



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

EMILLY PENNAS MARCIANO MARQUES

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA:
PRODUÇÃO DE UM CORPO CARTOGRÁFICO**

Londrina

2024

EMILLY PENNAS MARCIANO MARQUES

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA:
PRODUÇÃO DE UM CORPO CARTOGRAFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva – Mestrado, da Universidade Estadual
de Londrina para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Melchior

Londrina
2024

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

M357c Marques, Emilly Pennas Marciano.
Cuidados paliativos na atenção básica : produção de um corpo cartografico / Emilly Pennas Marciano Marques. - Londrina, 2024.
71 f.

Orientador: Regina Melchior.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.
Inclui bibliografia.

1. Cuidado em Saúde - Tese. 2. Cuidado Paliativo - Tese. 3. Estratégia Saúde da Família - Tese. 4. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Melchior, Regina. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

EMILLY PENNAS MARCIANO MARQUES

**CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA: PRODUÇÃO DE UM CORPO
CARTOGRAFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Melchior

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Orientadora Dr^ª. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina

Prof^ª. Dr^ª. Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

Prof^ª. Dr^ª Maria Lucia da Silva Lopes
Secretária de Saúde – 17^º Regional de Saúde

Londrina, 21 de fevereiro de 2024.

A FLOR E A NÁUSEA

Uma flor nasceu na rua!
Passem de longe, bondes, ônibus, rio de aço do tráfego.
Uma flor ainda desbotada ilude a polícia, rompe o asfalto.
Façam completo silêncio, paralitem os negócios, garanto que uma
flor nasceu.

Sua cor não se percebe.
Suas pétalas não se abrem.
Seu nome não está nos livros.
É feia. Mas é realmente uma flor.
Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde e
lentamente passo a mão nessa forma insegura.
Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam.
Pequenos pontos brancos movem-se no mar, galinhas em pânico.
É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.

Carlos Drummond de Andrade

MARQUES, Emilly Pennas Marciano. **Cuidados paliativos na Atenção Básica**: produção de um corpo cartográfico. 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2024.

RESUMO

Os cuidados paliativos, são ofertados aos indivíduos acometidos por doença grave com ameaça da continuidade da vida, objetivando o alívio do sofrimento biopsicossocial e espiritual para melhora da qualidade de vida do indivíduo e seus familiares. Não estamos falando sobre a possibilidade de cura ou não, mas do cuidado na finitude, considerando a morte como parte da vida. Trata-se da conexão entre a ciência e a humanidade, da integralidade do cuidado sob todas as suas dimensões, centrado no usuário e respeitando sua autonomia. O trabalho em saúde é em fundamento coletivo e os cuidados paliativos colocam em evidência essa característica e apresenta inúmeros desafios. É uma situação delicada, de nossa finitude, que é um tema sensível tanto para os trabalhadores como para os usuários, para que se alcance e promova o apoio e conforto necessário, decompondo o ordinário e compondo-se do singular. Por se tratar de um processo eminentemente longitudinal, os CP guardam estreita relação com a Atenção Básica (AB), que tem como uma de suas características acompanhar seus usuários na horizontalidade de seus cuidados, No entanto, o CP muitas vezes é compreendido como uma especialidade ou uma assistência restrita ao âmbito hospitalar, o que o coloca de certa forma distante da AB ou apenas alvo de ações pontuais. Assim, os usuários em cuidado paliativo frequentemente enfrentam um vazio assistencial, com dificuldades de acesso e de um cuidado realizado em rede. Desta maneira, o objetivo desta pesquisa foi cartografar a produção dos cuidados paliativos na AB e dar visibilidade às possibilidades e barreiras para sua produção. Para isso, recorreremos a cartografia como intercessor metodológico, que possibilitou o tracejo de mapas da produção viva do trabalho e do cuidado em seu espaço micropolítico, por meio da estratégia do usuário-guia, que é como um fio condutor nos guiando pela rede de cuidado. A pesquisa aconteceu de dezembro de 2022 à maio de 2023, em uma unidade básica de saúde do município de Londrina. Durante essa cartografia, foi possível observar que o cuidado paliativo está presente, mesmo que não intencionalmente no território e de alguma forma alguns usuários entraram na linha de produção do cuidado da AB. Outros tiveram suporte familiar, especialmente no luto e apesar de algumas ofertas de suporte da Unidade Básica de Saúde, alguns usuários não foram alcançados pelo cuidado da equipe. Nos encontros com os usuários, foi possível observar o quão reconfortante é, a segurança que traz para a família e para o usuário, ter sua rede de cuidados organizada, saber quando e para onde vai se algo acontecer. Sobre o Processo de Trabalho, os trabalhadores enfrentam diversos atravessamentos que endurecem a produção do cuidado enquanto trabalho vivo. Conversas com os trabalhadores nos deram pistas dessa captura e algumas repercussões das forças biopolíticas e mercadológicas que operam em uma lógica de linha de produção no processo de trabalho dos serviços de saúde, que frequentemente resultam em sobrecarga aos trabalhadores que desejam ofertar uma boa assistência, mas não conseguem pois são interceptados pelo modelo hegemônico compartimentalizado do cuidado. Diante disso, nossas conclusões tornam-se provisórias, uma vez que o trabalho em saúde é um processo intensamente relacional e orgânico, mas marcado por apostas e disputas de projetos mais ou menos produtores de vida. Os trabalhadores podem ser dispositivos potentes para disputar outras agendas e modos de cuidado, que problematizam e dão visibilidade às múltiplas possibilidades de arranjos, no entanto, enfrentam diariamente um grande desafio com a falta de recursos, perda de integrantes da equipe por diversos motivos, dificuldade do cuidado compartilhado com outros serviços e pontos da rede e a grande demanda gerencial e territorial, gerando sobrecarga e adoecimento da equipe. É de extremamente importante e urgente que haja espaços que possibilitem a reflexão da prática e das apostas feitas no espaço micropolítico que ocupamos, que

sejam investidas forças e recursos financeiros, institucionais, políticos, processuais ou não, sejam eles governamentais ou instituído pelas próprias equipes na disputa de uma AB mais forte.

Descritores: Cuidados Paliativos; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

MARQUES, Emilly Pennas Marciano. **Palliative care in Primary Care**: production of a cartographic body. 2024. Dissertation (Master's in Public Health). State University of Londrina, Londrina, 2024.

ABSTRACT

Palliative cares are offered to individuals suffering from a serious illness that threatens the continuity of life, aiming to alleviate biopsychosocial and spiritual suffering to improve the quality of life of the individual and their family members. We are not talking about the possibility of a cure or not, but about care in finitude, considering death as part of life. It is about the connection between science and humanity, the comprehensiveness of care in all its dimensions, centered on the user and respecting their autonomy. Health work is based on a collective basis and palliative care highlights this characteristic and presents numerous challenges. It is a delicate situation, of our finitude, which is a sensitive topic for both workers and users, so that the necessary support and comfort can be achieved and promoted, breaking down the ordinary and composing the singular. As it is an eminently longitudinal process, PC has a close relationship with Primary Care (PC), which has as one of its characteristics accompanying its users in the horizontality of their care. However, PC is often understood as a specialty or assistance restricted to the hospital environment, which places it somewhat distant from PC or only the target of specific actions. Thus, users receiving palliative care often face a lack of care, with difficulties in access and network care. Therefore, the objective of this research was to map the production of palliative care in PC and give visibility to the possibilities and barriers to its production. For this, we used cartography as a methodological intercessor, which made it possible to trace maps of the living production of work and care in its micropolitical space, through the user-guide strategy, which is like a thread guiding us through the care network. The research took place from December 2022 to May 2023, in a basic health unit in the city of Londrina. During this cartography, it was possible to observe that palliative care is present, even if unintentionally in the territory and somehow some users entered the PHC care production line. Others had family support, especially in mourning and despite some offers of support from the Basic Health Unit, some users were not reached by the team's care. In meetings with users, it was possible to observe how comforting it is, the security it brings to the family and the user, having your care network organized, knowing when and where to go if something happens. Regarding the Work Process, workers face several obstacles that harden the production of care as living work. Conversations with workers gave us clues about this capture and some repercussions of the biopolitical and market forces that operate in a production line logic in the work process of health services, which often result in overload for workers who want to offer good assistance, but they cannot because they are intercepted by the hegemonic compartmentalized model of care. Given this, our conclusions become provisional, since health work is an intensely relational and organic process but marked by bets and disputes over life-producing projects. Workers can be powerful devices to dispute other schedule and modes of care, which problematize and give visibility to the multiple possibilities of arrangements, however, they face a great challenge on a daily basis with the lack of resources, loss of team members for various reasons, difficulty care shared with other services and points in the network and the great managerial and territorial demand, generating overload and illness among the team. It is extremely important and urgent that there are spaces that enable reflection on the practice and bets made in the micropolitical space that we occupy, that financial, institutional, political, procedural, or not forces and resources are invested, whether governmental or instituted by the teams themselves in the dispute for a stronger Basic Health.

Keywords: Palliative cares; Family Health Strategy; Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
CP	CUIDADOS PALIATIVOS
DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
eSF	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
GT	GRUPO DE TRABALHO
HCL	HOSPITAL DO CÂNCER DE LONDRINA
NASF	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
RMFC	RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
RMSF	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
SAD	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UEL	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
VD	VISITA DOMICILIAR

SUMÁRIO

PARA ONDE OS CAMINHOS ME LEVARAM	10
INTRODUÇÃO	13
A ATENÇÃO BÁSICA COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO	15
PERCURSO METODOLÓGICO	21
CARTOGRAFIA SENTINTE EM MIM – DESTERRITORIALIZAÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO	28
CORPO VIBRATIL EM TERRITÓRIO	31
O BOM COMBATE	37
ATRAVESSAMENTOS E TENSÕES DO TRABALHO E O CUIDADO EM SAÚDE: FAÇAM SUAS APOSTAS	45
O QUE NOS FALTA É TEMPO?.....	53
CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS.....	58
REFERENCIAS.....	61

PARA ONDE OS CAMINHOS ME LEVARAM

A vida segue. E eu, cega, a vida sigo.
Estrela guia perdida, para onde foi?
Para onde me levam os caminhos?
(Ana Claudia Quintana Arantes, 2022)

Filha. Irmã. Órfã. Mãe. Esposa. Amiga. Fisioterapeuta. Pesquisadora. Discípula. Amor. Somos múltiplos, polissêmicos, multifacetados. Não gosto de apresentações, porque acredito que somos muito mais complexos e peculiares do que podemos verbalizar ou descrever. Mudamos de acordo com nossas estações, contextos, percepções ou até mesmo em reciprocidade à energia daqueles que nos cercam. Como dizia a música da banda Raimundos, mulher de fases! Somos de uma pluralidade sem igual. A vida é plural. Não há por que nos sentenciarmos a um plano que traçamos em outras circunstâncias, ou à opinião de outros alguéns, ou à um diagnóstico. O que precisamos é nos permitir viver a cada encontro que a vida nos proporciona.

Da vida, levamos marcas, umas melhores que outras, sou um ser com muitas marcas. Suely Rolnik traz o conceito de marcas como uma espécie de memória do invisível, tão real quanto o que é visível. Cada acontecimento que rompe nosso equilíbrio é sentido por nosso corpo, nos desestabiliza e nos exige novos modos de sentir e agir e assim nos recompomos e nos tornamos outros, repetidamente, retexturizante (ROLNIK, 1993).

Certa vez, uma amiga de residência (e psicóloga) me disse que carrego marcas de guerra. É verdade, falo também de um lugar de sobrevivente. Sobrevivente de um contexto social necropolítico¹, onde o esperado era que conseguíssemos “contar o dinheiro para comprar pão” (fala de uma ex-diretora do ensino fundamental), só precisávamos sobreviver! Sou também fruto de inclusão social e muita resistência. Aos sete anos, filha de mãe solteira, doméstica, periférica, eu sabia que só a educação mudaria meu futuro e fui à luta.

¹ Conceito discutido por Berenice Bento (2018) que versa sobre políticas de morte, em uma lógica de governabilidade em contraponto ao conceito de biopoder por Foucault. Assim, não deriva do sentido de cuidado da vida, mas sim, de produção de zonas de morte, quando se opta por um, automaticamente assume-se as consequências do outro, para a vida ou para a morte, “fazer viver, deixar morrer”. A autora propõe a concepção de uma hierarquia meritocrática de corpos, de valores distintos, que reforçam a ideia de processos de mais ou menos produtores de vida e de sentidos, que colocam em xeque a defesa da vida, das existências e das singularidades.

Quando pensava em uma faculdade – pode parecer clichê - queria que está me possibilitasse ajudar as pessoas encontrarem um pouco de alento para suas dores, especialmente aqueles que eu conhecia muito bem a realidade. Escolhi a Fisioterapia, mesmo contra os julgamentos dos que me cercavam e não acreditavam em minha potência, com muita luta, me formei, em uma instituição particular, com ajuda de programas de financiamento estudantil (mais uma vez a inclusão social fez parte da minha vida), no mesmo dia que ingressava na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Era um sonho se realizando.

A residência foi um divisor de águas, intenso, desterritorializante, que me proporcionou muito aprendizado, muita reflexão, experiência, encontros, afetos, surpresas e muita vida. Foi na RMSF que fui apresentada aos Cuidados Paliativos (CP), em uma visita domiciliar. Nós, residentes, formávamos o Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Residente (NASF-R) e logo nas primeiras semanas, durante uma reunião de equipe, enquanto ainda tentávamos entender os processos de trabalho, a organização das equipes, os movimentos do território, fui convidada para acompanhar uma visita domiciliar (VD). Quando chegamos ao domicílio, foi um grande choque. Dona Maria estava acamada, em um quarto com pouca ventilação, muito debilitada, após um Acidente Vascular Encefálico (AVE), não deambulava, não se sentava, não falava, se comunicava por murmúrios, parecia estar com bastante confusão mental, chorou durante toda a visita. O quarto tinha muitas moscas devido ao odor forte de fezes e das infecções causadas pela escara sacral, já em estado avançado.

Seu cuidador era o esposo, também idoso, um tanto quanto desorientado para prestar os cuidados necessários à Dona Maria. Ele queixava-se bastante da dificuldade que tinha para realizar os cuidados. Então, improvisaram um quarto com uma cama hospitalar, faziam o que podiam. Limpamos a Dona Maria, trocamos o curativo de escara, com um traçado, acomodamos ela no leito com a cabeceira elevada, o médico deixou algumas prescrições. Orientamos quanto aos cuidados de higiene e postura a fim de diminuir a pressão nas escaras. Ao final da visita ela já não gritava mais, seu semblante era como de alguém que encontrou um pouco de alento, ela não falava, mas eu conseguia ver uma “obrigada” em seu olhar.

Saí da casa da Dona Maria com a sensação de incapacidade e impotência frente a dor dela e da família. Compartilhei esse sentimento com a equipe, que me

responderam que “é paliativo, não tem o que fazer”. Essa frase, quase como uma sentença, mexeu muito comigo: Como assim não tem o que fazer? Esta situação foi disparadora para uma série de questionamentos: Quem são as pessoas que estão sendo cuidadas pela Atenção Básica (AB)? Como se dá o CP na AB? De qual cuidado estamos falando? Quais são os dispositivos utilizados pela equipe para cuidar dos usuários com indicação de CP? Eram muitas perguntas.

Afetada pelo encontro com o mundo de Dona Maria, durante nossa visita domiciliar, percebi que era uma necessidade tentar identificar esses usuários que por muitas vezes são invisíveis, por meio de um projeto de intervenção para meu trabalho de conclusão de curso da RMSF. Apostamos, naquele momento, em uma perspectiva de pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória. Solicitei aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe, a indicação dos indivíduos idosos cadastrados em suas microáreas populacionais que apresentassem as condições de saúde preconizadas para elegibilidade aos CP.

O estudo apresentou uma série de desafios, especialmente a dificuldade dos trabalhadores em identificar tais condições. Percebi também, que a equipe não conhecia alguns usuários e outros conheciam muito pouco, o que me convocou a outros questionamentos: Quem são as pessoas que estão sendo cuidadas pela AB? Como a equipe tem olhado para o território? Quais lentes eles têm usado?

Quando indago quais são as lentes que a equipe tem usado, refiro-me às apostas que estão sendo feitas, aposta-se em um cuidado segmentarizado, em uma linha de produção onde o objetivo são atingir as metas e indicadores (falarei sobre isso mais a frente), se está limitado a um olhar focado em tecnologias duras e leves, que não necessariamente está endereçado aos indicadores e metas, mas de certa forma está engessado e capturado pela hegemonia do cuidado curativista.

Ao ingressar no mestrado, tais inquietações ainda me provocavam, no entanto, a abordagem quantitativa não responderia minhas perguntas, sendo assim, minhas apostas mudaram. Esse trabalho aposta em uma abordagem cartográfica, uma cartografia das paisagens e passagens do trabalhador em seu processo de trabalho e de produção de cuidado, mas também uma cartografia sentinte de mim mesma, pesquisadora implicada, dando vistas a produção do cuidado na micropolítica do trabalho. Vem comigo?

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos podem ser definidos como um cuidado integral de indivíduos acometidos por uma doença grave, sem possibilidade terapêutica curativa, com ameaça da continuidade da vida, promovido por uma equipe multidisciplinar, objetivando a melhora da qualidade de vida do indivíduo e seus familiares, por meio do controle sintomático - impecável - e alívio do sofrimento. Para isso “requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (OMS, 2020; ANCP, 2012, p. 26).

Não estamos falando aqui sobre a possibilidade de cura ou não, mas na possibilidade de tratamento modificador do curso da doença, afastando a ideia de “não ter mais nada a fazer”, pelo contrário, há muito o que se fazer e é tão importante e desafiador quanto o movimento curativista. Trata-se da conexão entre a ciência e a humanidade, da integralidade do cuidado sob todas as suas dimensões, abordando aspectos biológicos, emocionais e espirituais, sempre com o cuidado centrado no usuário e respeitando sua autonomia (ANCP, 2012). Destarte, os CP não são reduzidos à esfera hospitalar (apesar de ser a mais notória), podem – e devem - ser desenvolvidos nos âmbitos ambulatorial e domiciliar, é pertencente a toda rede de cuidado em saúde (SOUZA *et al.*, 2015; BRASIL, 2018).

Estudos que demonstram a efetividade desse cuidado em ambientes extra hospitalares ainda são escassos na literatura, por isso, são necessárias a realização de mais pesquisas que abordem os CP em outros espaços do Sistema Único de Saúde (SUS), como na AB, por exemplo, dando visibilidade aos arranjos produzidos pelas equipes e à produção de cuidado e de modos de existência tecidos pelos usuários e seus familiares no processo de finitude que desafiam as perspectivas hegemônicas curativista (SOUZA *et al.*, 2015; SENA, 2016).

Os cuidados paliativos na AB não se traduzem na perspectiva de internação domiciliar, mas visam garantir a especificidade de atendimento aos usuários, na perspectiva do controle sintomático e articulação com toda rede de serviços, sem descontinuidade do cuidado (SENA, 2016; BRASIL, 2018). Para tanto, é necessário que aconteça uma ressignificação na forma de cuidar do outro frente ao sofrimento da terminalidade da vida no domicílio, uma vez que adentramos em suas casas e em sua intimidade, devemos lançar mão de toda tecnologia leve que dispomos para cuidar da

dor do usuário e de sua família, seja ela a dor física, emocional, social e/ou espiritual experienciadas no processo de finitude (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Vale destacar que “paliativo” é apenas um sobrenome, mas seu primeiro nome é “cuidado”! O cuidado é subjetivo, cada um se sente cuidado de uma maneira singular. O cuidado em saúde é um acontecimento, em ato, que se constrói e se transforma cotidianamente no encontro com o outro, afetado pelas necessidades em saúde apresentadas, por diversos saberes, disputas, intencionalidades, por ferramentas e tecnologias² utilizadas pelos trabalhadores de saúde (MERHY, FEUERWERKER, SILVA, 2012; MERHY, 2013; FEUERWERKER, MERHY, 2019).

Para Baduy *et al.* (2019), o cuidado pode ser entendido como um produto do trabalho em saúde, produzido e consumido em ato no encontro entre trabalhadores e usuários, tendo as necessidades de saúde do indivíduo – decorrentes de seu modo de vida - como seu objeto de ação de sua prática. Portanto, esse processo de produção de cuidado é fabricado por diversas mãos e está sujeito a interferência de atravessamentos que podem tensionar esse encontro, tornando mais ou menos potente.

Gonçalves *et al.* (2014), defendem que a ressignificação desse cuidado perpassa pela reconstrução de posicionamentos e valores ético e morais e de identidade profissional para que se reflita sobre possíveis modos de cuidar. Sendo assim, os cuidados paliativos é uma convocatória para ampliarmos a produção do cuidado no SUS. O cuidado não pode ser definido apenas como um momento de orientação do binômio queixa-conduta, mas sim:

Cuidar é um acontecimento, um encontro produtor de diferença. Nada mais é que um modo de atuar no mundo, uma conduta, reflexo da imagem que se constrói de si e dos outros a partir de si mesmo. A atuação na existência humana como o efeito dos valores. Sendo assim, o cuidado é um valor que define os conceitos da existência e reflete-se nas práticas. Os cuidados paliativos como projeto cumprem uma importante missão de gerar reflexão sobre a forma como se produz cuidado, como se cuida da vida e da morte das pessoas (GONÇALVES, 2014).

Os CP no âmbito do SUS deve fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertado por toda a rede de atenção à saúde, com atenção “humanizada, baseada em

² O conceito de tecnologias elaborado por Emerson Elias Merhy é definido por três tipos: As tecnologias leves referem-se aos aspectos relacionais entre os sujeitos; as tecnologias leve-duras, são os saberes estruturados, o saber científico, a clínica, a epidemiologia; as tecnologias duras, são os instrumentos, os maquinários, os papéis, o espaço físico. O agir das tecnologias são indissociáveis, entretanto, em alguns momentos, uma tecnologia pode estar mais explícita que a outra (MERHY, 2005).

evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na AB, domiciliar e integração com os serviços especializados” (BRASIL, 2018).

A Atenção Básica como dispositivo de cuidado

No Brasil, a AB busca garantir os princípios e diretrizes do SUS e assegurar, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a longitudinalidade do cuidado, ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, como um modo de atenção à saúde baseado em tecnologias, práticas, métodos e evidências científicas que visam agregar a família, a comunidade e as equipes de saúde (BRASIL, 2017). Contudo, observamos uma série de atravessamentos em suas políticas e no próprio financiamento, que endereça o cuidado a dicotomia e tecnicismo do modelo biomédico hegemônico.

As políticas de saúde, longe de serem apenas questões do âmbito governamental, são produtos de um intenso processo de disputas de forças e interesses entre os sujeitos – sociais e políticos – impulsionados por seus desejos e perspectivas, uma vez que os atores envolvidos são influenciados também por subjetividades próprias ou do grupo que representam. As políticas públicas, assim como sua ausência ou restrição, possuem como força propulsora o desejo da disputa pelo governo da vida e pelo biopoder, que por sua vez interferem de maneira desigual na vida de cada um e reforçam as inequidades sociais, com processos mais ou menos produtores de vida (FEUERWERKER, MERHY, 2019).

Nesse interim, historicamente o SUS não fica fora desses jogos de poder e enfrenta cenários de grandes disputas. Nos últimos anos, recebeu diversos ataques e propostas que oferecem retrocesso à luta por um sistema de saúde universal, equânime e integral de qualidade. Tais propostas pregam valores do modelo hegemônico e ganham grandes expressões e forças na AB, fomentando a prática da clínica-dura e a medicalização da vida que limita a produção do cuidado e esvazia a “sua possibilidade de conexão com os problemas e necessidades dos usuários, resultando em uma ESF simplificada que reproduz o modelo médico hegemônico, imperando o trabalho compartimentalizado e burocrático ancorado nas ações programáticas”, produzindo um tipo de oferta muito reduzida, alinhada à perspectiva

de “governamentalidade neoliberal”³ (SARTI, FEUERWERKER, 2018; FEUERWERKER, 2014).

Nesse sentido, tomarei a análise de Feuerwerker e Merhy (2011), que comparam o campo de produção de cuidado de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com uma tríade entre aparelho, roda e praça, que pode se organizar em vários planos, de diferentes modos e mobilizam distintos atores de jeitos totalmente diferentes ampliando ou não as possibilidades de cuidado.

O primeiro deles, é o aparelho que está representando por organogramas, fluxos, normas e a própria edificação com suas tecnologias duras que formam a construção de um conceito social de unidade de saúde como lugar público de funcionalidade bem definida, dialogando com o modo hegemônico de produção de saúde. As rodas invadem o aparelho da unidade de saúde desempenhando papel propulsor, fabricando suas equipes e processos de trabalho, organizados em coletivos com acordos e regras pactuados entre si de forma que cada um possa manter sua autonomia e singularidade para produzir saúde com o trabalho vivo em ato.

O terceiro elemento, é a praça. Nela, existem múltiplos coletivos, e, muitos, sem uma função específica. Alguns, ocupam essa praça sem um objetivo tão definido, vão para ter com quem conversar, para ver gente, para dividir sua solidão, ou para tentar buscar um porquê. Por outro lado, há quem vá para produzir atos de saúde e para produzir vida. Nestas praças, o que é certo é que é palco para a existência de encontros de muitos corpos e multidões, sem regras para o acontecimento, o acontecimento é dado mediante as possibilidades das presenças (FEUERWERKER; MERHY, 2011).

Nesta perspectiva, a AB é uma praça viva, entretanto, como mencionado acima, observamos que esse aparelho é altamente capturável por agendas e projetos que, em grande parte, não permitem que as rodas girem e, desta maneira, impõem um modo engessado de fabricar cuidado. Claro que as equipes, em seus espaços micropolíticos, disputam diariamente outras possibilidades de fazer a roda girar, mas, muitas vezes, as ofertas são ações programáticas verticalizadas, ou mesmo que

³ A noção de uma sociedade e/ou Estado que opera sob a lógica do neoliberalismo visa assegurar o mínimo vital para que cada qual possa, individualmente, garantir a sua existência. Este tipo de organização social preza pela produção de um sujeito “empresário de si”, produtivista e consumidor de procedimentos. No contexto da atenção básica, produz um tipo de oferta que olha especificamente para os diagnósticos na garantia do mínimo vital, como controle de sintomas, produzindo um fenômeno como a oferta de “cesta básica” de cuidados, reforçando o modelo curativista (FEUERWERKER, 2014).

desenhadas ou adaptadas a partir da realidade socio-sanitária local, ainda pouco voltadas para a singularidade de cada indivíduo.

Essa tríade entre aparelho, roda e praça, nos mostra a complexidade dos valores e das apostas produzidas em cada um dos elementos dessa tríade, o que engendra nos trabalhadores em saúde e na sociedade, subjetividades muitos cristalizadas para o cuidado. Desta maneira, a AB é um campo de disputa constante em todos os seus fazeres. Tomando a noção de que os elementos dessa tríade podem ser produzidos como dispositivos, com Foucault (2000, p. 138), reconhecemos que este conceito (o de dispositivo) é:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.

Partindo dessa perspectiva, tomaremos os trabalhadores da AB como dispositivos potentes para disputar outras agendas de cuidado além do hegemônico (FEUERWERKER, 2017). A AB, enquanto dispositivo de cuidado, tem grande potencial para produzir cuidados paliativos no território, centrado no usuário e sua família.

Agenciada por experiências vivenciadas durante a realização de um estudo anterior, enquanto pesquisadora e residente em Saúde da Família, foi possível observar alguns nós críticos, dificultadores para a produção do cuidado, seja pela cristalização de seus processos de trabalho, pelo desconhecimento da equipe de saúde sobre a importância e a potência do cuidado ou pelo distanciamento com a temática (MARQUES *et al.*, 2021).

O CP, enquanto disciplina, não é preconizado nas matrizes curriculares dos cursos de formação em saúde (seja técnico ou superior), distanciando e invisibilizando essa discussão da formação profissional. Durante minha formação na graduação, lembro-me de receber vários palestrantes para falar das diversas áreas de atuação da Fisioterapia, no entanto, nunca recebemos um palestrante para falar da atuação do fisioterapeuta em cuidados paliativos, mesmo na AB.

Dall'Oglio *et al.* (2021), realizou uma revisão integrativa da literatura sobre os ensinamentos de cuidados paliativos na educação médica nos últimos 20 anos, onde observou que a lacuna existente no ensino dos CP e a inexistência de uma disciplina específica e exclusiva, justifica o despreparo dos médicos – assim como dos outros

profissionais da saúde, que encontram essa mesma lacuna em sua formação – em aceitar a impossibilidade de cura frente a uma doença ameaçadora da vida e ao processo de finitude, resultando em um sentimento de impotência e desamparo dos paciente e seus familiares (DALL'OGGIO *et al.*, 2021).

Esse favorecimento de grandes áreas de especialidades clássicas em detrimento de outras, fragmentam o ensino e conseqüentemente o cuidado que esse profissional prestará ao usuário no serviço de saúde, frente a lacuna que ele encontrará quando se deparar com um indivíduo com uma doença sem possibilidade terapêutica curativa, mas com muitas possibilidades de cuidado e manejo para alívio do seu sofrimento. Quando conheci dona Maria, imediatamente tentei buscar na memória, nas anotações e literaturas que trabalhamos na graduação, mas me deparei com esse vazio, que nos presenteia com a sensação de incapacidade, de incompetência e insuficiência frente a finitude da vida e a nossa ilusão de controle.

Um estudo qualitativo realizado por Spinel *et al.* (2022), com o objetivo de compreender as necessidades de educação dos enfermeiros para os cuidados paliativos, realizou uma investigação em 84 UBS tradicionais e 282 UBS com equipes de ESF em 19 municípios de Minas Gerais, onde foram realizados grupos focais para discussão do tema, com o uso de materiais impressos e vídeos contendo os principais conceitos e objetivos dos CP. Após a análise dos resultados por meio do método de Bardin, os autores identificaram – a partir dos relatos e discussões – uma importante limitação dos conhecimentos dos profissionais, que evidenciaram uma lacuna significativa na produção do cuidado (SPINELI *et al.*, 2022).

Atualmente, a proposta curricular dos cursos de graduação em saúde é de uma formação generalista, cujo objetivo deveria ser o de preparar o profissional em formação para responder as mais variadas necessidades em saúde dos indivíduos e, com isso, reconhecer o sujeito na trama dos determinantes e condicionantes sociais de saúde, para além do âmbito hospitalar e meramente clínico. Contudo, nesse cenário, assim como as políticas de saúde mencionadas acima, a universidade e a formação em saúde são atravessadas por uma complexidade na qual, entendemos que existem intersecções sociais normativas que produzem processos de subjetivação capazes de capturar currículos, didáticas, endereçando-as para práticas formadoras tecnicista, curativista, reducionista e empobrecidas, distantes da complexidade do mundo do trabalho em saúde e da vida, produzindo um hiato entre

quem ocupa este espaço de privilégio de aprendizagem (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2019; FEUERWERKER, CECILIO, 2007).

Esse debate pode ser ainda mais tensionado pela discussão realizada por Bárbara Cabral (2023) que nos provoca a problematizar os valores e a racionalidade neoliberal que se fundem em uma lógica meritocrática, competitiva e estimulam a competência instrumental, desempenho, eficiência e habilidades individuais arraigadas nas matrizes curriculares e configuram um modelo de colonização dos processos formativos e dos modos de produzir saúde.

Nessa aposta de formação para o cuidado em saúde, idealiza-se a “capacitação” em contrapasso das realidades e produções existenciais do outro. Assim, o agir em saúde que extrapola os protocolos se transformam em desafios para a produção do cuidado:

Nos encontros, acolher a diversidade de narrativas presentes aguça visões críticas sobre saúde e sofrimento, na relação direta com características da organização social e suas heranças coloniais, tomadas tanto como estruturais quanto como efeitos de dispositivos de controle e opressão, com plasticidade infinita na conjuntura capitalista/neoliberal (CABRAL, 2023).

As disputas agenciadas por modelos contra-hegemônicos, que questionam a racionalidade biomédica e tecnicista, evidenciam o processo de patologização e medicalização da vida e do biopoder capitalista imposto sobre os viventes⁴, especialmente, aqueles em situações mais vulneráveis. Historicamente e socialmente, profissionais de saúde são formados para os verbos: curar, reabilitar, restaurar, restabelecer, salvar, medicar, sanar, cuidar.

Tudo isso ancorados na permanência da vida, com o prelúdio que salvá-la é o êxito de quaisquer procedimentos ou protocolos de cuidado. Cuidamos da vida, mas como podemos cuidar da morte? A morte é o fracasso dos procedimentos ou de quaisquer protocolos? É antônimo do êxito de cuidado? Assim como a vida, o que seria a morte? A morte enquanto finitude da vida, mas também a morte de uma amizade, de um emprego, de uma esperança, de uma perda que leva parte de nós, ou aquela que vem junto com um diagnóstico indesejado. Espinosa já denunciava que não vivemos a vida, no fim das contas o que fazemos é tentar evitar a morte e

⁴ Termo utilizado por Barbara Cabral, a partir das manifestações de Davi Kopenawa, para descrever todos os seres vivente da Terra, incluindo a natureza e os animais.

transformamos a vida em um culto à morte (DELEUZE, 2002). Será que nós, trabalhadores e serviços de saúde, rotulamos um prognóstico desfavorável como “não tem mais nada a fazer”, pois, é aí que começa o grande desafio do cuidar? E, afinal, quem pode nos garantir que não morreremos amanhã?

Os usuários em CP frequentemente enfrentam um vazio assistencial, sendo altamente subordinados ao modelo hegemônico medicalizante e intervencionista e por isso mesmo, muitas vezes é compreendido como uma especialidade ou uma assistência restrita ao âmbito hospitalar, o que os coloca de certa forma distante da AB ou apenas alvo de ações pontuais. Desta maneira, o objetivo desta pesquisa é cartografar a produção dos cuidados paliativos na AB e dar visibilidade às possibilidades e barreiras para sua produção.

PERCURSO METODOLÓGICO

Essa pesquisa versa sobre o trabalho em saúde, circunscrito na AB e, como este lugar pode constituir-se como dispositivo potente para o cuidado no território, particularmente aqui, o Cuidado Paliativo. Compreende-se que o trabalho em saúde é complexo, as unidades de saúde congregam um conjunto de trabalhadores com suas intencionalidades, apostas, disputando projetos de cuidados, de trabalho e de gestão mediante as múltiplas experiências advindas de suas trajetórias acadêmicas e de vida (BADUY *et al.*, 2017).

A aposta desta dissertação, alinha-se com àquelas que problematizam e tensionam as fases estanques e compartimentalizada dos processos de trabalho, assim como o modo de entender os planos *macro e micropolítico*⁵. A possibilidade de captar a produção viva do trabalho, por meio de micropolítica, é uma das maneiras de recolher desses cotidianos, os efeitos das políticas e como essas são experimentadas em cada território. Esse estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e aposta na perspectiva cartográfica, como abordagem metodológica, com o intuito de dar visibilidade ao processo de trabalho e gestão do cuidado, no tocante aos cuidados paliativos na atenção básica.

A cartografia é um termo oriundo da Geografia, que representa a ciência da arte de criar mapas como uma representação visual abstrata do geoambiente, das feições e características da realidade geográfica estática, para uso em relações espaciais, resultantes do esforço criativo e das escolhas do cartógrafo (LAPAINÉ *et al.*, 2021). Rolnik (2016, p. 23), relata que as paisagens sociais são cabíveis de serem cartografadas e diz que:

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros mundos que se

⁵ Em relação aos planos macropolítico e micropolítico, compreendemos, como Feuerwerker (2014, p.37) que toda a produção dos homens no mundo é política. A micropolítica, entendida como o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder, seria o plano a ser analisado. Por isso mesmo, estudar o cotidiano da produção do mundo é uma opção forte - que possibilita ir para o campo mais em aberto, com menos a "*prioris*", mapeando a quente como, em cada território, vão se fabricando as relações, seus limites, suas possibilidades. Esse olhar investigativo aplica-se a todas as áreas. No campo da saúde, por ser este um processo que se produz em ato, essa opção torna-se mais importante ainda. Já a macropolítica expressa o que ganha forma através de código, operando por meio do instituído, insistindo em codificar a vida.

criam para expressar afetos contemporâneos em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos.

O cartógrafo desenvolve o papel de pesquisador implicado ao misturar-se ao espaço, ao encontrar-se com o outro, ao permitir-se afetar e ser afetado e dar língua as afetações que pedem passagem enquanto experimenta o território, vivencia as experiências, segue as pistas e acompanha os processos. Para cartografar os processos de subjetivação e produção do cuidado e de vida, em seus movimentos de contornos da realidade, lançaremos mão da potência do sensível, do invisível, daquilo que é vivido e sentido em nosso “corpo vibrátil” - em sua capacidade de percepção - e do nosso “olhar vibrátil”, que vai muito além do nosso olhar retina e consegue entrever as disputas das linhas de força que afetam e permeiam as relações tracejando nosso mapa (ROLNIK, 2016). Nesse sentido:

Essa diferença está na estratégia de criação de territórios: para que este processo se oriente na direção dos movimentos de afirmação da vida é necessário construí-los com base das urgências indicadas pelas sensações, ou seja, os sinais da presença do outro em nosso corpo vibrátil (ROLNIK, 2016, p. 20).

Dessa forma, é possível entender e refletir sobre a repercussão e os modos como tais forças atravessam nosso corpo e influenciam os arranjos dos modelos de atenção à saúde, a autonomia dos profissionais, às singularidades dos usuários ou da população e aos seus processos de subjetivação e de produção de vida. Do mesmo modo, esses atravessamentos sofridos no processo de produção de cuidado, podem potencializar determinadas apostas e disputas de possibilidades que, por sua vez, interferem de maneira desigual na vida de cada um, reforçam as inequidades sociais e operam nos processos de subjetivação e de tensionamento do sujeito. Feuerwerker e Merhy (2019), relatam que esses atravessamentos são:

marcados pelas molaridades, mas também pelas histórias de vida, pelos efeitos da composição das equipes de trabalho ou de distintos coletivos, pelos encontros com a população de um território e sua história, pelas convicções político-religiosas de cada um e pelo encontro a cada dia com os usuários e seus contextos, entre outros. São marcados pela imprevisibilidade dos agenciamentos (FEUERWERKER; MERHY, 2019).

O cuidado produzido por atos de saúde, a depender do modo de cuidar estabelecidos nos processos de trabalho e nas disputas envolvidas nele, podem promover saúde ou não, se a ação estiver pautada simplesmente em procedimentos ao invés das necessidades de saúde dos usuários. A maneira como são conduzidas

e acolhidas as tensões e intensões envolvidas no encontro e nas relações estabelecidas, permite uma produção de maior autonomia do usuário e seu modo de levar a vida, com mais qualidade e efetividade, sem anular as subjetividades do sujeito e do território onde vive (MERHY, 1999).

Nos serviços de saúde, especialmente na AB, há um campo vivo permeado por uma multiplicidade de mundos, fluxos, redes, de modos de vida e de cuidado existentes nas relações que não podem ser quantificadas, mas que produzem mapas possíveis de serem cartografados não com o intuito de cristalizar essas relações, mas para entender melhor sua constitucionalidade e potencializar a produção de vida.

Para cartografar essa multiplicidade, parti de uma UBS do município de Londrina, localizado no norte do estado do Paraná, com estimativa populacional de 555.937 habitantes residentes em 2022, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A AB, em Londrina, é desenvolvida pela Autarquia Municipal de Saúde e Departamento de Atenção Primária à Saúde, que conta com 54 UBS (42 na região urbana e 12 na região rural), 10 equipes NASF, além do apoio da RMSF da Universidade Estadual de Londrina e Residência Médica de Família e Comunidade (RMFC) da Autarquia Municipal de Saúde (LONDRINA, 2020).

A UBS referência para a realização da pesquisa, foi criada em 1977 com 141,86m², ampliada para 369.49m² após sua segunda reforma, com área atual de 474,78m² após reforma e ampliação em 2012, foi a segunda unidade de saúde construída em Londrina (LONDRINA, 2023). A unidade atende a um território abrangendo 16 bairros em zona urbana e rural, com uma população de aproximadamente 15 mil habitantes. O serviço conta com uma equipe de saúde composta por três enfermeiras, 13 técnicos de enfermagem, três médicos, duas auxiliares de limpeza, um técnico administrativo, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de odontologia. Destes, apenas um médico, uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem compõe a única equipe de Saúde da Família (eSF), da unidade. Além disso, possui o apoio de uma equipe NASF composta por uma nutricionista, um educador físico, uma farmacêutica, uma psicóloga e uma nutricionista.

Para essa trajetória cartográfica em paisagens de produção e gestão dos cuidados paliativos na AB, caminharemos utilizando como disparador a estratégia de usuário-guia proposto por Emerson Merhy *et al.* (2014). O usuário guia é como um

foi condutor que desenvolve papel de ponteiro delineador, nos guiando pela rede (formal ou informal), apontando o caminho a ser percorrido e permite a reflexão sobre o cuidado prestado cotidianamente e o processo de trabalho da equipe de saúde. Nesse sentido, o autor diz que:

[...]para se pensar o trabalho das equipes nas redes de cuidado, em geral, explorando modos de acessar e visibilizar essa produção, através da construção conjunta de pesquisadores e trabalhadores, tomando o usuário como guia desse processo, no seu modo de fabricar sua rede viva de existência, para muito além dos itinerários terapêuticos e projetos terapêuticos, das nossas ofertas instituídas (MERHY *et al.*, 2014. p.163)

Dessa forma, foi possível vivenciar o cotidiano dos trabalhadores de saúde, mapeando a produção e gestão de cuidado aos usuários com necessidade de cuidados paliativos. O usuário-guia nos proporciona melhor compreensão do percurso percorrido por ele e as forma de acesso ou bloqueio da rede de cuidados, assim como os tensionamentos vivenciados pelo usuário e pela equipe.

As experiências vivenciadas foram registradas em um Diário Cartográfico (DC), utilizado como recordatório das atividades, processos, afetações e sentimentos, para revisitações que auxiliará nas análises ou autoanálises dos encontros a partir da vista do ponto, que está relacionada com a percepção de diferentes contextos de uma dada situação (SLOMP JUNIOR *et al.*, 2020), O sigilo e o anonimato dos usuários e trabalhadores envolvidos foi mantido.

Em minhas andanças pelo território, entre um encontro e outro, anotava tudo, sentimentos, percepções, falas, informações, tudo. Em minhas revisitações, tudo se transformava, influenciada por outras vivências, outras experimentações, outras marcas e até mesmo peças que faltavam e só se revelaram depois, como em um quebra-cabeça. É surpreendente – e talvez um tanto perturbador – como o diário oportuniza o olhar por outros ângulos, por outras lentes, e o que não fazia sentido agora passa a fazer.

Para Merhy (2014), a vista do ponto⁶ é sobre lugares marcados pelas diferenças, por multiplicidades de viveres, fabricando o dia a dia cada um a seu modo. São nesses lugares, territórios, ricos em modos de viver, que o campo da saúde produz cuidado, e, nesse sentido, a vista do ponto recolhe aprendizados sobre o lugar

⁶ A vista do ponto é uma análise abordada pelo Professor Emerson Merhy (UFRJ), a fim de estimular reflexões e autoanálises sobre os lugares que ocupamos e a maneira como olhamos para o lugar que o outro ocupa. Lugar (ou ponto), produzidos por relações de poder, marcado por diferenças, multiplicidades, tensões, subjetividades e viveres, uma vista que jamais será justa.

que ocupamos enquanto produtores de cuidado, enriquecendo nossa prática frente aos vários atravessamentos políticos sociais que encontramos no campo de saúde.

A escolha da unidade de saúde para a realização desta pesquisa foi por conveniência. No trajeto da minha formação no mestrado, realizei uma disciplina optativa de “Práticas Docentes na Graduação” onde podemos acompanhar um docente no módulo “Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade I”, chamado PIN1. Este módulo é composto por grupos interdisciplinares formado por acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Medicina. O módulo tem a proposta de encontros teóricos espaços para que estes sejam vivenciados nas práticas de campo.

Minha inserção no campo se deu enquanto estagiária do PIN1, onde me possibilitou tatear o território e conhecer um pouco da equipe e seus processos. Após essa primeira aproximação, enquanto estagiária, decido me encontrar com a coordenadora da unidade. Em nosso encontro foi apresentado a proposta e objetivos da pesquisa, já com autorização do comitê de ética e da Autarquia Municipal de saúde, após o aceite por parte da coordenação, começo frequentar a unidade enquanto estagiária e pesquisadora.

Com todas as devidas autorizações, pactuo com a equipe SF a possibilidade de acompanhá-los em visitas domiciliares, com o objetivo de me conectar com a equipe e me encontrar com os usuários no território. Coincidentemente (ou não) nossa primeira visita era à uma usuária com diagnóstico de câncer cerebral e outras comorbidades, cuidadora de seu marido que possuía deficiência visual, ela acabará de receber alta hospitalar após sofrer queda de própria altura, resultando em uma fratura de tornozelo e outras complicações.

Nesse momento me afeto com a história daquela família e decido voltar em outra oportunidade para convidá-los a participar da minha pesquisa e conhecer mais da sua história. Infelizmente isso não foi possível, pois logo depois ela faleceu e perdi contato com a família, assim, trago essas afetações enquanto relato de experiência nesse trabalho.

Ainda enquanto estagiária do PIN1, havia uma atividade que precisávamos realizar VD com os alunos, dessa forma, a equipe indicou possíveis famílias, entrei em contato e agendei as VD. Posteriormente, nos dividimos em grupos para a realização dessas VD, acompanhei duas alunas a casa de um usuário em cuidados

paliativos por diagnóstico de câncer metastático, uma família extremamente afetuosa, com uma bela história de vida. Ao término de nossa visita, os convido a participar da pesquisa enquanto usuário-guia. Portanto, além dos participantes incluídos, outros fizeram parte do bordado do meu campo de pesquisa e as afetações e reflexões desses encontros serão parte dessa cartografia.

O usuário, cuidador e trabalhadores que aceitaram fazer parte da pesquisa, foram acompanhados na UBS ou em suas residências, em seu cotidiano. Nestes momentos, suas narrativas a respeito desta busca foram colhidas de maneira livre, sem um roteiro específico, sendo possível para o participante discursar sobre qualquer aspecto que envolva a produção do cuidado.

Foram realizadas entrevistas abertas com alguns trabalhadores envolvidos no processo de produção de cuidado do nosso usuário-guia. Foi solicitado que relatassem livremente como organizavam seus processos de trabalho e as dificuldades e limitações que encontravam em seu dia a dia, depois foi questionado qual era seu nível de conhecimento sobre o tema “cuidados paliativos”, como manejam as demandas de usuários em cuidados paliativos e quais eram suas percepções sobre esse cuidado na AB. Os diálogos com usuários, cuidadores e trabalhadores foram gravadas em áudio, mediante autorização, e posteriormente transcritas no DC. Participaram desta pesquisa um usuário, um cuidador e cinco trabalhadores.

O trabalho de campo aconteceu de dezembro de 2022 a maio de 2023. A realização desta pesquisa foi autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina e pelo Comitê de Ética em Pesquisas, com parecer consubstanciado sob nº CAEE 62312022.0.0000.5231, ressalta-se ainda que foi respeitado todos os princípios da bioética (beneficência, não maleficência, autonomia e justiça) e os preceitos estabelecido na Resolução 466/2012 e 510/2016, que trata das Normas de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO I e II).

Durante a realização dessa cartografia, foi possível acompanharmos os trabalhadores em oficinas promovidas pela Autarquia Municipal de Saúde, como parte do Programa Municipal de Cuidados Paliativos de Londrina, criado em 2022 pelo projeto de lei nº122/2022, e sancionado pela lei nº 13.567, de 17 de abril de 2023, com o objetivo de disseminar conhecimento sobre a temática, reafirmar a vida

e reconhecer a morte como processo natural, fortalecer e desenvolver atenção à saúde humanizada, com qualidade de vida, para pacientes com doenças graves e incuráveis e seus familiares, respeitando todos os princípios norteadores dos CP (LONDRINA, 2023).

O programa contou com etapas de capacitações do macro para o micro, primeiro foi realizado uma “Capacitação Municipal em Cuidados Paliativos”, aberta para todos os colaboradores e serviços da rede de atenção à saúde do município, como forma de “nivelamento” dos conhecimentos. Depois começaram os movimentos de realização das oficinas de capacitação com os trabalhadores representantes de cada UBS integrantes dos grupos de trabalho (GT) de cuidados paliativos, essas pessoas foram eleitas nas UBS por seus pares. Primeiro tivemos uma oficina geral com todos os GT, onde foram apresentadas algumas ferramentas de apoio para identificação dos casos e produção do plano terapêutico, a partir dessa oficina foram organizados encontros para discussões de casos do território de cada UBS, onde priorizou-se a participação dos representantes do GT da UBS e a equipe ESF envolvida no caso.

Acompanhar as oficinas foi um ponto extra no bordado dessa pesquisa, os encontros tornaram-se dispositivo para fomentar conversas com a equipe, sobre como eles se sentiam em relação a proposta do programa, sobre qual era a opinião deles sobre o assunto.

CARTOGRAFIA SENTINTE EM MIM – DESTERRITORIALIZAÇÃO E TERRITORIALIZAÇÃO

Não tenho como pretensão (nunca tive), realizar esse estudo ou o acompanhamento dos processos de maneira neutra e imparcial, não há possibilidade de realizar uma cartografia sem contaminar-se com o território e as paisagens existenciais e psicossociais cartografadas. Mesmo que eu tivesse a pretensão de realizar esta pesquisa de maneira neutra e imparcial, não seria possível, pois além de ser implicada com a realidade estudada, somente minha presença no espaço já é suficiente para alterar sua dinâmica. A objetividade é pretendida nas pesquisas quantitativas, com o controle das variáveis, mas na pesquisa social isso não condiz com a realidade, uma vez que é impossível isolar o que está sendo estudado de seu contexto. Abrahão *et al.* (2014), argumenta sobre a lógica de quem defende esse tipo de abordagem:

Se aposta na imparcialidade como elemento fundamental daquilo que se produz: um modo de olhar o mundo de fora, buscando a “não contaminação” do pesquisador pelo objeto, num processo de produção do conhecimento neutro sem interferência e influência. Isola-se e recorta da realidade aquilo a ser estudado, sob o imperioso controle das variáveis intervenientes posto que elas confundem o objeto a ser pesquisado. A lógica: quanto mais isolado for o objeto do mundo, da vida, maior a possibilidade de se produzir conhecimento que não falseie “a” verdade. Há uma aposta na necessária limpeza do campo de observação (ABRAHÃO *et al.*, 2014, p 156).

Pelo contrário, me apresento ao campo como sujeito pesquisadora implicada com o objeto, como pesquisadora in-mundo⁷, que me permite afetar-se, abrir-se para a experiência como um ser sentinte, político, implicado e interessado na investigação dos conhecimentos e saberes produzidos, nas formas de andar a vida, no mundo dos trabalhadores e dos usuários.

É nessa mistura do pesquisador com o campo, nas andanças entre a equipe e o território, embebida no objeto e objetivos da pesquisa, que fui provocada a todo tempo. Os olhares que recebia dos trabalhadores, no campo invisível, me perguntavam o que exatamente eu estava fazendo ali, era perceptível o desconforto

⁷ Termo utilizado por Ricardo Moebus, pesquisador-doutor da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho em Saúde da UFRJ, aproveitado por Abrahão *et al.* (2013) referindo-se ao ato de permitir-se ser afetado pelo (no) mundo do outro na micropolítica dos encontros no processo investigativo onde “abrimo-nos às nossas próprias narratividades disparadas pelas afecções que o campo de estudo agência em nós”, se contaminando desse mundo e dos encontros.

deles, como se para eles eu fosse um corpo estranho com uma bomba surpresa amarrada em mim, que poderia explodir a qualquer momento, trazendo para a equipe mais trabalho ou alguma mudança indesejável.

Era desconfortável para mim também, apesar da minha experiência na AB, a cartografia era nova para mim, o território era novo, era um processo de desaprendizagem que me convocava a renunciar ao sabido para vivenciar as potências desse novo mundo que se abria. Visto que “o pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos” (ABRAHÃO *et al.*, 2014).

Estava ali com expectativas de aprender com eles a ser uma cartógrafa, com os olhos atentos a qualquer pista que eu pudesse seguir e construir o mapa dos CP na AB. O campo intercessor entre a equipe e eu estava permeado de expectativas, medo do desconhecido, dúvidas, inseguranças, pré-conceitos, introspecção e – me arrisco a dizer - até uma certa asperidade.

Em um primeiro momento eu não conseguia entender quais eram as motivações dessas afecções, dessa sensação de asperidade que meu corpo vibrátil estava captando. Continuei a andar, esperando que encontrasse essas respostas em uma esquina mais a frente, como de fato encontrei quando conversei com alguns trabalhadores-chaves e essas percepções e afetos foram se cristalizando e delineando uma nova máscara.

Rolnik (2016), em sua obra, fala sobre o silêncio do invisível que sua personagem sofre, onde ela “pôde dispor-se a acolher os movimentos de desterritorialização e territorialização de seus afetos. Movimentos que só o corpo vibrátil, nosso e dela, pode captar”. Meu processo cartográfico se deu no silêncio do invisível, meu mapa foi se construindo por percepções captadas pelo meu corpo vibrátil e pelas desterritorializações que sofri frente aos desmontes das verdades que habitavam em mim.

Meu corpo cartógrafo foi colocado em análise o tempo todo, refletindo a todo tempo sobre quais lentes meu olhar vibrátil estava usando, com cuidado para não cair na lógico avaliadora, ditadora e dicotômica do certo e o errado. Muito menos analisar a conjectura sob a ótica do cenário ideal prescrito na literatura. Se assim o fizesse, estaria reduzindo ainda mais a potência dos trabalhadores e do cuidado. Não é sobre

isso que estamos tratando aqui, meu objetivo não é dizer o que está certo ou errado, mas entender os processos micropolíticos e os atravessamentos que acontecem em ato.

O território, que ora me achava especialista nele, se transformou em campo desconhecido, árido, ácido, ríspido. Comecei a me sentir também um corpo estranho ali, como se tivesse chegado ao final da linha para mim e só restasse aceitar que aquilo era o que aquele território tinha para me ofertar. Será que o usuário se sente assim também? Pergunto-me. Sigo como a noivinha de Suely Rolnik, me “equilibrando sobre o abismo que a ausência de rosto – sua máscara desterritorializada – cava em sua alma [...] só assim será possível criar um território para aquele encontro” (Rolnik, 2016, p. 34-35).

CORPO VIBRÁTIL EM TERRITÓRIO

As lágrimas são feitas de água salgada,
como o mar. Chorar essa emoção é como
tomar banho de mar de dentro para fora.
(Ana Claudia Quintana Arantes, 2016)

Essa é uma história de meu corpo vibrátil, a narrativa de um encontro imprevisível, sem roteiros, permeado pelo desejo de ouvir as histórias e as produções de vida que aquele lugar tinha para me contar. Aventuro-me a tatear o território, conhecer as praças e me proponho a sair em visita rotineira com a equipe da estratégia de Saúde da Família (eSF), de encontro ao campo e ao tracejo dessa cartografia, buscando um fio.

Em uma dessas visitas, chegamos à casa de uma mulher, que chamarei de Alice, esposa e cuidadora do marido, acompanhada pela mãe, idosa, recém-viúva. Alice lutava contra um câncer cerebral em hemisfério direito há quatro anos, havia sofrido uma fratura de tornozelo após episódio de queda, provocada durante períodos de muita sonolência após suspender a medicação para tratamento do hipotireoidismo por conta própria, talvez cansada e sobrecarregada pelos cuidados desprendidos por tantos anos para si e para o companheiro.

Sua mãe acabará de mudar para a casa, depois de perder o marido, mudou a procura da companhia da filha e de repente se viu cuidadora da filha e do genro. Meu Deus, era possível sentir o tamanho do seu desespero, indignação, raiva e impotência frente a situação da filha. Não é a ordem natural do ciclo da vida, a dor de uma mãe ao perder seu filho, gerado em seu ventre, sentir as dores do parto, cuidar e educar com tanto esforço e carinho e depois de uma vida de dedicação, ver seu filho morrer. Sou mãe, não consigo sequer imaginar a dor dessa mãe, me sensibilizo com ela.

Naquele momento de desespero, ela verbalizava seu sofrimento, para si, para a equipe, para a Alice, “você vai me deixar sozinha?”, “você tem que ficar boa para andar comigo”, “eu vim para cá e agora ela vai embora e me deixar sozinha”. O marido e a filha de Alice aparentemente estavam “firmes”, segurando as pontas frente ao desespero dessa mãe. Essa cena me deixou extremamente comovida e preocupada com essa família, especialmente com a mãe da Alice, que vivia um luto antecipatório com raiva e negação, tendo pouco suporte para isso. A obra “Sobre a Morte e o

Morrer” de Elisabeth Kübler-Ross, versa sobre suas experiências com pacientes terminais e seus estágios:

Quando a raiva, o ressentimento e a culpa se apresentam, a família entra numa fase de pesar preparatório, igual ao do moribundo. Quanto mais desabafar este pesar antes da morte, mais a suportará depois. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 149).

A autora ainda recomenda que a equipe deixe o familiar expressar tudo quanto ele desejar, acolha e fique à disposição, pois haverá um longo período de luto pela frente:

Se tolerarmos a raiva deles, quer seja dirigida a nós ou ao falecido, ou contra Deus, teremos ajudado a darem passos largos na aceitação sem culpa. Se os incriminarmos por não reprimirem estes pensamentos pouco aceitos socialmente, seremos culpados por prolongarmos o pesar, a vergonha e o sentimento de culpa deles, que resultam, freqüentemente, em abalo da saúde física e emocional. (KÜBLER-ROSS, 2017, p. 156)

Apesar da dificuldade de comunicação, sabíamos que Alice estava lúcida. Comecei a refletir sobre quanto sofrimento e culpa estava sendo infringido a ela? Assim como em um tsunami, o mar recuou por quatro anos enquanto o curso da finitude se seguia e agora a grande onda estava chegando, essa família precisará de muito cuidado e apoio, será que a equipe está preparada? Como a equipe acolheria os casos de luto?

O luto é definido na literatura como uma reação à perda e rompimento de vínculo, quanto maior o vínculo maior será o sofrimento pelo rompimento dele. O enfrentamento do luto é um processo subjetivo, se apresenta distintamente, de acordo com o modelo operativo interno de cada um e está relacionado diretamente ao tipo de relacionamento existente ou do papel que representa a pessoa que está morrendo. A perda de um filho, rompe com a crença da ordem natural do ciclo vital e é frequentemente referida como um evento avassalador por muitas mães enlutadas, causando perda de sentido de vida para muitas delas (BRAZ, FRANCO; 2016; MICHEL, FREITAS; 2021).

A vivência do luto, no contexto dos cuidados paliativos, pode acontecer de maneira antecipatória, permitindo que aconteça as despedidas, a resolução de conflitos e a ressignificação da relação, ou seja, o tempo que o enlutado tem para se preparar e processar essa possível perda - como o caso de doenças em estágio avançados que normalmente apresentam um tempo de morte maior – podem facilitar a aceitação da perda, ainda que relativa, também implica em uma melhor elaboração

dos sentimentos de raiva, angústia, tristeza e revolta relacionadas a perda (LISBOA, CREPALDI; 2003).

Existem alguns elementos podem influenciar – mas não definir – o processo de luto, como a qualidade de vínculo e comunicação; o apoio recebido; a realização de rituais importantes para a família e o indivíduo, como fechamento de ciclo; luto antecipatório; tipo de morte; localização (ou não) do corpo; idade e ciclo vital; condições biopsicossocial prévia; história de vida (histórico de perdas); desvalorização do luto como mecanismo de defesa na tentativa de evitar um sofrimento maior; resiliência (BRAZ, FRANCO; 2016).

Quando há a possibilidade, é importante o movimento de “aparar as arestas”, de perdoar, resolver questões mal resolvidas, falar o que ainda precisa ser dito, fazer o que ainda precisa ser feito, entender o que é sagrado para nós. A médica e escritora Ana Claudia Quintana Arantes, em seu livro “A morte é um dia que vale a pena viver” traz um olhar interessante ao processo de luto, a autora diz que quando perdemos alguém significativo em nossas vidas, perdemos também um parâmetro de nós mesmos, pois, construímos nossa expressão no mundo a partir do olhar de quem nos cerca – especialmente daqueles que amamos - e das expectativas que criamos em nós mesmo.

A maior parte de nós é o que os outros fazem de nós. Somos esculpido com base na percepção do outro. O que mais fará falta na morte de alguém importante é o olhar dessa pessoa sobre nós, pois precisamos do outro como referência de quem somos. Se a pessoa que eu amo não existe mais, como posso ser quem sou? Se preciso do outro para pensar sobre o mundo, e se o outro não existe mais, como será o mundo sem ele? (ARANTES, 2016, p. 128)

Ao longo desse processo, emplacamos uma luta em busca da reconstrução de vida e de sentido, para isso não há atalhos, não é possível transferir a tarefa para outra pessoa, mas é possível encontrar ajuda para o alívio desse sofrimento, seja fisicamente e emocionalmente com o apoio de profissionais de saúde, espiritualmente, por meio de crenças e rituais ou pela construção de novas conexões de apoio. Merhy *et. al.* (2019) faz um debate sobre as conexões que criamos e argumenta que tais conexões possibilitam o compartilhamento de saberes e experiências e podem ampliar as potências de vida e de modos de viver, de conviver e de dialogar com os diversos modos e sentidos de vida.

Não há uma receita de “como-criar-novas-conexões-de-vida”, mas alguns dispositivos podem ser ferramentas auxiliares para esse processo, como por exemplo,

a psicoterapia ou a terapia em grupo. Participantes de uma pesquisa realizada por Michel e Freitas (2021) relataram que a psicoterapia forneceu subsídios para autoanálise, proporcionou insights e reflexões que ampliaram suas perspectivas, ajudaram a autocompreensão sobre si novamente e deram um novo modo de ver as coisas. Uma vista do ponto! Nesse sentido, os autores concluíram que:

Se considerarmos que o sentido de uma vivência sempre é dado por aquele que a vivenciou, seremos obrigados a concordar que só quem pode atribuir um sentido novo a esta, ou seja, ressignificá-la, é a pessoa que a vivenciou. Sendo assim, apontamos para a relevância da preservação da autonomia de mães enlutadas em suas psicoterapias, pois permite o desvelamento de novas possibilidades de sentido (MICHEL, FREITAS; 202, p. 12).

O processo psicoterapêutico, coletivo ou individual, pode ser um grande aliado na compreensão e aceitação do processo do luto, além de um potente dispositivo para ampliação de redes de apoio, pois, dentre os inúmeros benefícios apresentados na literatura, ele também abre portas para a experiência de ressignificação das relações, com a morte e com a vida.

Não foi possível acompanhar o processo de cuidado dessa família, pois alguns dias depois, Alice faleceu e perdi o contato com a família. No carro, após a visita, a ACS e a auxiliar de enfermagem que me acompanhavam, mesmo sensibilizadas pela situação, diziam que “essas pessoas são acompanhadas no HCL (Hospital do Câncer de Londrina), não somos nós”. Mas elas estavam no território da UBS, não haveria compartilhamento do cuidado entre os serviços? A cena deixou pontas soltas de um fio e algumas pistas: Como a equipe lidava com o luto? Há delimitações para o cuidado produzido pela AB?

O caso seria encaminhado para a psicóloga da unidade, então decidi me encontrar com ela para conversarmos e entender melhor sobre o manejo do luto na AB. Em nosso encontro, pergunto para ela se o luto é uma demanda que ela recebe na unidade e como é feito o manejo dessa demanda. Ela me respondeu:

“É uma demanda que chega bastante sim, mas os pacientes que vem com questões relacionadas ao luto são encaminhados para o grupo de acolhimento e escuta [...] o grupo traz bastante essa questão da perda, da saudade, da aceitação.” (Trabalhadora do NASF)

Como mencionamos anteriormente, o processo psicoterapêutico, seja ele individual ou coletivo, é um fator importante no processo de aceitação e ressignificação do luto. Seguirei essa pista, até onde ela vai me levar. Peço autorização para conhecer e observar um dia do grupo, após autorizado, sigo ao

encontro do grupo de escuta e acolhimento da unidade.

No encontro com o grupo, durante as falas, foram abordados temas como a compreensão dos nossos limites, medidas medicamentosas e não medicamentosas – como e quando usar – e após o relato de uma das participantes, que aparentemente tem ansiedade e sobrecarga de trabalho com cuidados aos outros, uma fala da psicóloga me marcou muito, ela disse “coloque a máscara em você primeiro, depois ajude os outros”, em analogia às orientações em caso de emergência em voos. E isso fez muito sentido para mim, nos provoca a reflexão de “como eu vou cuidar do outro se não cuidar de mim”? Nesse dia, não houve relatos relacionados ao luto, propriamente, mas o grupo se mostrou um espaço potente, acolhedor e facilitador para autoanálises e reflexão sobre as lentes que estamos utilizando ao olhar para certa situação.

Nesse mesmo dia, durante o apoio à uma atividade da universidade na UBS, entrei em contato com a família de uma usuária com diagnóstico de Alzheimer avançado, relatado pela equipe, conversei com sua neta, Renata, que nos informou que a avó já havia falecido, mas diante do desconhecimento da situação pela equipe, de forma genuína e espontânea, ela nos relatou um pouco como foram os últimos dias de sua avó:

“Minha avó estava em cuidados paliativos já, a doença já estava muito avançada e ela estava muito debilitada, mal conseguia andar. Como eu atendo algumas pessoas em cuidados paliativos (enquanto fisioterapeuta), tive a função de explicar para minha mãe do que se tratava e dizer que o que tínhamos que fazer era dar a ela muito amor e conforto. Minha mãe era a cuidadora da minha avó há muitos anos, parou de trabalhar para cuidar dela, ela não aceitava a morte da minha avó. Eu tentei desmistificar isso para ela e disse que minha avó precisava saber que era muito amada e que minha mãe ficaria bem. Minha mãe conversou com ela e logo depois ela faleceu. Só estava esperando isso.” (Renata)

Meu corpo vibrou! Que potência! Continuamos nossa conversa, perguntei como estava sendo o processo do luto, ela relatou que só recentemente sua mãe conseguiu voltar a trabalhar e tocar a vida, mas que ainda vivia um luto, seu irmão também ficou muito abalado e por conta disso e outros fatores estava sendo acompanhado pela psicóloga na UBS. Ela acredita que a mãe apresenta uma necessidade muito grande de acompanhamento psicológico para superar o luto intenso que vivia, ela chegou a propor, mas sua mãe é resistente a terapia pelo tabu de achar que “terapia era coisa de louco”. Apresentei a ela o grupo de escuta e

acolhimento, que ela desconhecia, informei sobre os dias, horários e sobre a possibilidade de o grupo ser um aliado para sensibilização e a superação dos estigmas relacionados a psicoterapia, onde ela poderia participar livremente.

Falar sobre a morte ainda é um tabu, o assunto é frequentemente caracterizado como sombrio, mórbido e, por vezes, indelicado e desrespeitoso. Mas, se a morte é um processo de finitude da vida, natural, por que ainda é repudiado dessa maneira? Por vezes, a morte nos serve como um lembrete do quão sensível e vulnerável é nossa existência e, do quanto a vida pode nos fugir do controle. A morte, quando marcado como antônimo da vida, traz o medo, medo do que está por vir, medo do desconhecido, do descontrole, da perda, medo do não ser.

É indiscutível os inúmeros benefícios provenientes dos avanços científicos e tecnológicos na assistência à saúde, não é isso que quero colocar em análise aqui. Mas, quando tais avanços não nos garantem a longevidade, a cura ou a resposta à alguma adversidade, o que pode ser feito? A não possibilidade de resolução ou de cura, pode nos trazer o sentimento de impotência e frustração, potencializado quando este é seguido por um desfecho de morte ou perda. No entanto, se entendemos que isso não é algo que está em nosso controle, que não temos o controle de vida e morte, podemos ressignificar nossa prática e a produção do cuidado.

Por outro lado, podemos dizer que não é só no cuidado paliativo que a cura não é uma possibilidade. Muitas necessidades de saúde da população podem ser compreendidas por questões que acompanharão as pessoas ao longo de suas vidas, como as doenças crônicas degenerativas, por exemplo. Sabemos que os usuários viverão anos com necessidade específicas de diversas ordens, a vida será adaptada à essas demandas. Ou ainda, àquelas pessoas que, por meio de uma série de dificuldade de acesso (e outras violências institucionais) sofrem com os efeitos provocados, onde outros arranjos de cuidado serão necessários.

O luto é uma das questões a serem pensadas quando pensamos o cuidado, não só nos Cuidados Paliativos, mas no contexto do Cuidado de uma forma abrangente, integral. Nessa cartografia, foi possível observar as circunstâncias que influenciam na maneira que será vivenciado o processo de luto, a qualidade e o tipo de vínculo se mostraram um forte fator para o desenvolvimento do luto complicado. A AB pode ser um potente dispositivo facilitador nesse processo, porém é necessário que os trabalhadores possam ter espaço de reflexão sobre o tema, onde também

possam ser acolhidos nas suas dificuldades de lidar com a morte e com o luto.

O BOM COMBATE

Combati o bom combate, completei a
carreira, guardei a fé.
- Apostolo Paulo (Bíblia, 2 Tm 4:7)

No bordado dessa cartografia, encontrei Paulo. O conheci em uma visita domiciliar durante uma atividade no território com alunos da graduação. Logo que chegamos na casa de Paulo, sua esposa – que chamarei de Rute – nos recepcionou com muito carinho no portão, ali já nos sentimos acolhidos, depois percebemos que é uma característica dela: “cuidar de quem cuida”.

Logo depois sua nora chegou, com seu netinho mais novo de apenas alguns meses de idade, a casa se encheu de alegria! Paulo, apesar da pouca força muscular e do tremor essencial, segura seu netinho no colo e diz que poder fazer isso é uma alegria para ele, mesmo que por pouco tempo “e o bebê também gosta, ele acha que está chacoalhando (risos)” (sic.).

Paulo tem 5 filhos e 5 netos, uma filha mora na casa com eles, os outros são casados e já constituíram família. Paulo e Rute sempre fala da família com muito amor, como algo sagrado. Rute diz que essa filha que ainda mora com eles, ficou muito mal após o diagnóstico e a cirurgia do coração (relato abaixo) “ela estava com ele na hora” e, depois disso, “só sai de casa para trabalhar, quando chega já vai para o quarto, só sai para jantar e volta de novo. Ela não namora, não sai com os amigos, eu falo para ele ir curtir a vida, se divertir, mas não adianta”.

Paulo foi diagnosticado com câncer de próstata em 2012, passou por 37 radioterapias. Em 2019, foi diagnosticado com um câncer metastático na coluna e precisou realizar uma foraminotomia, a fim de evitar o espalhamento das células cancerígenas. Antes da realização da cirurgia, Paulo sofreu um infarto e precisou passar por cirurgia cardíaca. Após as primeiras sessões de radioterapia ele começou a apresentar muitos episódios de infecção do trato urinário (ITU) de repetição, foi necessário a cistostomia e acabou sendo infectado com bactérias multirresistentes, a *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), há 3 anos e desde então tentam combater a infecção com antibioticoterapia (ATB).

Rute conta que por causa da KPC e da cistostomia, Paulo ainda tem muita infecção de urina, quando evolui com a saída de secreção purulenta e sangue pela sonda eles já sabem o que fazer: Correr para o Hospital do Câncer de Londrina (HCL)! No início eles ligavam para ambulância, ficavam rodando pela rede entre Hospital Zona Sul, Unidade de Pronto Atendimento e HCL, mas depois, o médico urologista que os acompanham no HCL optou por manter o acompanhamento dele exclusivamente no hospital e orientou que qualquer intercorrência eles deveriam ir direto para lá.

A organização da rede de cuidados, no sentido de apresentar um fluxo organizado é uma importante estratégia para garantir acesso à saúde e qualificação da assistência, minimizando o sentimento de solidão e de desinformação que os usuários vivenciam acerca da doença e do tratamento, inibindo a autonomia e independência do indivíduo na produção de seu cuidado (TESTON *et al*; 2018). Nesse sentido, os autores dizem que:

Salienta-se que os ruídos advindos de uma comunicação equivocada ou insuficiente, caracterizada por informações incompletas, com baixa resolutividade e que não esclareça as etapas e os diferentes pontos de atenção que compõem a rede de atenção e do tratamento a ser instituído, agravam o medo e a ansiedade diante do desconhecido (TESTON *et al.*, 2018).

Todavia, há fatores dificultadores dos quais envolvem dimensões objetivas e subjetivas que interferem na organização dessa rede e na forma como é acessada, como por exemplo, hiatos que podem ser encontrados em alguns fluxos da rede formal, ou até mesmo, práticas informativas que direcionam o usuário por esta rede. No entanto, quando superados os desafios, é possível ofertar ao usuário um cuidado humanizado, com maior autonomia, integralidade e acolhimento de suas incertezas e inseguranças quanto ao seu diagnóstico e tratamento (CABRAL *et al*, 2011; TESTON *et al*, 2018).

O respeito a autonomia do usuário, apesar de ser elemento fundamental de dignidade e direito garantido, é também um dos princípios mais negligenciados. A pressuposição de que o profissional, por ser portador de diplomas e saberes científicos, o torna mais sabido que o outro, propicia uma concepção ilusória de que o outro não tem conhecimento suficiente para tomar suas próprias decisões e isso o torna inapto para produção de seus modos de existência. Isso me faz refletir sobre as situações em que o usuário não tem sua autonomia respeitada e seu autogoverno é

negado e sobre o debate suscitado por Merhy *et al.* (2016) sobre as redes vivas que produzimos, suas implicações para a produção do cuidado e seus modos nômades, frequentemente desconsiderados nas práticas de saúde:

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo – o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a ‘correta’, discursando para aquele que nada sabe sobre qual é o modo ‘mais saudável, a melhor forma de viver’ (MERHY *et al.*, 2016, p.32)

O atual modelo hegemônico de cuidado, pautado em uma lógica burocratizada de redes formais, não conseguem trocar suas lentes e acessar seu olhar vibrátil⁸ para o outro que, ao acessar os serviços de saúde precisa se despir de suas subjetividades e redes de existências. O usuário constrói suas próprias redes de cuidado e circulam por territórios imperceptíveis para as equipes de saúde e nos convidam para uma desterritorialização e para ampliarmos nosso olhar para “as inúmeras produções de vida do usuário/cidadão com os vários encontros sociais, culturais que ele produz para fora do muro” (MERHY *et al.*, 2016).

Após a rede do Paulo ser organizada pelo profissional médico do HCL, seu tratamento se dá basicamente por acompanhamentos previstos semestralmente e ocasionalmente quando tem intercorrências. Durante nossa conversa, é perceptível como para eles, saber para onde ir quando necessário, traz uma sensação maior de segurança e autonomia quanto aos seus cuidados.

Para além disso, ele faz fisioterapia particular duas vezes por semana e é acompanhado pela UBS para troca de sonda e dispensação de medicação, “a enfermeira Ana que vem sempre aqui é um amor, muito atenciosa, as vezes vem na saída do expediente antes de ir para casa” (Paulo.). Ele conta que antes a fisioterapeuta do posto ia visitá-lo, mas ela não podia ofertar o acompanhamento que eles queriam e precisavam, assim, optaram por contratar um profissional particular.

Fui me encontrar com a Ana, entender qual é sua percepção sobre esse cuidado e como a equipe se organiza para esse cuidado. Ela falou sobre ele com muito carinho, disse que fazia questão de fazer tudo o que podia por eles, pois são

⁸ Conceito abordado por Suely Rolnik na obra *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo* (2016). O olhar vibrátil vai além da percepção, está sensível ao invisível, capturado pelas subjetividades e afetações de quem olha e que se opera nessa conexão com o outro com capacidades vibratórias (ROLNIK, 2016).

muito queridos e para ela não faz diferença se é paliativo ou não, eles só fazem o que precisa ser feito. Ela relata que há uma escala, onde se revezam ela e outra enfermeira, para realizar as trocas de sonda dos usuários que precisam, nessa conversa ela traz uma reflexão interessante:

“a sonda é uma solução temporária, até que se resolva o problema, mas o que acontece na verdade é que os pacientes acabam ficando com a sonda por meses, anos, ou até o óbito. E isso é uma indicação de que o sistema não está funcionando, o que era temporário acaba se tornando definitivo, porque não conseguem resolver.” (Ana)

Vale destacar que o Paulo e Rute são aposentados, possuem casa própria, o filho tem carro e auxilia na locomoção entre as idas e vindas do HCL e onde mais precisar, realidade diferente de muitas famílias. Eles relatam não ter dificuldades quanto ao cuidado pois possuem uma rede de apoio bem estabelecida para manejar as demandas. Paulo nega sentir dor, exceto pelas crises de infecção, não tem falta de apetite, não tem sinais de depressão ou ansiedade e quando precisam, já sabem para onde vão.

A partir desse diálogo, é possível observar como o cuidado pode ser produzido em redes e conexões, formando linhas em diversas direções, produzindo uma cartografia do trabalho vivo⁹. Nesse sentido, Franco (2006) diz que:

[...] equipes e/ou trabalhadores de saúde, quando em atividade processam também uma rede entre si, que tem grande intensidade na busca da produção do cuidado. Pela descrição, inferimos que o cuidado se produz sempre em rede e poderíamos dizer de início que há no mínimo três níveis em que estas se articulam intensamente, conforme anunciado acima. Vai-se tornando evidente que as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula (FRANCO, 2006, p. 463).

Sendo assim, a articulação entre as equipes, saberes e fazeres, atuam em paralelo para a produção do cuidado do indivíduo, de modo interdependente, sem que um se sobreponha ao outro (FRANCO, 2006). No traçado dessa cartografia, em diversas ocasiões foram relatadas falas, como por exemplo, “essas pessoas são acompanhadas no HCL, não somos nós”, “O SAD largou um monte de paciente que era acompanhado pelo serviço de internação, não é mais, agora é do posto”, na contramão de um cuidado compartilhado e longitudinal centrado no usuário, ou ainda,

⁹ Conceito discutido pelo professor Emerson Merhy. Refere-se ao trabalho em execução no momento de sua atividade, dinâmico, criativo, adjunto a outros instrumentos e tecnologias no cotidiano do trabalhador de saúde (MERHY, 2002; BADUY *et al.*, 2017).

quando se tem a concepção de que o usuário é responsável por um serviço ou outro, limitando e fragmentando o cuidado.

Tomando a discussão de Franco (2006), essa ideia de pertencimento a um serviço ou outro é ilusória, não existe uma fronteira que delimita o cuidado, ou o espaço que esse corpo subjetivo e singular ocupa, os usuários percorrem uma rede de fluxos-conectivos em diferentes direções. Franco, traz a concepção de que os usuários pertencem “a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário”.

Nessa perspectiva, há pouca porosidade nas ofertas de cuidado programadas, protocolares, limitadoras e fundamentalmente prescritivas. Os trabalhadores, frequentemente, têm seus corpos marcados por práticas dicotômicas e reducionistas que “cerceiam as ações cuidadoras agenciadas no encontro”, sem admitir outras possibilidades de cuidado (MERHY *et al.*, 2019). Portanto:

toda a construção da dinâmica do trabalho em saúde precisa ser feita de modo compartilhado. Entretanto, isso não acontece espontaneamente. Ao contrário, as relações de poder e as disputas de projeto tendem a produzir fragmentação e desresponsabilização (MERHY *et al.*, 2019, p. 80).

Paulo e Rute conseguiram tecer sua rede de cuidados de maneira que faça sentido para eles, favorecendo sua autonomia. Era perceptível a paz com que lidavam com seu processo de produção de cuidado frente a finitude. Curiosa, perguntei para o Paulo, como ele lidou com essa questão da finitude, da não cura, e ele me deu uma resposta que me surpreendeu e marcou meu corpo vibrátil: “Porque eu sei para onde vou. No começo fiquei triste, claro, mas recebi muito carinho dos meus amigos e familiares”.

Paulo traz elementos de análise muito interessantes em sua fala, ele nos revela qual foi sua fonte de força, apoio e ressignificação. A fé, família e os amigos de Paulo são sagrados para ele, sua força propulsora. O sagrado também nos conecta, nos reconecta a nós mesmo e muda a forma como vemos o mundo ao nosso redor. Toda a história de perseverança, de esperança e de fé do Paulo também me conectou a ele.

Abordar e considerar a esfera espiritual e religiosa de um indivíduo é essencial para a oferta de um cuidado integral de fato, além de ser um fator importante no manejo do sofrimento e de um possível luto antecipatório (SAPORRETI *et al.* 2012).

A espiritualidade é algo que invariavelmente se confunde a religiosidade, não é sobre isso que quero refletir aqui, mas reafirmar que o caráter espiritual do ser humano é indivisível a qualquer outra pois, se refere ao modo como o indivíduo busca significado e sentido nas relações consigo mesmo, com o mundo, com a natureza e com tudo o que ele considera como sagrado.

A fé de Paulo é seu Sagrado, é algo que faz parte dele, de sua subjetividade, de seu modo de olhar o mundo, elemento da produção do seu cuidado, sua fé o sustentou (emocionalmente). A fé pode trazer conforto e apoio diante das incertezas de uma doença incurável e a proximidade da finitude, com a possibilidade de ressignificação de vida e morte. Entretanto, como já dizia Platão, não existe verdade absoluta, há também resultados negativos, que geram sofrimento, quando observados práticas ou crenças que pregam punição após a morte, castigo associado a escolhas feitas durante a vida projetando sentimento de culpa ou quando estimulados a espera da cura milagrosa e abandono do tratamento ou dos cuidados ofertados.

Paulo traz sua fé para cena como algo bastante positivo, favorável, claramente proporcionava para ele muito conforto e ressignificações no modo como ele vê a vida e a finitude. Ele me contou sobre como era sua vida antes, super envolvido e engajado com sua comunidade religiosa, muito ativo, fazia caminhadas pela manhã, sempre pra lá e pra cá resolvendo as coisas do dia-a-dia e de repente se viu paraplégico, mas diz que mesmo assim ele é grato pela vida.

Ele recorda de uma ocasião, durante a pandemia, quando ele havia acabado de retornar de uma internação e há muito tempo já não via seus amigos, e de repente ele escuta uma passeata de carros e buzinas em frente sua casa. Era seu amigo bombeiro, que estava passando com sua equipe pela rua, e cada carro que passava buzina. Ao relatar, seus olhos marejaram, a alegria e o cuidado sentido por ele são reverberados em seu corpo. Ele conta que quando esse amigo chegou na cidade, ele o recepcionou na igreja e como moravam perto, sempre ajudava no que precisava, então receber esse carinho foi muito importante para ele: “O que você recebe, você tem que dar”.

Eles contam que muitas vezes a Rute levava bombons para os profissionais do hospital, era a forma dela cuidar deles e retribuir, pois eles sempre foram muito bem cuidados e respeitados pela equipe. Ela diz que essa é uma estratégia para quebrar barreiras e construir vínculos:

“Um bom profissional tem que estar disposto para cuidar do outro, ser educado, atencioso e quando não puder dar a atenção necessária, explique porque não dá, assim o paciente irá entender. Mas em contrapartida, você também precisa entender que as vezes você está bem, mas o outro não está” (Rute e Paulo, DC).

Esse movimento ficou bem claro na conversa com a enfermeira quando ela relata que eles são uma família muito querida e que o cuidado se torna prazeroso. No encontro entre usuário e trabalhador há um espaço intercessor¹⁰ onde marcas são produzidas, atravessado por lógicas instituintes - uma vez que nada está dado - permeado por processos desejantes, expectativas, subjetividades, interesses, necessidades, disputas e forças sociais que agem sobre esse encontro provocando ruídos e construindo linhas em um fluxo vivo pluridirecional, como um processo orgânico.

Nesse encontro, há pouco estruturado. De um lado temos o usuário que traz em sua bolsa tiracolo seus desejos, intencionalidades, necessidades de saúde que é modulada por demandas sociais e expectativas. Do outro lado temos o trabalhador de saúde, também carregados de seus valores, intencionalidades, apostas, subjetividades, munido de suas valises tecnológicas¹¹ e com um grande desafio pela frente: olhar para dentro de sua caixa de ferramentas e escolher a ferramenta adequada para utilizar naquele encontro, diante de todos os atravessamentos e engessamentos dos processos de trabalho, com fluxos e protocolos duros instituídos, vez que já é sabido que “o processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes” (MERHY, 1997).

Rute produz boas marcas nos encontros com os trabalhadores de saúde que cuidam do Paulo, como em uma dança, ao se sentirem cuidados, os trabalhadores de saúde retribuem com o melhor que podem fazer. Paulo diz que se considera muito abençoado, pois teve bons encontros na vida, encontrou bons profissionais em seu caminho e teve muito apoio dos amigos.

¹⁰ Conceito filosófico de Gilles Deleuze, para ele, as interseções são quaisquer elementos (pessoas, animais, plantas, objetos) que operem como força propulsora e mobilizadora para o pensamento e proporcionam resolução de um problema a partir de sua problematização. Sendo assim, é o produto existente no espaço “inter” do encontro entre os sujeitos - em ato - que os provocam e os motivam (VASCONCELOS, 2005).

¹¹ Refiro-me as tecnologias em saúde, por Merhy (2005), já descritas anteriormente (veja nota de rodapé nº3).

Aprendi com eles muito mais do que cuidados paliativos, me ensinaram sobre gratidão, sobre como tudo é questão de perspectiva no final das contas, que o meio é a parte mais importante de uma história, não o seu fim. É sobre como viver até lá, dar vida aos dias.

ATRAVESSAMENTOS E TENSÕES DO TRABALHO E O CUIDADO EM SAÚDE: FAÇAM SUAS APOSTAS.

Antes de entrar em campo sempre me perguntava por que os CP ainda não eram uma prática comum na AB, uma vez que os usuários que necessitam dele também estão no território. Conhecer o Paulo e a Ana me deu algumas pistas, ajudou a processar e entender uma pequena ponta desse iceberg que é o cuidado frente a finitude da vida e ainda está submerso no mar prescritivo, hegemônico, do cuidado em saúde.

Uma das pistas emergida a despeito do encontro com os usuários que integraram essa cartografia, foi o quanto o encontro entre trabalhadores e usuários é atravessado pelas subjetividades e é determinante para os arranjos que esse sujeito precisará manejar para seu cuidado, por exemplo, o conforto de ter sua rede de suporte e de cuidados organizadas, compartilhado, suficiente, com fluxo continuado. A rede quando é hierarquizada, desconectada entre seus pontos, produz desconforto e insegurança no usuário e institui barreiras fronteiriças, onde até certo ponto eu (serviços de saúde) me responsabilizo e a partir daqui não é mais da minha alçada, logo, “não podemos fazer nada”, quando na verdade ainda há muito o que se fazer.

Pergunto-me se há uma certa seletividade de cuidado, intencional ou não, entre aquilo que eu quero fazer, aquele que eu quero cuidar, que é confortável, recompensador, e aquele outro que não é meu desejo, que não é meu “papel”, que está fora do meu nível de atenção e que me desafia a travar outras batalhas que talvez eu escolha não enfrentar naquele dado momento (por diversos motivos).

Experenciar o processo de trabalho ao lado do trabalhador me trouxe algumas elucidações. Para tanto, foi preciso refletir sobre o processo de trabalho que produz esse cuidado e seus condicionantes também. Como já mencionado, o trabalho em saúde se dá no encontro entre trabalhadores e usuários, onde ambos se afetam mutuamente e participam da produção do cuidado em atos de saúde (BADUY, 2017).

O encontro, seja entre trabalhador e usuário ou entre os próprios trabalhadores, é atravessado pelos desejos e intenções de cada um e a partir de suas intencionalidades o cuidado é endereçado para o usuário e suas necessidades em saúde ou para os protocolos e fluxos do serviço e da rede de cuidado. Dessa forma,

podemos refletir que esse cuidado é um processo em constante produção, dinâmico, vivo, em ato.

Para nos ajudar a pensar sobre o trabalho vivo em ato, podemos convocar o debate suscitado por Emerson Merhy (1997), Merhy e Feuerwerker (2016) e por Merhy e Franco (2006), que propõe a interrogação da lógica dos processos de trabalho a partir de sua composição técnica e tecnológica¹², de maneira que nos permita refletir sobre o agir dos trabalhadores em seu cotidiano nos serviços de saúde. Aqui, entende-se por composição técnica a dualidade entre trabalho vivo¹³ e trabalho morto¹⁴, digo dualismo pois ambas podem - e devem – coexistir, mas o que nos interessa é analisar a sobreposição de uma à outra.

Assim, se o processo de trabalho está capturado por processos ancorados no trabalho morto, o usuário perde sua autonomia, pois será submetido a uma lógica fragmentada, centrada em procedimentos, fluxos e protocolos e não em suas necessidades de saúde. Diferente de um cenário, onde operam a lógica do trabalho vivo, das tecnologias leves, com suporte do trabalho morto ou das tecnologias leve-duras e dura, reconhecendo o usuário como gestor de vida e considerando suas necessidades de saúde que nem sempre serão uma consulta médica ou um exame (MERHY, FEUERWERKER; 2016).

Para ampliarmos o olhar sobre essa discussão, podemos fazer essa reflexão a partir da produção intelectual de Merhy (1999) sobre o agir em saúde. É importante considerarmos que os processos organizacionais, produtores de atos de saúde, desenham os modelos de atenção adotados e que produz um modo de cuidar que, por vezes, pode não ser necessariamente promovedor de cuidado. Portanto, quando esse processo de produção é afetado pelos modelos tecno-assistenciais biologicista que não conseguem dar vazão às necessidades de saúde e as demandas relacionadas aos determinantes sociais de saúde, limitam a autonomia e autogoverno das práticas dos trabalhadores e dos usuários a um cuidado protocolar e burocratizado.

¹² No que se refere as tecnologias leve, leve-dura e dura já explicitados na nota de rodapé nº 3.

¹³ Conceito discutido por Merhy (2003). Trabalho vivo é compreendido como o trabalho em ato, no campo das tecnologias leves (veja nota de rodapé 3);

¹⁴ Segundo Franco (2006), refere-se ao resultado do trabalho vivo cristalizado, por exemplo instrumentos e fluxos, que já fora trabalho vivo durante sua produção, mas torna-se trabalho morto a partir do momento que se conclui o processo e esse produto torna-se estático.

O texto produzido por Feuerwerker (2014), me faz refletir sobre esses atravessamentos que endurecem os processos de trabalho quando diz que:

Na produção de um ato de saúde sempre coexistem os três núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos (do saber específico) e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos. Ora, a conformação tecnológica concreta operada pelos modelos de atenção é produto de um processo de disputas entre os vários atores interessados neste lócus de ação social. Esses processos de definição em torno do “para que” se organizam os modos tecnológicos de atuar em saúde são sempre implicados social e politicamente por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo, impondo suas finalidades neste processo de produção (FEUERWERKER, 2014, p 43).

Os atravessamentos do modelo hegemônico de cuidado, capturado por uma lógica de produção com padrões a serem seguidos, desprezam o trabalho vivo do processo e seus efeitos são visíveis na micropolítica dos serviços de saúde. Nesta pesquisa não foi diferente. Ao conversar com os trabalhadores da unidade, algumas falas foram disparadoras para essa discussão:

“Você vai apagando incêndio. Você vai visitar a pessoa que vem aqui pedir, a pessoa que está com algum problema, a pessoa que está com um pós-operatório, coisa que precisa de algum encaminhamento, precisa de uma avaliação. Mas a pessoa geralmente vai ligar, vai vir aqui dar o nome para visita, não são visitas programadas, de prevenção. É visita realmente quando o problema já está instalado e precisa ser resolvido. O atendimento aqui dentro está muito mais voltado para pronto atendimento do que consultas programadas, de prevenção. [...] Tem hora que da impressão de ser um PA mesmo”. (Ana, enfermeira)

O trabalho em saúde na AB é desafiador, por tratar da complexidade da vida que atravessa os usuários. Podemos tomar, como exemplo, as condições crônicas que são manejadas na AB, com uma densidade tecnológica menor, o que torna ainda mais desafiador. A começar, pelas necessidades e demandas do território, que percebemos que não é possível se restringir a uma ou outra agenda previamente negociada, uma vez que a vida tem suas dinâmicas e as necessidades em saúde também as terá, como, a descompensação de uma hipertensão ou diabetes mellitus, que não agenda dia e horário para acontecer, ou a dor que não espera pelo fluxo programado, mas mesmo nestes casos é possível ir além dos sintomas para entender

qual realmente é a necessidade de saúde daquele usuário sem negligenciar sua queixa (LAZARINI *et al.*, 2017; FEUERWERKER, 2016).

Entretanto, observamos, que frequentemente a AB é atravessada por forças biopolíticas e mercadológicas produtivas, que favorecem encontros menos capilarizados, ou sejam, podem fabricar dispositivos capazes de capturar por uma lógica de linha de produção, compartimentalizada, curativista e dicotômica - queixa-conduta - onde o objetivo é tratar a queixa com determinada conduta (MERHY, 1997; FEUERWERKER, MERHY, 2019; FEUERWERKER, 2016).

Diante disso, os efeitos dessa prática, estiveram presentes em algumas falas, como podemos observar no discurso de um trabalhador, a seguir, dado que os serviços de saúde contam com cada vez menos recursos e menos profissionais, sobrecarregando a equipe:

“O posto aqui era dividido em equipe A, B e C e a gente tinha as equipes tudo com enfermeiro, médico os ACSs, os técnicos e tudo que era do PSF. Conforme foi passando o tempo foi faltando técnico em outros lugares, o pessoal foi aposentando e tal. Aí foi ficando só quem era o concurso de 40 (horas) mesmo no PSF e eles foram ficando sobrecarregados, por que foi ficando as vezes um só para cada posto, né? [...] mas é muita coisa, é a mesma pessoa que tá trabalhando, não aumenta as pessoas, pelo contrário, aposenta não é feita reposição, não chama pessoas no concurso, e aí a gente vai assumindo cada vez mais coisas, por isso que eu falo que antes eu conseguia sair, hoje eu não consigo mais, antes a gente tinha mais profissionais dentro do posto, mais enfermeiros. E a gente vai sendo engolido. A gente não consegue dar assistência que a gente deseja, um bom atendimento, uma consulta mais demorada... é número!”
(Ana, enfermeira)

É número. Essa fala me remeteu a mudança recente no programa de financiamento da saúde, mudando a forma como é feito os repasses para a AB e os profissionais sentiram isso na ponta. Com a publicação do Previde Brasil, tivemos mudanças na carga horária dos profissionais, na composição das equipes, na cobertura territorial (no que se refere a quantidade de equipes por número de habitantes) das equipes e, em especial, na substituição do repasse de incentivos e transferências federais que antes era *per capita* e passa a ser por capitação ponderada, sendo assim, as transferências de recursos passa a ser pautada nos usuários cadastrados pelas equipes, com isso, o repasse principal se dá por ações estratégicas e alcance de indicadores. Além disso, outra mudança substancial foi o

fim do financiamento da equipe NASF-AB, que deixa de receber recurso próprio por não ser considerado uma ação estratégica (MENDONÇA, *et al.*, 2023).

Os trabalhadores do NASF-AB, cotidianamente, procuram maneiras de se compor enquanto equipe ampliada e de apoio para as eSF, disputando contra forças e projetos que diminuem sua potência e que se intensificaram com a mudança do financiamento em saúde e após a pandemia do novo coronavírus. Assim, percebemos que a aposta da AB é outra, digo outra pois temos nos afastado cada vez mais de sua proposta territorial, articulada com as gentes desse território, reconhecendo as potências coletivas dos diversos movimentos deste lugar.

Diante das disputas entre forças, mais explicitamente neste período da pesquisa, sob o Governo do Jair Bolsonaro, onde as políticas neoliberais ganharam mais forças, percebemos que a política viceja por àquelas que alimentam as lógicas de mercado, médico-hegemônica, às forças biopolíticas. Estas (e não somente estas), por exemplo, são algumas das muitas que emplacam e produzem cada vez mais processos de subjetivação empobrecedores de relações entre trabalhadores, gestores, territórios e usuários, no âmbito da AB, endereçando o cuidado, o processo de trabalho cada vez mais individual, procedimental e pré-determinado (MERHY *et al.*, 2019).

Uma agenda programática com vistas a metas alicerçadas por protocolos, valorizando o trabalho individual. Passos a seguir, tempo a cumprir! Porém, Merhy (2002) aponta que o cotidiano do trabalho, portanto tem duas faces: as das normas e papéis instituídos e as das práticas privadas de cada trabalhador.

Sendo assim, nessa complexa discussão reconhecemos que o trabalho não é totalmente controlável, uma vez que ele opera a partir da micropolítica em todas as fases de sua realização, portanto, “está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática”. Longe de serem “caixas vazias”, os trabalhadores e usuários têm seus próprios valores e concepções sobre saúde, trabalho em saúde e como devem conduzi-lo (FEUERWERKER, 2005, p. 501).

Nesse sentido, por sua autonomia, os trabalhadores, a partir de suas apostas agem de acordo com aquilo que lhe afeta, assim, os serviços de saúde são palcos de disputas do sentido geral do trabalho, do cuidado, de equipe, de território, por exemplo, constantemente. Sobre isso, Feuerwerker (2005) incita que as práticas em saúde são territórios de múltiplas disputas e constituição de políticas de diversos atores, dependendo de seus interesses aliam-se ou confrontam-se na tentativa de

organizar o processo de trabalho de modo que faça sentido a fim de diminuir o sofrimento e a sobrecarga do cotidiano do serviço.

Os trabalhadores que já estavam sobrecarregados, agora passam a ter uma sobrecarga ainda maior frente as ações que precisam realizar em detrimento ao número de trabalhadores insuficiente para que se atente a essas metas. Durante a vivência dessa cartografia, tivemos pistas desse desgaste dos trabalhadores em suas falas:

“Aqui no posto também reflete isso, a gente também teve dias horríveis de atendimento, de muita gente, muita gente, funcionário estressado, não aguenta mais, não consegue sair para ir ao banheiro, não consegue fazer nada, é só atendimento, atendimento, gente em soro e não sei o quê [...]” (Ana, enfermeira)

“Então assim, o que eu vejo é que existe uma sobrecarga tão grande dos profissionais, que eles estão aqui só para apagar fogo, inclusive a gente. Existe uma cobrança da diretoria, tudo mais, mas não existe uma contrapartida da gerência de oferecer condições de trabalho. [...] O NASF realmente foi desmantelado, totalmente desmembrado. Existe o nome, existe o cargo, né, mas a gente não consegue mais fazer aquilo que a gente fazia antes da pandemia” (Trabalhadora do NASF)

Paulo, nosso usuário-guia, me disse uma coisa que me afetou muito, ele disse que “para fazer um amigo, você precisa ter tempo para conversar”. Nessa fala ele aciona em mim vários debates, em analogia, podemos imaginar que uma amizade é feita a partir de um relacionamento e pode ser traduzido em vínculo e tecnologias leves. Paulo completa a fala dizendo, como já mencionamos, que “em contrapartida, você também precisa entender que as vezes você está bem, mas o outro não está”. Mais uma vez somos remetidos ao encontro e seu espaço intercessor.

O espaço intercessor desse encontro fica extremamente comprometido pela sobrecarga de trabalho, o cansaço físico e mental e os projetos em disputa que cristalizam as relações. Retomando a tríade entre aparelho, roda e praça proposta por Feuerwerker e Merhy (2011), o mundo do trabalho em saúde é uma praça viva, com aparelhos altamente capturados por trabalho morto que engessam as engrenagens da roda que impulsiona os trabalhadores.

Merhy e Feuerwerker coloca em discussão as tensões do cotidiano em saúde e a micropolítica desse processo produtivo que nos ajuda a compreender esses atravessamentos, pois, no espaço intercessor desse encontro marcado pelas

subjetividades dos atores envolvidos também acontecem disputas do “caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional”. Existe um campo de tensão gerado por disputas de poder e interesses individuais nesse espaço, uma vez que os atores envolvidos são influenciados também por subjetividades próprias ou do grupo que representam. Esse campo de disputa entre forças, que Merhy *et al.* (2019) irão chamar de força-valor trabalho, apostam no controle do trabalho vivo, na padronização do trabalho e em um gerencialismo imperativo, “tributário dessa força-valor trabalho, produzindo trabalhadores e usuários tensos e insatisfeitos, esmagados e desobedientes, aprisionados e ameaçados”.

As políticas públicas, assim como sua ausência ou restrição, possuem como força propulsora o desejo da disputa pelo governo da vida e pelo biopoder¹⁵, como parte de um jogo que diz o que pode ou não, interferindo de maneira desigual na vida de cada um e reforçando as inequidades sociais, com processos mais ou menos produtores de vida (MERHY, 1999; FEUERWERKER, MERHY; 2019). Nessa equação temos o usuário que muitas vezes se configura como resistência e luta por autonomia e independência no seu modo de andar a vida, na contramão das políticas e protocolos instituídos, insistindo em ser mais que seu diagnóstico, construindo suas redes e seus caminhos.

Os trabalhadores também fazem suas apostas, nas pistas que encontrei, há uma aposta de “sobrevivência” quando dizem: “E a gente vai sendo engolido”, “eles estão aqui só para apagar fogo, inclusive a gente”. Mas também há uma centelha de esperança: “a gente não consegue dar assistência que a gente deseja, um bom atendimento”, há o desejo, a aposta, de uma boa assistência, mas não conseguem devido as circunstâncias do cotidiano do serviço.

Merhy *et al.* (2019), pode nos ajudar nessa reflexão quando trazem em seu texto que uma UBS é definida pelas políticas em saúde, mas não somente isso, mas também o papel desempenhado por cada um (inclusive dos usuários), por um processo de produção e de “enfrentamentos entre forças, que marcam mais ou menos definições e práticas”. Isso me remete a uma cena (de uma outra ocasião) onde dois

¹⁵ Foucault (1979), discorre sobre as relações de poder partindo de uma análise que sugere a pretensão de controlar não só o sujeito como também a vida - o biopoder - onde o Estado tem papel controlador e ditador sobre a vida da população, com mecanismos heterogêneos em níveis variados da sociedade. Nessa perspectiva, os discursos são parte de um jogo de poder que ditam, prescritivamente, o que pode ou não pode, agenciando o modo como um indivíduo deve se portar e se relacionar na sociedade, sem considerar seus processos de subjetividades.

trabalhadores estão exercendo sua função, quando um intrigado pergunta ao outro o porquê daquilo que estavam fazendo e seu colega apenas responde “só continua”.

Não é difícil identificarmos várias cenas como essa no mundo do trabalho, quando apertamos o piloto automático e só fazemos o que precisa ser feito sem muita crítica. Não quero aqui fazer juízo do que é certo ou errado, apenas coloco em proeminência a reflexão sobre o quanto nosso desejo de mudança pode ser reprimido ou suprimido por forças que operam as engrenagens dos processos de trabalho, cerceiam a produção do cuidado. Nesse contexto, há um campo de forças sempre em disputa, disputa de projetos, de modelos, de apostas, de políticas, de saberes, de valores, de juízo, onde uma força só existe por resistência a outra (MERHY *et al.*, 2019).

E neste processo, os trabalhadores de saúde sofrem: com sua saúde mental precarizada pela sobrecarga de trabalho, sofrem sem poder refletir sobre sua prática, com a desorganização da rede, com a gestão – por vezes - fragilizada. E conseqüentemente os usuários sofrem também. Sofrem com o descuido que recebem desses trabalhadores cansados, com sua necessidade reprimida pela lógica burocratizada de um cuidado fragmentado, pelos seus interesses e modos de fabricar a vida invisibilizados.

O trabalhador, tem como objeto de ação, o cuidado ao usuário e suas necessidades, mas quem cuida desse trabalhador? Esse trabalhador que também é pai, mãe, filha(o), marido, esposa, amor de alguém. Grandi (2021) cartografou o cuidado ao cuidador, que apesar de se tratar do cuidador não profissional, traz em sua pesquisa um debate muito interessante, que nos ajuda a pensar aqui, não o trabalhador-cuidador que falamos aqui, mas o cuidado enquanto “ser que cuida” e nos cabe muito bem, pois, podemos encontrar um ponto incomum entre eles: não são vistos como pessoas que também necessitam de cuidados e podem adoecer tanto quanto aqueles que recebem seus cuidados. Isso me remete a reflexão sobre o quão usuário é cada trabalhador e quão minimizado são as necessidades desse usuário-trabalhador.

No espaço intercessor desse encontro, podemos encontrar duas pessoas cansadas, precisando de cuidado, tanto usuário quanto trabalhador. O mundo da rede de cuidado em saúde possui uma centralidade muito forte do saber científico, no acompanhamento de agravos, tomando o outro como mero espectador, paciente, sem conhecimentos válidos, numa lógica organizacional ainda muito burocrática, que não

cabe a vida e suas multiplicidades, que não ampliam as possibilidades de produção de cuidado e de vida. Mas os usuários têm seus mundos, seus modos, suas subjetividades, e quando disputam esse espaço, colocam em xeque os trabalhadores e suas valises.

Quando esses movimentos acontecem, quebram a linha de produção de uma unidade em modo operandi automático, e podem provocar os trabalhadores a trocarem suas lentes, a olharem por cima do muro da unidade para o território vivo e pulsante que existe lá fora, para as existências não incluídas nos projetos terapêuticos e nas políticas de saúde, onde o trabalho morto não alcança. Merhy *et al.* (2016), nos provocam a nos incluir na rede do outro e assim “contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro”.

Diante do exposto, considerando que, os CP são endereçados para pessoas com diagnóstico sem possibilidade de cura, em processo de finitude (processo esse, inerente a vida), e que a sociedade, e os trabalhadores da saúde – não só da AB mas também de outros níveis de atenção - como parte dessa sociedade, ainda trata a finitude como tabu, como algo a ser evitado a qualquer custo, limitando o debate e, conseqüentemente, submetendo esses usuários a processos de produção de cuidado empobrecidos e insuficientes à produção de vida.

O que nos falta é tempo?

Já dizia Gilberto Gil, tempo é rei, transcorrendo, transformando as formas de viver. Nada melhor que o tempo. Olho ao meu redor e vejo pessoas apressadas, despercebidas ao celular, respostas curtas, áudios acelerados. Parece-me que o que nos falta é tempo. Cuidado requer tempo, tempo de escuta, tempo de conversa, tempo de cuidado. As consultas são cada vez mais curtas para conseguir vencer a agenda, as visitas cada vez mais rápidas, as populares “visita de médico”, objetivas. Será que é possível dar conta das necessidades não só de saúde, mas de vida, em toda sua complexidade, com apenas algumas palavras?

O que nos falta é tempo. Tempo para uma boa conversa, tempo para olhar para o território, para entender suas necessidades, para discutir em equipe e pensar em propostas de cuidado que cabem na vida do outro. Afinal, toda vida vale a pena, certo?

A vida da mulher estereotipada como “a barraqueira”, que briga para ser vista, para ser atendida, para ser ouvida, para ser cuidada. A vida do idoso, que mora sozinho, ou que mora com a família, mas ainda assim vive sozinho, que vai cotidianamente na unidade de saúde aferir a pressão, no desejo que sua necessidade – não sua queixa - seja acolhida. A vida de viventes que não possuem comprovante de renda e de endereço, que tem o mundo como lar, com modos de levar a vida não contemplados pela sociedade e que por vezes, nem contam nos indicadores de saúde. A vida daqueles que nos confrontam com seus diagnósticos incuráveis, que nos desafiam a cuidar de sua dor e que nos lembram do quão pouco curamos. Essas e tantas outras vidas valem a pena? Temos tempo para pausar nossos processos insanos e olhar para a vida que abandonamos enquanto corremos?

Algumas vidas nos pedem cuidado que nos desafiam, que mostram o quão insuficientes somos, mas que por outro lado também nos mostra o quão potente podemos ser, pois as situações em que não cabe a cura, nos pedem manejos que ampliem possibilidades de produção de vida. Cuidar de alguém sozinho, sem apoio, dificilmente será factível, efetivo, e com certeza será sofrível, o cuidado quando acontece em equipe, com apoio, se torna mais leve. O cuidado compartilhado com outras pessoas, sejam elas profissionais de saúde ou membros da família, também requer tempo. Tempo de planejamento, pactuação, avaliação, repactuação, reavaliação. O cuidado assim como o trabalho, são coletivos.

Os processos de trabalho de uma equipe de saúde possuem o planejamento como seu cerne, os fluxos setoriais e interprofissionais que se integram a partir de um processo de reflexão e planejamento de suas ações, que não está dado, mas que se compõe e se ajustam cotidianamente (BADUY *et. al*; 2017).

Como já foi relatado aqui, meu processo de chegada na unidade, foi um processo desterritorializante, de estranhamentos e afecções. No bordar dessa pesquisa, algumas coisas me afetaram com maior intensidade que, após uma reflexão retrospectiva, me remete ao tempo. Será que o que nos falta realmente é tempo?

A unidade de saúde é estruturalmente pequena e fragilizada, salas apertadas, as paredes com muita infiltração e, até um pouco de mofo. O espaço que já era apertado, ficou ainda mais ao receber a equipe de outra unidade que havia entrado em reforma. Os trabalhadores que já sofrem pela perda de duas equipes, com pouco espaço para desenvolver suas funções, agora precisam lidar com mais pessoas

dentro daquele mesmo espaço. Mas não é sobre isso que quero falar aqui, a linha que quero puxar é a dos propulsores dessa equipe.

Quando cheguei ao campo, precisei ficar alguns dias afastada pois fui infectada pelo coronavírus, quando retornei muitas pessoas estavam de férias, então a estratégia foi de participar da próxima reunião mensal, me apresentar e tentar entender um pouco sobre a proximidade da equipe com os CP. Chegada à reunião, percebi que as equipes não se reuniam, os médicos não participavam, os trabalhadores entravam e saiam da reunião o tempo todo, não era possível discussão sobre o território ou reflexão sobre os processos do trabalho, havia um repasse de avisos e tarefas que entravam em um jogo de “empurroterapia” (um empurrava para o outro).

Observando melhor, os trabalhadores que entravam e saiam da reunião, assim faziam, pois, precisavam atender demandas espontâneas que chegavam, não havia tempo para permanecer naquele espaço e acompanhar as discussões, a urgência de resposta a demanda era maior. Aqui, não tenho a intenção de relativizar a importância da demanda espontânea, e reconheço que olhar para ela é vital para o cuidado. O meu desejo é pleitear uma reflexão e análise sobre os efeitos no trabalho quando todo o tempo do trabalhador é consumido nas inúmeras demandas diárias em detrimento da reflexão coletiva. Eu, que acabava de vir de uma formação com muita discussão e trabalho coletivo, me angustiava, percebi que faltava tempo de reflexão, de discussão, de planejamento.

Infelizmente, as equipes não conseguiam se reunir, não conseguiam sair para o território sem que houvesse um pedido de visita domiciliar formal e urgente, os ACS participavam das escalas de apoio administrativo e, devido ao contingente baixo de trabalhadores, sempre precisavam cobrir outro profissional que por algum motivo não poderia cumprir sua escala. Muitas eram as necessidades dessa equipe, mas é muito perceptível que há uma necessidade pulsante de reconhecimento enquanto coletivo para a construção de espaços reflexivos de trocas, discussões, autoanálises e produção de outros modos de cuidar (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2002).

A cena narrada acima evidencia os efeitos das políticas de saúde nos últimos tempos, sobretudo na AB. Dando visibilidade às apostas mercadológicas e procedimentais na produção do cuidado, percebemos que o mesmo pode ser traduzido por número de procedimentos, sendo valorizado caso as metas sejam

batidas, nesse sentido, reforço a ideia de tempo. O tempo cronológico dos meios de produção neoliberais, capitalísticos e produtores de metas como sinônimo de cuidado *versus* o tempo da produção de vida, de vínculo e de articular tecnologias em saúde já comentadas. Aqui, vemos, com Merhy *et al.* (2019), que os movimentos das forças que estão operando no cotidiano da AB se instauram nos atos relacionais, nos encontros agenciando processos de subjetivação por meio dos seus campos de força (biopolíticos, mercadológicos, neoliberais, por exemplo).

Diante disso, destaco o processo de trabalho capturado por essas forças, aos quais os processos criativos são sujeitados às regularidades e, sobretudo, aos planos formais de respostas às demandas sem o tempo, entre aspas, para pôr em análise os atravessamentos do cotidiano, sobrecargas, exaustão, frustrações, mudanças que a equipe pode vislumbrar. Nesse sentido, o trunfo do trabalho em equipe, como dispositivo potente para ampliar o cuidado e implodir a lógica reducionista de olhar para a saúde não se dá pelo simples fato da reunião de categorias profissionais em um mesmo espaço, em que pese exista a diversidade de trabalhadores, nem de atribuir tarefas que se entrecruzam com baixa potência de produção de possibilidades além do plano formal (MERHY *et al.*, 2019).

Reconhecemos o trabalho em equipe, como uma força-valor capaz de produzir construção ativa, que agencia o diálogo entre os núcleos de saber, em uma certa lógica de matriciamento provocando linhas de fuga como espaços de educação permanente, de conversa, interrogações para deflagar movimentos mais reflexivos sobre o fazer no cotidiano. Assim, a

educação permanente em saúde, abrindo espaço para reflexões e trocas, é fundamental para agenciar outra dinâmica. Todos aprendem pela experiência, então é preciso que o façam coletivamente, o que enriquece muito a possibilidade de interrogar, de colocar o trabalho produzido e seus efeitos em análise. Como o meu trabalho afeta o outro? Como o que eu desejo interfere no modo do outro trabalhar ou viver? Como conseguimos cuidar do usuário X, e não do usuário Y? Muitas perguntas e provocações, singularmente produzidas a partir das situações vividas, possibilitam abrir outras visibilidades para o trabalho e trazer a complexidade das vidas para a cena. As políticas nacionais de atenção básica e de educação na saúde não privilegiam esse trabalho vivo de interrogação e reflexão. Com raras exceções, estão centradas na atualização do saber técnico. Então cabe aos gestores, trabalhadores e usuários dos espaços locais/municipais a produção desse tipo de movimentos (MERHY, 2019, p.80).

Dessa forma, não é a pretensão esgotar o debate sobre o processo de trabalho e os atravessamentos sobre o fazer dos trabalhadores, mas, por essas pistas, resgatar e disputar outros sentidos de estar na AB reconhecendo a potência dos

encontros. Sendo assim, cartografar os processos de trabalho na produção de cuidados paliativos se tornava um desafio ainda maior, uma vez que esses processos estavam capturados por outros processos burocráticos e pela demanda espontânea que aumentava cada dia mais. Após o naufrágio da minha estratégia, me vi no corredor, parada, perdida, desapontada. Sentei-me em uma cadeira e assisti as cenas que se desenrolavam, auxiliares de enfermagem estavam na recepção, perguntavam aos usuários “o que é o seu?”, logo seguido de um pedido de “documento”, registravam no prontuário eletrônico, encaminhavam para uma fila e pediam para aguardar.

Certa vez, ouvi uma frase de Jean-Paul Sartre que me marcou muito que dizia que não escolher também é uma escolha! Não escolher disputar contra forças que se constituem no campo relacional do trabalho também é uma escolha. A coisa mais valiosa do mundo é o tempo, reivindicar tempo é o ato mais revolucionário e transformador que podemos praticar.

CONSIDERAÇÕES PROVISÓRIAS

O óbvio é o que menos se enxerga. Mas, quando o enxergamos, é a resposta que procurávamos (Fernando Vieira Pereira)

Escutei essa frase de uma professora de psicologia do trabalho. E isso me marcou. Assim como a frase da nossa querida professora Josiane Vivian: “qual óculos estamos usando?” e até acho que elas se complementam.

Durante a composição dessa cartografia, tive boas conversas, a cada encontro, a oportunidade de trocar de lente e olhar com outros olhos, entender um pouco mais sobre a força propulsora que impulsiona esses trabalhadores. Ouvi relatos dos trabalhadores que contaram sua trajetória, relatos cheios de muito afeto e muito orgulho, mas também com nostalgia, reconhecendo que são “outros tempos”, outros fatores, outro lugar, outra realidade que já não são mais os mesmos. Também encontrei frustrações de um novo cenário, tomado por uma lógica de linha de produção que se intensifica ainda mais, por um cuidado hegemônico, empobrecido e endurecido, gerando sobrecarga nos trabalhadores e automatizando os processos de trabalho.

Isso também me traz algumas pistas que ajudam a responder uma das minhas principais inquietações sobre as barreiras existentes para a produção de cuidados paliativos na AB. Cada condição de saúde pede um cuidado, aqui estou olhando pelo recorte do CP, que pede que esse cuidado seja coletivo, em equipe, que apresenta inúmeros desafios, em uma situação delicada, para que se alcance e promova o apoio e conforto necessário. Para tanto é preciso lançar mão do cuidado compartilhado, com muita discussão em equipe, planejamento e estratégias, incluindo a família no protagonismo desse cuidado, frequentemente, decompondo o ordinário e compondo-se do singular. A rigor, todas as necessidades de saúde requerem este olhar. Os CP, por se tratar de nossa finitude, que é um tema sensível tanto para os trabalhadores como para os usuários, acabam por evidenciar essa necessidade.

Com o empobrecimento do trabalho vivo, não há espaço para discussões, reflexões e autoanálise de processos, de sua própria prática e dos múltiplos atravessamentos vividos no cotidiano dos serviços em saúde. Há que se dizer que os trabalhadores precisam ser agentes de mudanças para quebrar essa linha de produção dura, mas a qual preço?

Foi possível observar que a equipe enfrenta um grande desafio com a falta de recursos, perda de integrantes da equipe por diversos motivos, dificuldade do cuidado compartilhado com outros serviços e pontos da rede e a grande demanda gerencial e territorial (da população) que são diferentes.

A equipe recebe as demandas já com seus braços cheios e o que é possível eles seguram, o que não conseguem segurar, transbordam de seus braços, cai e fica pelo chão. Se olharmos para o chão veremos encontros, necessidades não ouvidas, subjetividades, interseções, luto e lágrimas. Trabalhadores e usuários sofrem.

Isso me traz a reflexão de que as políticas de saúde são pensadas em um contexto macropolítico, forjadas pelas disputas envolvidas nesse processo, no entanto, a operacionalização destas políticas são totalmente dependentes da micropolítica dos serviços de saúde, do território, das necessidades e seus determinantes sociais e de saúde da população. Portanto, as disputas continuam após o estabelecimento da política e não é possível, e nem desejável, que seja aplicada da mesma forma em diferentes contextos.

Quando iniciei essa pesquisa cartográfica, meu desejo era de alcançar algumas respostas, mas minha oferta é de reflexão. É de extrema urgência que possamos refletir sobre nossa prática e nossas apostas no espaço micropolítico que ocupamos, da vista do ponto. Os trabalhadores podem ser dispositivos potentes para disputar outras agendas e modos de cuidado, que problematizam e dão visibilidade às múltiplas possibilidades de arranjos, perfurando o muro construído pelo biopoder e fortalecidos pelas iniquidades sociais.

O processo de trabalho em saúde é intensamente relacional, pluridirecional, coletivo, orgânico, regados de intencionalidades, potentes dispositivos descristalizadores de processos puramente gerencialistas, assim como, quando o corpo vibrátil de um trabalhador é tocado pelo outro e nesse encontro, se conectam e permitem se afetar pela vida.

Com esta pesquisa, reconheço que para produzir maiores dizibilidades acerca do processo de trabalho, do cuidado compartilhado e da produção de novas conexões e redes, por exemplo, faz-se necessário buscar mais pistas, por conseguinte, precisará de continuidade, com mais intensidade e profundidade em novos estudos no mundo do trabalho e do cuidado. Como esta cartografia não pretende esgotar as análises e reflexões de todos os assuntos que emergiram no encontro com o campo,

o objetivo dessa pesquisa não é esgotar sua totalidade, mas produzir visibilidade e estimular debates que ressoam no trabalho e na produção de políticas no campo do cuidado paliativo.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P. S.; SILVA, E.; VIANNA, L. "O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde". In.: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P. S.; SILVA, E.; VIANNA, L. "O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde". *Lugar Comum (UFRJ)*, v. 39, p. 133-144, 2013.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Solo, 2012. 590 p.
- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Sextante, 2016. 192p.
- ARANTES, A. C. Q. **Mundo Dentro**: poesia de sobrevivência. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2022. 142p.
- BADUY, R.S *et al.* O trabalho em saúde. In: ANDRADE, S.M. *et al.* (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Eduel, 2017. p.247-59.
- BENTO, B. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? **Cadernos Pagu**, 11 jun. 2018. DOI___10.1590/18094449201800530005. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/cpa/a/MjN8GzVScpWtxn7kypK3PVJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mai 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. 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)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 26 set. 23.
- BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria 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)**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710>. Acesso em: 26 set. 23.

BRAZ, M. S; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90–105, jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>. Acesso em 27 jul. 23.

CABRAL, A. L. L. V; MARTINEZ-HEMÁEZ, A; ANDRADE, E. I. G; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, nov. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>. Acesso 02 out. 23.

DALL’OGLIO, L. M.; REINERT, C.; DIGNER, I. de S.; DEINA, M; SFREDO, L. R. Ensino de Cuidados Paliativos nas escolas médicas brasileiras: uma revisão integrativa. **Espaço. saúde (Online)**, v. 22, n. 1, p. [774]-[774], 2021. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es>. Acesso em: 26 set. 23.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. 1 ed. São Paulo: Escuta, 2002. 144p.

ESPERANDIO, M; LEGET, C. Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? **Revista Bioética**, v. 28, n. 3, p. 543–553, set. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283419>. Acesso em 20 set. 23.

FEUERWERKER, L.C.M. Cuidar em saúde. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. **Avaliação compartilhada de saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. Volume 2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489–506, set. 2005.

FEUERWERKER, L.C.M. Pensando avaliação em políticas e na gestão em saúde numa perspectiva cartográfica. Construção compartilhada que favorece a mudança. In: TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L.; ALMEIDA, C.A.L. (Orgs.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2017. p. 29-36.

FEUERWERKER, L.C.M.; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**; v.24, n.3, p.180-88, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000900004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 set. 23.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E. E. Governamentalidade, governo da vida e Análise de Políticas. **Interface** (Botucatu, Online). No prelo 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.), **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GERMANO, J. M. **Processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: des-caminhos, possibilidades e produções**. 2019. 126fls. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié – Bahia, 2019. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2021/03/DISSERTA%C3%87%C3%83O-JOSIANE-MOREIRA-GERMANO.pdf>. Acesso em: 27 set. 23.

GONÇALVES, J.G. *et al.* Cuidados Paliativos: a atenção para a armadilha da repetição. **DIVERSITATES International Journal**, v.6, n.1, p. 2014. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/52>. Acesso em: 26 set. 23.

GRANDI, A. L. **Cartografia do cuidado ao cuidador: encontros, resistências e produção de linhas de fuga**. 2021. 115f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. População no último censo [2022]**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>. Acesso em: 26 set. 23.

KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2017.

LAPAINÉ, M.; MIDTBØ, T; GARTNER, G; BANDROVA, T; WANG, T; SHEN, J. Definition of the Map. **Advances in Cartography and GIScience of the ICA**, v. 3, p. 1–6, 29 nov. 2021. <https://doi.org/10.5194/ica-adv-3-9-2021>.

LAZARINI, F. M. *et al.* A Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE, S.M. *et al.* (Org). **Bases da Saúde Coletiva**. Eduel, 2017. p. 383-413.

LISBÔA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 25, p. 97–109, jun. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200009>. Acesso em 28 jul. 23.

LONDRINA. Câmara Municipal de Londrina. LEI nº 13.567, de 17 de abril de 2023. **Institui o Programa Municipal de Cuidados Paliativos e dá outras providências**. Disponível em <https://www1.cml.pr.gov.br/leis/2023/web/LE135672023consol.html>. Acesso em 28 ago. 23.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde**. UBS Região Oeste. 2023. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/index.php/unidade-basica-saude/ubs-regiao-oeste.html>. Acesso em: 26 set. 23.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades Básicas de Saúde**. 2020. Disponível em: <https://saude.londrina.pr.gov.br/index.php/unidade-basica-saude.html>. Acesso em: 26 set. 23.

MARCUCCI, F.C.I. **Identificação e caracterização dos indivíduos com indicação de Cuidados Paliativos cadastrados na Estratégia Saúde da Família**. 2016.

121p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016. Disponível em: <
<http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000208832>>. Acesso em: 13 out. 21.

MARQUES, E. P. M; SILVA, D. W; MARCUCCI, FCI; FACCI, LM; PRETTI, GP. Caracterização dos sintomas e funcionalidade de idosos com necessidade de cuidados paliativos na Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 4, p. 127–144, 23 dez. 2021. <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n4p127>. Acesso em: 15 out. 22.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 290-305. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 15 out. 21.

MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Orgs). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1ªed, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MENDONÇA, F. F; LIMA, L. D. de; PEREIRA, A. M. M; MARTINS, C. P. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13–30, 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>. Acesso em 15 set 23.

MERHY E. E, FEUERWERKER L. M. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: FEUERWERKER, L. C. M., BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E.(Orgs). **Avaliação compartilhada de saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. Volume 2. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42.

MERHY, E. E. **As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas**. 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf . Acesso em: 26 set. 23.

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. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (orgs). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Pag. 31-42.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305–314, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>. Acesso em 10 ago. 23.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2005.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SILVA, E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. **Salud Colectiva**, v. 8, p. 25–34, abr. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652012000100003>. Acesso em 19 mai 2022.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s606>. Acesso em 27 jul. 23.

MERHY, E.E. Em Busca do Tempo Perdido: a Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde. *In*: MERHY, E.E. ONOKO, R. (org). Agir em Saúde: Um desafio para o Público. São Paulo: HUCITEC, 1997. 2-29.

MICHEL, L. H. F; FREITAS, J. L. Psicoterapia e Luto: A Vivência de Mães Enlutadas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, n. spe3, p. e189422, 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003189422>. Acesso em 27 jul. 23.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: **Sulina**, Editora da UFRGS, 2016.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, v.1 n.2: 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós-Graduados de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set./fev. 1993. Disponível em: <http://www4.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>. Acesso em: 28 set. 23.

SANTOS, J. C.; SENA, A. S; ANJOS, J. M. Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. **Revista Bioética**, v. 30, n. 2, p. 382–390, jun. 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534pt>. Acesso em 23 set. 23.

SAPORETTI, L. A; ANDRADE, L; SACHS, M. de F. A; GUIMARAES, T. V. V. Diagnóstico e abordagem do sofrimento humano. *In*. Academia Nacional de Cuidados Paliativos (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: Solo, 2012. 590 p.

SARTI, T.D.; FEUERWERKER, L.C.M Saúde da Família em análise: estudo de caso sobre a produção da atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Saúde em Redes**, v.4, n.1, p.55-73, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1008/238>. Acesso em: 15 out.21.

SENA, G.R. Cuidados Paliativos na atenção primária em saúde: estamos preparados para este desafio? *In*: OLIVEIRA, J.T. *et al*. **Educação permanente em cuidados paliativos**: pauta para atenção primária. 1ed. Recife, 2016.

SLOMP JUNIOR, *et al*. Contributions to a health writing policy: the cartographic diary as a research tool. **Athenea. Digital. Revista de pensamiento e investigación social**, v. 20, n. 3, p. 2617, 24 out., 2020. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Acesso em: 26 set. 23.

SLOMP JUNIOR, H; MERHY, E. E; ROCHA, M. M; BADUY, R. S; SEIXAS, C. T; BORTOLETTO, Maira S. S; CRUZ, K. T. Contributions to a health writing policy: the

cartographic diary as a research tool. **Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social**, v. 20, n. 3, p. 2617, 24 out. 2020.

<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2617>. Acesso em: 26 jul 2022.

SOUZA, H.L. *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioét.**, v.23, n.2, p.349-59, 2015. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1983-80422015232074>. Acesso em: 26 set. 23.

SPINELI, V. M. C. D.; COSTA, G. D.; MINOSSO, J. S. M.; OLIVEIRA, M. A.C.

Educational needs in palliative care of Primary Health Care nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 3, p. e20210391, 2022.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0391>. Acesso em 26 mai. 22.

TESTON, E. F; FUKUMORI, E. F. C; BENEDETTI, G. M. dos S; SPIGOLON, D. N; COSTA, M. A. R; MARCON, S. S. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 27 ago. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400214&lng=en&tlng=en. Acesso em: 2 set. 23.

VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia.

Educação & Sociedade, v. 26, n. 93, p. 1217–1227, dez. 2005.

<https://doi.org/10.1590/S0101-73302005000400007>. Acesso em 19 mai. 22.

WHO. World Health Organization. Palliative care. 2020. Disponível em:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em 13 set. 23.

ANEXO I**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TRABALHADOR DE SAÚDE****UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

Título da pesquisa: **“CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA: PRODUÇÃO DE UM CORPO CARTOGRÁFICO”**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Cuidados paliativos na atenção básica: produção de um corpo cartográfico”**, que tem por objetivo analisar e compreender a produção e gestão dos cuidados paliativos na atenção básica do município de Londrina (PR).

Para isso, as ações desenvolvidas por você e sua equipe no seu ambiente de trabalho serão acompanhadas por quatro meses, desde que autorizada por vocês e pelo usuário. Essa observação tem como objetivo mapear as atividades realizadas no que se refere às ações de cuidado. As entrevistas se darão por meio de diálogo, serão gravadas, se autorizadas, e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pelos pesquisadores e depois, destruído e descartado. O participante terá direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

O pesquisador realizará anotações em seu diário de campo após o término das atividades, que servirá apenas para o estudo. Documentos, como prontuários, também poderão ser acessados. Seu nome e dos demais profissionais envolvidos nas atividades não serão expostos. Os participantes da pesquisa não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de possíveis desconfortos e constrangimentos frente a alguma questão vivenciada pelo trabalhador e/ou usuário e exposição à memórias difíceis inerentes a sua condição, que possam ocorrer durante a descrição de seu processo de trabalho e produção do cuidado. A pesquisadora procurará sempre abordar os temas de maneira cuidadosa, a fim de minimizar os riscos, porém, caso mesmo assim o risco ocorra, a pesquisadora se responsabilizará e amparará o participante em qualquer eventualidade, buscando encaminhamentos necessários para saná-lo

Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com a pesquisadora, Emilly Pennas Marciano Marques, endereço eletrônico emilly.marques@uel.br, através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR), com a orientadora desta pesquisa, Profa. Dra. Regina Melchior, endereço eletrônico reginamelchior@uel.br, ou ainda por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/Uel, LABESC- Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário, Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970, Telefone: 43-3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder questões que poderão ser feitas durante as observações ou da entrevista, poderá tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento e recusar em participar da pesquisa quando quiser, sem prejuízo para você ou seu trabalho. Você receberá uma via desse documento assinada e rubricada em todas as páginas, por ambos (participante e pesquisadora).

Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.

Londrina, ____ de _____ de 202_.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do entrevistado

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****USUÁRIO/CUIDADOR**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**

Título da pesquisa: **“CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO BÁSICA: PRODUÇÃO DE UM CORPO CARTOGRÁFICO”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Cuidados paliativos na atenção básica: produção de um corpo cartográfico”**, que tem por objetivo analisar e compreender a produção e gestão dos cuidados paliativos na atenção básica do município de Londrina (PR).

A sua participação é muito importante e será por meio de respostas dadas às perguntas feitas por uma pesquisadora sobre as suas condições de vida e da saúde e de sua família ou da pessoa que você cuida, para isso, você e sua família serão acompanhados por quatro meses na Unidade Básica de Saúde. As entrevistas serão gravadas e posteriormente, transcritas. O material gravado será armazenado somente pelos pesquisadores e depois, destruído e descartado. Também acompanharemos o cuidado dispensado a você ou a pessoa que você cuida, desde que autorizado no momento por você e pelo trabalhador.

O pesquisador realizará anotações em seu diário de campo após o término das atividades, que servirá apenas para o estudo. Documentos, como prontuários, também poderão ser acessados. Seu nome e dos demais profissionais envolvidos nas atividades não serão expostos. Os participantes da pesquisa não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, decorrentes de possíveis desconfortos e constrangimentos frente a alguma questão vivenciada pelo trabalhador e/ou usuário e exposição à memórias difíceis inerentes a sua condição, que possam ocorrer durante a descrição de seu processo de trabalho e produção do cuidado. A pesquisadora procurará sempre abordar os temas de maneira cuidadosa, a fim de minimizar os riscos, porém, caso mesmo assim o risco ocorra, a pesquisadora se responsabilizará e amparará o participante em qualquer eventualidade, buscando encaminhamentos necessários para saná-lo

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária, e você pode recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem nenhum problema ou prejuízo à sua pessoa, para isto basta pedir sua saída da pesquisa. Seu nome e dos demais envolvidos nas atividades não serão expostos. Informamos que os participantes da pesquisa não receberão e não precisarão efetuar qualquer tipo de pagamento. Os benefícios esperados aos participantes são em decorrência da melhoria dos serviços de saúde na produção do cuidado as pessoas. O participante terá direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Casos de dúvida poderão ser esclarecidos com a pesquisadora, Emilly Pennas Marciano Marques, endereço eletrônico emilly.marques@uel.br, através do telefone 3371-2398 (endereço: Rua Robert Koch, número 60, Londrina/PR), com a orientadora desta pesquisa, Profa. Dra. Regina Melchior, endereço eletrônico reginamelchior@uel.br, ou ainda por consulta ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - CEP/UEL, LABESC- Laboratório Escola de Pós-Graduação - sala 14, Campus Universitário, Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Londrina- Pr - CEP: 86057-970, Telefone: 43-3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Você terá a liberdade em aceitar ou não responder questões que poderão ser feitas durante as observações ou da entrevista, poderá tirar as suas dúvidas agora ou em qualquer momento e recusar em participar da pesquisa quando quiser, sem prejuízo para você. Você receberá uma via desse documento assinada e rubricada em todas as páginas, por ambos (participante e pesquisadora).

Declaro que entendi o que foi exposto acima, e concordo em participar.

Londrina, ____ de _____ de 202_.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do entrevistado