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES) da Secretaria Municipal de Saúde

Com o apoio da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (DGTES) da Secretaria Municipal de Saúde, foi realizado um diagnóstico situacional para mapear a formação dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos. Por meio de um questionário online, identificou-se que menos de 10 profissionais, dentre aproximadamente 3.000 servidores, possuíam alguma formação na área, seja em cursos básicos ou pós-graduação. Este dado alarmante evidencia uma lacuna significativa na capacitação dos trabalhadores da saúde no município.

Essa realidade local reflete um cenário global. Correia (2022), em sua revisão sistemática, analisou 16 estudos realizados em 13 países distintos e constatou que, em todos eles, os profissionais de saúde apresentavam conhecimento limitado ou

inadequado sobre Cuidados Paliativos. A revisão destacou que as principais áreas de déficit de conhecimento estavam relacionadas ao manejo da dor e de outros sintomas, bem como aos aspectos psicossociais e espirituais do cuidado. Além disso, a falta de formação específica e experiência prática foram identificadas como fatores que influenciavam negativamente o conhecimento dos profissionais na área. Os profissionais envolvidos no cuidado no fim da vida devem ser capazes de associar os conhecimentos técnicos com as realidades e as necessidades dos usuários e suas famílias nesse momento de maior vulnerabilidade. Tais questões exigem a habilidade de lidar com relações humanas complexas, muitas vezes negligenciadas na formação profissional (Ribeiro; Poles, 2019).

Diante dessa necessidade, o Grupo de Trabalho estruturou uma segunda ação: uma grande Sensibilização Municipal, com o objetivo de alinhar conhecimentos básicos sobre Cuidados Paliativos para todos os pontos da Rede de Atenção. Essa iniciativa incluiu profissionais da Atenção Básica, serviços hospitalares, serviço de atenção domiciliar, serviços de urgência e emergência e instituições de longa permanência vinculadas à gestão pública.[10] A proposta visava preencher as lacunas de conhecimento identificadas e promover integração e reconhecimento entre a rede de cuidados do município.

4º Movimento: Sensibilização Municipal

A Sensibilização Municipal em Cuidados Paliativos foi concebida como uma ação estratégica para qualificar o cuidado em rede e articular os diferentes níveis de atenção a partir da formação compartilhada entre os profissionais de saúde. Reconhecendo que os pacientes elegíveis para cuidados paliativos já fazem parte do cotidiano dos serviços, mesmo sem o devido reconhecimento ou abordagem adequada, buscou-se integrar teoria e prática na construção coletiva de saberes. Como destaca Ryan *et al*. (2014), o cuidado integral, longitudinal e ampliado exige o envolvimento articulado de diversos atores da rede, com olhares e saberes complementares.

A gestão municipal apoiou a proposta, viabilizando a estrutura dos departamentos de educação permanente em saúde para a organização logística,

[10] Matéria sobre o lançamento da Sensibilização Municipal (Albuquerque, 2022).

utilização de plataforma virtual e emissão de certificados. O público envolvido foi expressivo: 555 trabalhadores da saúde, de diferentes categorias profissionais — enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, profissionais de educação física, agentes comunitários de saúde, administrativos, entre outros. Nos questionários avaliativos, dos 315 participantes que responderam, 59,4% atribuíram nota máxima (5 de 5) à aplicabilidade dos conteúdos na prática, seguidos por 28,9% com nota 4 e 10,7% com nota 3[11] ,evidenciando forte adesão e reconhecimento da relevância da formação.

A organização do evento ficou sob responsabilidade do Grupo de Trabalho Municipal de Cuidados Paliativos, que optou por convidar palestrantes de diferentes pontos da rede local, promovendo pluralidade de experiências e saberes. Foram realizados três encontros presenciais com temas de sensibilização e fundamentos gerais aplicáveis em todas as áreas da saúde. Além disso, foram disponibilizados nove módulos online, que permitiram maior aprofundamento em temas clínicos e éticos, como controle de sintomas prevalentes, luto e diretivas antecipadas de vontade. A modalidade virtual possibilitou maior alcance, flexibilidade e interatividade entre cursistas, que puderam dialogar por meio da plataforma.

Quadro 1 - Sensibilização municipal

Presencial 1	Fundamentos e Princípios dos cuidados paliativos; Trabalho em equipe e em rede;
Presencial 2	Autocuidado; Apresentação de escalas e Elegebilidade; Dimensões do sofrimento e Plano de Cuidado; Dor e Dimensão espiritual;
Presencial 3	Conferência familiar; Comunicação; Bioética; Processo ativo de morte e Dimensão social do cuidado;
Módulos online	Via subcutânea; Controle de sintomas neuropsiquiátricos; Controle de sintomas respiratórios; Controle de sintomas do trato gastrointestinal; Cuidados com a pele; Cuidados com a boca; Aspectos nutricionais no final da vida; Diretivas Antecipadas de Vontade e Luto.

Fonte: Da autora.

[11] Matéria sobre a finalização da Sensibilização Municipal, que mobilizou mais de 500 trabalhadores do SUS (Hedler, 2022).

Esse movimento representou um marco na articulação intersetorial do município. O evento tornou-se um espaço de escuta, reconhecimento e conexão entre os diversos serviços. A sensibilização contribuiu para aproximar profissionais envolvidos com a temática e seus respectivos pontos da rede. O sucesso da iniciativa reforçou o papel do GT como articulador de ações integradas, comprometido com a construção de uma rede de cuidados paliativos fortalecida e viva.

Entretanto, a sensibilização, por mais potente que tenha sido, também revelou seus limites. Os retornos das equipes, embora positivos, evidenciaram uma distância entre os conhecimentos compartilhados e os desafios concretos enfrentados nos territórios. Ficou claro que a transmissão de conteúdos, por si só, não era suficiente para provocar mudanças estruturais nas práticas de cuidado. Era necessário avançar para uma formação mais contínua, contextualizada e implicada com o cotidiano dos serviços.

Foi a partir dessa constatação que emergiu, com força, o quinto movimento: o **matriciamento em cuidados paliativos na Atenção Básica** — pensado como um dispositivo para promover encontros, apoiar os trabalhadores em suas dificuldades reais, sustentar o processo de aprendizagem significativa e fomentar a construção coletiva de soluções. Esse novo passo ampliava o compromisso do GT com a transformação das práticas e com a consolidação de uma rede mais integrada e corresponsável.

5º Movimento: Matriciamento em Cuidados Paliativos da Atenção Básica

O matriciamento, na Atenção Básica, é um dispositivo de intervenção que se estrutura com base na noção de território, intersetorialidade e integralidade. Trata-se de um processo de apoio técnico-pedagógico que articula equipes, promove trocas de saberes e fomenta a construção coletiva de práticas de cuidado (Santos; Cunha; Cerqueira, 2020). Na proposta de implementação dos cuidados paliativos em nosso município, o matriciamento se constituiu como ferramenta essencial para transformar o conhecimento técnico em ação concreta, ajustada à realidade dos territórios. Foi operado como uma tecnologia leve e como dispositivo de produção de subjetividades e vínculos, ativando a rede em sua dimensão viva — aquela que se produz nos encontros, nos afetos e nas invenções cotidianas do trabalho em saúde.

Estabelecemos um cronograma de encontros presenciais com as equipes de Saúde da Família, propondo que cada grupo trouxesse um caso de sua área adscrita para discussão coletiva. Eram casos de usuários referenciados pelos hospitais como elegíveis para cuidados paliativos, ou que, no cotidiano da equipe, já eram reconhecidos como tal. A cada encontro, aplicamos conjuntamente instrumentos pactuados no Grupo de Trabalho, como o SPICT *(Supportive and Palliative Care Indicators Tool)* - Anexo A - para identificação da elegibilidade, e o PPS *(Palliative Performance Scale)* - Anexo B - que avalia a funcionalidade do usuário. Em seguida, elaboramos em conjunto um Plano de Cuidados, utilizando o Diagrama de Avaliação Multidimensional (DAM) - Anexo C - por ser didaticamente visível a importância de igual tamanho o cuidado físico, emocional, social-familiar e espiritual, tal qual a definição de Cuidado Paliativo, ainda que, na prática, seja difícil separar uma dimensão na outra, mas no momento de identificação de demandas o DAM se mostra um dispositivo abrangente. Além do plano de cuidado, surgiram discussões como o manejo de dor e outros sintomas, cuidados com o cuidador, respeito ao sagrado, espiritualidade, nutrição e hidratação no fim da vida e sobre a necessidade de cada trabalhador olhar para a sua própria singularidade ressignificando o que for necessário para ter mínimas condições de ofertar um cuidado integral. Esse movimento mobilizou mais de 350 trabalhadores da Atenção Básica, divididos em 17 encontros, com média de 3 UBSs por reunião, permitindo a cada equipe enriquecer seu repertório discutindo casos de outras realidades também[12]. Ao final de cada reunião, foi solicitado que todo trabalhador participante resumisse o encontro com uma palavra, expressando um sentimento do que o encontro de matriciamento trouxe para ele. As palavras mais usadas foram: GRATIDÃO, APRENDIZADO, CONHECIMENTO, CUIDADO, EMPATIA, EQUIPE e OUVIR.

A construção dessa Rede de Atenção em Saúde de Cuidado Paliativo em nosso município reflete a lógica rizomática proposta por Deleuze e Guattari (1995). Em vez de seguir um modelo hierárquico e linear, nossa iniciativa se desenvolveu por meio de conexões múltiplas e horizontais, onde saberes e práticas se entrelaçam de forma orgânica e descentralizada. Ao implementar gradualmente o Programa

[12] Notícia dos matriciamentos que começavam a acontecer da Atenção Básica do município (Arlindo, 2023).

Municipal de Cuidados Paliativos dentro do contexto do Sistema Único de Saúde, fomos capazes de articular diferentes pontos de intervenção, possibilitando que o cuidado se configure como um processo vivo e em constante transformação, adaptável às especificidades dos territórios e às necessidades dos sujeitos envolvidos.

> Redes de Atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Tem como proposta lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e onde se manifesta uma crescente demanda por ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde e por participação da sociedade civil organizada (Brasil, 2020).

Essa concepção só se realiza plenamente quando a rede deixa de ser apenas uma estrutura formal e passa a ser vivida como rede viva — produzida nos encontros entre sujeitos, nos atravessamentos dos casos, nas negociações micropolíticas do cotidiano. Foi isso que o matriciamento tornou visível e possível: uma rede que não apenas funciona, mas pulsa, se reinventa e acolhe.

A complexidade dos projetos e processos de gestão e cuidado ficou ainda mais evidente com a prática do matriciamento. Por isso, no capítulo 6 - “Ampliando Olhares”, aprofundamos a discussão na rede de cuidados paliativos, refletindo sobre a pactuação e a corresponsabilidade entre os diferentes pontos de atenção.

6º Movimento: Comunicação dos hospitais com a Atenção Básica

Até aqui falamos da sensibilização municipal e do matriciamento da Atenção Básica. O grupo de comunicação eletrônica para orientar o matriciamento em Cuidado Paliativo na AB foi ampliado após o início do matriciamento, para facilitar a comunicação, trocar experiências, encaminhar informações e esclarecer dúvidas das equipes. Além disso, como uma importante ferramenta de comunicação, foi criado um e-mail específico para receber os casos vindos dos hospitais de usuários elegíveis para cuidados paliativos. Inicialmente, dois serviços hospitalares secundários e públicos foram vinculados ao programa municipal, que já existiam antes do GT. Ao longo do processo, o hospital universitário terciário participante se

organizou com equipe de cuidado paliativo e também passou a fazer parte da rede. A formação dessa equipe não foi objeto direto de estudo desta cartografia, mas é importante destacar a importância desse acontecimento. Esse hospital universitário é ligado à universidade pública, e, desde os anos 2000, vem plantando a semente do cuidado paliativo para muitos estudantes, primordialmente pelo departamento de enfermagem (Universidade Estadual de Londrina, 2024). Desde essa época, muitas foram as tentativas de criar uma equipe específica de cuidado paliativo e proporcionalmente muitas foram as dificuldades encontradas: entendimento das gestões, formação de equipe multiprofissional, priorização deste cuidado, modelo biomédico, falta de profissionais especializados na área, entre outras tantas coisas. Fato é que essa conquista aconteceu em meio a todos esses movimentos municipais em prol dos cuidados paliativos, e isso merece destaque e comemorações, pois tem um valor histórico enorme.

No Grupo de Trabalho foram pactuados os instrumentos para que todos os serviços trabalhassem com a mesma “linguagem”. Devido a demanda interna destes serviços, como prioridade definiu-se como elegíveis aqueles com SPICT positivo em dois ou mais itens e PPS menor ou igual a 40. Também foi elaborada e emitida uma carteira de identificação que são acompanhados por equipes de Cuidados Paliativos, a qual, em caso de intercorrências clínicas, orienta o fluxo de encaminhamento do SAMU para o mesmo hospital, visando continuidade do cuidado, estabelecimento de vínculo com a equipe, suporte continuado para a família e otimização do fluxo. E estes serviços fazem a contra referência de alta para a AB ou SAD por carta de encaminhamento e e-mail específico, bem como os óbitos são comunicados à UBS da área de abrangência, para verificar a equipe dar suporte ao luto aos entes que ficaram. O município também já possuía um serviço de referência em oncologia, com uma unidade de internação exclusiva e especializada em CP, com oferta de atendimento ambulatorial e domiciliar, específico para os casos com câncer, que ainda não está diretamente integrado na Rede Municipal de Cuidados Paliativos.

A partir desse movimento, nossa rede de cuidados paliativos permite que a comunicação, a interação entre equipes e os fluxos de comunicação se interconectem de maneira horizontal e múltipla. Nos encontros mensais do grupo, aproveitamos para discutir casos e situações específicas, possibilidades de cada serviço no acompanhamento longitudinal daquela pessoa e sua família. *“É possível dar seguimento aos curativos em casa na Atenção Básica? Caso precise internar*

novamente, o Hospital consegue acolher essa demanda? Tendo condições de alta hospitalar, nas primeiras semanas, o Serviço de Atenção Domiciliar consegue fazer a transição de cuidados para a Atenção Básica?" Questões como essas permeiavam o grupo. Cada vínculo estabelecido, seja por meio do e-mail específico ou por essa troca de experiências e informações, funciona como um dispositivo que contribui para a construção de uma rede viva de cuidado. Dessa forma, a referência e a contrarreferência não são apenas uma tecnologia dura, mas um campo de resistência e transformação, de desterritorialização e reterritorialização, que, ao integrar saberes e práticas, amplia a capacidade de responder às necessidades dos usuários de forma integral e inovadora.

7º Movimento: Oficinas para o Serviço de Atenção Domiciliar

Fortalecer a rede de atenção à saúde é condição essencial para a efetivação dos cuidados paliativos, e a Atenção Domiciliar ocupa lugar estratégico nesse processo. Estima-se que de 1 a 2% da população geral necessite de cuidados paliativos (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020), e o perfil dos usuários acompanhados pelo SAD frequentemente coincide com os critérios de elegibilidade de cuidados paliativos: doenças oncológicas metastáticas, demências, doenças neurodegenerativas, insuficiências cardíaca, pulmonar, renal e hepática, entre outras condições clínicas complexas, inclusive pediátricas.

Diante disso, foi proposto um ciclo de oficinas teórico-práticas voltadas às três equipes multiprofissionais do Serviço de Atenção Domiciliar do município. As atividades buscaram qualificar o cuidado ofertado no domicílio, abordando os fundamentos dos cuidados paliativos, o manejo de sintomas complexos e os cuidados de final de vida. Um dos principais focos foi a discussão sobre o óbito no domicílio, a partir das quatro dimensões do sofrimento humano: física (sinais de finitude, controle de sintomas, sedação paliativa), social (providências a serem tomadas para o óbito domiciliar, dúvidas que os familiares podem apresentar, tarefas a serem cumpridas), espiritual (acesso ao sagrado e ao sentido de vida), e emocional (luto antecipatório e acolhimento).

Essas oficinas, no entanto, enfrentaram obstáculos significativos. Apesar da relevância da temática e da crescente presença de usuários elegíveis ao cuidado paliativo no SAD, não houve, por parte da coordenação e da gestão municipal, uma

intencionalidade clara de fortalecer esse cuidado como diretriz estratégica. O Serviço de Atenção Domiciliar, assim como a Atenção Básica, encontra-se fragilizado: sem equipes completas para todas as regiões da cidade, sem cobertura de 24 horas, e sobrecarregado com uma população muito maior do que a preconizada. Esse cenário compromete a capacidade de resposta do serviço, que opera com limitações estruturais importantes. A participação nas oficinas ficou restrita a encontros pontuais, realizados exclusivamente no espaço físico do serviço, com horários definidos e pouca flexibilidade, sem integração efetiva às ações de matriciamento da Atenção Básica — o que teria ampliado o diálogo em rede e possibilitado a construção compartilhada de planos terapêuticos entre os diferentes pontos de atenção.

A ausência de um investimento mais robusto, como a expansão do serviço para funcionamento 24 horas, a ampliação do rol de medicações para controle de sintomas ou a organização de uma retaguarda efetiva para situações de urgência, revela a falta de prioridade da gestão em consolidar o SAD como componente estruturante da rede de cuidados paliativos. Essa negligência institucional compromete a continuidade do cuidado e impõe um fardo desproporcional às famílias, principalmente nos finais de semana e feriados, quando os serviços não funcionam.

Ainda assim, mesmo diante das limitações, os encontros realizados se mostraram potentes. Como em um rizoma, as oficinas foram espaços de criação, tensionamento e produção coletiva. Trabalhadores trouxeram suas experiências e inquietações, e, muitas vezes, emergiram conflitos e contradições — como no caso de profissionais que, ao discutirem a dimensão espiritual do cuidado, tentaram impor suas crenças pessoais, reduzindo a abordagem ao campo religioso. Isso exigiu mediação e resgate dos princípios fundamentais dos cuidados paliativos, que reconhecem o sagrado a partir da perspectiva do usuário e da família, respeitando diferentes formas de vivenciar a espiritualidade.

Inspirados na concepção de rede viva, compreendemos que esses espaços formativos, ainda que restritos, permitiram a emergência de saberes e afetos que escapam à lógica do instituído. Quando trabalhadores compartilham seus dilemas, reelaboram seus sentidos sobre a morte e produzem, juntos, novos modos de cuidar, estamos diante de agires militantes que resistem à captura dos dispositivos de controle e criam brechas para um cuidado mais sensível, humano e

transformador.

A experiência com o SAD revelou, de maneira contundente, como as relações de poder moldam e limitam as possibilidades de transformação no interior das políticas públicas. Como nos traz Foucault (1979a), o poder se exerce sobretudo na produção de normas e nos modos de governar os corpos e os saberes. Ao não priorizar a construção de uma rede efetiva e articulada de cuidados paliativos, a gestão acaba por manter práticas fragmentadas. Foi preciso, portanto, seguir insistindo, mesmo sem garantias: resistir às inércias institucionais e afirmar, cotidianamente, a possibilidade de uma rede que cuide de fato — ainda que em brechas, ainda que em ato.

8º Movimento: Aproximação com a Urgência e Emergência

Reconhecendo os serviços de urgência e emergência como pontos estratégicos da rede de atenção, buscamos intencionalmente promover a aproximação com esses serviços. Essa aproximação envolveu a participação de 117 profissionais — entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e condutores de ambulância — pertencentes às duas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município, Prontos Atendimentos Adulto e Infantil, Central de Regulação e equipes do SAMU.

Essa iniciativa teve como objetivo ampliar a sensibilização iniciada no **4º Movimento**, aprofundando a discussão sobre cuidados paliativos na urgência e emergência, por meio da análise de casos clínicos, reflexões éticas e reconhecimento das possibilidades reais de cuidado que esses serviços possuem. Buscamos evidenciar que o alívio do sofrimento, o controle de sintomas e o respeito à dignidade do usuário são essenciais em todos os pontos da rede de atenção.

Durante os encontros, a escuta dos trabalhadores revelou importantes tensões: “A Atenção Básica não resolve nada, só fica querendo encaminhar” ou “Nosso papel é salvar quem está morrendo, e não deixar a pessoa morrer” — frases que remetem a uma concepção ainda biomédica e intervencionista sobre o cuidado. Essas falas são expressões de práticas fragmentadas e de uma formação tecnicista que, muitas vezes, ignora o sofrimento humano em sua totalidade, especialmente diante da finitude.

Nesse cenário, a Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como

potente dispositivo de transformação, ao permitir que os encontros entre os diferentes serviços sejam mais que informativos — tornem-se espaços de análise, problematização e reinvenção das práticas (Brasil, 2009; Merhy; Feuerwerker, 2009). A EPS tem a potência de abrir frestas nos discursos cristalizados, favorecendo o reconhecimento do outro como parte de uma rede viva, e não como um setor isolado que disputa protagonismos ou responsabilidades. O campo da urgência e emergência, muitas vezes tensionado pela pressão do tempo e da técnica, precisa ser convidado a refletir sobre o cuidado para além da cura e da reanimação — incluindo a escuta, a decisão compartilhada e o acolhimento da morte como possibilidade. Ao buscar essa aproximação, também nos deparamos com limites concretos: os diferentes serviços, embora sob uma mesma gestão municipal, operam com lógicas distintas, agendas próprias e pouca articulação entre si. A ausência de diretrizes claras sobre a atuação em cuidados paliativos nos contextos agudos agrava essa desconexão, gerando sobreposição de condutas, falhas na continuidade do cuidado e sentimentos de impotência entre os profissionais. A proposta de uma rede viva desafia esse modelo fragmentado. Pressupõe conexões horizontais, múltiplas entradas e saídas, vínculos que não dependem de hierarquias, mas de afetos e potências. Pensar como nós que se entrelaçam e se afetam mutuamente na construção de um cuidado compartilhado. A Atenção Básica, o SAMU, as UPAs, os hospitais e o SAD não são instâncias separadas, mas partes de um mesmo corpo, que só pode funcionar integralmente quando há comunicação, confiança e corresponsabilidade.

Assim, o matriciamento em cuidados paliativos e os espaços de educação permanente configuram-se como estratégias ético-políticas potentes para fomentar uma rede viva, sustentada por encontros, vínculos e práticas compartilhadas. Ao promover a escuta, a reflexão crítica e a construção coletiva do cuidado, essas ações contribuem para romper com discursos que ainda opõem salvar e cuidar, encaminhar e resolver. Reconhecem, portanto, o cuidado como uma prática essencialmente relacional e coletiva — atravessada por saberes, afetos e compromissos que se produzem no cotidiano.

9º Movimento: Matriciamentos com equipes multiprofissionais e de saúde bucal

A abordagem multiprofissional é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados paliativos na Atenção Básica, pois permite uma escuta ampliada e a construção de planos terapêuticos mais integrais e centrados na singularidade dos sujeitos. Com esse intuito, os mesmos matriciamentos realizados com as Equipes de Saúde da Família (5º Movimento) foram estendidos às equipes multiprofissionais (eMulti) e de saúde bucal, buscando favorecer a elaboração conjunta de planos de cuidado, fortalecer o suporte técnico entre as categorias e aprofundar a compreensão dos desafios próprios de cada área.

No entanto, algumas limitações estruturais impactaram a efetividade desses encontros. As equipes eMulti no município ainda são escassas e geralmente divididas entre três a cinco Unidades Básicas de Saúde, o que inviabilizou a participação simultânea com suas respectivas ESFs durante os matriciamentos territoriais. Na prática, isso comprometeu a potência da discussão dos casos, justamente porque a presença da equipe multiprofissional é essencial na construção de planos de cuidado mais abrangentes, que articulem dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. Apesar disso, alguns profissionais conseguiram participar de forma pontual e reafirmaram, em suas falas, o quanto a articulação coletiva favorece a qualificação do cuidado.

Diante da impossibilidade de participação plena, optamos por organizar encontros exclusivos com as equipes multiprofissionais e de saúde bucal, garantindo que todos os trabalhadores da Atenção Básica tivessem a oportunidade de se envolver mais profundamente com o tema dos cuidados paliativos, para além das ações de sensibilização. Nesses encontros, emergiram discussões ricas e potentes. Profissionais da farmácia debateram estratégias para ampliação do acesso a medicamentos para o controle de sintomas, destacando as dificuldades na disponibilização de opioides e a importância da gestão equitativa dos insumos nas unidades. Nutricionistas apontaram lacunas no protocolo de fornecimento de dietas para usuários em cuidados paliativos, os desafios da alimentação com o avançar das doenças, além de questões práticas como os casos de alta hospitalar às sextas-feiras a tarde, onde a família vai encontrar dificuldade para conseguir dieta enteral, por exemplo. Psicólogos trouxeram à tona os desafios enfrentados pela rede de saúde mental e propuseram ações de apoio matricial voltadas ao luto, à comunicação de notícias difíceis e ao acolhimento das famílias.

Ainda que marcados por fragilidades como a dispersão das equipes, a

sobrecarga de trabalho e a fragmentação institucional, os encontros de matriciamento se constituíram como dispositivos potentes de Educação Permanente em Saúde, capazes de produzir deslocamentos nas práticas. Esses espaços se expandiram, criando conexões improváveis entre saberes e sujeitos, e tensionando os modos instituídos de organizar o cuidado. Ao mesmo tempo em que promoveram o compartilhamento técnico, também abriram espaço para a escuta sensível, para o acolhimento das dores dos trabalhadores e para a valorização das dimensões subjetivas que atravessam o cotidiano do cuidado.

Assim, os matriciamentos com as equipes multiprofissionais e de saúde bucal revelaram-se experiências de resistência e invenção. Mesmo diante das restrições impostas pelas políticas de gestão e pela escassez de recursos, os trabalhadores mobilizaram desejo, criatividade e compromisso ético para reinventar o cuidado. E, nesse processo, reafirmaram que a construção de uma rede viva e afetiva de cuidados paliativos só é possível quando todos os pontos da rede — e todos os sujeitos — são reconhecidos como fundamentais.

10º Movimento: Aprovação do Projeto de Lei Municipal

A aprovação da Lei Municipal nº 13.567, em 17 de abril de 2023, que institui o Programa Municipal de Cuidados Paliativos de Londrina, representou um marco simbólico e político importante na consolidação dessa política pública. A elaboração do projeto de lei foi resultado de um processo coletivo, protagonizado pelo Grupo de Trabalho Municipal de Cuidados Paliativos, em articulação com atores históricos da pauta na cidade e em cooperação com a gestão pública. O texto legal buscou estabelecer diretrizes claras para a organização da atenção paliativa no município, garantindo a ampliação progressiva do acesso, a qualificação da assistência, o fortalecimento da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e o compromisso com a formação contínua dos profissionais da saúde (Londrina, 2023).

No entanto, sabemos que leis, por si só, não garantem transformações concretas. Muitas vezes, marcos legais tornam-se apenas registros burocráticos que não reverberam na prática cotidiana dos serviços. Sem a potência do trabalho coletivo que antecedeu a aprovação da lei — e sem sua contínua reinvenção nos serviços — essa conquista correria o risco de não sair do papel. Os movimentos anteriores apresentados nesta cartografia demonstram que a criação legal do

Programa foi apenas um dos desdobramentos de um processo micropolítico já em curso, tecido no encontro entre trabalhadores, gestores, usuários e coletivos implicados com a defesa da vida até o fim.

A aprovação da lei, portanto, não foi encarada como um ponto de chegada, e sim como uma abertura institucional para seguir ampliando espaços de cuidado e escuta na rede. Para que essa política pública se efetive, é necessário garantir o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde como um todo, com articulação entre níveis, pactuação de fluxos, investimento em formação e sustentação de dispositivos de Educação Permanente. É no cotidiano dos serviços, nos encontros singulares com cada sujeito, que o Programa Municipal de Cuidados Paliativos precisa ganhar vida. E isso só será possível com a manutenção da mobilização que o antecedeu.

6 AMPLIANDO OLHARES

> Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até dia de sua morte (Saunders, 2004, p. 9).

Nesta ramificação da pesquisa, vamos colocar em análise os momentos de matriciamento com as equipes de Atenção Básica, o 5º movimento. Foi um espaço potente de troca de saberes, construção de cuidado, tomada de perspectiva do outro e também de muitos questionamentos.

O convite para o matriciamento era endereçado a três UBSs diferentes. Cada equipe deveria trazer um caso clínico para ser discutido - a escolha poderia ser de qualquer usuário elegível a cuidado paliativo ou que houvesse dúvida sobre o enquadramento em tais critérios e uma outra possibilidade foi escolher algum usuário que recebeu alta de um dos serviços de internação existentes no município, com enfermaria específica para pacientes em cuidados paliativos. No convite, foi sugerida uma equipe mínima para participação, composta por agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Houve também participação da equipe multidisciplinar e da equipe de saúde bucal quando possível.

> Apoios, matriciamentos de gestão e de atenção, núcleos territoriais, espaços para reflexão sobre as experiências vividas em todos esses arranjos [...] Todos esses são dispositivos de uma gestão que toma a educação permanente em saúde (ou a produção de conversas e reflexões coletivas sobre o cotidiano) como estratégia de gestão! (Merhy; Feuerwerker, 2009, p. 3).

A compreensão do matriciamento como dispositivo de gestão e de cuidado, tal como formulado por Merhy e Feuerwerker (2009), se constitui como espaço de produção de sentido no cotidiano do trabalho, promovendo análise compartilhada das práticas e reorganização dos modos de cuidar. Ao reconhecer a educação permanente como estratégia de gestão, os encontros de matriciamento se tornaram, em nossa experiência, dispositivos que mobilizam afetos, saberes e potências presentes nas equipes. O cuidado passa a ser um campo coletivo de invenção, onde se compartilha o peso do sofrimento, mas também a possibilidade de reinvenção dos modos de fazer saúde na Atenção Básica. Nesse processo, cada encontro foi uma

oportunidade de compartilhar as práticas instituídas e criar novas territorialidades de cuidado, mais conectadas à realidade dos usuários e às singularidades de cada território.

Durante esse recorte de tempo, foram realizadas atividades que incluíram participantes de todas as UBSs da cidade, tanto as localizadas em zona urbana quanto as da zona rural (54 no total), com participação de mais de 350 trabalhadores. A equipe matricial era composta por médica e enfermeira paliativistas, além de residentes de Medicina de Família e Comunidade, coordenadora da residência de Medicina de Família e Comunidade e enfermeira ligada à gestão responsável pela pasta de Saúde do Idoso.

No início de cada encontro todos se apresentavam, falavam um pouco de suas expectativas, contextualizamos sobre o Programa Municipal de Cuidados Paliativos e começamos aplicando as três ferramentas escolhidas para cada caso clínico trazido: SPICT, PPS e DAM.

A ferramenta SPICT (Anexo A) apresenta indicadores gerais de piora da saúde e indicadores clínicos específicos de diversas condições avançadas de saúde a fim de identificar as necessidades do paciente e permitir tomada de decisão compartilhada e de planejamento de cuidados. A presença de duas condições de declínio geral associadas se traduz em risco aumentado para óbito dentro de 12 meses. Permite o reconhecimento dos pacientes elegíveis tanto em atenção primária, como em instituições de longa permanência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares (D'Alessandro *et al*., 2023).

Para avaliação de funcionalidade, foi pactuada a escala Palliative Performance Scale (PPS), também traduzida e validada em língua portuguesa para o Brasil (Anexo B). A escala avalia o estado funcional do paciente através de itens como deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingesta alimentar e nível de consciência, que variam de 0% a 100%, com incrementos de 10 em 10%, aplicados a partir da coluna da esquerda.

Já para elaboração de plano de cuidado, foi estabelecida a utilização do diagrama de avaliação multidimensional (DAM - Anexo C). Tal instrumento foi criado em 2008 a fim de sistematizar o raciocínio *da equipe* e permitir melhor aprendizado e ensino em cuidado paliativo. A ferramenta permite avaliação da pessoa em suas dimensões física, familiar/social, psíquica e espiritual. É dividido em quatro quadrantes, com as características do paciente ao centro em cada domínio, com a

esfera seguinte contendo os sofrimentos presentes e a esfera a seguir contém as atitudes que devem ser tomadas diante do que foi identificado como sofrimento, que pode ser proveniente do paciente, de seus familiares e da equipe de saúde que o assiste (Saporetti *apud* Matsumoto, 2012, p. 42-44).

O primeiro fato marcante foi que as equipes da ESF já conheciam os usuários elegíveis e os assistiam de maneira longitudinal. Apesar de estarmos ali para conversar sobre um "novo" tipo de cuidado, essas pessoas não eram desconhecidas em seus territórios. A grande maioria tinha um **grande** vínculo entre equipe da saúde e equipe da família do usuário, que por sua vez, também eram cuidados pela Atenção Básica. Isso foi visto com certo alívio, pois era, inicialmente, um grande medo de alguns trabalhadores que esses matriciamentos representassem uma nova demanda para a equipe. Falas como *"Tudo sobra para UBS!"* ou *"Lá vem mais serviço!"* foram comuns no início dos encontros. Esse sentimento foi aliviado ao longo do encontro quando entendiam que não se tratavam de *novos* usuários e sim de um *novo olhar* a eles, com novas ferramentas que possibilitam qualidade de vida e satisfação no trabalho.

Merece destaque as várias **ideias do significado de cuidado paliativo** que cada indivíduo trouxe para o encontro, independente da formação inicial em saúde. Foram comuns os questionamentos: *"Por que o paciente está em cuidado paliativo se está estável?"*; *"Em nossa UBS não tem ninguém em cuidado paliativo"* e até *"Impossível ele estar em cuidados paliativos, ele tá melhor que eu!".* Quando questionados, respondiam que esperavam *"pessoas morrendo, nos finalmente"* ou ainda *"alguém com câncer muito avançado, que já não tem mais o que fazer".* Foi possível perceber que não há, na formação em saúde, espaço para discussão efetiva do que é e de como fazer cuidado paliativo nos diversos pontos de atenção. A equipe matricial, ao conceituar o cuidado paliativo como aquele dedicado às pessoas com condições potencialmente ameaçadoras da vida e indicar que o início de seu acompanhamento deve ser precoce, logo no diagnóstico, com foco na comunicação e no controle de sintomas, a percepção dos participantes melhorava, com falas: *"então estamos falando sobre um conceito ampliado, não é só pra quem está morrendo!"* e também *"se for assim, quase todos os nossos pacientes do PSF*

precisam desse plano de cuidado também!"[13] Falas que destacam a importância do cuidado paliativo na Atenção Básica, com vínculo, perto das famílias, com longitudinalidade, de início precoce, acessível e **possível**.

Em relação aos sintomas, tido como uma necessidade de controle impecável nos cuidados paliativos, as equipes tinham muitos questionamentos, em especial relacionados ao controle da dor. Relatos como: *"Não posso liberar tudo isso de dipirona para um paciente só!"*, diante da discussão da importância da analgesia de horário para controle da dor, nos mostra que **todo mundo faz gestão,** agindo e atuando profissionalmente da forma que acredita ser o correto. O espaço de discussão torna-se essencial para repensar práticas e reavaliar abordagens. A micropolítica do trabalho impacta diretamente na produção de cuidados de cada trabalhador.

> Pode-se imaginar o que quiser para se pensar onde é que está o estado e seus arranjos que o operam, como são construídas e efetivamente produzidas as formulações e implementações das políticas. Pode-se imaginar que o estado existe e também não existe. Que ele é em si multidão. Que é em si instituído e vazado. Que a micropolítica do trabalho vivo em ato dos coletivos vai produzindo mutações incontáveis no seu existir (Merhy, 2012c, p. 278).

Nesse sentido, como apontam Franco e Merhy (2021), é na prática cotidiana, no encontro entre trabalhadores e usuários, que o estado se manifesta como processo e como aposta. O estado não é apenas uma estrutura formal e abstrata, mas se realiza e se reinventa nas decisões micropolíticas que atravessam o trabalho vivo em ato, nos modos de cuidar, de escutar e de resistir ao instituído. Os sujeitos implicados na produção do cuidado tornam-se também produtores de política, disputando sentidos e reorganizando os arranjos institucionais de acordo com os fluxos e demandas da vida real. Dessa forma, os coletivos de saúde assumem um papel estratégico na construção do que Merhy denomina de "estado em ato", onde a política pública não é apenas implementada, mas *produzida* a partir da experiência e da invenção cotidiana dos que a operam.

As formas de cuidar, o fato de todos fazerem gestão o tempo todo e construírem esse estado que em si é multidão, nos faz pensar que essa construção

[13] Muitos trabalhadores ainda trazem a ideia que "paciente PSF" são aqueles acamados e portanto em cuidado domiciliar exclusivo pela Atenção Básica.

de saúde só é possível dentro da democracia e da liberdade. Regimes que não permitam a expressão e a autonomia das pessoas não possibilitam esses arranjos. E espaços para refletir e discutir o vivido na prática — como os encontros de matriciamento — são dispositivos que permitem essa expressão da reflexão e da liberdade. A Educação Permanente em Saúde, nessa perspectiva, emerge como uma estratégia de gestão e transformação dos modos de produzir cuidado.

> Liberdade para encontrar-se com o outro. Liberdade para ouvir, entender o contexto, a singularidade, as razões, os medos, as questões. [...] Encontros produtivos são encontros em que há conversa, escuta, troca – mesmo quando há projetos diferentes! Porque mesmo quando há conversa e novos acordos, muitas vezes continua a haver diferença de projetos! E certamente continuará havendo diferentes modos de operar (Merhy; Feuerwerker, 2009, p. 2).

Nesse sentido, Merhy (1997) aponta a EPS como uma ferramenta potente para a construção de projetos de saúde que considerem a singularidade, a liberdade e os encontros como elementos centrais. A EPS permite que os diferentes sujeitos que habitam o trabalho em saúde — gestores, trabalhadores, usuários — negociem coletivamente seus projetos, criando zonas de produção de sentido, pactos e arranjos mais afinados às realidades locais e às necessidades singulares dos territórios. Ela propõe a superação das práticas educativas verticalizadas e prescritivas, apostando na produção coletiva do conhecimento, baseada na experiência e na escuta do cotidiano do trabalho vivo. A educação permanente não se dá para o trabalho, mas **no** e **com** o trabalho. (Feuerwerker; Merhy, 2014) Ela valoriza o saber-fazer dos trabalhadores, reconhecendo a potência dos conhecimentos produzidos no cotidiano, ainda que muitas vezes não sistematizados, não escritos, quase invisíveis — mas fundamentais para a reinvenção das práticas de cuidado.

Assim, os encontros de matriciamento e as rodas de conversa promovidas ao longo desta cartografia foram expressões vivas dessa proposta. A Educação Permanente, nesses contextos, não operou como um instrumento de transmissão de conteúdo, mas como prática ético-política e espaço de invenção, em que a subjetividade dos trabalhadores, do território e dos projetos de cuidado puderam se entrelaçar. Tornou-se, portanto, um vetor de resistência e de produção de liberdade, reafirmando o cuidado como relação, criação e aposta na potência da vida. Nesse

horizonte, temos a ampliação da concepção da EPS, ao defendê-la como um processo de descentralização e disseminação da capacidade pedagógica nos serviços e coletivos de saúde, deslocando-a da lógica restrita à formação profissional para compreendê-la como um componente estruturante das próprias práticas de gestão e cuidado. Ceccim (2005) traz a necessidade da EPS ser integrada ao cotidiano dos serviços, constituindo-se como um espaço de reflexão sobre o fazer em saúde e impulsionando transformações tanto nos modos de trabalhar quanto nas formas de produzir cuidado. Assim, promove a constituição de sujeitos coletivos, capazes de reinventar seus processos de trabalho e construir respostas mais criativas e singulares às necessidades dos territórios.

O **vínculo** surgiu como pauta primordial em diversos momentos, muito evidente na atuação dos agentes comunitários de saúde, os quais apresentaram conhecimento da situação física, social, familiar e espiritual dos pacientes, permitindo melhor manejo da **dor total**. Foi trazido o seguinte questionamento por um profissional ACS: "*Nós vamos poder, na atenção básica, identificar quem está em cuidado paliativo? E vamos poder falar para o SAMU levar para os hospitais que tem esse serviço? Ufa! Isso é muito bom!*", o que evidencia a vinculação com os usuários do território e com as famílias que os acompanham, demonstrando, para além do saber técnico duro que suas atribuições trazem, a implicação com o **cuidado** do outro.

> Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde (Merhy, 1998, p. 2).

O que Merhy (1998) aponta como busca por confiança e compromisso no cuidado revela-se, na prática cotidiana da Atenção Básica, como um dos pilares do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Esses profissionais, ao estabelecerem vínculos profundos com as famílias, tornam-se figuras de referência e sustentação emocional para os usuários. No entanto, essa intensa proximidade também expõe os trabalhadores a vivências de sofrimento que ultrapassam o campo técnico e penetram o plano da subjetividade. O que emerge, então, é a necessidade de reconhecer que o cuidado em saúde é atravessado por afetos, implicações e limites pessoais — e que espaços como o matriciamento são fundamentais para acolher,

elaborar e compartilhar esses atravessamentos. É nesse contexto que o vínculo, ao mesmo tempo que sustenta o cuidado, pode também tornar-se fonte de desgaste, exigindo estratégias coletivas de suporte e reflexão para que a potência do trabalho em equipe não se perca no peso da sobrecarga emocional. Como exemplo, uma agente comunitária de saúde nos trouxe "*Eu não consigo mais ir visitar a filha, é muito descaso com a mãe, preciso pedir pra outro colega ACS fazer as visitas lá, já tá me fazendo mal essa situação*". Essa identificação de **contratransferência**[14] e a possibilidade de c**ompartilhar o cuidado** com outra ACS para continuar assistindo essa família são pontos que merecem espaço de compartilhamento e análise, e esse matriciamento possibilitou essa reflexão.

Esse sofrimento que o trabalhador vive pode ser atenuado na produção de coletivos, quando ele ganha espaço para compartilhar, sente-se ouvido e acolhido. Quando ele pode escutar a dificuldade do outro e colocar-se, sente-se parte de algo maior, mais valorizado e cuidado, podendo assim, ofertar também mais cuidado para os próprios usuários.

A produção de coletivos revela-se como uma prática que fortalece a rede de cuidado e atua como um mecanismo de resistência ao isolamento e à sobrecarga emocional dos trabalhadores, e vai muito além do discurso individualista do autocuidado (Merhy *et al*., 2016). Os encontros e as rodas de conversa transformam as experiências individuais em saberes coletivos, permitindo que os trabalhadores partilhem suas vivências e se posicionem diante dos desafios cotidianos. Esse processo de compartilhamento e análise conjunta torna-se um espaço privilegiado para a identificação de contratransferências e para o desenvolvimento de estratégias de suporte mútuo, contribuindo para a transformação do sofrimento em um ponto de partida para a construção de novas formas de cuidado.

A produção de redes vivas (Mehry *et al.*, 2016) também foi foco de análise. "*Nossa coordenadora sabe da importância das reuniões de rede,*[15] *se não fosse isso, não conseguiríamos cuidar de tantos casos complexos da nossa área, porque a saúde é só uma parte, os problemas sociais são bem mais pesados*". Fala trazida

[14] Contratransferência: é definida como um fenômeno relacional da clínica analítica, pois surge "como resultado da influência do paciente" e, portanto, está intimamente vinculada à transferência, aspecto central do método analítico. Engloba as *reações emocionais inconscientes do analista frente às investidas afetivas do paciente*. (Zambelli *et al*., 2013)

[15] Reuniões de rede são reuniões que integram a Saúde, a Assistência Social e a Educação em prol dos usuários, discutindo casos e estratégias de integração com o objetivo de melhorar a assistência prestada.

também por uma agente comunitária de saúde, demonstrando preocupação com outras dimensões do sofrimento que não apenas a física, e trazendo a rede e a equipe como dispositivos importantes de produção do cuidado.

Uma rede viva de cuidado a partir da interação entre serviços: saúde, educação e assistência tem a potência de ressignificar o cuidado segundo relato da agente comunitária de saúde. O que em um primeiro momento traz tantas paixões tristes - como o abandono, a escassez, a falta de renda e a vulnerabilidade - depois de compartilhado, se transforma em potência de vida tanto para o usuário quanto para os trabalhadores de saúde do território diretamente ligados ao caso (Pelbart, 2008a).

O matriciamento enquanto um dispositivo que faz a EPS acontecer em ato, permitindo a discussão em pequenos grupos, possibilitando espaços de fala e participação de todas as trabalhadoras e trabalhadores envolvidos no cuidado (equipes completas) foi assertivo, como pode ser percebido através de conversa entre uma das equipes: "*Médica: 'ele não tem depressão não'. Técnica de enfermagem: 'Mas doutora, toda vez que a gente vai lá ele tá chorando, qualquer coisa que a gente pergunta ele já chora*". A **discussão em equipe** com diversas vistas do ponto permite uma compreensão do real e facilita a construção de um plano de cuidado, e é o espaço da multiplicidade em ação.

> Os dispositivos são interessantes se puderem impactar o modo como é cotidianamente produzido o cuidado em saúde junto aos usuários de um estabelecimento, almejando resultados naquilo que já tomamos como pressupostos de uma proposta usuária-centrada, impactando os modos de: ACOLHER, RESPONSABILIZAR, RESOLVER, AUTONOMIZAR (Merhy, 1998, p. 5, grifo do autor).

Essa concepção de dispositivo como catalisador de mudanças na produção cotidiana do cuidado nos convida a compreender o matriciamento como um campo micropolítico pulsante, onde emergem múltiplos projetos em disputa. Ao garantir espaços de escuta, expressão e diálogo entre todos os profissionais envolvidos no cuidado, o matriciamento torna-se um dispositivo potente para a explicitação de tensões, afetos e visões diversas que atravessam o trabalho em saúde. Nesses encontros, a complexidade do cuidado se revela como processo relacional, coletivo e ético, sustentado pelos atravessamentos que ocorrem entre os sujeitos. Reconhecer a coexistência de projetos — por vezes implícitos, fragmentados ou

silenciosos — é condição indispensável para a construção de redes vivas e sustentáveis. Ignorar essa dimensão é repetir lógicas autoritárias, centralizadoras e, muitas vezes, excludentes, que enfraquecem a potência do comum. Quando não se leva em conta os projetos em disputa e os modos singulares de cada trabalhador gerir o cuidado no encontro com o outro, compromete-se a possibilidade de uma rede viva. Por isso, os espaços de matriciamento são necessários por promover a escuta, a negociação horizontal e o reconhecimento da pluralidade de experiências. Apostar apenas em um único saber ou modelo de fazer é limitar a potência criadora dos sujeitos. É preciso cultivar liberdade, acolher a diversidade e sustentar o pensamento coletivo como prática cotidiana da saúde.

7 RAMIFICAÇÕES RIZOMÁTICAS

O desejo foi o motor da produção dessa rede de cuidados paliativos. Essa cartografia realizada é, antes de tudo, expressão de um desejo político e ético: o desejo de que o cuidado paliativo se efetive como direito, o desejo de construir coletivamente uma rede viva, e o desejo de que o cuidado total — como conceito e como prática — se torne realidade para todos os usuários que enfrentam o sofrimento e a finitude. Esse desejo atravessou o corpo, a prática, os encontros e as narrativas aqui mapeadas, fazendo pulsar cada movimento desta cartografia.

O que se fez aqui foi mapear a micropolítica do cuidado e do trabalho em saúde, compreendendo que os modos de cuidar não se reduzem a protocolos ou normativas, mas são atravessados por relações, afetos, tensões e negociações cotidianas. A construção dessa rede de cuidados paliativos exigiu desvendar os fluxos invisíveis que sustentam ou bloqueiam as práticas, reconhecer os projetos em disputa e apostar na potência dos encontros para produzir deslocamentos. Essa cartografia permitiu evidenciar o cuidado total como conceito-ferramenta que articula a dimensão clínica, ética e política do trabalho em saúde. O cuidado total é essa aposta radical na dignidade e na potência da vida até o fim, incorporando a subjetividade, os vínculos, o território e a história de cada usuário e de cada equipe de saúde. Este conceito atravessa a micropolítica do cuidado e se conecta à ideia de rede viva, onde práticas, sujeitos e territórios se entrelaçam em múltiplas conexões, tal qual um rizoma.

Nessa construção e fertilização do rizoma, foram realizadas ações de sensibilização com a comunidade, para abrir a discussão sobre cuidado paliativo e promover o envolvimento social. Como membros do Grupo de Trabalho (GT) Municipal de Cuidados paliativos elaboramos e distribuímos um folder explicativo ao público geral (Anexo D), participamos em programas de rádio[16] e na televisão[17].

O GT identificou uma organização social que atua na área da saúde[18], o que possibilitou a organização de oferta de equipamentos necessário para o cuidado domiciliar (cama hospitalar com colchão, cadeira de banho com rodas, suporte de soro, escadinha, mesinha de apoio a refeições, colchão de ar) a usuários que

[16] Entrevista no rádio (08/10 – Dia..., 2023).
[17] Entrevista na televisão (Cidadão..., 2023).
[18] Instituto Mateus do Bem (2024).

estejam sob cuidados paliativos e em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes usuários e de suas famílias, promovendo conforto e dignidade aos mesmos.

Promovemos eventos como o Dia Mundial do Cuidado Paliativo em 2023[19], comemorado todo segundo sábado do mês de outubro, bem como foram realizados eventos científicos (simpósios, palestras, etc.), com instituições colaboradoras. Todos os anos a The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), organização internacional não governamental dedicada ao desenvolvimento dos Cuidados Paliativos e Hospices no mundo, elege um tema para a campanha do dia mundial. Analisando os últimos temas, percebemos a importância do envolvimento comunitário, da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária para o fortalecimento dos cuidados paliativos. Em 2021, o tema da campanha foi "Não deixe ninguém para trás – Equidade no Acesso aos Cuidados Paliativos". Para 2022, foi escolhido: "Curando Corações e Comunidades". Em 2023, por sua vez, a WHPCA trouxe as Comunidades Compassivas[20] para o foco: "Comunidades Compassivas – Juntos pelos Cuidados Paliativos". Já em 2024, a discussão ganha o campo de políticas públicas e recomendações, relembrando os dez anos da Resolução 67.19 de 2014 da OMS (World Health Organization, 2014), com o tema "Dez anos desde a Resolução: Como estamos?". Podemos perceber como esses temas mundiais (Anexo E) estão relacionados com o avanço e as lutas por um cuidado paliativo de qualidade no mundo. **Equidade, acesso, comunidades, união e políticas públicas.** Não por coincidência e sim por muita luta, no dia 07 de maio de 2024, foi publicada no Brasil, a portaria 3681 que cria a Política Nacional de Cuidados Paliativos (Brasil, 2024), com previsão de financiamento, ampliação de equipes multiprofissionais e foco na coordenação do cuidado pela Atenção Básica. Momento histórico para nosso país, após muita luta dos movimentos sociais, o que só foi possível por estarmos vivenciando um governo democrático.

É central nesse trabalho a Educação Permanente em Saúde, que emerge como uma estratégia fundamental para sustentar e qualificar as práticas em rede,

---

[19] Evento municipal - Dia Mundial do Cuidado Paliativo (Honorato, 2023).

[20] Comunidades Compassivas: iniciativa comunitária, associada aos Cuidados Paliativos, realizada por meio do trabalho voluntário. Formada pelos moradores locais que, junto com profissionais de saúde de várias especialidades, criam uma rede focada na construção de uma nova realidade social ao trazer dignidade para pacientes que vivem com doenças graves que ameaçam a vida. O propósito é atuar como agente de mudança social numa rede baseada em laços comunitários. No Brasil, o movimento é conhecido como Favela Compassiva (Favela..., 2024).

indo além dos formatos tradicionais de transmissão de conhecimento, como cursos e palestras. Embora essas ações pedagógicas também sejam relevantes, elas não são suficientes para abarcar a complexidade do trabalho vivo em saúde. A EPS se realiza no e com o trabalho, como espaço de análise, reinvenção e deslocamento de sentidos, como rodas de conversa, encontros de matriciamento ou oficinas de escuta coletiva, ela permite que os sujeitos compartilhem suas experiências e explicitem os projetos de saúde que operam, muitas vezes de forma velada, no cotidiano dos serviços. Essa explicitação é fundamental para reconhecer as contradições e as singularidades que atravessam o cuidado, promovendo deslocamentos ético-políticos e novos arranjos no processo de trabalho. Assim, os espaços de Educação Permanente se constituem como dispositivos micropolíticos que tensionam os modos instituídos de produzir cuidado. Eles possibilitam o exercício da escuta e da análise compartilhada, promovendo a co-construção de sentidos entre os diferentes sujeitos da rede viva. Ao abrir espaço para revisitar conceitos, desfazer automatismos e reorganizar coletivamente os modos de operar, a EPS fortalece o conhecimento técnico e amplia a potência dos encontros e da gestão do cuidado. Nesta cartografia, a EPS revelou-se um dispositivo de processos de mudança, possibilitando a articulação entre diferentes pontos da rede e fortalecendo a construção de um cuidado mais integral e compartilhado, a proposta de *um cuidado total*. Por meio das rodas de conversa com as equipes, dos encontros de matriciamento e das oficinas realizadas com profissionais da Atenção Básica, do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), da urgência e emergência, e das instituições hospitalares, foi possível criar espaços de escuta e reflexão coletiva sobre os desafios, os limites e as potências do cuidado paliativo na rede. Esses encontros foram fundamentais para que os trabalhadores reconhecessem e problematizassem os atravessamentos que marcam o cotidiano do trabalho, como o sofrimento diante da finitude, as concepções divergentes sobre o papel de cada serviço e as resistências institucionais à mudança. A aposta na EPS, enquanto prática transversal e contínua, com desejo e intencionalidade, permitiu deslocamentos significativos: ampliou-se a capacidade das equipes em identificar usuários elegíveis a cuidados paliativos, fortaleceram-se vínculos intersetoriais e consolidou-se um campo de práticas colaborativas que ultrapassa a fragmentação tradicional do sistema. A EPS não apenas qualificou o cuidado, mas também sustentou a própria constituição da rede viva de cuidados paliativos, tornando-se uma estratégia

indispensável para a produção de um cuidado mais ético, sensível e conectado aos territórios. A EPS se faz onde há implicação subjetiva, invenção e desejo de transformar – e, nesse sentido, ela é condição para que práticas como os cuidados paliativos se consolidem como políticas públicas sustentáveis e enraizadas nos territórios. Apostar na EPS é, portanto, apostar na possibilidade de construir redes vivas, potentes e transformadoras.

Por fim, pude mapear minha própria multiplicidade. Refletir profundamente sobre a produção do cuidado paliativo e a construção de rede para que isso aconteça faz parte da minha existência, dos meus motivos, da minha militância, da minha luta, do meu sagrado. Reconhecer a prática do trabalho em saúde que executamos diariamente enquanto redes vivas, com potência coletiva e existencial, traz esperança e força para continuar nessa construção. Com esta forma de viver o cuidado e com o trabalho coletivo experimentado nesta cartografia através da horizontalidade das relações e do protagonismo do usuário neste processo, assumimos um importante papel na defesa da vida e da premissa de que todas as vidas valem a pena. Partindo do pressuposto que toda vida vale a pena, que para atender as necessidades em saúde de cada usuário, ele e os trabalhadores e gestores criam redes vivas. Tudo isso só é possível se entendermos a saúde como um direito de cada cidadão, conforme garantido em nossa Constituição, que apesar de estar vigente há tantos anos, necessita ser reafirmada diariamente. Na luta pela saúde como direito, seguimos resistindo em nossos pontos de atuação, fazendo arranjos e rearranjos entre gestores, trabalhadores e usuários, gerando acesso e ousando cuidar em equipe de todo e qualquer cidadão, independente do contexto.

Seguimos construindo e lutando por um Sistema que valorize a potência dos encontros e que permita a vivência do trabalho coletivo produzindo cuidado, afinal, se todos fazemos gestão, mesmo cada um partindo de uma perspectiva diferente, isso é possível! Os princípios do SUS precisam de força e coletividade para serem colocados em prática todos os dias: **universalidade, integralidade e equidade**.

REFERÊNCIAS

08/10: Dia mundial de cuidados paliativos. Londrina e o Programa Municipal de Cuidados Paliativos. [*S. l.: s. n.*], 2023. 1 vídeo (1h 52 min). Publicado pelo canal Nemmaisnemmenos. Disponível em: https://www.youtube.com/live/0EhOcCjPYHQ. Acesso em: 5 jul. 2024.

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

ALBUQUERQUE, D. Secretaria de Saúde lança programa de cuidados paliativos neste sábado (11). **Blog Londrina**, Londrina, 9 jun. 2022. Disponível em: https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=130056. Acesso em: 9 jul. 2024.

ARLINDO, L. Curso de cuidados paliativos na atenção primária encerra primeira fase em Londrina. **Blog Londrina**, Londrina, 30 ago. 2023. Disponível em: https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=162972. Acesso em: 9 jul. 2024.

BADUY, R. S. **Gestão municipal e produção do cuidado**: encontros e singularidades em permanente movimento. 2010. 191 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BERTACHINI, L. A.; PESSINI, L. Espiritualidade no cuidado paliativo: cuidar da vida até o fim. **Bioethikos**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 512–520, out./dez. 2010. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/assets/artigo/bioethikos/78/Art08.pdf. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/as-redes-de-atencao-a-saude-1. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023**. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2023/resolucao-no-723-1.pdf/view. Acesso em: 9 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde**: aprender e ensinar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 9 jul. 2024.

CALAZANS, J. C. O livro tibetano dos mortos. **Revista Lusófona de Ciência das Religiões**, Lisboa, n. 11, 2007.

CAPELAS, M. *et al*. Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. **Cuidados Paliativos**, Lisboa, v. 1, n. 2, p. 7-13, out. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279191632_Desenvolvimento_historico_dos_Cuidados_Paliativos_visao_nacional_e_internacional. Acesso em: 5 jul. 2024.

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S.; PINTO, C. S. **Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/cbxpHx6Lv8qgqvwtBsghwjD/. Acesso em: 9 jul. 2024.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 237-247, 2012.

CERQUEIRA, P. *et al*. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. *In*: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 25-42.

CIDADÃO tropical. [*S. l.: s. n.*], 2023. 1 vídeo (33 min). Publicado pelo canal Militão e Militão. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Z0TUBj_uc2E. Acesso em: 5 jul. 2024.

CLARK, D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. **The Lancet Oncology**, London, v. 8, n. 5, p. 430-438, 2007. DOI: 10.1016/S1470-2045(07)70138-9.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Hipodermóclise**. São Paulo: COREN-SP, 2009. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Hipodermoclise.pdf. Acesso em> 9 jul. 2024.

CORREIA, M. C. **Conhecimento sobre cuidados paliativos dos profissionais de saúde**: uma revisão sistemática. 2022. 54 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2022. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/12863/1/8875_19105.pdf. Acesso em: 5 jul. 2024.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar**: conversações sobre o governo de si e dos outros. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; v. 9).

CRUZ, K. T. *et al*. Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. *In*: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. 2. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1, p. 252-269.

CUIDADOS paliativos na atenção primária à saúde – Dra Beatriz Zampar. [S. l.: s. n.], 2021. 1 vídeo (1h 6 min). Publicado pelo canal Dra Beatriz Zampar - MFC e Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/40070/1837975/ABNT+NBR+6023+2018+%281%29.pdf/3021f721-5be8-4e6d-951b-fa354dc490ed. Acesso em: 5 jul. 2023.

D'ALESSANDRO, M. P. S. *et al*. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023.

DATASUS. **12ª Reunião ordinária da comissão intergestores tripartite**. São Paulo: Datasus, 2023. 1 vídeo (2h 47 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=HHrpNhnhC-M&t=7192s. Acesso em: 5 jul. 2024.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? *In*: BALIBAR, E. *et al*. **Michel Foucault, filósofo**. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: rizoma. *In*: DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1, p. 10-37.

ESPINOSA, B. **Ética**: demonstrada segundo a ordem geométrica. Tradução de Tomás da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

FAVELA compassiva: Rocinha e Vidigal. [*S. l.: s. n.*], 2024. Disponível em: https://www.favelacompassiva.org.br/. Acesso em: 5 jul. 2024.

FERREIRA, S. A mistanásia como prática usual dos governos. **Jornal do Cremerj**, Rio de Janeiro, n. 324, p. 6, mar./abr. 2019. Disponível em: https://bit.ly/2YHYhC2. Acesso em: 9 jul. 2024.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: uma estratégia para enfrentarmos as dificuldades e transformarmos o cotidiano. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação permanente em saúde**: aprender e ensinar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Educação permanente em saúde:

educação, saúde, gestão e produção do cuidado. **EPS em Movimento**, [*S. l.*], 2014. Disponível em: http://eps.otics.org/material/entrada-textosem-cena/todo-mundo-faz-gestao/. Acesso em: 17 jun. 2024.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. *In*: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos**: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. v. 4, p. 271-272.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004b.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.

FOUCAULT, M. **Do governo dos vivos**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. (Coleção Ditos & Escritos, v. 5).

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução de Roberto Machado. 22. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2006b.

FOUCAULT, M. **O cuidado de si**: história da sexualidade III. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (ed.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, 2013. v. 1, p. 151-171.

FRANCO, T. M.; MERHY, E. E. O estado em ato: produção de coletivos e coletivos em ato na produção do estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 1035-1044, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/?lang=pt. Acesso em: 7 abr. 2025.

GOMES, M. M.; FERRERI, M.; LEMOS, F. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. **Fractal**: revista de psicologia, Niterói, v. 30, n. 2, p. 189-195, 2018.

GÓMEZ-SANCHO, M. *et al*. Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones. **Gaceta Médica de Bilbao**, Bilbao, v. 112, n. 4, 2015.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 7-22, 2002. DOI:

https://doi.org/10.22409/GEOgraphia2002.v4i7.a13419.

HEDLER, A. P. Capacitação em cuidados paliativos reúne 550 profissionais da saúde. **Blog Londrina**, Londrina, 11 jul. 2022. Disponível em: https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=132568. Acesso em: 9 jul. 2024.

HONORATO, V. Oficina de cuidados paliativos propõe olhar multiprofissional para prática. **Blog Londrina**, Londrina, 18 out. 2023. Disponível em: https://blog.londrina.pr.gov.br/?p=166043. Acesso em: 9 jul 2024.

HOSPITAL DO CÂNCER DE LONDRINA. **Nossa história**. Londrina, 2025. Disponível em: https://hcl.org.br/sobre-o-hospital/nossa-historia. Acesso em: 9 jan. 2025.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dying in America**: improving quality and honoring individual preferences near the end of life. Washington, DC: The National Academies Press, 2015. DOI: https://doi.org/10.17226/18748. Disponível em: https://nap.nationalacademies.org/catalog/18748/dying-in-america-improving-quality-and-honoring-individual-preferences-near. Acesso em: 9 jul. 2024.

INSTITUTO MATEUS DO BEM. [*S. l.: s. n.*], 2024. Disponível em: https://mateusdobem.org.br/. Acesso em: 9 jul. 2024.

JUNGES, J. R. *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: discussão de um caso. **Sanare**, Sobral, v. 21, n. 2, p. 23-33, 2022. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1661/834/5647. Acesso em: 9 jul. 2024.

KUBLER- ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAMA, D. **Uma ética para o novo milênio/sua santidade, o Dalai Lama**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

LIMA, J. V. C. **A produção do cuidado na atenção básica**: controlar a vida/produzir a existência. 2015. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

LONDRINA. **Lei nº 13.567, de 17 de abril de 2023**. Institui o Programa Municipal de Cuidados Paliativos e dá outras providências. Londrina: Câmara Municipal, 2023. Disponível em: https://www1.cml.pr.gov.br/leis/2023/web/LE135672023consol.html. Acesso em: 9 jul. 2024.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In:* CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de cuidados paliativos ANCP**. São Paulo: ANCP, 2012. p. 23-30.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Tradução de Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, Fiocruz, 2004.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: REIS, A. T. *et al*. (org.). **Sistema único de saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania**: em debate. Brasília, DF: CFP, 2012a. p. 9-18.

MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 14, p. 96-97, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 139-146, set. 2012b. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6YQjBxx6fzcrwp9Sjb4Z7Fq.

MERHY, E. E. *et al*. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 1.

MERHY, E. E. *et al*. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER–SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MERHY, E. E. *et al*. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B. *et al.* (org.) **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004. v. 1, p. 21-45.

MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012c.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Salvador: UFBA, 2009. p. 29-56.

O ABECEDÁRIO de Gilles Deleuze: transcrição completa. *In*: LUCHETA, R.

Machine Deleuze. [*S. l.*], 7 jun. 2021. Disponível em: https://machinedeleuze.wordpress.com/2021/06/07/o-abecedario-de-gilles-deleuze-transcricao-completa/. Acesso em:5 jul. 2024.

OLIVEIRA, I. L. *et al*. Repetir, repetir-até ficar diferente: cartografia de um cuidado. **Fractal**: revista de psicologia, Niterói, v. 34, 2022.

PARANÁ. **Lei nº 20.091, de 19 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre a instituição dos preceitos e fundamentos dos Cuidados Paliativos no Paraná. Curitiba: DIOE, 2019. Disponível em: http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=52075&tipo=L&tplei=0. Acesso em: 9 jul. 2024.

PELBART, P. P. Elementos para uma cartografia da grupalidade. *In*: SAADI, F.; GARCIA, S. (org.). **Próximo ato**: questões da teatralidade contemporânea. São Paulo: Itaú Cultural, 2008a. p. 33-37.

PELBART, P. P. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo. **Revista Lugar Comum**, [*S. l.*], n. 41, p. 13-22, 2015. Disponível em: https://www.lugarcomum.org.br. Acesso em: 25 jul. 2024.

PELBART, P.P. **Vida e morte em contexto de dominação biopolítica**. São Paulo: Cortez, 2008b. Disponível em: http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/pelbartdominacaobiopolitica.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, p. 09-19, 2013.

RIBEIRO, C. L.; POLÊS, K. B. A formação em cuidados paliativos na graduação em enfermagem: um olhar integrador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, e03410, 2019.

RIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 62-72, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3RB20180172.

RIZZOTTI, M. L. A.; CORDEIRO, S. M. A.; PASTOR, M. **Gestão de políticas sociais**: território usado, intersetorialidade e participação. Londrina: EDUEL, 2017.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2016.

RYAN, K. *et al*. **Palliative care competence framework steering Group**. Dublin: Health Service Executive, 2014. Disponível em: https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2015/02/Palliative-Care-Competence-Framework.pdf. Acesso em: 9 jul. 2024.

SANTOS, A. F. J.; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, U. B. P. **Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: ANCP, 2020. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf. Acesso em: 5 jul.

2024.

SANTOS, A. M.; CUNHA, A. L. A.; CERQUEIRA, P. O matriciamento em saúde mental como dispositivo para a formação e gestão do cuidado em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300409, 2020.

SANTOS, M. **Bioética e humanização em oncologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SAUNDERS, D. C. Introduction. *In:* SYKES, N.; EDMONDS, P.; WILES, J. **Management of advanced disease**. London: Arnold, 2004.

SOUZA, L. A. F. Tendências atuais nas áreas de segurança pública e de polícia: revisitar Foucault ou uma nova sociedade do controle. **Cadernos da FFC**, Marília, v. 9, n. 1, p. 59-79, 2000.

SPINOZA, B. **Ética**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

TEMEL, J. *et al*. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 363, n. 8, p. 733-742, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20818875/. Acesso em: 9 jul. 2024.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Hospital Universitário. **Cuidados paliativos no Hospital Universitário da UEL**. 16 out. 2024. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=1bAtm9EQHVs. Acesso em: 9 jan. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Cancer pain relief and palliative care**: report of a WHO expert committee. Geneva: WHO, 1990. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 9 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. 2. Ed. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf. Acesso em: 12 jul. 2024.

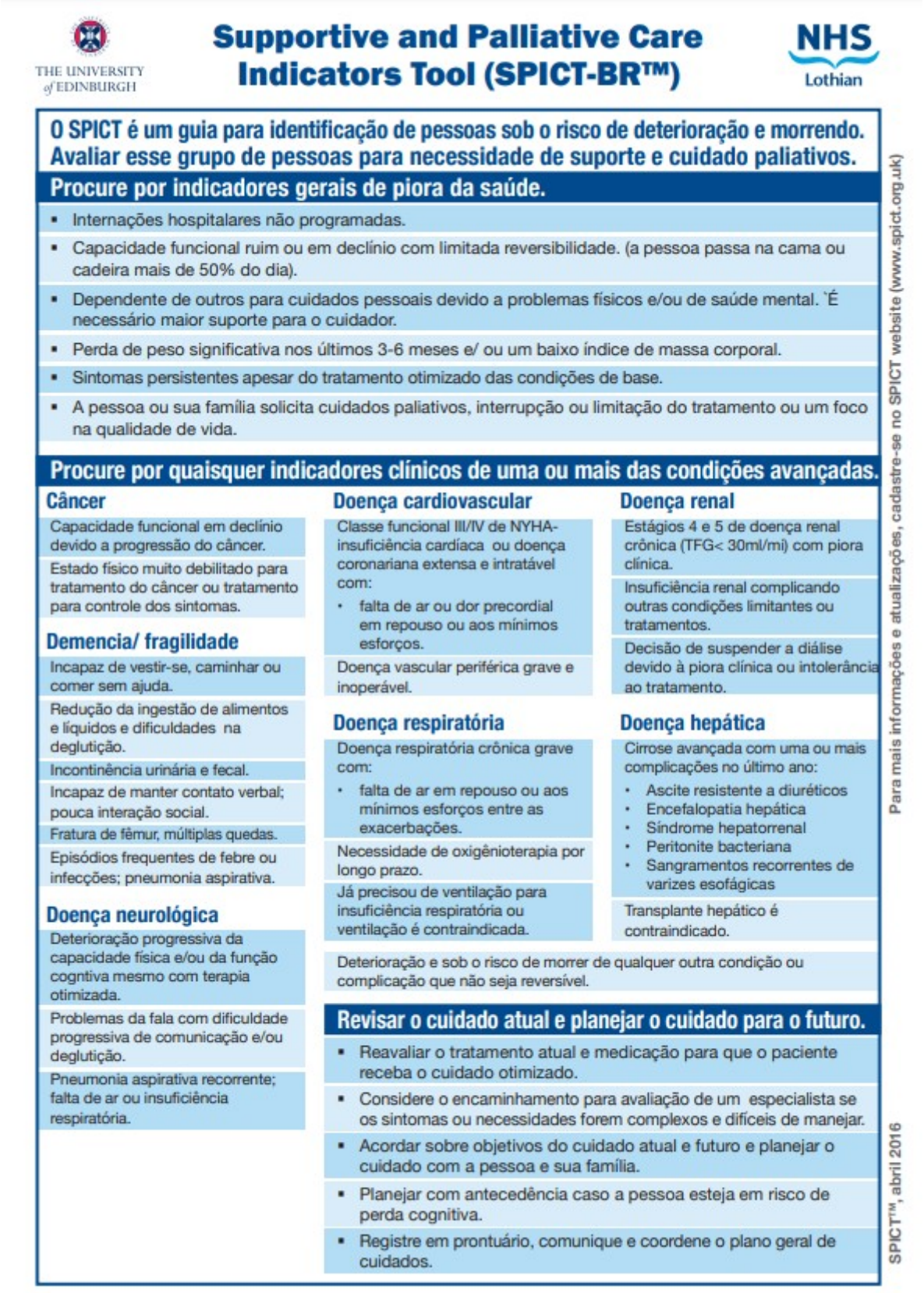
WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. *In:* WORLD HEALTH ASSEMBLY RESOLUTION, 67., 2014, Genebra. **Actas** [...]. Genebra: WHO, 2014.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care**. 2. ed. Londres: World Health Organization, 2020.

ZAMBELLI, C. K. *et al*. Sobre o conceito de contratransferência em Freud, Ferenczi e Heimann. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 179-195, 2013.

ANEXOS

Anexo A - Supportive and Palliative Care Indicators Tool



THE UNIVERSITY of EDINBURGH

Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)

NHS Lothian

O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. `É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.

Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demencia/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.

Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.

Incontinência urinária e fecal.

Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.

Fratura de fêmur, múltiplas quedas.

Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cogntiva mesmo com terapia otimizada.

Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.

Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:

- falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.

Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:

- falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.

Necessidade de oxigênioterapia por longo prazo.

Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG< 30ml/mi) com piora clínica.

Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.

Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite resistente a diuréticos
- Encefalopatia hepática
- Síndrome hepatorrenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático é contraindicado.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, abril 2016

Fonte: https://www.spict.org.uk/?smd_process_download=1&download_id=4585

Anexo B - Palliative Performance Scale

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
GRUPO DE TRABALHO EM CUIDADOS PALIATIVOS
Escalas e guias úteis para a prática em Cuidados Paliativos

ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA – PPS

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies/trabalho doméstico. Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho. Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades. Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência. +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência. +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade. Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma. +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Victoria Hospice Society. J Pall Care 9 (4): 26-32. Tradução oficial, com referência no link: http:www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese.pd.pdf.

Fonte: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf

Anexo C - Diagrama de Avaliação Multidimensional

Anexo D - Folder explicativo ao público geral

EM LONDRINA

LEI Nº 13.567, DE 17 DE ABRIL DE 2023

Londrina é uma das **primeiras cidades do Brasil** a ter seu Programa Municipal de Cuidados Paliativos. Proposta pelo Executivo e aprovada por unanimidade na Câmara dos Vereadores, este programa teve início em 2023.

No **SUS,** contamos com a **abordagem** de cuidados paliativos:

- Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
- Hospital Zona Norte
- Hospital Zona Sul
- Hospital Universitário
- Hospital do Câncer de Londrina

Grupo de Trabalho do
Programa Municipal de Cuidados Paliativos de Londrina 2023

ELABORAÇÃO

PREFEITURA DE LONDRINA | Secretaria Municipal de Saúde

APOIO

Hospital Dr. Anísio Figueiredo - Zona Norte de Londrina

Hospital Eulalino Ignácio de Andrade - Zona Sul de Londrina

Hospital Universitário - UEL

O que é cuidado paliativo?

PREFEITURA DE LONDRINA | Secretaria Municipal de Saúde

O QUE É?

Cuidado paliativo é uma forma de promover **cuidado integral,** com controle de dor e de outros sintomas, para alívio do sofrimento **físico, espiritual, social e emocional.** Existe para APOIAR a pessoa e sua família com o objetivo de promover **qualidade de vida,** para que a pessoa viva BEM, com conforto e dignidade, até o momento de sua morte.

FÍSICO ✦ ESPIRITUAL
SOCIAL-FAMILIAR ✦ EMOCIONAL

COMO É FEITO?

A abordagem é feita por uma **equipe de saúde** com diferentes profissionais, como de enfermagem, medicina, psicologia, serviço social, fisioterapia, entre outros. Esta equipe avalia e busca oferecer **apoio para as necessidades** de saúde da pessoa e de sua família, compreender suas particularidades, orientar nas decisões e **possibilidades de cuidado** para sua condição de vida.

Esta equipe também busca orientar sobre as possibilidades de atendimento e, sempre que possível, retornar ao **domicílio** de forma orientada e com suporte para os cuidados necessários.

PARA QUEM?

O cuidado paliativo é um atendimento para toda pessoa (e inclui seus familiares) com uma **doença que ameace a continuidade de sua vida, com condições de saúde graves ou complexas**, que precisam de maior atenção.

Serve para ajudar as **pessoas que sofrem** de demências, câncer, doenças neurológicas progressivas, insuficiência cardíaca ou renal graves, doenças do pulmão e outras doenças que tem impacto relevante na qualidade e tempo de vida da pessoa.

Anexo E - Temas dos Dias Mundiais dos Cuidados Paliativos (2021-2024)

Fonte: https://paliativo.org.br/dia-mundial-cp-2021/

Fonte: https://paliativo.org.br/dia-mundial-cuidados-paliativos2022/

Fonte: https://paliativo.org.br/whpca-divulga-tema-dia-mundial-cuidados-paliativos-2023/

Fonte: https://thewhpca.org/world-hospice-and-palliative-care-day/

Anexo F – Parecer Consubstanciado do CEP

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE LONDRINA - PR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

Pesquisador: Beatriz Zampar

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26756719.2.0000.0099

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.235.744

Apresentação do Projeto:

"INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA"

A formação dos trabalhadores de saúde constitui-se em um dos principais desafios para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é uma modalidade de ensino de Pós-Graduação Lato Sensu, destinada à educação em serviço de profissionais que integram a área de saúde. A RMFC é desenvolvida em parceria entre as Instituições de Ensino e os serviços de saúde
da Atenção Básica (AB), em especial com aqueles que adotam a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na Autarquia Municipal de Saúde, a Residência iniciou suas atividades em 2016, e a institucionalização da RMFC ocorreu em 2013 e tem o objetivo de formar profissionais aptos para atuar na ESF, mediante práticas interdisciplinares e interprofissionais que visem o cuidado integral à saúde das pessoas, famílias e comunidades, com capacidade de intervenção crítica na organização do processo de trabalho local e do trabalho em equipe, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Acredita-se que a atuação da RMFC produz um saber potente na medida em que esta realidade é problematizada com a participação de tutores e preceptores visando à produção de propostas de intervenção sobre os problemas do cotidiano do trabalho. Tais ações propiciam que os profissionais de saúde residentes se apropriem do território

Endereço: Rua Senador Souza Naves, 441 sala 141 - 14o. Andar
Bairro: Centro **CEP:** 86.010-929
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3374-2544 **Fax:** (43)3374-2525 **E-mail:** bioiscal@iscal.com.br

e das necessidades de saúde da população usuária do serviço. Diante disso, no intuito de dar visibilidade às ações desenvolvidas pela RMFC este projeto tem o objetivo compreender a inserção da RMFC na rede de atenção à saúde do município de Londrina (PR). Trata-se de um estudo que pretende aprofundar aspectos levantados em estudos realizados anteriormente na Residência, dando continuidade na articulação da pesquisa e extensão por meio deste projeto que englobará estudos que serão as monografias dos profissionais concluintes da RMFC, com abordagem quantitativa, qualitativa e de intervenção. O público alvo deste projeto será constituído pelos usuários adscritos em UBS, por profissionais de saúde destas unidades, profissionais de saúde residentes, profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), coordenação das UBS, gestores e profissionais dos serviços parceiros e docentes da RMFC. No seu caráter de projeto de pesquisa, os instrumentos de coleta de dados no âmbito qualitativo serão a cartografia, entrevista, grupo focal, observação participante e análise documental. Já no âmbito quantitativo os instrumentos utilizados serão formulários e questionários. Para análise qualitativa, os dados coletados serão analisados de acordo com as especificidades das ações e projetos desenvolvidos para o alcance dos objetivos propostos. Os dados quantitativos serão submetidos a testes estatísticos pertinentes. Ao final desta pesquisa, espera-se que as ações desenvolvidas pela RMFC junto aos usuários e equipe de trabalhadores de UBS do município de Londrina, possam contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho, aprofundar estudos na área da formação profissional e atuação na saúde, visando fortalecer os conhecimentos já adquiridos e incorporar novos elementos de produção científica, contribuindo para a construção de conhecimentos sobre o trabalho interprofissional.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a inserção da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) na rede de atenção à saúde do município de Londrina (PR), compreendendo caracterização da população adscrita, do território, impacto das ações realizadas pelos residentes de medicina de família e comunidade, elaborar projetos de intervenção, ações intersetoriais, avaliação de ferramentas utilizadas no processo de produção do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentados previamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na avaliação anterior, foi destacada a necessidade de revisar os objetivos, incluir instrumentos de coleta de dados e respectivos documentos assinados. As pendências apontadas foram

devidamente corrigidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação dos termos obrigatórios de forma adequada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações. Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1482945.pdf	21/06/2020 12:17:36		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Termo_sigilo.pdf	14/12/2019 08:09:42	Beatriz Zampar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Autorizacao_secretaria.pdf	14/12/2019 08:08:39	Beatriz Zampar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/12/2019 08:02:54	Beatriz Zampar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto_RMFC.docx	02/12/2019 18:46:45	Beatriz Zampar	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	02/12/2019 18:45:10	Beatriz Zampar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:
KAREN BARROS PARRON FERNANDES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Senador Souza Naves, 441 sala 141 - 14o. Andar
Bairro: Centro **CEP:** 86.010-929
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3374-2544 **Fax:** (43)3374-2525 **E-mail:** bioiscal@iscal.com.br