

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Matheus Rodrigues Martins

**ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA  
EM COMUNIDADES VULNERADAS**

Belo Horizonte – MG  
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Matheus Rodrigues Martins

**ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA  
EM COMUNIDADES VULNERADAS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Isabela Silva Cancio Velloso

Coorientador: Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Belo Horizonte – MG  
2023

Martins, Matheus Rodrigues.  
M386o Organização das práticas de cuidados paliativos à pessoa idosa em comunidades vulneradas [recursos eletrônicos]. / Matheus Rodrigues Martins. - - Belo Horizonte: 2023.  
98f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Isabela Silva Cancio Velloso.  
Coorientador (a): Alexandre Ernesto Silva.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidados Paliativos. 2. Áreas de Pobreza. 3. Equidade em Saúde. 4. Política. 5. Vulnerabilidade Social. 6. Dissertação Acadêmica. I. Velloso, Isabela Silva Cancio. II. Silva, Alexandre Ernesto. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WB 310

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**ATA DE NÚMERO 736 (SETECENTOS E TRINTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO MATHEUS RODRIGUES MARTINS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM ENFERMAGEM.**

Aos 12 (doze) dias do mês de dezembro de dois mil vinte e três, às 15:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*ORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO PALIATIVO À PESSOA IDOSA EM COMUNIDADES VULNERADAS*", do aluno *Matheus Rodrigues Martins*, candidato ao título de "Mestre em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Isabela Silva Cancio Velloso (orientadora), Alexandre Ernesto Silva (coorientador), Rudval Souza da Silva e Ana Cláudia Mesquita Garcia, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

**APROVADA;**

**REPROVADA.**

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andreia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2023.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Isabela Silva Cancio Velloso  
Orientadora (EE/UFMG)

Prof. Dr. Alexandre Ernesto Silva  
(coorientador)

Prof. Dr. Rudval Souza da Silva  
(Universidade do Estado da Bahia (UNEB))

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cláudia Mesquita Garcia  
(UNIFAL)

**HOMOLOGADO em reunião do CPG**  
Em 05/12/24

Andreia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Rudval Souza da Silva, Usuário Externo**, em 13/12/2023, às 11:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre Ernesto Silva, Usuário Externo**, em 13/12/2023, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 13/12/2023, às 11:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cláudia Mesquita Garcia, Usuária Externa**, em 13/12/2023, às 14:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 13/12/2023, às 15:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2896776** e o código CRC **05D46F61**.

Referência: Processo nº 23072.215084/2020-98

SEI nº 2896776

**HOMOLOGADO em reunião do CPG**

*Em 05.12.24*

*Dedico esta dissertação aos voluntários locais  
e profissionais do projeto Favela Compassiva  
Rocinha e Vidigal, por enxergarem nas  
limitações territoriais das favelas brasileiras,  
potencialidades para a entrega dos CP à  
idosos vulnerados.*

## AGRADECIMENTOS

É com gratidão que expresso meus sinceros agradecimentos a Deus, fonte de toda sabedoria, inspiração e conhecimento, por guiar meus passos durante esta jornada acadêmica. À Nossa Senhora Aparecida, símbolo de fé e proteção, por ser minha luz nos momentos de desafios.

Manifesto meu reconhecer a São Jorge Guerreiro, São Bento e São Miguel Arcanjo, protetores e guardiões, pela força e amparo ao longo deste trabalho. Que a sabedoria divina continue a iluminar meu caminho e aprimorar meus conhecimentos.

À minha mãe Neiva, cujo amor inabalável, apoio incansável e sabedoria foram os alicerces da minha jornada educacional. Obrigado pelas orações intercessoras. Te amo infinitamente.

Às minhas irmãs Neila e Jéssica, cujo carinho, conselhos e incentivo foram fontes de força e motivação.

Aos meus fiéis amigos de quatro patas, Nick, Pipoca, Simon e Frida, mesmo distantes, trouxeram alegria nos momentos difíceis.

À minha grande amiga/irmã Poia, por estar junto comigo em todos os momentos. Obrigado por todo apoio durante esse ciclo. Tinha certeza de que não seria diferente. Te amo!

Ao Sr. Roque e Dona Beza, por todas as orações intercessoras.

Ao meu grande parceiro, mestre e mentor Prof. Dr. Alexandre Ernesto. Palavras sempre serão insuficientes para te agradecer por todo apoio nesta trajetória. Seu exemplo de humanidade, compaixão e liderança me fizeram enxergar novas possibilidades de existir. Você é essencial no mundo. Estendo estes agradecimentos a toda sua família, que se tornou a minha família mineira. Gratidão por todo acolhimento. Amo vocês!

À minha querida orientadora, Prof. Dr<sup>a</sup>. Isabela Velloso, obrigado por todo apoio, parceria e compreensão. Sem dúvidas essa trajetória se tornou mais leve com a sua condução. Muito, muito obrigado por tudo!

Aos voluntários locais, profissionais e apoiadores do projeto Favela Compassiva Rocinha e Vidigal, vocês são o exemplo de que a compaixão pode transformar o mundo.

Aos meus amigos da “Família Mestrado”, Gabi, Léia, Esthe e Roseli, obrigado por toda parceria nessa trajetória. Vocês tornaram tudo isso mais leve. Gratidão!

Aos meus amigos e colegas do NEPSE da Universidade Federal de Minas Gerais, obrigado por todas as orientações para a condução deste estudo. Sem dúvidas é uma obra escrita por diversas mãos.

À Escola de Enfermagem da UFMG, pela excelente formação acadêmica e pelas inúmeras oportunidades que tive o privilégio de experienciar.



*“Brasil, meu nego  
Deixa eu te contar  
A história que a história não conta  
O avesso do mesmo lugar  
Na luta é que a gente se encontra  
Brasil, meu denço  
A mangueira chegou  
Com versos que o livro apagou  
Desde 1500  
Tem mais invasão do que descobrimento  
Tem sangue retinto pisado  
Atrás do herói emoldurado  
Mulheres, tamoios, mulatos  
Eu quero um país que não está no retrato”  
(DOMÊNICO et.al, 2019).*

MARTINS, Matheus Rodrigues. **Organização das práticas de cuidados paliativos à pessoa idosa em comunidades vulneradas**. 2023. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

## RESUMO

O processo de envelhecimento não ocorre de forma homogênea na sociedade, mas atravessado por aspectos históricos, culturais e socioeconômicos. Além disso, faz-se preciso lidar com as formas de subjetivação da pessoa idosa em meio ao discurso do “envelhecimento ativo e saudável”, proferido pelo Estado e pelos órgãos de saúde, articulados ao contexto político-econômico neoliberal. Assim, percebe-se a necessidade de pensar formas de cuidado que garantam a qualidade de vida da pessoa idosa que apresenta uma condição ameaçadora de vida e não a coloca no campo da produtividade sob a ótica desta política. Para isso, os cuidados paliativos (CP) apresentam-se como uma modalidade de cuidado que tem por finalidade a melhoria da qualidade de vida de pessoas e que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida e de seus familiares/cuidadores. No contexto brasileiro, embora a Política Nacional de Cuidados Paliativos tenha sido aprovada no ano de 2023, ela ainda não foi promulgada. Diante disso, persiste a necessidade de se ampliar as discussões acerca dos CP, tais como sobre diretrizes para seu financiamento, a inserção da temática na formação/qualificação profissional e o fornecimento de subsídios necessários para a sua aplicabilidade. Logo, as questões em torno dos CP ganham maior dimensão ao considerar os cenários de comunidades em condições de vulneração, onde as características do contexto social e ambiental às quais a população está exposta, são consideradas determinantes e condicionantes para o surgimento e manutenção das iniquidades em saúde. O objetivo deste estudo é compreender a configuração das práticas de CP ofertados à pessoa idosa, no contexto domiciliar, no âmbito de comunidades vulneradas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, realizada em domicílios de pacientes sob CP atendidos pelo projeto de extensão universitária Comunidade Compassiva, nas favelas da Rocinha e do Vidigal, no município do Rio de Janeiro/RJ, Brasil. Os participantes desta pesquisa foram os sujeitos envolvidos em CP de pessoas idosas, no âmbito do projeto, onde incluem profissionais de saúde voluntários e voluntários locais. Utilizou-se para a coleta de dados a observação e a entrevista semiestruturada. Para a sua avaliação, foi utilizada a técnica de Análise do Discurso, com inspiração foucaultiana. Os resultados deste estudo apontam que às práticas de CP à pessoa idosa, no âmbito das comunidades vulneradas de favelas, são configuradas pela incipiente produção de políticas públicas voltadas, especificamente, para o alívio do sofrimento humano às pessoas em condições ameaçadoras de vida no solo brasileiro, somado ao contexto histórico, social e cultural da construção dos territórios de favela. Diante disso, a entrega dos CP à essa população, emerge mediante a micropolítica de resistência que nasce a partir dos saberes e poderes que circulam nesse contexto e permeiam os sujeitos envolvidos nesses cuidados, constituindo seus discursos e práticas sociais. Essas constatações sugerem que, para além do fomento de iniciativas não governamentais de assistência à saúde, necessita-se de avanços no desenvolvimento de políticas públicas de CP, que sejam amparadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, para que ocorra a inserção dessa abordagem de cuidado em todos os pontos da RAS e que abarquem também os territórios de favela. Além disso, torna-se imperativo compreender o conceito de saúde como algo ampliado, tendo em vista a dinâmica territorial e os seus determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Áreas de pobreza. Equidade em saúde. Política. Vulnerabilidade social.

MARTINS, Matheus Rodrigues. **Organization of palliative care practices for the elderly in vulnerable communities.** 2023. Dissertation (Academic Master's Degree in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

### ABSTRACT

The aging process does not occur homogeneously in society, but is influenced by historical, cultural, and socioeconomic aspects. Additionally, it is necessary to deal with the subjectivation of the elderly amidst the discourse of "active and healthy aging" proclaimed by the State and health organizations, articulated within the neoliberal political-economic context. Thus, there is a need to consider forms of care that ensure the quality of life of the elderly who face life-threatening conditions and do not place them within the realm of productivity as perceived by this policy. Therefore, Palliative Care (PC) emerges as a care modality aimed at improving the quality of life of individuals facing life-threatening diseases and their families/caregivers. In the Brazilian context, although the National Palliative Care Policy was approved in 2023, it has not yet been enacted. Consequently, there is still a need to expand basic discussions on PC, such as guidelines for financing, integrating the topic into professional education/training, and providing necessary support for its applicability. Thus, issues surrounding PC gain greater significance when considering communities in conditions of vulnerability, where the characteristics of the social and environmental context to which the population is exposed are considered determinants and conditions for the emergence and perpetuation of health inequities. The objective of this study is to understand the configuration of PC practices offered to the elderly within the household context, in the scope of vulnerable communities. This is a descriptive, exploratory research with a qualitative approach, conducted in the homes of patients under PC care provided by the university extension project "Comunidade Compassiva" (Compassionate Community) in the Rocinha and Vidigal favelas, in the municipality of Rio de Janeiro/RJ, Brazil. The participants of this research were individuals involved in PC for the elderly within the project, including volunteer healthcare professionals and local volunteers. Data collection utilized observation and semi-structured interviews. Discourse Analysis, inspired by Foucault, was used for evaluation. The results of this study indicate that PC practices for the elderly within vulnerable favela communities are shaped by the incipient production of public policies specifically aimed at relieving human suffering among individuals facing life-threatening conditions in Brazilian territory, combined with the historical, social, and cultural context of favela territories. Therefore, the delivery of PC to this population emerges through the micropolitics of resistance born from the knowledge and powers circulating in this context, permeating the individuals involved in these cares, constituting their discourses and social practices. These findings suggest that beyond fostering non-governmental health assistance initiatives, there is a need for advancements in the development of public PC policies grounded in the principles of universality, comprehensiveness, and equity, to integrate this care approach across all points of the Health Care Network (RAS) and also encompass favela territories. Additionally, it becomes imperative to understand the concept of health as expanded, considering the territorial dynamics and their social determinants and conditions of health.

Keywords: Palliative care. Areas of poverty. Health equity. Politics. Social vulnerability

## **LISTAS DE QUADROS**

Quadro 1 - Estratégia de investigação conforme base de dados, Belo Horizonte, Brasil, 2022 .....	16
Quadro 2 - Características dos estudos selecionados, Belo Horizonte, Brasil, 2022 .....	17
Quadro 3 - Perfil dos profissionais de saúde participantes da pesquisa .....	52
Quadro 4 - Perfil dos voluntários locais participantes da pesquisa .....	53

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CP	Cuidados Paliativos
DC	Diário de Campo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>
GESTO	Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PV	Profissionais Voluntários
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura
VL	Voluntários Locais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVO GERAL</b>	<b>14</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>15</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>21</b>
<b>4.1 O CONCEITO DE PODER SOB A ÓTICA DE MICHEL FOUCAULT</b>	<b>21</b>
<b>4.2 BIOPOLÍTICA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADOS PALIATIVO À     POPULAÇÃO QUE ENVELHECE</b>	<b>25</b>
<b>4.3 A BIOPOLÍTICA NA CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL DAS     POPULAÇÕES VULNERADAS DAS FAVELAS</b>	<b>37</b>
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>45</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDO</b>	<b>45</b>
<b>5.2 CENÁRIO</b>	<b>45</b>
<b>5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO</b>	<b>46</b>
<b>5.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS</b>	<b>47</b>
<b>5.5 ANÁLISE DE DADOS</b>	<b>48</b>
<b>5.6 ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>49</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
<b>6.1 FAZER VIVER OU DEIXAR MORRER? A MICROPOLÍTICA DOS     CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA, FRENTE ÀS     FRAGILIDADES DO TERRITÓRIO DA FAVELA</b>	<b>53</b>
<b>6.2 A FAVELA QUER VIVER: A MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E A     PRODUÇÃO DO CUIDADO COMPASSIVO À IDOSOS VULNERADOS</b>	<b>68</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>95</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Observa-se em todo o mundo uma mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população, com o aumento do envelhecimento populacional e o crescente número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT), com destaque para as disfunções cardiovasculares, neurodegenerativas, doenças respiratórias crônicas e neoplasias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2015). No ano de 2019, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de um bilhão, com estimativa de aumento da população idosa para 1,4 bilhão no ano de 2030 e 2,1 bilhões em 2050 (OMS, 2022).

O contexto brasileiro segue essa tendência, com o processo de envelhecimento ocorrendo de forma acelerada, somado à redução das taxas de fecundidade e mortalidade observadas nas últimas décadas (ZUANAZZI; FOCHEZATTO, 2020). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), em 2010, os idosos representavam 7,32% da população brasileira, passando para 9,83% em 2020 e com projeção de chegar a 13,54% em 2030 e, 21,87%, em 2050. Entretanto, o processo de envelhecimento não ocorre de forma homogênea na sociedade, mas é atravessado por aspectos históricos, culturais e socioeconômicos (BRASIL, 2006).

Em um estudo multicêntrico realizado na China, Sri Lanka, Índia, Vietnã e Mianmar evidenciou-se que pacientes idosos de baixa renda e com baixo *status* educacional apresentaram maior grau de sofrimento multidimensional no fim de vida, em detrimento de pacientes mais jovens e daqueles de famílias com alto nível econômico e com maior escolaridade (MALHOTRA *et al.* 2020). O controle ineficaz da dor, a redução da funcionalidade e o maior sofrimento espiritual e social são algumas condições que apontam esta situação (MALHOTRA *et al.* 2020).

Além disso, é preciso lidar com as formas de subjetivação da pessoa idosa em meio ao discurso do “envelhecimento ativo e saudável”, proferido pelo Estado e pelos órgãos de saúde, articulados ao contexto político-econômico neoliberal (PAULINO; SIQUEIRA; FIGUEIREDO, 2017). Muitas vezes, a imagem de pessoa idosa idealizada é aquela configurada sob os signos da produtividade e autoconfiança, da saúde, da jovialidade, do engajamento e da sexualidade ativa (AGRA DO O, 2011). Tudo isso se materializa por meio da submissão a dispositivos regulatórios, mediante a proposição de realização de exercícios corretos, uso dos medicamentos adequados, entre outros, com o intuito de potencializar a “juventude eterna” (AGRA DO O, 2011).

No conjunto dessa reflexão, inscrevem-se as formas de compreensão propostas por Michel Foucault sobre o biopoder, conceito pelo qual se expressam os mecanismos de gestão e regulação dos processos vitais da população (FURTADO; CAMILO, 2016). O biopoder se refere ao poder sobre a vida e se desenvolve sob duas formas, a saber: Anátomo-política e Biopolítica. A primeira, centra-se no corpo como máquina, encarregado de extrair a sua força produtiva, por meio do seu adestramento e docilização. A segunda, refere-se aos controles reguladores da população, utilizando-se do saber-poder que permite a regulação das massas, mediante o controle das taxas de natalidade e mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida e a sua longevidade, entre outros (FOUCAULT, 1988).

Tendo em vista o aumento da longevidade associada ao predomínio das DCTN que, muitas vezes, geram comprometimento funcional e dependência (WPCA, 2014; VILLEGAS *et al.*, 2021), faz-se necessário pensar em formas de cuidados que garantam a qualidade de vida da pessoa idosa que dispõe de uma condição ameaçadora de vida que a subtrai do campo da produtividade sob a ótica da política neoliberal. Para isso, os Cuidados Paliativos (CP) apresentam-se como uma modalidade de cuidados que tem por finalidade a melhoria da qualidade de vida de pessoas que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras e de seus familiares/cuidadores. Tem como premissas a prevenção e o alívio do sofrimento humano, por meio da identificação precoce, avaliação correta de sintomas e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2020).

Estima-se que, a cada ano, cerca de 56,8 milhões de pessoas necessitam dessa abordagem de cuidado sendo que, apenas 14% o recebem. Destaca-se 76% dos pacientes adultos que demandam CP vivem em países de baixa e média renda, com dificuldade de acesso a eles (WHO, 2022).

No contexto brasileiro, embora a Política Nacional de Cuidados Paliativos tenha sido aprovada no ano de 2023, ela ainda não foi promulgada. Mantém-se as normativas preconizadas pela resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que delinearam diretrizes para a organização dos CP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo sua importância em todos os níveis da rede de atenção à saúde, inclusive na Atenção Domiciliar (BRASIL, 2018). No entanto, percebe-se, ainda, a necessidade de ampliar discussões básicas dos CP, tais como diretrizes para seu financiamento, a inserção da temática na formação/qualificação profissional e o fornecimento de subsídios necessários para a sua aplicabilidade (SILVA *et al.*, 2021).

Ademais, as questões em torno dos CP ganham maior dimensão ao se considerar os cenários de comunidades em condições de vulneração como as favelas, onde as características do contexto social e ambiental, às quais a população está exposta, são consideradas



determinantes e condicionantes para o surgimento e manutenção de iniquidades em saúde (MESQUITA et.al., 2023). Nesse contexto, cabe considerar que comunidades vulneradas são aquelas formadas por indivíduos que, devido às características concretas das condições desfavoráveis em que vivem, bem como relacionado ao abandono das instituições vigentes, são incapazes de se defenderem sozinhos e não têm condições necessárias para o enfrentamento de dificuldades (SCHRAMM, 2008).

Esse cenário, quando vivenciado por pacientes com necessidades de CP, oportuniza a antecipação do processo de morrer e morte, em decorrência da falta de acesso à serviços básicos para o desenvolvimento da vida humana, tais como a saúde, alimentação, moradia, renda, educação e o lazer (MESQUITA *et. al.*, 2023). Tal fato, potencializa o risco da mistanásia, reconhecida como um processo de morrer sofrido e morte antecipada, advinda da exclusão social e econômica, em que os indivíduos não dispõem de acesso adequado a condições de saúde que garantam a sua dignidade em todos os ciclos de vida (LOPES, 2011).

Somando-se a isso, observa-se também uma incipiente produção científica voltadas para as práticas de CP nesses territórios. Do mesmo modo, não se tem registros sobre o quantitativo de pessoas que requerem essa abordagem, bem como as demandas específicas de cuidados que as favelas impõem (MESQUITA *et. al.*, 2023).

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de compreender como se configuram às práticas de CP à pessoa idosa no contexto domiciliar, no âmbito de comunidades vulneradas. Seus resultados oportunizarão conhecer elementos que dificultam e que potencializam a entrega desses cuidados a essa população e as relações que se estabelecem diariamente. Parte-se do pressuposto de que as práticas de CP, realizadas no âmbito de vulneração social, são moldadas a partir dos atravessamentos históricos, socioeconômicos e culturais desse contexto, bem como pelas relações que se fazem com os dispositivos de normatização e regulamentação da vida cotidiana.

Os resultados da pesquisa poderão subsidiar reflexões sobre estratégias para mitigar as iniquidades em saúde presentes nesse cenário de cuidado. Poderá, ainda, subsidiar a discussão e criação de políticas públicas que levem em consideração a dignidade humana a idosos em condição de vulneração elegíveis para essa abordagem, favorecendo uma assistência universal e equânime. Diante desses apontamentos, formulou-se a seguinte questão norteadora: como se configuram as práticas de CP à pessoa idosa no contexto domiciliar, no âmbito de comunidades vulneradas?

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender a configuração das práticas de CP ofertados à pessoa idosa, no contexto domiciliar, no âmbito de comunidades vulneradas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Diante da necessidade de melhor compreensão sobre a temática dos CP à pessoa idosa, no contexto de comunidades vulneradas, realizou-se uma revisão de literatura, a fim de conhecer as evidências científicas publicadas no cenário nacional e internacional. Dessa forma, foi realizado um levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde, *SCOPUS*, *Web of Science* e *USA National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed)*.

Quanto aos critérios de inclusão abordados nesta pesquisa, utilizou-se artigos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de janeiro de 2012 à março de 2022. Adotou-se como critérios de exclusão os artigos duplicados e os manuscritos que não abordaram as temáticas de saúde do idoso e CP e em Comunidades Vulneradas.

No que se refere à construção da estratégia de investigação, optou-se pela utilização do acrônimo PICO, que se constitui como um método de recuperação de evidências científicas, considerando a população, o paciente ou o problema (P), o fenômeno de interesse (I) e o contexto (Co) (ARAÚJO, 2020). Esse método, permite a identificação de pesquisas qualitativas alicerçadas nas experiências humanas, bem como fenômenos sociais envolvidos (STERN; JORDAN; MCARTHUR, 2014). Dessa forma, formulou-se a seguinte questão norteadora: Como estão organizados os cuidados paliativos à pessoa idosa em comunidades vulneradas? Tendo como P: Pessoa Idosa; I: cuidados paliativos; e Co: Comunidades Vulneradas. Assim, foram utilizados termos controlados, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*, bem como termos livres (palavras-chave), conforme apresentado no quadro 1. O levantamento dos artigos encontrados, ocorreu nos meses de março e abril de 2022.

Quadro 1 - Estratégia de investigação conforme base de dados, Belo Horizonte, Brasil, 2022

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA
Biblioteca Virtual de Saúde	<p>("Cuidados Paliativos" OR "Palliative Care" OR "Cuidados Paliativos" OR "Soins palliatifs") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Soins de santé primaires" OR "Vulnerabilidade Social" OR "Social Vulnerability" OR "Vulnerabilidad Social" OR "Vulnérabilité Sociale" OR "Áreas de Pobreza" OR "Poverty Areas" OR "Áreas de Pobreza" OR "Zones de pauvreté" OR "Grupos de Risco" OR "Risk Groups" OR "Grupos de Riesgo" OR "Groupes à Risque" OR "Comunidades Vulneráveis" OR "Comunidades em Risco" OR "Grupos Expostos a Riscos" OR "Grupos Propensos a Riscos" OR "Grupos Suscetíveis a Riscos" OR "Grupos Vulneráveis" OR "Grupos em Risco" OR "Equidade em Saúde" OR "Health Equity" OR "Equidad en Salud" OR "Équité en santé" OR "Equidade Social e em Saúde" OR "Equidade na Assistência à Saúde" OR "Equidade na Saúde" OR "Risco Social" OR "Social Risk" OR "At-Risk Communities" OR "At-Risk Groups" OR "Communities Exposed to Risk" OR "Groups Exposed to Risk" OR "Vulnerable Communities" OR "Vulnerable Groups") AND (idoso OR aged OR anciano OR sujet âgé OR elderly) AND ( db:("IBECS" OR "LILACS" OR "BDENF" OR "coleccionaSUS" OR "BIGG" OR "INDEXPSI" OR "campusvirtualsp_brasil"))</p> <p>("Risk Groups" OR "Vulnerable communities" OR "Poverty Areas" OR "Favelas") AND ("Palliative Care" OR "Palliative approach" OR "Hospice Care" OR "Compassionate community") AND ("Health Services Accessibility" OR "Gender Equity" OR "Health Equity")</p>
MEDLINE via PubMed	<p>("Palliative Care") AND ("Primary Health Care" OR "Social Vulnerability" OR "Poverty Areas" OR "Risk Groups" OR "Health Equity" OR "At-Risk Communities" OR "At-Risk Groups" OR "Communities Exposed to Risk" OR "Groups Exposed to Risk" OR "Vulnerable Communities" OR "Vulnerable Groups" OR "Social Risk") AND (Aged OR Elderly)</p> <p>("Risk Groups" OR "Vulnerable communities" OR "Poverty Areas" OR "Favelas") AND ("Palliative Care" OR "Palliative approach" OR "Hospice Care" OR "Compassionate community") AND ("Health Services Accessibility" OR "Gender Equity" OR "Health Equity")</p>
SCOPUS	<p>("Palliative Care") AND ("Primary Health Care" OR "Social Vulnerability" OR "Poverty Areas" OR "Risk Groups" OR "Health Equity" OR "At-Risk Communities" OR "At-Risk Groups" OR "Communities Exposed to Risk" OR "Groups Exposed to Risk" OR "Vulnerable Communities" OR "Vulnerable Groups" OR "Social Risk") AND (Aged OR Elderly)</p> <p>("Risk Groups" OR "Vulnerable communities" OR "Poverty Areas" OR "Favelas") AND ("Palliative Care" OR "Palliative approach" OR "Hospice Care" OR "Compassionate community") AND ("Health Services Accessibility" OR "Gender Equity" OR "Health Equity")</p>
Web of Science	<p>("Palliative Care") AND ("Primary Health Care" OR "Social Vulnerability" OR "Poverty Areas" OR "Risk Groups" OR "Health Equity" OR "At-Risk Communities" OR "At-Risk Groups" OR "Communities Exposed to Risk" OR "Groups Exposed to Risk" OR "Vulnerable Communities" OR "Vulnerable Groups" OR "Social Risk") AND (Aged OR Elderly)</p> <p>("Risk Groups" OR "Vulnerable communities" OR "Poverty Areas" OR "Favelas") AND ("Palliative Care" OR "Palliative approach" OR "Hospice Care" OR "Compassionate community") AND ("Health Services Accessibility" OR "Gender Equity" OR "Health Equity")</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

A partir das estratégias de busca, foram localizados 559 artigos, que foram submetidos à análise do título e resumo, totalizando, após a triagem, 33 estudos. Na sequência, o material passou por um processo de elegibilidade, com leitura na íntegra de todos os artigos, com exclusão de 27, que não atenderam aos critérios estabelecidos. Ao final, seis estudos foram selecionados para compor esta revisão, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - Características dos estudos selecionados, Belo Horizonte, Brasil, 2022

Nº	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO E PERIÓDICO	TÍTULO	DELINEAMENTO	PAÍS
E1	Kayser, Marco, Stokes, Susan e Philip	2014 <i>Palliative and Supportive Care</i>	<i>Delivering palliative care to patients and caregivers in inner-city communities: challenges and opportunities</i>	Pesquisa qualitativa, utilizando grupos focais	Estados Unidos
E2	Rowe e Johnston	2022 <i>Annals of Palliative Medicine</i>	<i>Surgical palliative care disparities</i>	Revisão de literatura	Estados Unidos
E3	Tziraki, Grimes, Ventura, O'Caomh, Santana, Zavagli, Varani, Tramontan, Apóstolo, Geurden, Luca, Tramontano, Romano, Anastasaki, Lionis, Rodríguez-Acuña, Capelas, Afonso, Molloy, Liotta, Iaccarino, Triassi, Eklund, Roller-Wirnsberger, Illario	2020 <i>Primary Health Care Research &amp; Development</i>	<i>Rethinking palliative care in a public health context: addressing the needs of persons with non-communicable chronic diseases</i>	Revisão de literatura	Israel
E4	Malhotra, Krishnan, Yong, Teo, Ozdemir, Ning, Hapuarachchi, Palat, Bhatnagar, Joad, Tuong, Ssu, Finkelstein	2020 <i>International Journal for Equity in Health</i>	<i>Socio-economic inequalities in suffering at the end of life among advanced cancer patients: results from the APPROACH study in five Asian countries</i>	Pesquisa quantitativa, multicêntrica, utilizando modelo de regressão linear	China, Sri Lanka, Índia, Vietnã e Mianmar
E5	Purkey, Mackenzie	2019 <i>Journal of the American Board of Family Medicine</i>	<i>Experiences of Palliative Health Care for Homeless and Vulnerably Housed Individuals</i>	Pesquisa qualitativa, com abordagem fenomenológica, utilizando grupos focais e entrevista em profundidade	Canadá
E6	Zaman, Ahmed, Rashid, Jahan	2017 <i>European Journal of Palliative Care</i>	<i>Palliative care for slum population: a case from Bangladesh</i>	Relato de experiência	Índia

Fonte: Elaborado pelo autor (2023)

As pesquisas encontradas evidenciam que ambientes urbanos segregados e distante dos grandes centros, como os aglomerados urbanos (KAYSER *et.al.*, 2014) e as comunidades rurais (ROWER; JOHNSTON, 2022), apresentam barreiras para a implementação e o acesso aos CP. Dentre essas barreiras, destacam-se as características de vulneração, relacionadas às condições concretas de desigualdades sociais, associadas ao perfil sociodemográfico e de segurança pública, de forma que os indivíduos inseridos nesses contextos são incapazes de se defenderem sozinhos e não possuem condições necessárias para o enfrentamento dessas dificuldades, como o apoio de instituições vigentes (SCHRAMM, 2008). Entretanto, o cuidado em saúde realizado por meio da participação de indivíduos da comunidade emergiu como potencial modelo para mitigar as disparidades em saúde encontradas nesses ambientes (TZIRAKI *e.al.*, 2020; ZAMAN *et al.*, 2017).

No que se refere às características de vulneração relacionadas aos aspectos sociodemográficos, observou-se que muitas delas levam à redução do acesso aos CP, como a idade, raça/cor, renda, região geográfica de habitação, falta de moradia e conhecimento limitado sobre os princípios dos CP, incluindo o saber do paciente e o saber dos profissionais de saúde (ROWER; JOHNSTON, 2022). Assim, pacientes idosos, com baixa renda, com baixo *status* de educação, apresentaram maior grau de sofrimento multidimensional no fim de vida, o que inclui sofrimento físico (com controle ineficaz da dor), redução da funcionalidade e maior sofrimento espiritual e social, em comparação com pacientes mais jovens e aqueles de famílias com alto nível econômico e com maior escolaridade (MALHOTRA *et al.*, 2020).

Com relação às diferenças raciais, pacientes negros têm recebido menores taxas de CP, em comparação a pacientes brancos. Outros determinantes sociais que geram disparidades no acesso aos CP estão relacionados à região geográfica de habitação, com destaque para moradores de áreas rurais que, muitas vezes, apresentam limitações de acesso aos CP, por estarem distantes dos grandes centros urbanos. Além disso, a distância geográfica dos grandes centros urbanos apresenta-se como um limitador no que concerne à capacitação profissional, haja vista a restrição de tempo que os profissionais apresentam para o desenvolvimento e manutenção dos CP para os moradores dessas áreas (ROWER; JOHNSTON, 2022).

No que diz respeito à falta de moradia, essa vulneração não está relacionada apenas às pessoas em situação de rua, mas abrange aqueles que possuem acomodações transitórias, temporárias e instáveis, que utilizam algum tipo de abrigo ou que estão sujeitas a situações habitacionais precárias. Tais aspectos apresentam-se como barreiras logísticas para a efetivação dessa abordagem de cuidado, uma vez que é preciso lidar com a falta de habitação para receber

cuidados domiciliares, falta de telefone para marcação de consultas e falta de transporte para locomoção até as unidades de saúde (PURKEY; MACKENZIE, 2019).

Em relação às questões de segurança pública, um estudo realizado com 33 participantes, incluindo profissionais de saúde, cuidadores e pacientes em CP de cinco comunidades vulneradas, evidenciou que as fragilidades na segurança dos profissionais de saúde para atuarem nesses cenários contribuem para a redução da oferta de cuidados que proporcionem melhor qualidade de vida. Essas fragilidades também limitam a disponibilidade de opioides e narcóticos, em decorrência da alta criminalidade (KAYSER *et al.*, 2014), ocasionando controle ineficaz do sofrimento físico, como a dor e a dispneia.

Entretanto, como forma de garantir um acesso adequado aos CP, um estudo realizado na *University of Glasgow*, com 100 idosos que apresentavam necessidades desse tipo de cuidado, em duas comunidades vulneradas na cidade de Daca, capital de Bangladesh, apontou que a participação ativa dos membros da comunidade e dos líderes das redes comunitárias de apoio no desenvolvimento dos CP levaram à melhora no acesso aos cuidados e, conseqüentemente, à melhora da qualidade de vida da população em estudo. Nesta pesquisa, os indivíduos da comunidade foram orientados por profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de cuidados básicos, ação que emergiu como um potencial modelo de atenção aos CP, pautado na participação popular (ZAMAN *et al.*, 2017).

Observa-se que este modelo de cuidado, chamado de Comunidade Compassiva, vem sendo desenvolvido para responder às necessidades de pacientes que sofrem de condições ameaçadoras de vida e se estende aos seus familiares. Ademais, as Comunidades Compassivas, compreendem um modelo de cuidado domiciliar, onde promove-se a liderança incorporada na comunidade local, em parceria com profissionais de saúde, além de favorecer a mobilização de redes sociais de apoio, como escolas e instituições de saúde para a promoção de CP no fim de vida a membros da própria comunidade (TZIRAKI *et al.*, 2020).

Como limitações desta revisão de literatura, nota-se uma incipiente produção científica que correlacione a temática dos CP a idosos em comunidades vulneradas. As produções encontradas referem-se ao contexto internacional, não sendo encontrados estudos relacionados ao contexto brasileiro. Outrossim, a grande parte dos manuscritos encontrados se restringem a apresentar limitações e barreiras para o desenvolvimento dos CP nos cenários de vulneração social, sendo que, apenas dois estudos, evidenciaram iniciativas que podem potencializar a entrega desses cuidados.

Outro ponto a ser destacado é a escassez de pesquisas que abordem a temática do envelhecimento populacional em locais de vulneração social. Essa temática precisa ser

debatida, tendo em vista as necessidades crescentes de uma assistência que compreenda as demandas desse novo perfil, baseado na transição epidemiológica e demográfica vivenciadas nas últimas décadas.



## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 O CONCEITO DE PODER SOB A ÓTICA DE MICHEL FOUCAULT**

A partir da década de 1970, Michel Foucault propôs uma nova concepção acerca do conceito de poder, rompendo as ideias clássicas do poder como matéria - algo que se pudesse possuir, transferi-lo ou afastá-lo -, ou como meio para manter a reprodução de dominação de classes sociais. Na perspectiva foucaultiana, o poder caracteriza-se por um conjunto de relações, não estando localizado em um determinado lugar, mas constituindo-se como um fenômeno que se exerce em rede. Nas malhas dessa rede, os sujeitos estão na posição de praticar este poder, ou de sofrer suas ações, transmitindo, reproduzindo, perpetuando e resistindo a ele (FOUCAULT, 2021).

Nesse contexto, Deleuze (2008), corroborando as ideias de Foucault, explicita que o poder é tido como um elemento informal, que passa entre as diversas formas de saber, de modo microfísico, ou seja, está presente nas relações. Assim, tem-se a ideia de que o poder e saber estão implicados, não existindo relações de poder sem que haja a constituição de um campo de saber, nem saber que não se constitua como relações de poder (FOUCAULT, 2014).

As relações de poder-saber são, historicamente, construídas em constante movimento e transformações, produzindo efeitos de verdade no interior dos discursos, que não são em si verdadeiros ou falsos, mas que determinam as formas e campos de conhecimento (FOUCAULT, 2014; FOUCAULT, 2021). Nesse sentido, a produção da verdade não pode ser dissociada dos processos que a compõe, como os domínios de saber, as formas de verificação e o contexto político que constituem a base dos modos de subjetivação. Compreende-se, portanto, que a verdade não é anterior ou absoluta, mas é produzida a partir de determinados contextos, em dado momento histórico, que culminam em práticas sociais (ALMEIDA, 2019).

Destarte, o poder-saber empenha-se em produzir indivíduos sujeitados aos dispositivos de verdade que permeiam o campo social, coagindo, disciplinando e controlando-os (CANDIOTTO, 2008). Assim, fabrica-se corpos submissos e exercitados, aumentando sua força produtiva e diminuindo sua força política, tornando-os corpos dóceis (FOUCAULT, 2014). Entretanto, destaca-se que o poder para Foucault não é visto como um fenômeno essencialmente repressivo, mas, o que faz como que seja aceito e se mantenha é que ele não se exerce apenas como uma força que diz não, mas como algo que incita prazeres, forma saber e produz efeitos nos discursos (FOUCAULT, 2021).

Nesse contexto, por meio do método genealógico, Foucault desenvolve uma concepção não-jurídica do poder, isso é, não o discute como um fenômeno centralizado em uma lei ou em outros dispositivos que se cedem para construir uma soberania, ou ainda, tendo esta centralidade nas instituições do Estado. Na perspectiva foucaultiana, o poder deve ser analisado de modo ascendente, por meios dos micropoderes que atravessam toda a estrutura social e chegam até os macropoderes - o Estado e seus aparelhos (DANNER, 2010).

Mediante a essa analítica, Foucault procura reconhecer as diversas formas de exercício do poder por meio da análise de suas transformações e sua constituição histórica. Dessa maneira, tem-se como objetos de investigação: o poder soberano, o poder disciplinar e o biopoder (DINIZ; OLIVEIRA, 2013). Tais tecnologias fizeram com que ocorressem transformações profundas nas formas de gestão da vida e da morte nas sociedades, rompendo a concepção de poder apenas como mecanismo de dominação (WITZEL, 2014).

O poder soberano tinha como paradigma clássico o governo monárquico. Nessa perspectiva, o poder era tido como uma propriedade do Rei, sujeito este que dispunha de dispositivos de coerção sobre seus súditos, com a utilização de leis que proibiam os comportamentos tidos como ilegítimos daqueles que estavam sob o seu julgo (GONÇALVES, 2018).

Nesse regime, a aplicação da lei penal configurava-se como uma estratégia ampla do exercício do poder, que se operava como confisco das coisas e dos corpos dos condenados, com a subtração de algo que os pertencesse, como bens materiais, sua honra, seus corpos e, até mesmo, as suas próprias vidas (ALEIKSEIVZ, 2020; FOUCAULT, 2014). Para Foucault (2014), a utilização da lei enquanto técnica para se fazer valer o poder soberano era configurada como uma lei de gládio, marcada pela possibilidade de dominação dos corpos-súditos que, em sua extremidade, reservava ao soberano o direito de fazer morrer ou deixá-los viver.

Entretanto, a partir do século XVII, o confisco tendeu a não ser mais a forma principal do exercício do poder, mas, apenas, um dispositivo entre outros, que tem por funções a estimulação, ampliação e organização das forças que lhe são submetidas, bem como o controle e vigilância dos corpos. Com isso, o direito de fazer morrer deslocou-se para a centralidade de um poder que gera vida (FOUCAULT, 2014).

A partir de então, o poder estabelece os seus pontos de fixação sobre os processos vitais da população, mediante funções voltadas para os desempenhos dos corpos, da espécie, da raça e dos fenômenos relacionados à vida (FOUCAULT, 1988), com mecanismos de controles precisos e de regulações (BERTOLINI, 2018).

Nesse interim, observa-se o desenvolvimento do poder disciplinar. Essa tecnologia volta-se para o corpo como máquina, objetivando adestrá-lo e torná-lo dócil, ao passo em que se desenvolvem técnicas de controle do “homem-corpo”, com mecanismos de punição e vigilância no âmbito individual. Nessa esfera, a disciplina é tida como uma técnica que se direciona à construção de um corpo, que está presente em dispositivos como escolas, prisões, exércitos, igrejas, hospitais e outros ambientes. A disciplina tem como foco o uso de mecanismos que torna o corpo mais útil a uma determinada sociedade, à medida que é mais obediente e na medida que é mais útil (FARIA, 2017).

Assim, forma-se um conjunto de coerções sobre o corpo, no tocante à vigilância e controle de seus gestos e comportamentos. Nasce, então, a anátomo-política, operacionalizada por meio da disciplina, que define as possibilidades de se ter o domínio sobre os corpos dos outros, não apenas para que façam o que se quer, mas para que se operem como se quer, com estratégias que visam a rapidez e a eficácia que se determinam. O sujeito, portanto, é fabricado de forma individualizante enquanto corpo dócil (FOUCAULT, 2014).

Dessa maneira, o poder disciplinar se instaurara quando o poder soberano se torna demasiadamente custoso e pouco eficaz em razão das suas técnicas de confiscos, que reprimiam os sujeitos que praticavam infrações contra os padrões normativos. Nesse novo contexto, a disciplina tem como função maior o adestramento dos sujeitos, para que, por meio da vigilância ininterrupta, não violem tais padrões e sigam as normas que se adequam ao sistema de produção (MORAIS, 2014). Vários são os microdispositivos utilizados para este fim, como: a vigilância hierárquica; a sanção normalizadora; e o exame.

Um dos principais mecanismos que se vale a disciplina é a vigilância. Efeitos de poder como o autocontrole dos gestos e atitudes, são produzidos pela sensação de estar sendo vigiado. Contudo, não há necessidade de se ter vigias e guardas disciplinadores. O poder disciplinar atua de modo modesto, desconfiado e econômico. Ele se faz valer de espaços arquiteturais organizados, como escolas, hospitais, exércitos e igrejas, de modo que incrementa e propicia a sensação de vigilância múltipla, estimulando os sujeitos a se autodisciplinarem (CANDIOTTO, 2012).

Contudo, para que a vigilância hierárquica possa surtir efeito, esse dispositivo deve estar acompanhado da sanção normalizadora. Nesse íterim, Foucault não versa sobre tipos de punição jurídicas ou sanções normativas, pois a sanção normalizadora vai além da aplicação de penalidades imputadas aos sujeitos em decorrência de infrações. Ela objetiva evitar comportamentos ditos impróprios (CANDIOTTO, 2012). Para isso, o superior hierárquico não apenas incide pequenas correções, mas, muito mais, recompensa aqueles que seguem o padrão

da norma, para que estimulem os desviantes a se adequarem, tendo em vista que o adestramento produz muito mais do que reprime (MORAIS, 2014).

Para Foucault, a norma tem alcance maior do que a de uma lei, pois a lei opera por meio da violação de circunstâncias consideradas proibidas. A norma encontra-se presente no cotidiano, de forma difusa e indireta. Ela funciona por meio de saberes historicamente construídos que estabelecem padrões normativos do comportamento humano, com controles temporais de condutas, uma vez que alcança as suas interioridades, fazendo com que os sujeitos sejam classificados entre normais - aqueles que estão dentro do padrão da norma - e os anormais - os que não fazem parte desse padrão (CANDIOTTO, 2012).

No que diz respeito ao exame, essa tecnologia disciplinar combina as técnicas da vigilância hierárquica e da sanção normalizadora. Utiliza como uma de suas principais ferramentas, a função do registro e da documentação. Dessa forma, permite uma análise e descrição dos sujeitos por meio da avaliação do registro dos seus traços de comportamentos e a sua comparação com outros indivíduos e grupos. Assim, cada sujeito é individualizado e suas singularidades podem ser mensuradas, descritas, medidas e comparadas, o que permite a vigilância ininterrupta, a punição e a qualificação (FOUCAULT, 2014).

Destarte, o exame apresenta-se como um meio de produção de novos saberes. Ele faz de cada indivíduo um “caso”, transformando-os em objetos de saber. Logo, estuda-se o comportamento infantil para uma melhor compreensão do adulto e investiga o delinquente para se definir quais são os limites de um cidadão considerado normal. Tem-se, então, que o indivíduo conceituado como saudável, normal e que possui bons comportamentos é um contraste do oposto: o ser doente, o louco e o delinquente (CANDIOTTO, 2012).

Essa possibilidade de comparação dos sujeitos, permite a mensuração de fenômenos globais, a descrição de grupos, o detalhamento de fatos coletivos e a estimativa dos desvios dos indivíduos e a sua disposição em uma população (FOUCAULT, 2014). Tal ponto, a partir do século XVIII, perpassa o poder voltado para o homem-corpo e centra-se no corpo-espécie, por meio do dispositivo denominado de biopolítica (FOUCAULT, 1988).

Nesse contexto, diante de uma série de intervenções e controle regulatórios dos processos biológicos, obtêm-se a sujeição das populações, mediante o monitoramento e intervenções sobre as taxas de natalidade, a proliferação, a mortalidade, o nível de saúde no campo social, a duração da vida humana e a longevidade (FOUCAULT, 1988).

Por meio da anátomo-política e da biopolítica, se desenvolve o que Michel Foucault intitula de biopoder, cuja função é investir sobre a vida tanto do indivíduo como do coletivo. Logo, por meio desses dois polos, o biopoder traz consigo métodos capazes de aumentar as

forças e aptidões do corpo social (FOUCAULT, 1988). Com o controle eficaz dos sujeitos e a gestão populacional, se produz formas de poder que majoram os processos econômicos (YAZBEK, 2019). Nesse contexto, a anátomo-política e a biopolítica se auto fortalecem, formando novas técnicas políticas fundamentais para o governo das massas urbanas heterogêneas, ajustando às necessidades populacionais à produção e o consumo da sociedade capitalista (ALVES; AZEVEDO, 2021).

#### **4.2 BIOPOLÍTICA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADOS PALIATIVOS À POPULAÇÃO QUE ENVELHECE**

A biopolítica apresenta-se como um dispositivo de poder caracterizado pela promoção de vida dos sujeitos apreendidos enquanto uma população a ser governada (KOPP; ROSA, 2018). Ressalta-se que é nesse seguimento que ela emerge como uma força que se apropria da vida para administrá-la em termos regulatórios, distribuindo a população em um domínio de valor e utilidade (ALVES; AZEVEDO, 2021).

Com base nisso, a potência da vida humana passa a ser captada pelo Estado e pelas instituições como objeto de exercício do poder, maximizando-a para que seja produtiva (ALVES; AZEVEDO, 2021). Dessa maneira, são estabelecidos mecanismos reguladores da saúde humana, que têm por finalidade manter o equilíbrio do campo social. Tem-se, então, a utilização de técnicas estatísticas para quantificar, analisar e intervir nos fenômenos relacionados à vida em sociedade, com estimativas, probabilidades e medições globais (KOPP; ROSA, 2018; NESPOLI, 2014).

Esse tipo de poder se exerce sobre os eventos relacionados ao nascimento, à fecundidade, à velhice, aos processos de adoecimento e à morte. Tais circunstâncias, são qualificadas como acontecimentos coletivos, que emergem e só se tornam pertinentes mediante seus efeitos econômicos e políticos sobre as massas (NESPOLI, 2014).

Destarte, o conceito de biopolítica conferiu novos contornos ao método genealógico proposto por Foucault. Sua atenção volta-se a fenômenos de maior escala, com uma aceção para as estruturas políticas, por meio de dispositivos de governo que visam à gestão do Estado. A essa forma de exercício de poder, Foucault denomina governamentalidade. Trata-se, portanto, de um conceito que inclui as macroestruturas institucionais, que perpassam variadas dimensões da vida institucional, coletiva e individual, com finalidade de conduzi-las a um bem comum (NESPOLI, 2014).

Outrossim, no tocante à governamentalidade, a população aparecerá como objetivo final do governo (FOUCAULT, 2021). Utilizando, como instrumentos para esse fim, técnicas macropolíticas que agem diretamente sobre a população, ou seja, tudo aquilo que regula a vida, o trabalho e as atividades de produção, como as instituições, o instituído, as regras e as normas (FRANCO, 2015).

As linhas da macropolítica articulam-se no plano molar, por meio de processos binários e unificantes, que fazem surgir as leis morais e padrões majoritários. Nesse ponto, os dispositivos de poder empregam os enunciados dominantes que definem a ordem estabelecida de uma sociedade. Localizam-se aqui, também, os instrumentos que regulam as relações, organizam a ordem e o aparelho de Estado (FEUERWERKER, 2014). Contudo, os dispositivos da macropolítica atravessam a sociedade no seu plano molecular, que se refere como fluxos fúlgidos, que funcionam como linhas de fuga, por meio de mecanismos na esfera micropolítica, nas atividades cotidianas, que são intensas e estão sempre em movimento (FRANCO, 2015).

No âmbito da micropolítica, pode-se reproduzir, ou não, os modos de subjetivação dominante (GUATTARI; ROLNIK, 1986). Nesse contexto, há sempre possibilidades de ressignificação, uma vez que as relações furam os muros institucionalizados e conectam com o que está por fora, produzindo novos sentidos e formas de conhecimento (MERHY *et al.*, 2016). Nesse cenário de construção ativa, implica enfrentar resistências, relações de poder-saber para a construção de um bem comum (MERHY *et al.*, 2019).

Para Deleuze e Guattari (1996), toda política se constitui de forma macro e micropolítica. Ambas não são antagônicas, mas coexistem, são processuais e indissociáveis. Não se distinguem pelas dimensões de uma grande e a outra pequena, mas o que as diferenciam são seu modo de desenvolvimento. Enquanto o molar (macropolítica) opera segmentando, dividindo, classificando e organizando de modo binário como bom-mau, certo-errado, humano-não humano, com base em centros de referências como a raça, classe social, gênero e espécie, o molecular (micropolítica), opera por fluxos que buscam conexões e expansões em meios as relações.

No entanto, o molar pode se instituir no micro, como o molecular, enquanto processo, pode nascer no macro. Não existindo, divergências entre os níveis molar e molecular, pois esses mesmos tipos de elementos estão em jogo nos espaços sociais e podem emergir em ambos os pontos (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Diante dessas tecnologias, a macro e a micropolítica, o Estado e seus aparelhos exercem o poder sobre a vida que se ampara na preservação, manutenção e na conservação de corpos economicamente ativos, para a maximização da força de trabalho. Tal conjuntura emerge

durante o século XVIII, tendo em vista o grande crescimento demográfico e a necessidade de controlar e de integrar a população aos aparelhos de produção (FOUCAULT, 2021).

Dessa forma, os corpos e suas características biológicas e comportamentais, passam a ser configurados enquanto elementos fundamentais para uma gestão econômica, buscando um aumento constante da sua utilidade (FOUCAULT, 2021). Durante esse período que se institui a construção social da velhice, haja vista que, em uma sociedade onde se vê o corpo como máquina e há a priorização da sua força produtiva econômica, valores e caracterizações negativas são atribuídas a ela (MATOS; VIEIRA, 2014). Um dos resultados disso são os estereótipos criados sobre o processo de envelhecimento, em que a pessoa idosa se torna o signo de algo a ser marginalizado (AGRA DO O, 2011).

Essas representações sobre o envelhecimento remetem a uma concepção de que o corpo da pessoa idosa é algo impotente, refletindo-o como patológico, ou seja, ligado à ideia de degradação. Dessa maneira, a velhice, no imaginário social, muitas vezes é tida como sinônimo de sofrimento, isolamento, comorbidades e morte (MATOS; VIEIRA, 2014).

Contudo, ao passo em que o envelhecimento da população é concebido como um fenômeno global, que traz impactos econômicos e políticos, volta-se o olhar estatal para esse público. Nesse cenário, o declínio nas taxas de fertilidade e do aumento da expectativa de vida, observados a partir de meados do século XX (LIMA-COSTA, 2011), fez com que a Organização das Nações Unidas (ONU), definisse o período entre os anos de 1975 e 2025 como “A Era do Envelhecimento” (MATOS; VIEIRA, 2014).

Desde então, durante as últimas décadas, houve um aumento no número de estudos e debates ligados a essa temática, onde em várias esferas da sociedade, a pessoa idosa passa a dividir espaços com as outras faixas etárias, tanto no contexto de produção de políticas públicas, quanto relacionado à sua inserção no mercado de trabalho (MATOS; VIEIRA, 2014). Nesse ínterim, o corpo envelhecido é tomado pelos marcos de uma medicina cada vez mais mercantilizada, voltada para a promoção de saúde, produção da jovialidade, da autoconfiança e sexualidade ativa (AGRA DO O, 2011).

Tudo isso ocorre mediante o cumprimento de uma agenda biopolítica que engloba a realização de exercícios físicos, a utilização de medicamentos adequados e de tudo que possa potencializar a juventude (AGRA DO O, 2011). Como exemplos clássicos dessa padronização do envelhecimento ideal, tem-se a criação de termos como “terceira idade” e “melhor idade”, uma categoria social subjetivada pela ideia de uma velhice saudável, ativa e produtiva. Esses novos termos classificatórios são fomentados no intuito de desfazerem as tipificações negativas

relacionadas à construção histórico-social em torno da senescência (PASSO; BARRETO; CARRIERI, 2020).

A negação do envelhecimento e a busca incansável pela juventude (SANTOS; FARIA; PATIÑO, 2018) é um marco na sociedade ocidental contemporânea, pois, comumente, relaciona-se esse acontecimento à proximidade da finitude. Logo, a negação da velhice faz com que as pessoas busquem, de todas as formas, esquivar-se da morte, ignorando-a e, até mesmo, negando-a, como se a própria condição de mortais não existisse (KÜBLER-ROSS, 1998).

Nesse contexto, a mortalidade torna-se antagônica ao “fazer viver” derivado da biopolítica. Assim, tanto o envelhecer como o morrer, representam o fracasso de uma sociedade em que se permeia a cultura de que o novo e as atividades produtivas são seus maiores expoentes (MATOS; VIEIRA, 2014). Dessa maneira, aos moribundos, são relegados aos lugares periféricos frente às discussões sobre a vida (CORDEIRO; SILVA; PINHEIRO, 2014).

Diante disso, tenta-se evitar a morte por meio de intervenções sobre o corpo e sobre as doenças e, como consequência, tem-se o prolongamento do ciclo de vida biológico. Tais circunstâncias são sustentadas sob o signo da medicina como método disciplinar, que prioriza o saber voltado para o controle e funcionamento do corpo humano, que se legitima socialmente ao adquirir o *status* de ciência, garantindo ao médico o poder de intervir sobre o percurso de vida e morte (BORSATTO *et al.*, 2019).

Esse processo de medicalização do ciclo de vida amplia-se, especialmente, durante o século XX, após a Segunda Guerra Mundial, com o crescente desenvolvimento de tecnologias duras na área da saúde. Destacam-se, como exemplos, os pulmões de aço, os aparelhos de terapia renal substitutiva e os desfibriladores, além da criação de serviços específicos de alta complexidade, como as unidades de terapia intensiva (BORSATTO *et al.*, 2019).

Dessa maneira, desenvolveu-se entre os profissionais de saúde e, posteriormente, sobre a sociedade, a normalização da morte como um inimigo a ser derrotado. Assim, o processo de morrer, que outrora ocorria de forma natural, agora passa a ser controlado por meio de aparatos tecnológicos e procedimentos que visam ao prolongamento da vida biológica (BORSATTO *et al.*, 2019).

Entretanto, essa busca incansável de resistência à finitude, não raramente, leva ao prolongamento da vida com aumento do sofrimento humano. Essa situação é conhecida como distanásia, prática que ocorre por meio de medidas de obstinação terapêutica, com tratamentos fúteis ou inúteis, sem benefícios para o paciente em terminalidade de vida, levando-o ao prolongamento do processo de morrer de forma agônica. A distanásia tem por objetivo prolongar a vida biológica a qualquer custo, mesmo que o paciente não apresente mais



expectativas de cura ou de melhora da qualidade de vida (SILVA; PACHECO; DADALTO, 2021).

Em oposição a essa tendência, a partir da década de 1960, na Europa, emergiu um aumento significativo de movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes a uma morte digna. Essa revolução deu origem ao que é conhecido como o Movimento *Hospice* Moderno (BORSATTO *et al.*, 2019).

Segundo registros históricos, o termo *hospice* deriva do latim e originalmente significava “hospedaria”. Essa palavra tem suas primeiras evidências documentadas no século V. Naquela época, esses locais não privilegiavam especificamente o cuidado de pessoas doentes, nem tampouco visavam à assistência a indivíduos em fim de vida, mas configuravam-se como hospedarias administradas por religiosos que cuidavam de viajantes e peregrinos durante as suas jornadas (CLARK; SEYMOUR, 1999; FURTADO; LEITE, 2017).

No entanto, essas ações essencialmente assistencialistas começaram a se modificar a partir do final do século XIX, com a ênfase ao cuidado de pessoas em fim de vida. Tal fato diferenciavam os *hospices* dos demais locais de assistência à saúde da época, que tinham como foco pacientes com condições agudas, dentro das possibilidades curativas, como os hospitais, as instituições de caridade com caráter filantrópico e os nosocômios especializados em doenças infectocontagiosas (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Esse cenário é marcado pela expansão e legitimação da medicina enquanto ciência, com a incorporação de métodos científicos em suas práticas. Buscava-se a credibilidade social da medicina por meio da cura das doenças e a transmissão do saber médico aos estudantes. Os hospitais, portanto, eram pouco apropriados para eventos de morte, ficando relegado aos *hospices* o cuidado de pessoas que estavam gravemente enfermas e que eram recusadas pelos hospitais da época (FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

A filosofia de cuidado utilizada nos *hospices* ganhou novos contornos com os trabalhos conduzidos por Dame Cicely Mary Strobe Saunders, destacando-se como precursora desse movimento na contemporaneidade. Por meio dos seus trabalhos como enfermeira assistente social e médica, Saunders desenvolveu habilidades para cuidar de pessoas em processo de terminalidade de forma multidimensional (SILVA; AMARAL, 2019). Ela cunhou o conceito de “dor total” para enfatizar que o sofrimento físico é apenas uma das facetas afetadas pela doença e defendeu a necessidade de se abordar as dimensões psicológicas, sociais e espirituais no cuidado prestado às pessoas com condições ameaçadoras de vida (FURTADO; LEITE, 2017).

A trajetória acadêmica e profissional de Saunders inicia-se com o curso de enfermagem realizado durante três anos na escola de *St. Thomas's Hospital Nightingale*, em Londres. Apesar de formada como enfermeira, o seu trabalho precisou ser interrompido por licença médica devido a problemas de saúde, o que a fez retornar à academia e estudar teoria política, administração pública e social (MENEZES, 2004; SILVA; AMARAL, 2019).

Diante da realização de trabalhos voluntários como assistente social, voltados para doentes com câncer avançado, Saunders percebeu que tais pacientes precisavam de uma assistência mais qualificada em relação ao que era oferecido pelos *hospices*. A partir de então, sua atenção se deteve ao cuidado de pessoas em fase avançada de doença, iniciando em 1950 a graduação em medicina (MENEZES, 2004; SILVA; AMARAL, 2019).

A iniciativa de formar-se como médica surgiu a partir de uma decisão pessoal de difundir na comunidade médica a necessidade e importância da assistência aos pacientes em fim de vida (MENEZES, 2004), haja vista que essa categoria profissional era pouco presente nos *hospices* (FLORIANI; SCHRAMM, 2010). No ano de 1967, Saunders fundou, em Londres, a primeira instituição específica destinada ao cuidado integral de pacientes em terminalidade de vida, o *St. Christopher's Hospice*, considerado o marco inicial do Movimento *Hospice* Moderno no mundo (MENEZES, 2004).

Só a partir da sua fundação, houve maior aproximação da medicina e a busca de legitimação acadêmica dessa filosofia de cuidado. Diante disso, foi possível aprofundar no campo da pesquisa clínica e do ensino voltado para o controle da dor e dos cuidados em fim de vida, aliando-os as características assistencialistas vigentes. Tais aspectos diferenciariam o Movimento *Hospice* Moderno das atividades rotineiramente realizadas nessas instituições até então (MENEZES, 2004).

Nesse contexto, o *St. Christopher's Hospice*, tornou-se um polo de referência para o desenvolvimento dessa filosofia de cuidado, recebendo profissionais de diversos países, principalmente dos Estados Unidos e Canadá que buscavam aprofundar-se nesse campo de conhecimento, levando-os a replicarem essa abordagem em seus países de origem. Como exemplo, tem-se a enfermeira Florence Wald que se inspirou nos trabalhos de Saunders e liderou a fundação do primeiro *hospice* moderno nos Estados Unidos, em *Branford, Connecticut*, no ano de 1974, sendo considerada a “Mãe do Movimento *Hospice* Americano” (MACIEL, 2008; SILVA; AMARAL, 2019).

Paralelamente aos trabalhos conduzidos por Saunders na Europa, a médica psiquiatra Elizabeth Kübler-Ross, desenvolvia nos Estados Unidos um campo de conhecimento denominado Tanatologia, uma ciência que busca o estudo do morrer e da morte, dando ênfase

aos aspectos psicológicos e espirituais que permeiam esse processo (SILVA; AMARAL, 2019). Na década de 1970, o encontro entre Cicely Saunders e Elizabeth Kübler-Ross nos Estados Unidos, fez com que potencializasse o crescimento do movimento *hospice* em todo o mundo.

Mediante a expansão dos trabalhos desenvolvidos por essas duas mulheres, em 1982, a OMS recomendou para todos os países o desenvolvimento de políticas públicas de saúde para o alívio da dor e cuidados do tipo *hospice* para pessoas com câncer. Contudo, a terminologia “Cuidados Paliativos” passou a ser adotada pela OMS no lugar da palavra *hospice*, em decorrência da sua difícil tradução para alguns idiomas (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

No ano de 1990, a OMS publicou a primeira definição de CP para 90 países e em 15 idiomas. Essa definição foi, inicialmente, projetada como uma assistência integral voltada a pessoas com câncer, tendo como foco os cuidados de fim de vida. No entanto, em 2002, o conceito foi redefinido, ampliado seu olhar para a assistência a pacientes com outras doenças ameaçadoras da vida, incluindo a prevenção e a identificação precoce do sofrimento biopsicossocioespiritual (WHO, 2002; GOMES; OTHERO, 2016).

O conceito atual de CP, proposto pela OMS em 2017, tem seu horizonte de ações ampliado, definindo-o como: uma abordagem de cuidado com vistas a melhorar a qualidade de vida de adultos e crianças, bem como seus familiares, que se deparam com problemas associados a condições ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento humano, mediante a identificação precoce e uma correta avaliação e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles de ordem física, psicológica, social ou espiritual (WHPCA, 2020).

Nesse ínterim, a assistência de CP se desdobra desde a ênfase em terapêuticas modificadoras de doença, até tratamentos com características, exclusivamente, paliativas. Seu principal objetivo consiste em que os pacientes e familiares e/ou cuidadores consigam alcançar uma vida funcional, mesmo com a progressão da doença (SBGG, 2015).

Destarte, a OMS elencou princípios que orientam a operacionalização dos CP, sendo estes: iniciá-los o mais precocemente possível, concomitantemente com o tratamento modificador da doença; prevenir e promover o alívio do sofrimento no âmbito biopsicossocioespiritual, estendendo estes cuidados aos familiares e/ou acompanhantes por meio de redes de suporte multiprofissional, que incluam a abordagem ao luto; compreender a morte como um processo natural do viver, livre de futilidades diagnósticas e terapêuticas; e propiciar a autonomia do sujeito (WHPCA, 2020).

Diante disso, por meio da construção histórico-social dos CP, tendo como ponto de partida a filosofia *hospice* (CORDEIRO; SILVA; PINHEIRO, 2014), foi proposta uma nova

estratégia biopolítica para a gestão da vida e da morte. Assim, um campo de especialidade foi construído, fundamentado em um corpo teórico próprio, tendo como cerne no primeiro momento, as necessidades e cuidados específicos do doente em fase final de vida (MENEZES, 2014) que, posteriormente, foi ampliado para que pudesse ser realizado o mais precocemente possível, concomitantemente com o tratamento modificador da doença.

Essa nova abordagem, aliada aos valores humanísticos, passou a ser trabalhada pelos profissionais de saúde envolvidos no movimento de CP com um enfoque técnico e ideológico, o que fez produzir uma nova forma de medicalização do morrer. A “boa morte” passa a depender da gestão do Estado para o desenvolvimento de políticas públicas e das habilidades e competências profissionais, emergindo novas relações de poder-saber entre aqueles que cuidam e os que são cuidados (MENEZES, 2014; CORDEIRO; SILVA; PINHEIRO, 2014).

De acordo com estimativas, a cada ano, cerca de 56,8 milhões de pessoas em todo o mundo necessitam de CP, incluindo pessoas no estágio inicial do adoecimento. A maior parte delas, 67,1%, são adultos com mais de 50 anos, que apresentam diagnóstico de neoplasias, pessoas que convivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, pacientes com acometimentos cardiovasculares, demências e doenças pulmonares (WHPCA, 2020).

Todavia, apesar da expressiva carga de sofrimento humano no percurso saúde-doença, esse tipo de abordagem ainda não é acessível para grande parte dessas pessoas, principalmente para as que vivem em países subdesenvolvidos (WHPCA, 2020). Corroborando com esta afirmativa, Sleeman *et al.* (2018), mediante um estudo de projeção entre os anos de 2016 e 2060, que teve por objetivo avaliar a carga global de sofrimento grave relacionado à saúde que requer CP, ressaltam que cerca de 48 milhões de pessoas morrerão a cada ano, apresentando algum tipo de sofrimento diante da sua condição de saúde. Além disso, 83% dessas mortes ocorrerão em países de baixa e média renda, onde observa-se uma frágil disponibilidade de políticas públicas e serviços de CP para a população.

No Brasil, os CP têm emergido de forma incipiente. Há registros de que os primeiros serviços a ofertarem essa assistência datam do ano de 1983, no Rio Grande do Sul e, depois, no estado de São Paulo, no ano de 1983, seguido do Rio de Janeiro, em 1989, por meio do Instituto Nacional do Câncer com o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (GESTO) (FIGUEIREDO, 2011).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde (MS), publicou a Portaria GM/MS nº 19, de 3 de janeiro, na qual instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e CP. Tal iniciativa tinha por finalidade fomentar o desenvolvimento de ações governamentais e não governamentais

voltadas para a assistência a dor e CP, bem como o desenvolvimento de educação continuada para os profissionais e educação em saúde para a população em geral. Também tinha como foco estimular a organização de serviços de saúde com equipes multiprofissionais para este fim (BRASIL, 2002).

Neste mesmo ano, foi publicada a Portaria SAS/MS nº:859, de 12 de novembro, com menção aos CP nos serviços de Oncologia. Sobre o documento também tratava a disponibilidade de opioides para o alívio da dor crônica. Em 2006, estabeleceu-se a Portaria MS/GM nº:3.150, de 12 de dezembro, criando a Câmara Técnica em Controle da Dor e CP, com vistas a instituir uma instância técnica de forma interprofissional, multidisciplinar e intersetorial para subsidiar o MS nessa temática (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Em 2012, foi instituída a Portaria nº:1.083, de 2 de novembro, referente ao Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, considerando a necessidade de atualizações das diretrizes nacionais para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas que convivem com esta condição, revogando a Portaria SAS/MS nº:859, de 12 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002). Mais recentemente, em 2018, foi promulgada a Resolução nº: 41, de 31 de outubro de 2018, dispendo sobre as diretrizes para a organização dos CP no Sistema único de Saúde à luz dos cuidados continuados integrados (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018).

Essa resolução enfatiza que os CP deverão ser oferecidos em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo a AD. Nesse sentido, as equipes de AD deverão contribuir para que o domicílio do paciente esteja preparado para os tipos de cuidados necessários, e que este cenário seja o principal local de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que possível e desejado. Além disso, os cuidados paliativos passam a ser a modalidade de cuidado indicada para pacientes que estejam restritos ao leito e ao domicílio (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, o tipo de equipe de atenção domiciliar é definido conforme a intensidade dos cuidados necessários (BRASIL, 2018), podendo ser organizada em três modalidades, a saber: Atenção Domiciliar 1 (AD 1); Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e Atenção Domiciliar 3 (AD 3) (BRASIL, 2016).

Conforme a Portaria do MS, nº: 825, de 25 de abril de 2016, que redefine as modalidades das equipes de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, a modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Básica, com o acompanhamento e intervenções multiprofissionais de menor frequência. Pressupõe-se que o usuário elegível a essa modalidade tenha estabilidade clínica e que a assistência realizada pelos cuidadores seja satisfatória. As modalidades de atendimento AD 2 e AD 3 são de responsabilidade dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Esses dispositivos de saúde são complementares aos cuidados realizados na

atenção básica e nos serviços de urgência, tendo caráter substitutivo ou complementar à internação hospitalar (BRASIL, 2016).

Cabe à modalidade AD 2, o cuidado com os usuários que tenham necessidade de assistência intensificada por condições agudas e crônicas, ou crônicas-agudizadas, que demandem tratamentos parenterais, necessidade de reabilitação e CP. O acompanhamento clínico frente a esse público deve ser no mínimo semanal, a fim de abreviar ou evitar hospitalizações, bem como controlar a dor e outros sintomas (BRASIL, 2016).

Os cuidados ofertados pelas equipes de AD 3 são voltados para usuário que apresentem qualquer situação listada na modalidade AD 2 e que, adicionalmente, requeiram assistência multiprofissional mais frequente de maior complexidade, como a realização de paracentese de repetição, terapias parenterais e utilização de tecnologias duras, a exemplo da ventilação mecânica (BRASIL, 2016).

Apesar das normatizações voltadas para os CP produzidas no Brasil no período de 2002 a 2023, a Política Nacional de cuidados Paliativos ainda não foi publicada. Diante disso, ressalta-se a importância de se ampliar discussões acerca de sua operacionalização, tais como diretrizes para seu financiamento, a inserção da temática em todas as formações, qualificações profissionais (SILVA *et al.*, 2021) e estratégias para a educação em saúde da população em geral.

À vista disso, os CP no Brasil desenvolvem-se cercados por limitações de oferta, principalmente nos serviços públicos. Tal fato resulta em uma qualidade de morte ruim, que é marcada por um processo de adoecimento com internações recorrentes e prolongadas em instituições não especializadas, fazendo com que a grande maioria dos óbitos aconteçam no ambiente hospitalar, por não se ter uma assistência adequada no domicílio (MARCUCCI; CABRERA, 2015; SILVA *et al.*, 2015).

Uma alternativa complementar frente a essa problemática pode ser o desenvolvimento de serviços de CP domiciliares baseados na comunidade. Segundo a OMS (2016), esse tipo de assistência é disponibilizado por meio de uma colaboração entre os serviços de saúde e a participação ativa da comunidade, envolvendo a avaliação das necessidades locais, o planejamento e a execução dos CP, bem como o gerenciamento dos recursos e das ações realizadas.

Dessa maneira, pessoas da comunidade são treinadas para realizarem ações que possam potencializar o aumento da cobertura de serviços de CP frente as doenças ameaçadoras de vida e outros problemas presentes nesses territórios. Orienta-se que, quando possível, essa

modalidade de cuidado possa ser iniciada em colaboração com os dispositivos de saúde locais e por meio de organizações comunitárias (WHO, 2016).

Outrossim, para a implementação desse serviço, outros grupos de pessoas podem ser integradas nesse processo, como voluntários locais e agentes comunitários, que deverão ser apoiados por profissionais de saúde, no intuito de realizarem cuidados básicos no domicílio. Como vantagens da sua operacionalização, há o fortalecimento das redes comunitárias de apoio e os cuidados de saúde passam a ser centrados no paciente. Diante disso, a família também é inserida nesse processo e o doente passa a ter acesso mais fácil aos CP, que podem incluir o encaminhamento para serviços adicionais, caso necessário (WHO, 2016).

Similarmente a essa abordagem, foi desenvolvido no ano 2000 por Allan Kellehear, na Austrália, um modelo de cuidado denominado Comunidade Compassiva. Tal iniciativa tem como cerne ações de promoção à saúde e o desenvolvimento de CP com a participação de moradores da comunidade local, serviços sociais, serviços de saúde e das redes de apoio presentes nos territórios, como escolas, instituições religiosas e demais organizações civis (PCA, 2018; KELLEHEAR, 1999).

As comunidades compassivas configuram-se como uma modalidade de cuidado que tem por objetivo apoiar pessoas que apresentam condições ameaçadoras de vida, estendendo esses cuidados aos familiares e cuidadores, durante o processo saúde-doença, morte e luto. Comumente é efetuada por indivíduos da mesma localização geográfica, mas com a possibilidade de envolver outras pessoas e instituições diversas. Um ponto a ser destacado, é que essa forma de cuidado nasce e se desenvolve para responder às necessidades da comunidade local. Assim, a maneira com que se operacionalizam podem variar nas diferentes localizações (PAC, 2018).

Alguns exemplos observados são: iniciativas formadas por pessoas com pouca ou nenhuma ajuda financeira externa; ações que se iniciam com parcerias entre a comunidade e instituições formais, como os serviços de saúde, universidades, escolas, e organizações sem fins lucrativos; práticas lideradas por pessoas compassivamente ativas na comunidade, que prestam serviços voltados para cuidados básicos, como cozinhar refeições, cuidar de crianças, a realização de cuidados espirituais e o desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento de uma rede de apoio em que os indivíduos tenham fácil acesso aos serviços de saúde disponíveis (PAC, 2018).

No Brasil, as Comunidades Compassivas surgiram em 2018, como uma iniciativa extensionista da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), fundada pelo enfermeiro e professor Alexandre Ernesto Silva, em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro

(UFRJ), nas favelas da Rocinha e Vidigal localizadas na zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil (MESQUITA *et. al.*, 2023).

A iniciativa brasileira liderada pelo Prof. Alexandre visa proporcionar abordagem de CP no âmbito domiciliar, no contexto de comunidades vulneradas de favelas, por meio de voluntariado, incluindo a participação de profissionais de saúde e sujeitos da própria comunidade. Suas ações incluem a parceria com órgãos públicos e privados locais, buscando desenvolver redes comunitárias que se apoiam para amenizar o sofrimento multidimensional, levando uma melhor qualidade de vida aos doentes vulnerados em CP.

No que concerne à dinâmica de atendimento, são realizadas visitas domiciliares mensais pela equipe voluntária multiprofissional de saúde, em parceria com os voluntários locais – na sua maioria, pessoas que já desempenhavam algum tipo de trabalho social na comunidade. Os voluntários locais, após receberem um treinamento básico de CP para leigos, fazem uma busca ativa nos domicílios da comunidade, a fim de identificar pacientes que apresentam demandas desse tipo de cuidado. Após esse primeiro contato, os voluntários locais explicam a finalidade do projeto aos doentes e familiares e, de acordo com seu interesse, fazem o agendamento da visita de elegibilidade e admissão pela equipe de saúde.

Na visita da equipe multiprofissional, é realizada a avaliação multidimensional, definida a elegibilidade ou não desses pacientes e estabelecido o plano de cuidados fazendo, sempre que possível, interfaces com a RAS. Ressalta-se que a Comunidade Compassiva não é um modelo substitutivo aos serviços de saúde, mas uma organização que surge para apoiá-los. Após as visitas, ocorre uma reunião da equipe com os voluntários locais, para discussão dos casos clínicos e a definição de um plano interprofissional de cuidados.

Os voluntários locais são responsáveis por realizarem o monitoramento do planejamento de cuidados que foi estabelecido e comunicam as informações à equipe multiprofissional que realizam as intervenções conforme cada necessidade. Além disso, por serem moradores da própria comunidade e terem fácil acesso ao território, realizam cotidianamente os cuidados básicos no domicílio do paciente e auxiliam os cuidadores e familiares nesse processo.

Como exemplo: desempenham cuidados voltados para higiene pessoal; realizam curativos simples com orientação de enfermeiros; organizam o domicílio para facilitar a acessibilidade; fazem entregas de medicamentos, alimentos e materiais de higiene; acompanham os pacientes que não possuem familiares ou rede de apoio em consultas aos dispositivos de saúde; orientam os cuidadores e familiares no desenvolvimento de cuidados básicos de prevenção, promoção, recuperação e alívio de sinais e sintomas; e, em alguns casos,



fazem o acompanhamento e supervisionam a adesão do paciente à terapêutica instituída, como o uso contínuo de medicamentos para o controle de dor e demais tipos de sofrimentos.

A realização do projeto Comunidade Compassiva nas favelas da Rocinha e Vidigal reverberou como experiência positiva para a ampliação do acesso aos CP em áreas de vulneração social, o que inspirou o surgimento de novas iniciativas em diversas localizações no Brasil, como o projeto “Cabana Compassiva” na cidade de Belo Horizonte/MG, “Betim Compassiva”, na cidade de Betim/MG e o projeto “Goiânia Compassiva” na cidade de Goiânia/GO (CC, 2023). Outras comunidades compassivas brasileiras estão em fase de elaboração, como a “São Paulo Compassiva” no bairro Heliópolis, em São Paulo e “Bahia Compassiva” na cidade de Salvador/BA.

#### **4.3 A BIOPOLÍTICA NA CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL DAS POPULAÇÕES VULNERADAS DAS FAVELAS**

Na passagem do século XIX para o século XX, o Brasil foi palco de uma série de transformações políticas, econômicas e sociais, em decorrência da transição do sistema de governo Monárquico para Republicano. Nesse período, houve um aumento significativo da população nos grandes centros urbanos, principalmente em cidades portuárias como o Rio de Janeiro, tendo em vista a migração de ex-escravizados que outrora habitavam nas fazendas de café e dos imigrantes europeus que chegavam ao Brasil em busca de melhores condições de trabalho e subsistência (STELMACH, 2020).

Nesse contexto, os migrantes excluídos das iniciativas governamentais voltadas para o trabalho, renda, seguridade social, saúde e infraestrutura urbana, começaram a ocupar terrenos baldios e antigos casarões localizados no centro da cidade, transformando-os em locais de moradia. Esses domicílios, conhecidos como cortiços, caracterizavam-se como lugares de habitações coletivas, de aspecto insalubre, com rachaduras nas edificações, ambientes mofados por umidade excessiva, poucas áreas ventiladas, encanamentos e sistema hidráulico não funcionantes e cômodos pequenos com condições precárias de higiene (KOWARICK, 2013; STELMACH, 2020).

Tais circunstâncias favoreciam a presença de ratos, baratas e outros tipos de vetores, além de serem locais propícios para disseminação de doenças, como a tuberculose, a varíola, a cólera, a peste bubônica e a febre amarela. Apesar da capital do país, Rio de Janeiro, ser considerada a maior cidade do Brasil no final do século XIX, a sua estrutura urbana era desprovida de serviços e equipamentos voltados ao saneamento básico, o que favorecia o perfil

de uma cidade colonial, decadente e com condições precárias de higiene (KOWARICK, 2013; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Esse contexto culminou em uma crise sanitária com presença constante de epidemias que ocasionavam milhares de mortes anualmente, o que fez o Rio de Janeiro ficar conhecido nesse período como “túmulo dos imigrantes”. Diante disso, a economia brasileira sofria consequências negativas, pois muitos investidores europeus preferiam passar com seus navios distante dos portos brasileiros e desembarcar suas mercadorias e seus imigrantes em outros países, como a Argentina, na cidade de Buenos Aires (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A degradação do desenvolvimento econômico resultante da propagação de epidemias, foi a força motriz que legitimou a crítica das elites dirigentes à morfologia urbana no Brasil (ABREU, 1987), permitindo à instauração de tecnologias de poder centradas na anátomo-política dos corpos e na biopolítica. Logo, medidas urbanísticas foram desenvolvidas no intuito de disciplinar a saúde coletiva, transformando os aspectos voltados para a higiene em uma questão socioespacial, pois era nos espaços urbanos que emergiam as condições favoráveis para o desenvolvimento de doenças infectocontagiosas (DANNER, 2010; FARIA FILHO; ALVIM, 2022).

A pobreza urbana brasileira se tornou foco de preocupação das elites europeias. Profissionais ligados à medicina, engenharia, imprensa, literatura, direito e filantropia, passaram a descrever o contexto urbano e social do país, no intuito de propor medidas de combate à pobreza e a miséria, para a reestruturação da economia (VALLADARES, 2005). Essas intervenções baseadas no *exame*, um microdispositivo do poder disciplinar (FOUCAULT, 2014), possibilitou conhecer e descrever esse contexto para denunciar e intervir, propondo soluções para a administração e gestão da pobreza e os seus personagens, com utilização de um saber científico voltado para a ordem urbana e a saúde populacional (VALLADARES, 2005).

Nesse interim, a reforma urbana brasileira foi influenciada pelo mesmo processo ocorrido em Paris. A reforma urbana de Paris, realizada pelo Barão de Haussmann entre os anos de 1859 e 1869, tinha como modelo de planejamento as ideias abalizadas na biopolítica higienista. Segundo Merlin e Choay (2015), o higienismo emerge como uma corrente de pensamento urbanístico voltados para ações de saúde pública nos espaços urbanos, com a aplicação de normas e regras de higiene, prevenção e intervenções frente a doenças infectocontagiosas.

Suas ações fundamentaram-se mediante ao surgimento de duas principais teorias médicas predominantes no final do século XIX, a “teoria contagiosa”, mais popular entre os

ingleses e a “teoria miasmática”, também conhecida como “teoria infeccionista” que tinha a grande parte dos seus defensores na França (COSTA, 2014).

A teoria contagiosa discorria sobre a tese que considerava o *contagium* ou *vírus* como o principal mecanismo de transmissão de doenças em que se reproduziam em um organismo humano e tinha capacidade de ser transmitida entre eles. No início dessa corrente ideológica, acreditava-se que o contágio acontecia apenas por meio do contato direto entre os indivíduos. Posteriormente, passou-se a acreditar no processo de contágio indireto, com a utilização de vestimentas, roupas de cama, outros objetos têxteis contaminados e pelo ar (COSTA, 2014).

Os defensores da teoria infeccionista defendiam a tese de que os agentes responsáveis pelos agravos eram os miasmas. Esses elementos seriam caracterizados por emanções nocivas, criadas como produtos de sujeiras, concentração e amontoamentos que corrompiam o ar e contaminavam o corpo humano. Logo, tudo que estivesse estagnado, poderia ser um elemento que colocaria em risco à saúde pública (COSTA, 2014).

Baseados na biopolítica higienista, infeccionistas e os contagionistas passaram a intervir nas mesmas doenças endêmicas. Os infeccionistas dispunha de ações voltadas para medidas de saneamento visando combater enfermidades de origem miasmática, com a reorganização dos espaços urbanos e domésticos e a higiene total, por meio da limpeza profunda dos espaços sociais. Por outro lado, os contagionistas traçaram estratégias de vacinação da população no intuito de evitar a disseminação de doenças contagiosas, além da desinfecção de edifícios, medidas de isolamento de pessoas adoecidas, bem como a instituição de quarentenas e cordões para o isolamento de áreas consideradas de alto risco ao contágio (COSTA, 2014).

Diante disso, o modelo de planejamento dos grandes centros do Brasil, em especial a cidade do Rio de Janeiro, ganhou novos contornos com a reforma urbana e sanitária idealizada pelo Presidente da República Rodrigues Alves, pelo prefeito Pereira Passos e pelo médico higienista Oswaldo Cruz. No contexto da reforma urbana, o cerne dessas ações privilegiava o sistema de circulação de ar e a higiene social. Para isso, utilizou-se do discurso higienista, apoiado pelo poder estatal para a demolição de quarteirões inteiros de áreas de cortiços e outros tipos de alojamentos insalubres. Estas ações ficaram conhecidas como “bota abaixo” (COSTA, 2014).

Nessas condições, a reforma conduzida por Pereira Passos, trouxe uma nova configuração à capital do país, especialmente a área central, melhorando as condições de higiene, proporcionando o embelezamento e a modernização urbana nos moldes europeus. Tais reformulações adaptou a cidade para a sua inserção na economia mundial com às atividades agroexportadoras e importadoras de manufaturas (ABREU, 1987).

No entanto, as intervenções higienistas não foram capazes de mitigar os problemas em torno do aumento da densidade urbana, do crescente fluxo migratório e das fragilidades habitacionais dos sujeitos que não dispunham de condições financeiras para se estabelecerem em uma cidade mais cara. A classe proletária e de baixa renda, que habitava nos antigos cortiços e outras formas de moradias coletivas, foi expulsa de seus domicílios sem que houvesse qualquer tipo de política pública de realocamento e seguridade social (ABREU, 1987; SANTOS; MOTTA, 2003).

Dessa forma, fez emergir uma maior concentração populacional em áreas sem infraestrutura urbana. Nesse ínterim, houve uma expansão da cidade do Rio de Janeiro no sentido da Zona Sul e da Zona Norte, além de ocupações nos morros do centro, onde as pessoas mais pobres, grande parte oriundas dos antigos cortiços, se instalaram após o “bota abaixo” (ABREU, 1987; SANTOS; MOTTA, 2003).

Segundo Valladares (2005), os cortiços podem ser considerados o ponto de partida do surgimento das favelas, pois observa-se uma ligação entre a demolição desses ambientes e a ocupação ilegal de morros no início do século XX. Além disso, algumas características habitacionais encontradas nos cortiços, como concentrações de casebres e barracões, foram identificadas nas primeiras favelas do Rio de Janeiro, a exemplo, o morro da Providência.

Alguns autores como Vaz (1986), Chalhoub (1996) e Valladares (2000), consideram uma relação direta entre a demolição do cortiço “Cabeça de Porco” e a ocupação inicial do morro da Providência, posteriormente conhecido como morro da Favella. Isso, uma vez que, durante a destruição do “Cabeça de Porco”, considerado o maior cortiço da época, o Prefeito Barata, permitiu a retirada de materiais que poderiam ser utilizados em outras construções. Alguns moradores do antigo cortiço, teriam então subido ao morro da Providência e construído seus primeiros casebres e barracões.

Outro ponto a ser destacado é a associação entre o morro da Providência e a guerra de Canudos no estado da Bahia. Conta-se que antigos combatentes migraram para o Rio de Janeiro e se instalaram no morro, no intuito de pressionar o Ministério da Guerra a pagar os proventos atrasados. A partir daí, o morro da Providência ficaria conhecido como morro da Favella (VAZ, 1994; VALLADARES, 2000).

Há duas razões para essa mudança de nome: a primeira diz respeito a planta Favella que dera seu nome ao morro da Favella, no município de Monte Santo, Bahia, onde estava situado o quartel-general do exército durante a Guerra de Canudos, sendo encontrada também na vegetação que permeava o morro da Providência. A segunda, destaca-se pelo seu forte

simbolismo, pois representa a resistência dos combatentes nesse morro baiano da Favella e à luta de pessoas oprimidas contra um adversário dominador (VALLADARES, 2005).

À vista disso, pouco a pouco a palavra Favela se tornou um substantivo associado aos habitats pobres e a qualquer conjunto de barracos e aglomerações. A partir da década de 1920, sua expansão tornou-se incontrolável em diversas regiões da cidade, com algumas características em comum: localidades sem traços de ruas e acessos a serviços públicos; e construídas sobre encostas ou em terrenos que foram ocupados ilegalmente. Além disso, geralmente, eram estabelecidas em morros próximos as fontes de emprego, no centro da cidade ou em bairros residenciais (ABREU, 1987; VALLADARES, 2005).

Nesse contexto, desde o surgimento dessas formas de habitação, esse espaço geográfico foi sendo retratado por meio da construção de um imaginário social marginalizado. Os discursos predominantes na época, apontavam para as favelas como locais de negação da ordem e do progresso, ligadas, principalmente, à criminalidade, levando a uma representação social de violência, medo e segregação entre “morro e asfalto”, simplificando e categorizando estes lugares de forma generalizante (BARCELOS, 2017).

Ressalta-se que, até o ano de 1930, apesar desses aglomerados fazerem parte do tecido urbano, eram considerados formas de habitação provisória e ilegal, portanto, não faziam parte das estatísticas e dos mapas da cidade. Diante disso, as ferramentas biopolíticas que têm por finalidade a promoção de vida dos sujeitos, mediante a descrição, extração e maximização da sua força produtiva (FOUCAULT, 2014), não contemplavam esses indivíduos.

A fragilidade da atuação do Estado frente a essas pessoas, levaram-nas ao lugar de vulneradas. Segundo Schramm (2008), grupos vulnerados são aqueles formados por sujeitos que vivenciam situações concretas de desigualdades sociais, não estando apenas no campo da vulnerabilidade, ou seja, experienciando os riscos de sofrerem consequências desse contexto, mas estão inseridos, de fato, em conjunturas em que se potencializam disparidades socioespaciais.

A partir da década de 1940, a invisibilidade da favela perante o Estado começa a tomar novos contornos, tendo em vista a transformação desse *locus* em um “problema” de higiene social a ser resolvido (ABREU, 1994). A visão dominante era que as causas desse “mal” se baseavam em questões ambientalistas e que a pobreza e a ignorância potencializavam os riscos do desenvolvimento de doenças.

Ademais, as favelas se constituíam como um *habitat* desconhecido, não decodificado. Nesses espaços, não havia legislações, escolas, dispositivos de saúde e, nem mesmo, ordem urbana. Assim, a favela configurava-se como um espaço que escapava aos mecanismos do

poder disciplinar para a organização da urbanidade, reverberando como um ambiente “ingovernável”. Diante disso, para o Estado e seus aparelhos, tornou-se factível retirar os indivíduos desses lugares a fim de governá-los, não para afastá-los da pobreza, mas para transformá-los em agentes produtivos pelo bem do progresso do país (ALMEIDA, 2020).

Mediante a essa problemática, o governo municipal do Rio de Janeiro iniciou uma série de levantamento sobre o contexto urbano e social desses territórios, no intuito de retirar essas pessoas das áreas valorizadas da cidade em que ocupavam, transferindo-as para os parques proletários (ABREU, 1994). Afinal, para garantir um controle eficaz sobre os corpos individuais e sobre o coletivo, era necessário classificar, medir e quantificar o objeto em questão (FOUCAULT, 2014).

Os Parques Proletários Provisórios, distinguem-se como a primeira política pública criada para solucionar o “problema” da favela. Essa iniciativa não se restringia apenas como uma operação de realojamento provisório em um local com normas sanitárias, mas, objetivava também, dar assistência e educar esses sujeitos para que por meio da normalização, modificassem as suas práticas consideradas anti-higiênicas e se adequassem a um novo modo de viver, garantindo a sua saúde física e moral para o bem comum da população (ALMEIDA, 2020; VALLADARES, 2005).

A política instituída nos parques proletários tinha por finalidade a regulação governamental desses sujeitos. Para isso, dispunha de mecanismos disciplinares, como dispositivos médicos, pedagógicos e de segurança, além de ser instituído o toque de recolher, e a organização das construções de modo enfileirado. Dessa forma, os governantes tinham o controle de todas as áreas, com a premissa da produção e manutenção da ordem social (ALMEIDA, 2020).

Em maio de 1942, foi realizada a primeira transferência dos moradores de favela para o Parque Proletário Provisório localizado Gávea. Posteriormente, outros dois parques foram construídos: um no bairro Caju e outro no Leblon, próximo à margem da Lagoa Rodrigo de Freitas (LIMA, 2014). Com a justificativa de serem domicílios provisórios, as casas foram erguidas com a utilização de madeira e tinha-se a proibição da realização de melhorias pelos moradores (ALMEIDA, 2020).

No entanto, o que foi designado como algo provisório, tornou-se definitivo. A rápida deterioração dos domicílios, associados a falta de assistência governamental, fez com que os parques proletários se tornassem cada vez mais semelhantes aos barracos encontrados nas favelas. Tal política demonstrou-se, então, insuficiente, pois os objetivos propostos de erradicar as favelas e “normalizar” os seus moradores, não foram atingidos (ALMEIDA, 2020).

Após o fim do Estado Novo (1937-1945), houve a expansão da criação de partidos políticos nacionais e a instituição da justiça eleitoral que fizeram com que houvesse uma ampliação da concorrência eleitoral. Diante disso, diferentes lideranças, associações e partidos políticos engajaram-se com intuito de serem representantes dos trabalhadores brasileiros no espaço público (OLIVEIRA, 2021). Contudo, os trabalhadores que moravam em favelas, aproveitaram esse contexto de concorrência política para a reivindicação de melhorias na estrutura física dos aglomerados, bem como outras demandas. No final da década de 1940, já ocorriam no Rio de Janeiro, inúmeras manifestações populares que contestavam os despejos coletivos e o *status* ilegal das favelas, além de reivindicarem o direito de moradia nesses territórios. Os representantes dos moradores das favelas se articulavam junto a identidades políticas que lutavam contra a representação desses sujeitos como classe perigosa (OLIVEIRA, 2021).

Mediante a essa revolução social, o poder público não demorou a apresentar respostas às mobilizações. No Ano de 1947, o prefeito Hidelbrando Góes, criou a Fundação Leão XIII, para o desenvolvimento de ações voltadas a assistência social nas favelas. Essa instituição, fazia parte de um acordo municipal com a catedral Dom Jaime Barros, sendo administrada por representantes da Igreja Católica e do município (OLIVEIRA, 2021).

O objetivo dessa fundação era oferecer de forma ampla assistência social aos moradores das favelas e de locais de habitação semelhantes na Cidade do Rio de Janeiro, com donativos materiais e instrução religiosa. Assim, a instituição mantinha escolas, ambulatórios, creches, cozinhas e, até mesmo, vilas populares (OLIVEIRA, 2021).

Outra iniciativa da Igreja Católica, foi a Cruzada de São Sebastião criada pelo bispo Dom Helder Câmara. O objetivo dessa instituição era a produção de novas moradias permanentes e equipamentos de infraestrutura para a urbanização das favelas, tendo como foco a participação dos moradores nesse processo (VALLADARES, 2005).

O princípio de desenvolvimento comunitário mediante a participação da comunidade que inspirava as ações de Dom Helder, baseava-se nas ideias de iniciativas internacionais que começaram a se difundir no Brasil no final da década de 1940, por meio de órgãos como a ONU, a Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização dos Estados Americanos (OEA) e Igreja progressista francesa. Para Dom Helder, sem a participação popular, seria impossível mudar a realidade das favelas brasileiras (OLIVEIRA, 2021).

Os movimentos de resistência dos moradores de favelas frente aos despejos, ganharam forças no final da década de 1970, apoiados de setores da Igreja Católica e de organizações

políticas de esquerda. Mediante a isso, no início da década de 1980, inicia-se um período de intervenções urbanas nesses territórios que reverberaram como alicerce para as políticas públicas de urbanização criadas posteriormente (SILVA; DENALDI; CARDOSO, 2022).

Com a publicação da Constituição Federal em 1988, foram estabelecidos novos contornos para a execução das políticas de urbanismo no país, conferindo aos municípios um papel crucial na condução de políticas públicas sociais, dentre elas a de habitação. De igual modo, a Lei Magna estabeleceu e validou o desenvolvimento de dispositivos institucionais para o fortalecimento da participação popular na criação e execução da política urbana, como a criação de conselhos municipais, conferências, fóruns, entre outros, com vistas a garantir a ação dos movimentos pró moradias no Brasil (SILVA; DENALDI; CARDOSO, 2022).

Diante das lutas lideradas pelos movimentos populares e validadas pela Constituição da República, a gestão municipalista de diferentes localizações do Brasil passou a instituir nas suas agendas a criação de programas de urbanização e regularização fundiárias de favelas, destinados a dotá-las de infraestrutura urbana e saneamento básico em oposição as antigas iniciativas de remoção popular desses espaços. No entanto, ainda são incipientes os programas consolidados, o que faz refletir em poucas favelas com condições dignas de habitação (MARICATO, 2010; SILVA; DENALDI; CARDOSO, 2022)

Apesar dos avanços históricos, a visão higienista das favelas continua presente atualmente, tanto relacionada ao imaginário social como ao desenvolvimento de grande parte políticas públicas (ALMEIDA, 2020). Os moradores desses aglomerados, tiveram suas histórias marcadas por lutas constantes, em busca do direito de ocupar-se e de permanece-se no ambiente urbano, pelo acesso a serviços públicos e equipamentos sociais e por direitos inerentes a cidadania, como opinar sobre questões ligadas a suas áreas de habitação (TAVARES, 2008).

Em diferentes momentos da história, essas pessoas tiveram que mobilizar-se contra o processo recorrente de estigmatização dos seus territórios e populações, que surgiram mediante às desigualdades sociais e a simplificação dos seres humanos em diferentes classes da sociedade capitalista (TAVARES, 2008).

Não obstante, os processos de modernização urbana experimentados ao longo do século XIX e XX pela sociedade brasileira, não foram capazes de instituir políticas públicas efetivas de melhorias urbanas nestes territórios, pelo contrário, grande parte das políticas estabelecidas até a publicação da Constituição Federal de 1988, incitaram a segregação desse grupo social. O que ficou patente, foi a fragilidade do Estado em efetivar a inclusão das favelas à cidadania, resultante da atuação restritiva e homogeneizada dos interesses de determinadas classes detentoras do poder econômico e político do país (TAVARES, 2008).



## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, conduzido a partir do *Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research (COREQ)* (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Entende-se que o seu delineamento permitirá compreender as subjetividades que envolvem a construção das práticas de CP à pessoa idosa, no contexto das comunidades vulneradas.

A opção pela abordagem qualitativa se deu pelo fato de esse delineamento possibilitar que o pesquisador obtenha uma perspectiva interpretativa a partir da sua imersão na realidade e, seu caráter exploratório, de permitir analisar critérios subjetivos, levando em consideração valores, crenças, aspectos éticos e culturais dos atores sociais envolvidos (SILVA *et al.*, 2018). Por outro lado, o estudo descritivo viabiliza a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento das relações entre as variáveis de interesse (GIL, 2002).

### 5.2 CENÁRIO

O estudo teve como cenário os domicílios de pacientes idosos sob CP atendidos pelo projeto de extensão universitária Comunidade Compassiva, nos aglomerados urbanos subnormais da Rocinha e Vidigal, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, Brasil. Este projeto está vinculado à UFSJ e a UFRJ, sob a coordenação do professor Alexandre Ernesto Silva. Tem como base a integração de profissionais de saúde voluntários, voluntários locais e os dispositivos da RAS para a oferta de CP predominantes e exclusivos nesses territórios.

Os pacientes elegíveis aos CP predominantes, são aqueles que apresentam falhas ou uma resposta insuficiente à terapêutica modificadora da doença não mais se beneficiando dessas intervenções, com uma crescente tendência de óbito. Já os pacientes elegíveis aos CP exclusivos, apresentam um tempo de vida previsto em semanas, dias ou horas. O foco principal dos CP, nesses casos, é o controle de sinais e sintomas, não sendo indicadas medidas invasivas (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS, 2014).

De acordo com o IBGE (2010), são classificados como aglomerados subnormais, conjuntos habitacionais ocupados de terrenos de propriedades alheia, da esfera pública ou privada, compostos por, no mínimo, 51 unidades de moradia. Grande parte desses territórios são dispostos, em geral, de forma desordenada, com urbanização fora dos padrões

estabelecidos, com vias de circulação estreitas e irregulares, com construções não regularizadas por órgãos públicos.

Nesses espaços, observam-se aglomerações habitacionais de baixa renda, que expressam desigualdades socioespaciais, com locais de moradia insalubres, compostos por pequenos cômodos, com pouca infraestrutura (ABIKO; COELHO, 2009). A essas condições, somam-se a precariedade na oferta de serviços essenciais como o saneamento básico e oferta de energia elétrica, além das carências nutricionais e de insegurança alimentar vivenciadas pelos moradores, bem como dificuldades de acesso aos serviços de saúde (FLEURY; MENEZES, 2020).

O aglomerado Rocinha está localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, se configura como o maior aglomerado subnormal do Brasil e um dos maiores do mundo (PINTO, *et al.*, 2017). Apresenta uma população estimada em 69.356 mil pessoas e cerca de 25.543 mil domicílios, segundo o censo IBGE de 2010 (IBGE, 2010). O seu espaço geográfico conta com três unidades de básicas de saúde, compostas por 25 equipes de Estratégia Saúde da Família (PINTO, *et al.*, 2017).

O aglomerado Vidigal, também localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, possui uma população estimada em 12.797 mil pessoas, que compõem cerca de 4585 mil domicílios (IBGE, 2010). O seu território dispõe de três equipes de Estratégia Saúde da Família, agregadas no Centro de Saúde Rodolpho Perisse.

### **5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Os participantes desta pesquisa foram profissionais de saúde voluntários e voluntários locais que ofertam CP a pessoas idosas, no âmbito do projeto Comunidade Compassiva, selecionados por meio da técnica de amostragem não probabilística por conveniência (FONTANELLA *et al.*, 2011), que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Ser profissional de saúde voluntário que esteja acompanhando pacientes idosos em CP atendidos pelo projeto; ou
- c) Ser voluntário local que esteja acompanhando pacientes idosos em CP atendidos pelo projeto e que tenha participado do treinamento básico de CP para leigos ofertado no âmbito do Projeto Comunidade Compassiva.

Como critério de exclusão foram considerados os profissionais voluntários ou voluntários locais que estavam acompanhando apenas paciente em CP com idade inferior a 60 anos.

Utilizou-se como critério de definição da amostra, a técnica de saturação de dados, representado pela ausência de novas informações que contribuíssem significativamente para os resultados do estudo (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Este aspecto é contemplado quando se atinge a expressividade das informações que consigam responder à pergunta da pesquisa que norteia o estudo (O'REILLY; PARKER, 2012).

Além disso, ressalta-se que os participantes foram abordados presencialmente pelo pesquisador, que os informou sobre o objetivo do estudo, a metodologia que seria empregada, os aspectos éticos das informações coletadas e os riscos presentes durante o estudo. Ao todo, 18 pessoas foram convidadas para participar. Entre elas, 16 aceitaram o convite, enquanto duas recusaram, devido conflitos de agenda para a participação das entrevistas.

#### **5.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS**

Para analisar a configuração das práticas de CP mediante o contexto em que são desenvolvidas, optou-se pela coleta de dados por meio da observação participante e da entrevista semiestruturada.

A observação participante consiste na interação direta do pesquisador com o objeto de estudo, levando em consideração o contexto sócio-histórico dos atores sociais envolvidos (QUEIROZ *et al.*, 2007). Essa técnica, permite que o investigador compreenda as ações dos sujeitos e os seus significados, a partir do ambiente em que estão inseridos (QUEIROZ *et al.*, 2007).

Segundo Marietto (2018), existem quatro tipos de observação participante e que se diferem pelo grau de interação e envolvimento do observador com o contexto a qual se pretende analisar, são elas: participante completo; participante como observador; observador como participante e observador completo. Nesse estudo foi utilizado o método do observador como participante, onde o pesquisador é inserido no contexto em que se pretende analisar, após o consentimento prévio do grupo. Dessa forma, esses sujeitos estão cientes da sua presença enquanto pesquisador, bem como os objetivos que norteiam a sua técnica de observação.

As observações foram feitas pelo pesquisador durante acompanhamento das visitas mensais dos profissionais voluntários e voluntários locais, entre janeiro e maio de 2023. Os aspectos observados durante a realização deste estudo, contemplaram: o contexto sócio-histórico e cultural de quem profere os discursos relacionados à configuração das práticas de CP; as relações estabelecidas entre indivíduos da comunidade, a equipe multiprofissional de saúde, os voluntários locais, familiares/cuidadores e os pacientes, frente à produção do cuidado paliativo no âmbito das comunidades vulneradas; as formas de normatização e regulamentação

da vida presentes nesses contextos; e os recursos e as condições disponíveis para os operacionalização dos CP, conforme exposto no (APÊNDICE B).

Os registros da observação foram realizados mediante notas por escrito (GIL, 2008), em diário de campo, com um total de 20 páginas. Esse instrumento permitiu que se obtivesse um registro fidedigno das observações, bem como as impressões subjetivas decorridas dos acontecimentos cotidianos (MINAYO, 2014).

Por fim, foi utilizada a entrevista de roteiro semiestruturado com profissionais de saúde voluntários (APÊNDICE C) e aos voluntários locais (APÊNDICE D). Nesse tipo de entrevista, o participante tem a possibilidade de expor sua compreensão sobre o escopo pretendido, sem se prender, necessariamente, às formulações exatas das perguntas (MINAYO, 2014). Segundo Flick (2013), o objetivo dessa técnica é viabilizar perspectivas individuais dos entrevistados sobre determinado tema, permitindo que ocorra um diálogo entre o entrevistador e entrevistado.

As entrevistas ocorreram com presença estrita do pesquisador e do participante, em uma sala privativa, nas sedes do Projeto Comunidade Compassiva, localizadas em cada um dos aglomerados urbanos, com um tempo médio de duração entre 20 e 30 minutos, com a utilização de um equipamento multimídia digital para audiogravação, as quais foram transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

Os registros das observações e das entrevistas foram analisados pela Análise do Discurso (AD), com inspiração foucaultiana, em que o discurso é compreendido não apenas como um “conjunto de signos (elementos significantes que remetem os conteúdos ou as representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam” (FOUCAULT, 1986, p. 55). Dessa forma, entende-se que a produção do discurso está emaranhada por influências históricas, sociais e culturais do lugar de onde fala quem profere o discurso, bem como o que, ou quem, o discurso toca (DANTAS; AMAZONAS; PAZ, 2015).

Portando, a formulação do discurso advém do modo como o enunciado é configurado. Logo, as formas de produção dos enunciados dependem de qual sujeito expressa esse enunciado. Essa produção se fundamenta nos saberes que circundam e constroem a perspectiva do sujeito e do contexto em que ele está inserido (DANTAS; AMAZONAS, 2016). Nesse sentido, o discurso pode ser visto ainda como

[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 1986, p. 136).

Para Foucault (1996), a produção do discurso não é realizada de maneira inesperada, mas obedece aos interesses das instituições e das relações de poder que são produzidas. Por ser um acontecimento, se materializa e produz efeitos nas práticas sociais dos sujeitos.

Desse modo, a partir da elucidação do conceito de discurso, Foucault (1996) propõe dois conjuntos que viabilizam a sua análise, a saber: o conjunto *crítico* e o conjunto genealógico. O conjunto crítico, estabelece o princípio da inversão, que procura revelar as formas de exclusão, limitação e da apropriação do discurso, bem como compreender como estes dispositivos se formaram, a quais necessidades respondem, como se modificaram durante o tempo, que força exerceram e, em que medida, foram regulados (FOUCAULT, 1996).

Todavia, o conjunto genealógico dispõe dos princípios da descontinuidade; especificidade e, exterioridade do discurso, que visam compreender como os discursos “se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discurso; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação” (FOUCAULT, 1996, p. 60).

Assim, para a operacionalização da análise de dados, foram realizadas as leituras dos enunciados discursivos sob a ótica da biopolítica (FOUCAULT, 1988), extraindo do corpus dessa análise o que o sujeito diz e o que não está explícito (SOUZA, 2014), ou seja, o que está no nível das entrelinhas, que tenha algum significado na construção dos discursos. Logo, os não ditos, o que não está expresso em palavras, faz parte desse processo, completando e acrescentando na constituição dos discursos (ORLANDI, 2005).

Após este processo, buscou-se a identificação de filiações discursivas que foram agrupadas por meio de grupos semânticos, reunindo conjuntos de seguimentos que convergiam (SOUZA, 2014). Por fim, foram definidas as paráfrases de recortes do corpus textual que subsidiaram a escrita da análise dos discursos (SOUZA, 2014). Diante disso, pensando como as práticas de CP são moldadas a partir do contexto de vulneração social, os sujeitos desta pesquisa expressaram em seus discursos a posição que cada um ocupa e a sua relação com essa abordagem cuidado.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob nº de parecer 5.868.694. Ressalta-se que só após o parecer favorável foi iniciada a coleta de dados, conforme exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do MS.

Após aceitarem participar voluntariamente do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma cópia entregue ao participante e a outra arquivada com o investigador. Os documentos provenientes da coleta de dados, foram armazenados pelo pesquisador responsável, em formato digital, em disco rígido, em pasta arquivo protegida e, após um período de cinco anos, os arquivos serão apagados.

Os participantes foram esclarecidos previamente sobre o objetivo do estudo e a metodologia que seria empregada, bem como sobre a confidencialidade das informações coletadas e os riscos presentes durante este processo. Ressalta-se que essa pesquisa apresenta riscos mínimos, podendo ocasionar constrangimento ao responder à entrevista, vergonha em responder às perguntas, cansaço ao responder às perguntas, desconforto com a presença do pesquisador em campo para observação e medo das observações a serem realizadas em campo. Entretanto, como forma de minimizar esses riscos, as entrevistas foram realizadas de forma individual, em uma sala privativa nas sedes do projeto Comunidade Compassiva. Os sujeitos entrevistados, poderiam deixarem de participar do estudo em qualquer fase da pesquisa, se assim preferissem.

Ademais, como forma de garantir o anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa, as transcrições das entrevistas foram identificadas com as siglas “PV” de Profissionais Voluntários e “VL” de Voluntários Locais, seguida de um numeral correspondente à ordem da entrevista, por exemplo: Profissional Voluntário 1, “PV-1”, Voluntário Local 2, “VL-2” etc.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 16 voluntários do projeto comunidade compassiva. Destes, oito eram profissionais de saúde e, oito, eram voluntários locais. Em relação aos profissionais de saúde, a amostra da pesquisa foi formada, exclusivamente, pelo sexo feminino, sendo duas médicas, uma assistente social, uma enfermeira, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e uma psicóloga, com idades entre 27 e 50 anos, que atuavam como voluntárias nas duas comunidades.

No que concerne a experiências prévias de atuação profissional, tem-se: três participantes com atuação exclusiva em CP (uma médica, uma nutricionista e uma psicóloga), três com atuação em oncologia (uma enfermeira, uma fisioterapeuta e uma assistente social) e duas com área de atuação profissional no SAD.

Quanto ao tempo de atuação como voluntárias, houve variação entre um e três anos. No que tange à formação profissional relacionada à área de CP, quatro tinham curso de especialização *lato-sensu*, uma com mestrado e três haviam participado de cursos de curta duração sobre a temática. Estas informações foram compiladas no Quadro 3.

Quadro 3 - Perfil dos profissionais de saúde participantes da pesquisa

Participante	Sexo	Idade	Tempo de atuação como voluntário	Profissão	Área de atuação	Curso de qualificação em CP
PV-1	Feminino	36 anos	3 anos	Psicóloga	CP	Especialização
PV-2	Feminino	40 anos	2 anos	Fonoaudióloga	Serviço de Atenção Domiciliar	Especialização
PV-3	Feminino	50 anos	1 ano	Médica	Serviço de Atenção Domiciliar	Curso de curta duração
PV-4	Feminino	27 anos	2 anos	Nutricionista	CP	Mestrado
PV-5	Feminino	43 anos	1 ano	Médica	CP	Especialização
PV-6	Feminino	42 anos	2 anos	Fisioterapeuta	Oncologia	Especialização
PV-7	Feminino	36 anos	2 anos	Enfermeira	Oncologia	Curso de curta duração
PV-8	Feminino	32 anos	1 ano	Assistente Social	Oncologia	Curso de curta duração

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quanto aos voluntários locais, a amostra da pesquisa foi composta por seis pessoas do sexo feminino com idade entre 27 e 64 anos e duas do sexo masculino, com idades de 37 e 65 anos, sendo quatro sujeitos moradores da Rocinha e quatro sujeitos moradores do Vidigal. Os

participantes apresentavam ocupações e formações distintas, entre elas, assistência social, construção civil, enfermagem, serviços domésticos, vendas e uma era estudante de psicologia.

No que concerne ao tempo de atuação como voluntários, observa-se uma variação de um a três anos. Em relação à formação na temática de CP, todos os voluntários locais haviam recebido curso de capacitação básica ofertados pela coordenação do projeto. Estes dados encontram-se descritos no quadro 3.

Quadro 4 - Perfil dos voluntários locais participantes da pesquisa

<b>Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Morador da comunidade</b>	<b>Tempo de atuação como voluntário</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Curso de qualificação em CP</b>
VL-1	Feminino	48	Vidigal	2 anos	Assistente Social	Curso básico de CP
VL-2	Masculino	65	Rocinha	2 anos	Construção civil	Curso básico de CP
VL-3	Feminino	59	Rocinha	3 anos	Serviços domésticos	Curso básico de CP
VL-4	Feminino	59	Rocinha	3 anos	Técnica de enfermagem	Curso básico de CP
VL-5	Masculino	37	Vidigal	1 ano	Vendedor	Curso básico de CP
VL-6	Feminino	27	Vidigal	1 ano	Estudante de psicologia	Curso básico de CP
VL-7	Feminino	61	Vidigal	2 anos	Serviços domésticos	Curso básico de CP
VL-8	Feminino	64	Rocinha	3 anos	Serviços domésticos	Curso Básico de CP

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Mediante a análise dos discursos da pesquisa, os resultados do presente estudo são apresentados nas duas seções que se seguem. Os achados apontam que às práticas de CP à pessoa idosa no âmbito das comunidades vulneradas de favelas, são configurados pela incipiente produção de políticas públicas voltadas, especificamente, para o alívio do sofrimento humano à pessoas em condições ameaçadoras de vida no solo brasileiro, somado ao contexto histórico, social e cultural da construção desses territórios. Diante disso, a entrega dos CP à essa população, emerge mediante a micropolítica de resistência que nasce a partir dos saberes e poderes que circulam no contexto e permeiam os sujeitos envolvidos nesses cuidados, constituindo seus discursos e práticas sociais.

Nesse percurso, a primeira seção denominada “Fazer viver ou deixar morrer? A micropolítica dos CP à pessoa idosa frente às fragilidades do território da favela”, apresenta aos enredos e os caminhos percorridos pelos profissionais de saúde voluntários e os voluntários locais do projeto para se fazer chegar à assistência paliativa nas favelas, reconhecendo as



singularidades territoriais que limitam e as que criam possibilidades de produção desses cuidados.

A segunda seção intitulada “A favela quer viver: mobilização comunitária e a produção do cuidado compassivo à idosos vulnerados”, desvela sobre as formas de resistência da população de favela em prol do alívio do sofrimento humano, mediante a mobilização social, que os fazem construir novos sentidos e formas de conhecimento em meio as relações de saber-poder.

### **6.1 FAZER VIVER OU DEIXAR MORRER? A MICROPOLÍTICA DOS CUIDADOS PALIATIVOS À PESSOA IDOSA, FRENTE ÀS FRAGILIDADES DO TERRITÓRIO DA FAVELA**

Os estudos foucaultianos possibilitam reflexões acerca dos aspectos voltados a formulação de políticas públicas. O conceito de biopolítica traz consigo formas de regulamentação da vida no âmbito coletivo, que atravessam a sociedade diante do exercício do poder de se fazer viver e deixar morrer. Assim, a biopolítica dispõe de mecanismos de regulamentação da vida que buscarão torná-la útil e produtiva diante das instâncias do sistema capitalista (FOUCAULT, 1988).

No entanto, compreende-se que o interesse estatal pela promoção e proteção da vida não se distribui de forma equitativa na sociedade, pois, para determinados corpos e coletividades, as fragilidades de atuação do Estado configuram-se como uma estratégia de seleção dos que receberão ou não suas intervenções, diante dos interesses de produção (NASCIMENTO; COLOMBO, 2021). Tal contexto pode ser observado nos territórios de favelas, onde a construção histórico-social dessas localizações faz com que a vulneração se torne patente em detrimento do amparo do Estado, conforme percebido no discurso a seguir.

Você tem as desigualdades sociais em todas as suas expressões “violência, pobreza, fome...” [...] O Estado era quem deveria garantir o cuidado e o respaldo de todos os cidadãos brasileiros, mas por questões políticas, a gente sabe que o nosso sistema capitalista ele está sempre visando a privatização, né? Enfim ... a gente tem um sistema de saúde em que não há um interesse, em um sistema que funcione [...]. Então, hoje, infelizmente, a gente se depara não só com o contexto de violência, mas está para além da violência... né? Quando a gente se depara com uma clínica da família que não tem médicos, e aí você questiona: “como assim, não tem médico?” quando a gente para pra refletir... vai para além da violência ali presente, né? É toda uma questão política que faz com que isso aconteça... (PV-8).

A participante PV-8 traz no seu discurso elementos que explicitam a reduzida atuação estatal nas favelas para a garantia de direitos humanos fundamentais, como à saúde, segurança, renda e alimentação. Essa atuação reduzida surge com a imposição do Estado Mínimo em

decorrência do sistema de governo capitalista que experienciamos. Isso faz com que ocorra disparidades de acesso a serviços básicos para a garantia da dignidade humana. Ademais, PV-8 aponta, ainda, que esses direitos são suprimidos mediante a ênfase que é dada nos discursos sociais que constroem o estigma da violência destes territórios o que, muitas vezes, faz com que o Estado seja eximido das suas responsabilidades perante a essas populações, aclarando a fragilidade da política de segurança pública brasileira.

Segundo Agamben, (2010), o “esquecimento” do Estado sobre determinados sujeitos, não pode ser entendido apenas como um acaso, ou que acontece por intermédio de alguma circunstância específica, como por exemplo, as questões voltadas à violência, proferidas no discurso de PV8, mas configura-se enquanto um mecanismo de exercício do poder biopolítico, que se traduz em ações planejadas e orientadas a um fim específico. Nesse sentido, falamos aqui de vidas consideradas indesejadas, marginalizadas e dispensáveis pelo Estado, as quais não são garantidas formas efetivas de proteção social, pois a sua força produtiva torna-se supérflua ao modo de operação do capitalismo.

A exemplo, pode-se citar a pessoa idosa que mora em territórios de favela, que dispõe de uma condição ameaçadora de vida. Esses sujeitos são subtraídos do campo da produtividade pensado sob a ótica da política neoliberal, o que os fazem experienciar o sofrimento humano de forma acentuada em decorrência da inércia estatal. Tais aspectos podem ser compreendidos por meio dos relatos que se seguem.

Como é que um idoso que tá em cuidado paliativo, né?! Por que ele tem uma doença que tá ameaçando a vida e não tem medicamento? Não tem um profissional de saúde, porque como é favela esses profissionais ficam pouco nesse equipamento, na clínica da família, né?! Então, isso faz com que esse idoso, esse paciente sofra, né?! (VL-1).

Então, assim, primeiro o preconceito, né? Que as pessoas têm... já por se tratar de favela as pessoas têm medo! Aí você vê, que a gente cansa de ouvir falar lá que (na clínica da família) é um rodízio enorme de profissional, não para ninguém (PV-5).

A base do cuidado paliativo é a questão de o paciente não sentir dor, né?! E, aí, você tem um equipamento público que não tem medicação? Já... já não tá respeitando esse idoso que tá precisando desse cuidado... não tem uma dipirona... Mofina? nem pensar... E isso dificulta (a realização dos CP em favelas) (VL-8).

Essa frágil atuação do Estado camuflada pelo discurso da violência nas favelas, ressoa na incipiente garantia do acesso aos CP. Ademais, os participantes ressaltam a elevada rotatividade de profissionais nos dispositivos de saúde, em decorrência das falhas na segurança pública. Diante disso, subentende-se que o medo retratado nas falas, advém dos possíveis conflitos entre as forças de segurança pública e a presença de narcotraficantes nessas localizações, como está nas entrelinhas das falas de VL-1 e PV-5. VL-10 reafirma este achado, ao discorrer sobre a precariedade estrutural e do acesso aos dispositivos de saúde nas favelas.

Tal fato é percebido de forma expressiva quando se trata da disponibilização de medicamentos analgésicos, como os opioides.

As discursividades em torno desses territórios carregam representações ligadas à criminalidade e a frágil presença do Estado, que conduzem ao imaginário social do medo, violência e divisão social entre “asfalto e morro”, evidenciado pela precarização de serviços públicos de saúde, assistência social, segurança, infraestrutura urbana, entre outros. Somando-se a isso, a presença do narcotráfico e a débil segurança pública, são fatores que repercutem como barreiras para o acesso aos serviços de saúde pública de forma resolutiva nessas localidades (BARCELOS, 2017).

Segundo Sawaya, Alburquerque e Domene (2018), se tornou comum que trabalhadores de saúde que atuam em favelas, relatarem que o ambiente instável ocasionado pela fragilidade de segurança e pela presença do poder paralelo, levam à interrupção da assistência à saúde, deixando pacientes e familiares com acesso precário ou sem acesso a esses serviços. Tal cenário, contribui para a redução de acesso aos CP e outros serviços que podem melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, como a disponibilidade de opioides e narcóticos para o controle da dor e dispneia (KAYSER *et al.*, 2014) e os meios não farmacológicos para controle de sintomas psicossociais e espirituais, a exemplo das práticas integrativas e complementares.

Na perspectiva foucaultiana, em um regime político em que a vida é o elemento central, a única forma de se retirá-la, seria por meio do racismo de Estado. Nesse ínterim, a primeira função desse mecanismo de poder versa em fazer uma separação entre os sujeitos que devem viver e os que devem morrer, por meio da subdivisão da espécie humana em raças (FOUCAULT, 1999; DANNER, 2020).

Para Foucault (1999), as instâncias estatais utilizam-se do campo biológico, no tocante a sua distinção, hierarquização, e a qualificação de algumas raças como superiores a outras, como forma de defasar no cerne da população, uns grupos em relação aos outros. A segunda função do racismo no contexto do Estado moderno é a da “purificação” da raça, por meio da eliminação da casta tida como “ruim”, do sujeito inferior, anormal e degenerado, que pode de certa forma, trazer “riscos” para o restante da população (FOUCAULT, 1999).

No entanto, é válido ressaltar que para Foucault o racismo não se restringe, exclusivamente, à questão étnica, como o contexto da população afrodescendente, pois o racismo não se inicia com a escravização dos africanos como observado na história das Américas. Para além disso, o autor remete o racismo de estado como uma abordagem política mais ampla, amparada nas formas de exercício do poder do Estado e das instituições, que

assumem diversos contornos ao longo da história (FOUCAULT, 1999; ALVES; BARROS, 2018; FARIAS; FANTANIEL, 2019; LEAL, 2020; GARBOSA JÚNIOR; BARBOSA, 2020).

O intuito do mecanismo do racismo é a classificação, normalização e padronização dos sujeitos considerados “normais”, aqueles que podem otimizar as forças produtivas da sociedade. Assim, ao incluí-los nas iniciativas governamentais, a outra parcela da população classificada como “anormais”, os que porventura estão fora dos padrões vigentes, são deixados à margem, experienciando as mais diversas formas de desigualdades sociais e exclusão política (FOUCAULT, 1999; ALVES; BARROS, 2018; LEAL, 2020).

Logo, quanto mais o Estado deixa morrer esses corpos e coletividades, mais, os sujeitos considerados superiores, viverão. Como resultado, têm-se uma espécie mais forte e mais próspera. Para Foucault (1999), portanto, a morte do outro consistiria na segurança pessoal da raça “pura”.

Em suma, se o poder biopolítico quer exercer o direito soberano de matar, faz-se necessário utilizar-se do mecanismo do racismo. No entanto, compreende-se que o ato de tirar a vida, não é uma referência apenas ao assassinato direto, mas tudo o que o pode favorecê-lo também de forma indireta (FOUCAULT, 1999). A exemplo, as fragilidades de acesso aos serviços de saúde e CP nas favelas, circunstâncias estas que podem antecipar o processo de morrer, ou multiplicar para alguns o risco deste infortúnio.

No conjunto dessa reflexão, o ato de “deixar morrer” torna-se expressivo no contexto da favela, como observado nos discursos descritos abaixo.

A equipe de SAMU, a equipe hospitalar não sobe [...] porque é área de risco... [...] você sabe, nossos irmãos, né? Mas, às vezes, não é nem só por questão dos irmãos. Às vezes é mais por questão de acesso mesmo... porque se falar para os meninos que vai subir para doença, até eles ajudam a carregar, até eles ajudam a fazer isso. Agora, quando é uma coisa além, que não seja do agrado deles, aí eles impedem mesmo, sem dó e sem pena. Não sobe! (VL-3).

Agora tem a questão que a favela também é um mundo paralelo... né? A gente tem que andar de acordo com a dança ali né, com a lei do morro que é outra realidade (PV-5).

As narrativas apresentadas por VL-3 e PV-5, demonstram as dificuldades vivenciadas pelos moradores de favelas para se terem acesso aos equipamentos de saúde, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em decorrência das relações que se estabelecem nesse território com os serviços de saúde. Nota-se nos discursos que alguns pontos são silenciados, principalmente quando se trata da presença do poder paralelo nessas localizações.

Tal conjuntura, encontra-se associada a uma trama complexa de formação discursiva, que está entrelaçada com mecanismos do poder disciplinar e do poder soberano que paira sobre as favelas, expressos com a presença do narcotráfico. Nas entrelinhas das falas, podem ser

observadas características do poder disciplinar, como a construção de sistemas normativos, somado a vigilância ininterrupta do que se pode e do que não se deve ser dito, que se materializa sobre as expressões “nossos irmãos” e “meninos” como referência aos envolvidos com o tráfico de drogas.

Ademais, percebe-se atributos de uma soberania que é instalada pelo poder paralelo, em detrimento a ausência do Estado, como subentendido nos enunciados: “mundo paralelo”, “andar de acordo com a dança” e “lei do morro”. Diante disso, cria-se um conjunto de normas que asseguram ao soberano - os narcotraficantes - o direito de decidir sobre a vida e a morte dessa população, ao passo que decidem quem poderá ou não, ter acesso aos dispositivos de saúde.

Algumas características da normalização desse território, ou seja, as formas idealizadas de condutas cotidianas foram registradas no Diário de Campo (DC):

Ao seguir caminho, o líder da equipe (um dos enfermeiros), orientou a não utilização de aparelho celular, e que fossem levados à vista, os objetos de atendimentos (estetoscópios, esfigmomanômetros, jalecos e entre outros), como forma de identificação da intenção da equipe (atendimento à saúde), por se tratar de uma área comandada pelo poder paralelo. Nesse ínterim, observa-se barracas de venda livre de drogas, com pessoas em uso de armamentos e rádios comunicadores, o que aparentara levá-los ao controle de tudo/todos que de alguma forma inseriam-se nesse contexto (DC, 2023).

A “Lei do morro”, pode ser associada a constituição de um conjunto de normas e condutas, que regulam as relações de poder entre os jovens, “meninos”, envolvidos com o poder paralelo e os sujeitos que habitam essas comunidades. Essa estrutura normativa parece moldar e perpetuar a reprodução contínua de práticas opressivas e violentas nas dinâmicas dos aglomerados urbanos, tornando-se uma instância do poder soberano, que se instaura por meio da utilização de mecanismos de ameaça com o seu poder de fogo, que operacionalizam e fiscalizam a utilização dessas normas (RIBAS; LIMA; OLIVEIRA, 2018).

Nesse contexto, passa-se a reconhecer inúmeros conjuntos de normas nesses espaços urbanos, os quais, muitas vezes, contrapõem à ordem estatal. Como consequência, essas expressões não estatais de poder, passam a ser entendidas como normatizações alternativas de direito, que se estabelecem como um produto de um exercício arbitrário de poder local (RIBAS; LIMA; OLIVEIRA, 2018).

Desse modo, criam-se dispositivos regulamentadores que abarcam desde questões no âmbito penal, até aspectos de natureza civil e familiar, consolidando uma rede de normalização que regula e disciplina a vida nessas localizações. Nessa perspectiva, instituem-se medidas que variam desde a autorização para a circulação de pessoas em determinadas áreas, até punições como a expulsão completa do local de habitação (RIBAS; LIMA; OLIVEIRA, 2018).

Tem locais que você não pode chegar... Porque nós somos uma comunidade, né?!... então, tem certas regras, tem certos lugares que você não tem acesso... talvez tenha em algum canto alguém que esteja precisando (de CP) mas ninguém sabe, nem o posto de saúde sabe... Eu não sei exatamente o que tá acontecendo... eu só sei que antes eles (a equipe do SAMU) até vinham em um determinado ponto, mas, de um tempo pra cá, eles só vão até o início da avenida principal... aí, a pessoa tem que levar o paciente lá... agora você imagina... “como que vai pegar uma pessoa que mora lá em cima e trazer ele aqui pra baixo passando mal? Quase morrendo?” (VL-7).

É um lugar que você não sobe nem de moto, nem de carro. Você tem que ir a pé. Aí como é que um paciente desse se move nesse local? Eu fui num lugar hoje, meu filho, que é difícil até para o paciente passar no beco, porque o beco é assim, estreitinho... (VL-8).

Somando-se às questões de normalização presentes nas favelas, os discursos de VL-7 e VL-8 revelam os entraves da estrutura urbana para a entrega dos CP. Esses fatores constituídos por meio do mecanismo de racismo de estado, se manifestam na construção histórico-social dos aglomerados urbanos desde o final do século XIX. Assim, esses territórios foram criados a partir da biopolítica higienista, onde formou-se locais de habitações sem o amparo de políticas públicas de urbanismo e seguridade social. Por consequência, desde então, esses sujeitos são excluídos do direito à serviços básicos de cidadania, que os levam a ficarem à mercê do sofrimento humano (TAVARES, 2008).

Uma outra consideração que se apresenta no discurso de VL-7, é o fato do dispositivo de saúde móvel prestar assistência apenas no início da avenida principal do aglomerado. Nota-se que esse espaço geográfico se distingue das demais localidades do território da favela, por se apresentar como um ambiente salubre, pavimentado, com presença de turistas e estabelecimentos que fazem girar o capital financeiro da comunidade, como observado em um dos registros do DC:

Na avenida principal do aglomerado, tem-se uma maior concentração de comércios, bares, lanchonetes e sedes de projetos sociais, além de dispositivos de saúde, como o centro de saúde da família e consultórios particulares. Nessa área também é observado a presença de dispositivos de segurança pública, com carros da polícia que fazem ronda na região e um volume expressivo de turistas que sobem e descem o morro a fim de realizarem o que chamam de “turismo de favela”, onde são guiados aos principais pontos turísticos do território sem nenhuma dificuldade. Grande parte do trajeto até essas localidades é pavimentado, com estrutura de saneamento básico (DC, 2023).

Frente a essa realidade, pode-se inferir que dentro do mesmo contexto urbano, existem disparidades socioespaciais que se tornam patentes, a partir da utilidade, ou não, dos corpos que o compõem. Esse contraste pode ser percebido nas áreas periféricas dos aglomerados, onde impera o poder paralelo e não há presença de desenvolvimento urbano.

[...] observava-se que o itinerário até a chegada desse domicílio, era composto por condições insalubres: becos e vielas não arejados com menos de um metro de largura, com grande quantidade de lixo e umidade, além da exposição de esgotos a céu aberto, aglomerados de fiações de energia elétrica e alguns animais soltos pelo caminho (gatos e cachorros). Nessa região, percebe-se uma maior concentração de barracas de

venda livre de drogas e pessoas com armamentos, diferente da área central da favela. Para chegar até a entrada do domicílio, era preciso subir uma escada íngreme, feita de concreto, sem nenhum suporte de segurança, o que se apresentava como uma barreira de acesso e de saída dessa localização (DC, 2023).

Essas discrepâncias urbanísticas, são ferramentas atribuídas ao racismo de estado que se instaura e é guiado pelas instâncias capitalistas, a fim de desenvolver uma biopolítica que assegure o “fazer viver” a uma determinada parcela da população (FOUCAULT, 1999; SANTOS; PINTO, 2020), aos que, de alguma forma, movimentam o maquinário da produção de renda nas favelas.

Nesse sentido, quando esses espaços são situados dentro do paradigma biopolítico, apresentam-se segmentados, ocultando sujeitos e revelando relações de poder responsáveis por fortalecer uma governabilidade que não busca de forma coerente a preservação da vida humana. O Estado, então, consegue instituir de forma exitosa, dispositivos de controle urbanos aptos a privar determinados grupos de exercerem seus direitos e garantias, abrindo possibilidades para a “morte social” de uma parte da população (FOUCAULT, 1999; SANTOS; PINTO, 2020).

Nessa conjuntura, a morte social pode ser entendida como um processo de morrer banalizado, marcado pelo abandono, indiferença, violência, desigualdades e outros fatores que agridem a dignidade humana. Trata-se de uma morte infeliz e miserável, abreviada pelo contexto social, conhecida como mistanásia. O neologismo mistanásia não versa sobre a morte de uma pessoa apenas, mas de uma população, que antes de estar morta em decorrência de uma evolução clínica desfavorável, está morta socialmente, para um sistema que descarta pessoas vulneradas, como descarta objetos que não mais tem utilidade (RICCI, 2017).

A mistanásia suprime o direito à vida e a uma morte digna de pessoas excluídas pelo racismo de estado. Seus mecanismos de poder instauram-se de diversas maneiras, como o subfinanciamento da saúde, o uso inadequado do dinheiro público, o sucateamento e o fechamento de leitos e unidades de saúde, o baixo quantitativo e a desvalorização profissional e a falta de compromisso do Estado para a formulação e a implementação de políticas públicas. Por esses motivos, os sujeitos acabam tendo uma morte antecipada pela falta de uma estrutura estatal que atendam às suas demandas (PAIVA; CUNHA, 2020). PV-2 relata que

[...] é a dificuldade de acesso ao serviço de saúde e ao serviço especializado em CP, eu acho que ainda é uma coisa que não temos aqui, então, assim, ... eu acho que eles não têm acesso aos médicos especialistas, ao diagnóstico precoce... [...] essa é a grande dificuldade que eu vejo... muitos chegam pra nós em um estado mais grave, justamente por não ter tido a oportunidade de um diagnóstico no início da doença [...] (PV-2).

Para PV-2, dadas as limitações de acesso aos dispositivos de saúde, alguns pacientes encontram-se em um estado avançado de doença, por não terem tido a oportunidade de experienciarem o diagnóstico precoce, com início do tratamento curativo somado a abordagem

paliativa. Tal fato, leva ao processo de morrer agônico e antecipado, que poderia ser evitado ou amenizado, com o aumento das possibilidades de cura pelo diagnóstico prévio, melhoria na qualidade de vida por meio da instituição de CP, e prevenção de complicações.

Nesse contexto, a *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (2022), por meio da publicação do *Global Atlas of Palliative Care*, evidencia que o desenvolvimento de iniciativas governamentais de CP tem ocorrido de forma desigual em todo o mundo, e está relacionado a três aspectos principais, a saber: falhas no desenvolvimento de políticas públicas; conhecimento deficiente dos profissionais de saúde e da população em geral sobre os princípios e as práticas de CP; e a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais para o controle da dor, como os opioides.

Em relação ao desenvolvimento de políticas públicas, observa-se que, em alguns países, não existe nenhum apoio governamental ao fomento dessa prática. Um estudo conduzido por Clelland *et al.* (2020) desvelou que apenas 55 países dispunham de planos nacionais específicos para a temática de CP e, em alguns outros, como a Romênia e o Zimbabué, os serviços de CP são desenvolvidos apenas com iniciativas voluntárias. Dessa forma, sem o amparo do Estado com mecanismos de financiamento, o crescimento dessa prática torna-se restrito (WHPCA, 2022).

No tocante ao desconhecimento sobre os princípios e as práticas de CP, mesmo tratando-se de um campo de especialidade crescente, muitos profissionais de saúde têm pouco ou nenhum conhecimento sobre a temática. Nesse ínterim, a OMS orienta que a educação em CP deve ser realizada em três níveis, a saber: o treinamento básico; o treinamento intermediário; e o treinamento especializado em CP (WHPCA, 2022).

O primeiro nível, dispõe sobre o treinamento básico de CP para todos os profissionais de saúde e voluntários. O treinamento de nível intermediário deve ser realizado para os profissionais que trabalham com perfil de pacientes que apresentam diagnósticos de doenças potencialmente fatais. O treinamento especializado deve ser voltado para profissionais que lidam com pacientes que apresentam sintomas complexos de serem controlados (WHPCA, 2022).

Além disso, deve-se instituir campanhas de educação e sensibilização comunitária sobre a temática, ao passo que os serviços são estabelecidos no território. Essas medidas educacionais devem ser voltadas para os pacientes, familiares e cuidadores, sobre cuidados básicos, frente a condições ameaçadores de vida que experienciam, pois, muitos deles, farão o manejo desses sintomas no domicílio (WHPCA, 2022).



No que concerne à baixa disponibilidade de medicamentos para o controle da dor, estima-se que 84,25% da população em todo o mundo não tenha acesso adequado aos opioides. Países como a Austrália, o Canadá, a Nova Zelândia, os Estados Unidos e alguns países da Europa, foram responsáveis pelo consumo global de mais de 90% desses medicamentos, enquanto os países subdesenvolvidos, consumiram apenas 10% dos opioides globais (WHPCA, 2022).

Conforme exposto, muitas são as barreiras para o desenvolvimento dos CP de forma universal, integral e equânime. No entanto, para se fazer alcançar um maior número de pessoas com esse tipo de cuidado, torna-se imperativo considerar as singularidades territoriais que não apenas restringem, mas, também, engendram as potencialidades para sua materialização.

É nesse cerne que as práticas de CP realizadas pelos participantes desta pesquisa são moldadas mediante o contexto histórico-social dos territórios em que atuam. Suas ações se articulam para além do que está instituído pelos órgãos formalmente instituídos pelo Estado, por meio de uma micropolítica que se capilariza nas relações de poder que são estabelecidas no cotidiano (FRANCO, 2015).

[...] fazer cuidado paliativo na favela é totalmente diferente de fazer cuidado paliativo ambulatorial e hospitalar [...] São situações completamente diferentes daquilo que a gente tá habituado (PV-5).

Ali, na favela, você atua de forma multiprofissional, né? Ali, você tem discussão, ali, você aprende, ali, você discute o caso, ali, você é acolhido, você como profissional. Então, ali, você consegue fazer o cuidado paliativo de uma forma mais ampla, porque apesar de eu ter uma equipe multiprofissional, ali, eu tenho pessoas que realmente querem fazer acontecer, que estão ali pra fazer acontecer, né? Sem ganhar nada em troca, sabe? Ali, não é bater o ponto... ali, tá fazendo quem realmente quer, quem realmente ama o que faz, entendeu? (PV-7).

No discurso de PV-5, fica subentendida a existência de singularidades que permeiam o fazer das práticas de CP nas favelas. A produção dessa abordagem nos aglomerados urbanos, difere do que é feito em ambientes com normas de assistência paliativa definidas pela macropolítica institucional, como é o caso dos dispositivos de saúde.

A fala de PV-7 soma-se a esse achado, ao relatar as facilidades para a realização dos CP nesses territórios. Entende-se que as praticidades mencionadas nesses discursos ocorrem por não se perceber nesse contexto, a burocratização tradicional para a realização do cuidado e a hierarquização de saberes entre as profissões que, muitas vezes, impõem “amarras” nas ações dos profissionais (FRANCO, 2015).

Dessa forma, o agir em meio ao trabalho voluntário faz com que as práticas profissionais ganhem um contorno diferente, com um leque de possibilidades para a criação de estratégias de entrega da assistência paliativa mais ampliado e adaptado à realidade local. Segundo Mesquita *et al.* (2023), a implementação dos CP no contexto das comunidades

compassivas é um processo dinâmico na área da saúde, que envolve as relações humanas, criatividade, somado ao conhecimento técnico estruturado. Há pouca utilização de tecnologias duras, o que torna o ambiente ideal para explorar as potencialidades territoriais.

Nesse prisma, o processo de trabalho realizado por esses sujeitos em sua dimensão micropolítica nos apresenta um universo criativo e dinâmico, repleto de oportunidades de inovação. Nesse sentido, a micropolítica perpassa o instituído com as suas linhas de fuga, fazendo com que os sujeitos envolvidos na produção desses cuidados sejam capazes de trabalharem com um alto grau de criatividade, encontrando diversas significações que darão sentido as suas práticas cotidianas (FRANCO, 2015).

Como profissional de nutrição, a gente sempre tenta entender o contexto no qual aquele paciente está inserido, né? [...] porque não adianta nada a gente querer fazer mil coisas se esse paciente não tem acesso ao básico... como já aconteceu da gente encontrar pacientes comendo sopa de papelão. [...] Então, a gente preza muito sobre o que é possível da gente fazer, no contexto social e nutricional daquele paciente [...] e a partir daí, a gente tenta esquematizar uma alimentação para esse paciente de uma forma mais saudável e acessível, digamos possível, né? (PV-4).

O paciente fala assim “Ah... eu não tenho” ..., mas a gente precisa se adequar a condição que a pessoa tem... Não adianta, por exemplo, uma nutricionista ir lá, ou eu mesmo virar e falar “vou te passar esse remédio aqui” ... sair e virar as costas, né? Eu não tô dando cuidado paliativo de forma coerente, eu preciso também me adequar a realidade dele... (PV-5).

PV-4 e PV-5 compartilham nas suas falas um ponto chave para o desenvolvimento dos CP em favelas. Trata-se da avaliação do contexto social em que o paciente está inserido, pois, muitas vezes, as ações implementadas serão reajustadas mediante essa realidade. Em muitas situações, não há como se instituir o que é considerado “ideal” no âmbito da macropolítica dos CP, mas, sim, o que é possível dentro desta realidade, senso nesse sentido que a essência dessa modalidade de cuidado toma forma própria por meio da micropolítica.

Para Franco (2015), no cotidiano dos profissionais de saúde, muitas vezes, acontecem situações que requerem improvisação, como por exemplo, quando há barreiras de implementação de certas estratégias terapêuticas. Assim, podem ser observados atos não comuns, que fogem das normas e regras instituídas por protocolos e instrumentos de padronização de condutas, que se configuram como ações de criação que irão ressignificar o problema do paciente e da família e a necessidade do cuidado. Em meio a essas relações que nascem ferramentas para a operacionalização dos CP nas favelas, onde vê-se nas fragilidades territoriais, potencialidades para sua entrega.

Eu, particularmente, vejo uma movimentação com a tecnologia, né?... por *WhatsApp*, por ligação, por vídeo chamada... e a gente se organiza de diversas formas, é... multi acessos, de acordo com a necessidade. É uma equipe multiprofissional que interage o mês inteiro, pela tecnologia, pra conseguir fazer essa visita domiciliar... que também, muitas das vezes, não é fácil ter esse acesso a essa residência devido a geografia do

local, a estrutura da residência, muitas das vezes, da própria família ou do próprio paciente, eles... cada um tem um ritmo de vida, de condição familiar... e isso são coisas que a gente tem driblado pra conseguir prestar ajuda (PV-1).

Dentro da Rocinha, a gente usa os grupos pelo *WhatsApp* e, aí, vai lá alimentando as questões, a partir do momento que o voluntário local nos comunica e fala algumas questões. No transcorrer do mês, a gente vai orientando o melhor modo possível de como melhorar as condições básicas daquele paciente [...] (PV-3).

Nesses discursos, percebe-se a utilização de tecnologias digitais como estratégia para o cuidado, em meio aos desafios impostos pela estrutura urbana e social das favelas. Os profissionais utilizam essa ferramenta para realização de atendimentos e monitoramento da abordagem de CP realizadas em domicílios, com o apoio dos voluntários locais.

A utilização das tecnologias digitais resulta na ampliação e democratização do acesso a saúde pela população, principalmente em áreas de difícil acesso urbano e desprovidas de atendimento especializado em tempo real, como os CP. No entanto, a utilização dessas ferramentas, podem esbarar em fatores relacionados aos aspectos socioeconômicos, dificuldades no letramento digital e fragilidades na rede de apoio dos pacientes (ALMEIDA *et al.*, 2022; FARAH, 2023).

A figura dos voluntários locais representa um elemento central para a realização da assistência paliativa nas favelas, pois, em meio as visitas domiciliares que realizam, auxiliam os pacientes e familiares nos processos de cuidado, além de desempenharem outros tipos de apoio.

Os voluntários locais que são a potência maravilhosa desse projeto, né?! E, agora, com treinamento, com a capacitação que tem de seis em seis meses, ficou ainda melhor. Aqui, no Vidigal, que são os voluntários locais que eu conheço mais, nossa... eles já faziam isso sem conhecer, sem ter entendimento. Agora, então ... estão se achando (risos) (PV-3).

O projeto possui em média 45 voluntários locais nas duas comunidades. Grande parte dessas pessoas, eram ligadas a algum tipo de projeto social de cunho religioso, mediante a liderança de padres franciscanos, onde cuidavam de idosos e outras pessoas adoecidas, além de ofertarem a entrega de sopas semanais para essas pessoas [...] (DC, 2023).

Como apontado no discurso de PV-3, somado ao registro das observações no diário de campo, os voluntários locais já realizavam, de certa forma, algum tipo de abordagem para o alívio do sofrimento humano nas suas comunidades. No entanto, foi por meio do projeto comunidade compassiva que foram instrumentalizados para a realização de CP básico no domicílio.

Quando insurge no discurso de PV-3 o enunciado “Agora, então... estão se achando”, trata-se de uma referência ao conhecimento de CP adquiridos pelos voluntários por meio do treinamento ofertado pelos profissionais. Observa-se o reconhecimento da construção histórico-social do voluntário, bem como mostra a legitimidade que o conhecimento dá às suas práticas,

reposicionando-o nas redes de relação de poder em meios as relações construídas nessa comunidade. Esse saber que se constrói, produz poder, pois entende-se que não há relações de poder, sem que haja a criação correspondente de um campo de conhecimento, assim como não há saber que não pressuponha e, ao mesmo tempo, crie relações de poder (FOUCAULT, 2021).

A estratégia de incorporação dos membros da própria comunidade para a realização da abordagem de CP, ganha novos significados, à medida em que se compreende essas relações. Em um território que, por vezes, está cercado por normas não jurídicas, alicerçada em uma soberania comandada por narcotraficantes, faz-se preciso pensar formas de cuidado, que vão ao encontro dessas singularidades.

Ao chegar nesse local, a equipe deslocou-se a pé guiada pela voluntária local. [...] O fato da voluntária ser moradora da própria comunidade, possibilita que ela tenha acesso a regiões em que o Estado, por meio de dispositivos como a equipe de saúde da família, não consegue atuar em decorrência das fragilidades na segurança pública (DC, 2023).

Os voluntários locais, por serem moradores desses territórios e já desempenharem ações de assistencialismo, possuem conhecimentos sobre a dinâmica da soberania local e conseguem transitar nesse contexto de forma independente, mesmo em áreas consideradas de risco, pela presença do poder paralelo. Suas ações contemplam desde o reconhecimento de pessoas com necessidades de CP, até o acompanhamento e monitoramento da terapêutica instituída.

Além disso, exercem de forma indireta, o papel de “protetores” dos profissionais de saúde, pois é na companhia desses voluntários eles – não moradores dessas comunidades – conseguem “permissão” para andarem em locais de áreas de risco, como indicado no relato de campo descrito acima.

O papel do voluntário na Comunidade Compassiva é primeiro reconhecer quem está precisando do cuidado...encontrar essa pessoa dentro dessa comunidade... Ver as pessoas que não tem condições nem da saúde básica, pública... alguns não têm parentes... e aí você passa a ser a ponte entre essa pessoa pra gente dar o suporte necessário. [...] As minhas atividades é ... promover visitas semanalmente pra ver se a pessoa está se alimentando... se está tomando a medicação certa... se falta alguma coisa... se precisa de um cuidado especial... levar a pessoa, por exemplo, meu paciente eu levo ele a um tratamento... que através do meu apadrinhamento à ele eu fui procurando caminhos até chegar no encaminhamento pra um Hospital, aonde eu levo ele pra poder fazer um tratamento que tá surtindo efeito (VL-7).

Ao serem instrumentalizados de acordo com as diretrizes do projeto, os voluntários são disciplinados a realizarem a assistência de CP com base em um conhecimento estruturado, somado ao conhecimento empírico que já possuíam. Dessa maneira, conseguem ofertar o alívio do sofrimento humano em áreas de difícil acesso. Para Foucault (2021), esse poder disciplinador, não deve ser visto como algo essencialmente repressivo, pois não conseguiria

perpetuar-se. No entanto, deve ser compreendido como algo que incita prazeres, molda o conhecimento e dá origem aos discursos.

Na perspectiva do campo do saber-poder (FOUCAULT, 2021) que os voluntários locais são vistos na comunidade como pessoas detentoras do conhecimento que pode minimizar iniquidades. Representam uma figura de liderança, com a capacidade de instituírem novos hábitos e rotinas para pacientes e familiares acompanhados pelo projeto. Ou seja, também são capazes de instituir disciplinas.

É nesse âmbito que se expressam as estratégias macropolíticas do processo de trabalho da comunidade compassiva, que dão forma a essa organização e orientam o fazer das práticas de CP. Tal conjuntura se revela com a descrição das atividades desenvolvidas pelos voluntários e as interfaces que fazem com a RAS.

É um paciente que tá com muito descontrole de sintomas? Precisa ajustar? É um paciente que está em sofrimento social, precisa ajustar? Então nós vamos acompanhar até entender o que faz parte daquilo que a gente se propôs dentro de projeto. E, aí, a gente identifica as principais demandas, né? E é claro, são demandas multiprofissionais e a gente vai tentando fazer o que cabe a nós... improvisando muitas vezes... e o que não cabe, a gente faz contato com a rede, né? Como a clínica da família, o PADI, né? (PV-6).

A dimensão macropolítica do projeto se sustenta com o estabelecimento de normas e rotinas de trabalho que dão contorno às práticas (ROMAGNOLI, 2016). Diante disso que o escopo de atuação da comunidade compassiva, bem como o limite da sua assistência é definido.

Para o projeto a gente considera aquele paciente com necessidade de CP predominante e exclusivo [...] sim, a gente tem uma avaliação. A gente usa a Escala de *Karnofsky*, né? Então, ali, a gente aplica. Um paciente com uma performance baixa, um paciente acamado, um paciente com doença avançada com descontrole de sintomas que precisa ajustar, a gente o considera elegível (PV-5).

PV-5 relata como essas práticas são fomentadas pela macropolítica do projeto. Entende-se que há a utilização de tecnologias leve-duras, ou seja, de um conhecimento estruturado para elegibilidade dos pacientes, como o uso da *Karnofsky Performance Scale* (KPS). Por meio da avaliação da sua pontuação, determina-se grau de funcionalidade que o paciente apresenta, bem como auxilia na compreensão do nível de complexidade para o cuidado que o paciente demanda (SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018).

Quando a KPS é utilizada em conjunto com outras escalas, somando-se a avaliação clínica, pode-se presumir o prognóstico e a expectativa de vida do paciente (SANVEZZO; MONTANDON; ESTEVES, 2018). Na dinâmica dos atendimentos realizados pelo projeto, utiliza-se um formulário estruturado com questões norteadoras para a consulta de CP baseadas

na KPS e na *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), que auxiliam na estratificação do nível de CP que o paciente necessita.

Esse formulário dispunha de escalas específicas para auxílio na elegibilidade aos CP, como a escala de KPS, voltada para avaliação do impacto da doença nas atividades de vida diária, escala de ESAS, que avalia e monitora a severidade de sintomas físicos e psicológicos e uma escala de estratificação dos CP em precoce, complementar, predominante e exclusivos, conforme pontuação da KPS (DC, 2023).

Para o projeto, são considerados elegíveis os pacientes que apresentaram falhas ou uma resposta insuficiente a terapêutica modificadora de doença, com uma tendência maior ao óbito (necessidade de CP predominantes) e aqueles que apresentam um prognóstico de tempo de vida previsto em semanas, dias ou horas, tendo como foco principal o controle de sintomas (necessidade de CP exclusivos) (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS, 2014).

De certa forma, nesse panorama, se reproduz com outra roupagem a essência da biopolítica, que é o fazer viver e deixar morrer, mas agora voltado para a população marginalizada pelo desinteresse estatal, ou seja, os idosos com necessidade de CP predominantes e exclusivos que vivem em favelas. Não obstante, compreende-se que ao se fazer viver essa parcela da população de favela que outrora era de desinteresse do estado, outros sujeitos serão deixados à margem, nesse caso, os que não se enquadram na elegibilidade ao projeto comunidade compassiva.

[...] Nós fazemos primeiro uma abordagem... vê se o paciente é elegível. Tem que ver a medicação que ele está tomando... a receita, os sintomas... porque muitas vezes pensamos que podem entrar no projeto e de repente o paciente não consegue... não é elegível (VL-6).

A gente está acompanhando um paciente com câncer de reto, que tá em quimioterapia, que tá muito bem. Ele é elegível pra cuidado paliativo, certo? Mas ele não é elegível, naquele momento, no projeto, por quê? Porque ele tá bem, ele tá com a autonomia é... preservada, ele não tem nenhuma questão social que esteja causando sofrimento, ele tem uma boa rede de apoio, né? Ele tá fazendo tratamento dele, [...] então, eu vejo que é um paciente com condição ameaçadora da vida, mas que ele não é elegível pro projeto (PV-5).

No entanto, mesmo tendo definido a macropolítica do escopo de atuação do projeto, os voluntários, muitas vezes, furam as estruturas institucionalizadas e produzem novos sentidos e formas de prestar assistência paliativa. Esse contexto pode ser entendido quando PV-5 descreve que mesmo o paciente não se enquadrando na elegibilidade do projeto, muitas vezes, é ofertada a assistência de CP e fazem o acompanhamento deles.

Assim, entende-se a dinamicidade da atuação enquanto voluntariado de CP nesses cenários, por meio das linhas de fuga da micropolítica. É no âmbito da micropolítica que esses sujeitos podem reproduzir ou não, os modos de subjetivação dominante, podendo enfrentar

resistências para a construção de um bem comum (GUATTARI; ROLNIK, 1986; MERHY *et al.*, 2019).

[...] então, a gente tá vendo o que que dá pra gente fazer, o que que é nosso de fazer... e o que não é o nosso... o que responsabilidade da clínica da família, o que é da família mesmo ou do cuidador, né? Porque senão a gente fica pegando também o que não é da gente (PV-5).

Nós somos um programa de apoio para ajudar e complementar aquilo que já existe... nós podemos... como eu falei... melhorar... diminuir o sofrimento das pessoas (VL-2).

A comunidade compassiva, ela vem como algo para somar, não para substituir, mas para somar ao nosso sistema público de saúde... [...]. Então, ... políticas públicas são necessárias para que a gente possa ampliar a nossa forma de cuidado... para que esse cuidado ele seja digno, ele seja integral e ele seja acessível a todo e qualquer paciente que necessite, né? (PV-4).

As narrativas apresentadas por PV-5, VL-2 e PV-4 se referem a atuação do projeto como ferramenta complementar aos serviços ofertados no SUS, não como algo substitutivo. Dessa forma entende-se o voluntariado em CP como um instrumento de articulação dos pacientes aos dispositivos da RAS, de forma a proporcionar a ampliação do acesso ao controle de sinais e sintomas, no âmbito do sistema de saúde (MESQUITA *et al.*, 2023).

O serviço voluntário no Brasil é respaldado pela Lei nº 9608 de 18 de fevereiro de 1998, e versa sobre a prestação do voluntariado por pessoa física a organizações públicas, sem que haja geração de vínculo empregatício ou afins. Destaca-se que esse tipo de ação deve ser complementar ou acessório aos serviços públicos, não podendo desenvolver-se de forma substitutiva as responsabilidades do Estado (BRASIL, 1998).

Assim, compreende-se que, para além do fomento a iniciativas voluntárias de CP, torna-se necessário a instituição de políticas públicas, que garantam a responsabilização do Estado no desenvolvimento de ações voltadas ao direito humano fundamental da saúde. Tal conjuntura é assegurada por meio da Constituição da República Federativa do Brasil (1988), ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social que deve abranger a toda população de forma universal e equânime.

Este ato representa o reconhecimento à saúde como um direito, que deve ser instituído por meio de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade com o propósito de consolidar o bem-estar e a justiça social (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009). Diante disso, o exercício dessas responsabilidades é parte inerente ao papel do Estado, no qual inclui a condução, a regulamentação, o funcionamento e a normalização da prestação desses serviços, somado a coparticipação social (BRASIL, 2007).

## 6.2 A FAVELA QUER VIVER: A MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO COMPASSIVO À IDOSOS VULNERADOS

Historicamente, os moradores de favela vivenciam a expressão de uma biopolítica excludente, com mecanismos de interdição do acesso à saúde, segurança, renda, alimentação, infraestrutura urbana e outros direitos humanos fundamentais, o que faz com que esses sujeitos sejam expostos continuamente à morte (PETTI, 2020). Essa conjuntura se agrava quando se trata de indivíduos não produtivos sob a ótica capitalista, a exemplo da pessoa idosa moradora desses territórios que convive com uma doença ameaçadora à vida, pois estes sujeitos são vistos como um fardo social, dispensáveis na lógica do “fazer viver” (FOUCAULT, 2014; PETTI, 2020).

O idoso ele não tem muitos projetos. Dentro de uma comunidade, menos ainda. Porque o idoso já está em fim de vida... independente se ele tá em CP ou não. Então, quando você entrar em uma comunidade, independente de qual seja, você não vê nada muito direcionado a um idoso. E quando é um idoso com um diagnóstico (de uma doença ameaçadora da vida), menos ainda [...] (PV-1).

O que dificulta são os equipamentos públicos, né?! Que é a dificuldade que a gente tem de acessar, né?! De fazer com que isso funcione é... de fazer com que os direitos dos idosos sejam respeitados, é bem complicado (VL-1).

Os discursos de PV-1 e VL-1 demonstram o desinteresse estatal e da sociedade civil em desenvolver estratégias de cuidado para a pessoa idosa. Essa ausência de ações governamentais e não governamentais voltadas à essa população, são produtos da construção histórico social dos discursos que colocam a ideia do envelhecimento como o inverso da vida. Diante disso, a sociedade capitalista tende a se afastar da pessoa idosa, colocando-a no campo do ser impotente e improdutivo (MATOS; VIEIRA, 2014; OLIVEIRA; SALVADOR; LIMA, 2023).

PV-1 expressa ainda que, quando se trata de um idoso com um diagnóstico de uma doença ameaçadora à vida, essas ações de cuidado tornam-se mais escassas. Tal fato pode ser entendido à medida que o discurso do “envelhecimento ativo e saudável” se propaga socialmente, pois cria-se um padrão normalizante do processo de envelhecer considerado ideal, que é aquele capaz de conservar a saúde e o manter o sujeito que envelhece produtivo. Contudo, se tal produtividade não for concebida pela permanência do idoso no mercado de trabalho, é também acolhida quando se tem a redução dos custos no atendimento à saúde, já que se trata de pessoas ativas e saudáveis, bem como, quando há a sua incorporação no mercado como consumidores de produtos e serviços (PASSO; BARRETO; CARRIERI, 2020).



Dessa forma, os sujeitos idosos que não se enquadram nesse padrão, por vezes, são esquecidos pela sociedade e pelo Estado. Essa conjuntura repercuti também na dinâmica familiar dos pacientes idosos moradores de favelas com necessidades de CP domiciliares, pois a oferta desse tipo de cuidado envolve mudanças significativas no cotidiano dos familiares/cuidadores, tendo que conciliar essas novas demandas com as suas necessidades pessoais, profissionais e domésticas (LOPES *et al.*, 2018), somado às disparidades impostas pela conformação social desses territórios.

Eu acho que é a falta de um familiar... um familiar que tenha realmente uma disponibilidade para poder dar uma assistência pra quele idoso, né? Então, por exemplo, não criticando, mas eu vejo que os cuidadores aqui têm uma demanda muito grande, né? Da casa... de trabalhar... de filho... A gente até fez uma pesquisa agora que traçou um pouquinho o perfil desses cuidadores. E a gente viu que são filhos, genros e noras que tomam conta desses idosos. Então, a gente vê que são cuidadores jovens, adultos jovens, que também trabalham. Então, às vezes, a gente quer dar uma continuidade nessa assistência e não consegue, porque eles (os familiares/cuidadores) não estão sempre em casa (PV-6).

A gente encontra muitos familiares sobrecarregados, né? Porque quando a pessoa adocece, a família adocece junto. Então, a gente vê que a dinâmica dessa família muda, né? Aí, às vezes, a pessoa acaba não cuidando como deveria, porque na verdade é ele (o familiar) que precisa de cuidados (VL-7).

Subentende-se, por meio dos discursos, que nem sempre os familiares estão preparados para assumirem os cuidados da pessoa idosa que dispõe de uma condição ameaçadora à vida. A evolução clínica da doença atribui novas funções para o papel de cuidador, o que pode colaborar para o comprometimento do seu autocuidado, trabalho e lazer. Esse familiar passa a orbitar em torno das exigências que a doença impõe, o que pode levá-lo a vivenciar consequências negativas, como sintomas depressivos, ansiedade, sobrecarga e aumento dos níveis de estresse (PINTO; NATIONS, 2012; LOPES *et al.*, 2018).

Além disso, o cenário da favela faz com que os responsáveis pelo cuidado ao idoso enfrentem limitações socioespaciais ligadas à estrutura urbana e domiciliar, acesso deficiente aos dispositivos de suporte social e de saúde, barreiras de acessibilidade, entre outros fatores que os oneram de diversas formas e comprometem a prestação de um cuidado humanizado e de qualidade (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; SILVA *et al.*, 2021).

Outrossim, durante o processo de adoecimento da pessoa idosa que convive com uma condição ameaçadora da vida, os familiares/cuidadores muitas vezes necessitarão do auxílio externo dos dispositivos de saúde para a prestação de CP domiciliares (SILVA *et al.*, 2021). No entanto, esbarram-se nas limitações de uma biopolítica que não engloba as singularidades da população de favela. Um exemplo disso é o processo de elegibilidade de pacientes com necessidades de CP ao SAD. O artigo 13º da Portaria nº 825 de abril de 2016, que redefine as

diretrizes de atuação das equipes de AD, condiciona a admissão de usuários dependentes funcionalmente à presença integral de um familiar/cuidador (BRASIL, 2016).

Com essa diretriz condicionante para o acompanhamento da equipe do SAD, pacientes idosos com necessidade de CP que moram em favelas, como exemplificado por PV-6 e VL-7, nem sempre terão acesso a estes cuidados, pois seus familiares/cuidadores são adultos jovens que trabalham para manter o sustento da família, e por esse motivo, não estão em casa em tempo integral. Diante disso, sem o suporte da equipe de saúde, o familiar/cuidador torna-se sobrecarregado e pode vir a tornar-se um fator de risco para a ocorrência de maus-tratos à pessoa idosa (PINTO; NATIONS, 2012; LOPES *et.al.*, 2018), como relatado a seguir.

A gente vê aqui muito idoso que mora sozinho... ou então idosos cuidando de idosos, porque não tem ninguém, não tem nenhum familiar. Isso acontece muito, muito mesmo (VL-4).

Em alguns casos, a gente vê os filhos abandonarem, né? O idoso, deixar largado... o idoso não tem uma cama... falta alimento, falta muitas coisas.... (VL-5).

E uma outra questão que me chama atenção é ver o quanto que esses idosos são explorados... na sua dignidade. A gente vê, às vezes, que os idosos eles recebem pensão, né? E acabam sendo arrimo daquela família, por ser a única fonte de renda e acaba que os netos e filhos fazem empréstimos com o dinheiro do idoso, com a pensão do idoso, né? (...) (PV-6).

As narrativas apresentadas por VL-4 e VL-5, revelam dois tipos mais comuns de violência contra a pessoa idosa, que é caracterizado pelo abandono e a negligência por parte dos familiares. Tais circunstâncias acontecem diante da recusa ou a omissão de cuidados pelos responsáveis legais do idoso, acarretando danos ao seu bem-estar físico, social e psicológico (BRASIL, 2020).

Outro tipo de violência frequentemente presente no contexto intrafamiliar da pessoa idosa apontada por PV-6, é o abuso financeiro. Tal violação acontece principalmente no contexto de idosos que convivem com uma condição de comprometimento cognitivo ou de dependência funcional, pois esses fatores envolvem dificuldades de gerenciamento das suas próprias finanças (ALARCON *et.al.*, 2019).

Para Minayo (2023), a violência contra a pessoa idosa é uma manifestação dos discursos socialmente construídos onde o idoso torna-se o signo de algo marginalizado, um peso social que pode ser descartado. Trata-se, então, de uma parte da sociedade pelo qual se nutre um desejo social da morte, que ganha forma nas dimensões político e institucionais e se expressam no âmbito domiciliar.

Tal fato se potencializa nas favelas, pois a ausência de iniciativas governamentais voltadas ao amparo do cuidador, faz com que estes sujeitos fiquem sobrecarregados, potencializando o risco de abandono, negligência e o abuso financeiro da pessoa idosa sob seus

cuidados. No entanto, é em meio às circunstâncias do abandono político e social, que os moradores desses territórios são suscitados a resistirem ao “deixar morrer” normalizado pelas estratégias biopolíticas, criando mecanismos de resistência às mazelas instituídas.

A gente já observou diversas vezes que essa mobilização da comunidade acontece, porque, apesar de ninguém ter muito, alguns tem mais do que os outros, [...] então, na comunidade, a gente tem muito essa percepção de ajuda ao próximo, né? (PV-5).

Segundo Foucault (2014), onde existe poder há sempre a possibilidade de resistir, pois o poder e as resistências estão capilarizados nas malhas sociais. Como mecanismo de resistência ao ato de “deixar morrer”, os moradores de favelas constroem coletivamente estratégias para se “fazer viver”. Buscam por meio das linhas de fuga da micropolítica, potencialidades territoriais para que se tenha acesso à saúde e aos CP.

Subentende-se por meio do discurso de PV-5, que uma das estratégias utilizadas pelos moradores da comunidade é a compaixão como eixo norteador das suas ações, transformando os seus discursos em relações de amparo, cuidado e acolhimento, em prol do alívio do sofrimento humano.

[...] então, assim, viver dentro de favela, é cuidar o tempo todo. As pessoas não têm noção, mas é estar sempre sendo cuidado e cuidando uns dos outros, o tempo todo. Quando a gente cuida, a gente recebe cuidado, a vida retribui, né? (VL-1).

As narrativas apresentadas por VL-1, descrevem atos de cuidado que são estabelecidos entre os moradores de favelas em meio às disparidades socioespaciais desses territórios, onde cria-se uma rede de apoio de trocas mútuas. No entanto, ao analisar os enunciados “É estar sempre sendo cuidado e cuidando uns dos outros” e “Quando a gente cuida, a gente recebe cuidado, a vida retribui, né?”, subentende-se que para além de ações de cunho essencialmente caritativo, o cuidado também se estabelece como um mecanismo de barganha, em que, ao cuidar de outros, os sujeitos também esperam serem cuidados.

Então, o que passa a ser essa rede de apoio? O vizinho que passou a vida inteira do lado desse idoso... que foi muito ajudado por ele... Aquela pessoa da vendinha, da padaria, do bar... que esse idoso passava todos os dias e dava bom dia, boa tarde, boa noite... pegava um pão... ou que levava um pedaço de bolo que fez fresquinho... A rede de apoio acaba sendo esses vínculos que aquele idoso fez durante o período que ele tinha autonomia de ir e vir (PV-6).

A fala de PV-6 coaduna com os discursos descritos acima, ao reafirmar a criação de redes de apoio à pessoa idosa, por meio das trocas de atos de cuidado nessas comunidades. Tal conjuntura, condiciona “O vizinho que passou a vida inteira ao lado desse idoso [...] que foi muito ajudado por ele” a desempenhar o papel de cuidador, quando a pessoa idosa perde a sua autonomia.

Nesse contexto, as relações sociais que se formam no cotidiano de cuidado da pessoa idosa, também podem criar normas de comportamento que influenciam as ações desses sujeitos. A medida em que a pessoa envelhece e sua autonomia é reduzida, o torna mais dependente dessa rede de apoio.

E da mesma forma que várias vezes a gente já viu acontecer uma movimentação, né? Tanto de pessoas consideradas do movimento (tráfico), quanto dos vizinhos, que se mobilizam para a retirada daquele paciente idoso que mora em cima do morro. Então, é uma força tarefa que se mobiliza para aquele cuidado acontecer, né? (PV-1).

PV-1 discorre sobre a mobilização comunitária para que a pessoa idosa tenha acesso aos dispositivos de saúde que, por vezes, não é possível em decorrência das precariedades urbanísticas que provocam o isolamento social desse sujeito. Um mecanismo frequentemente utilizado por essa rede é a busca pelo amparo do poder paralelo que se instaura nas favelas em decorrência do desemprego estatal. Dessa forma, por experienciarem o abandono do Estado, os moradores desses territórios buscam, em indivíduos vinculados ao narcotráfico, apoio para o enfrentamento das disparidades socioespaciais. Assim, a soberania do narcotráfico ganha força, pois assumem, de certa forma, o papel do Estado, estabelecendo um sistema de proteção da comunidade que vive sob seu domínio coercivo (NOBRE, 2005).

Assim, surgem nessas periferias movimentos sociais que buscam a promoção da cidadania e a garantia aos direitos humanos fundamentais, contribuindo para a expansão do acesso à saúde, em especial os CP (SILVA *et al.*, 2023). Como exemplo, tem-se o projeto comunidade compassiva realizado nas favelas da Rocinha e Vidigal, que busca a capacitação de pessoas da própria comunidade para a oferta dessa abordagem terapêutica à idosos vulnerados (MESQUITA *e.al.*, 2023).

Nós procuramos através do projeto (comunidade compassiva), conhecimentos...é diminuir o sofrimento desse idoso, dar esse apoio emocional [...] vê o que nós podemos ajudar, mas o fundamento é esse... cuidar (VL-5).

O projeto é lindo, né? é um projeto muito bacana [...] estar nesse local junto com a comunidade, de conviver, de conhecer a rotina... A comunidade compassiva é isso! É um lugar de troca muito grande experiência profissional para gente, de troca de experiência de vida, onde a gente é guiado pela compaixão... É olhar para a necessidade da pessoa e tentar levar dignidade de vida. É acrescentar vida aos dias com os CP (PV-3).

VL-5 e PV-3 expressam por meio de suas narrativas, como ocorre a organização das práticas de CP nas favelas operacionalizadas por meio das Comunidades Compassivas. Tal iniciativa, reverbera como um mecanismo de resistência diante das iniquidades em saúde vivenciada por esses indivíduos, sendo viabilizada com a incorporação de lideranças da própria comunidade, em parceria com as redes sociais de apoio e profissionais de saúde voluntários,

que colaboram para a ampliação do acesso a essa modalidade de cuidado (PCA, 2018; MESQUITA *et al.*, 2023).

Outro ponto a ser destacado que está subentendido nos discursos descritos acima é a utilização do projeto comunidade compassiva como uma estratégia de saber-poder. As práticas realizadas pelo projeto se distinguem por momentos de educação permanente sobre a temática de CP, formando, assim, um campo de conhecimento social, político e de saúde, que produz poder, fazendo com que os sujeitos envolvidos nas ações voluntárias, demonstrem tenacidade ao poder biopolítico excludente, com a entrega de um cuidado compassivo estruturado (FOUCAULT, 2021; MESQUITA *et al.*, 2023).

A gente estimula os próprios vizinhos a nos ajudarem, ficar de olho. Tem muitos vizinhos que ajudam esse idoso na questão de oferecer, ofertar alimento, nos horários certos, fazer medicação, e a gente também orienta o próprio voluntário local (PV-7).

Porque na favela já existe esse cuidado, sem recurso, né?! Cada um já fazia do seu jeito, dividindo, né?! Usando o que tem, imagina isso aí organizado com potência? Toda comunidade vai ter vários núcleos de CP (VL-1).

Os discursos de PV-7 e VL-1, demonstram que a estruturação do conhecimento sobre CP, se organiza por meio da macropolítica do projeto. Diante disso, os profissionais de saúde capacitam os moradores de favela a realizarem abordagens de CP de forma planejada. Soma-se, então, o conhecimento empírico que os voluntários locais já possuíam, com os novos saberes adquiridos com as orientações dos profissionais, fazendo com que vislumbrem novas possibilidades de terem acesso aos cuidados que, muitas vezes, os são negados “Imagina isso aí organizado com potência? Toda comunidade vai ter vários núcleos de CP”.

Nessa perspectiva, ao mesmo tempo em que os voluntários locais – moradores desses territórios- exercem atos de auxílio e assistencialismo à pessoa idosa com necessidades de CP, simultaneamente, amplia-se sobre o ser cuidado, mecanismos de sujeição. Para Foucault (2021), é por meio das normas institucionais que o sujeito é moldado, ou seja, sujeitados por técnicas disciplinares, que o torna obediente a uma norma, mediante a utilização de premiações e punições.

No contexto dos CP ofertados pelo projeto, os voluntários desempenham o papel de sujeitar os indivíduos que estão sob seus cuidados. Assim, por meio da filosofia dos CP aprendida com as capacitações dos voluntários profissionais, exercem a compaixão como uma maneira de direcionar os sujeitos a um bem comum (CAPONI, 2000), mediante a realização de CP à uma população historicamente excluída de iniciativas biopolíticas. Dessa maneira, os sujeitos idosos e seus familiares que necessitam de CP, tendem a serem mais receptivos a receberem a assistência ofertada pelo projeto, bem como tornam-se mais obedientes as instruções ofertadas.

Eu acho que a facilidade maior é porque, como eles são muito carentes, eles nos recebem e nos acolhem totalmente com muito carinho, porque eles sabem que ali a gente entra na casa para tentar, de alguma forma, amenizar a dor. Então, a carência, muitas vezes é o facilitador do nosso trabalho (PV-4).

O discurso de PV-4 revela a dinâmica das relações de poder estabelecidas no cotidiano dos sujeitos que oferecem e dos que recebem os CP. Na fala “Eu acho que a facilidade maior é porque, como eles são muito carentes, eles nos recebem e nos acolhem”, destaca-se como a sujeição dos pacientes e familiares com necessidades de CP, se manifesta de maneira sutil em meio as carências territoriais, tornando-se corpos dóceis, ou seja, obedientes. Para Foucault, um corpo dócil é aquele que pode ser sujeitado, que pode estar sob o domínio de algo ou alguém, podendo ser utilizado e aperfeiçoado a um fim específico (FOUCAULT, 2014).

Diante disso, o discurso de PV-4 implica dizer que os sujeitos que oferecem os CP, exercem um certo grau de controle sobre o contexto de saúde-doença dessas pessoas, mediante as técnicas disciplinares instituídas pela macropolítica do projeto. Na medida em que se estabelecem essas relações, os beneficiários destes cuidados podem se sentir compelidos a se conformarem com as normas estabelecidas pelos promotores dessa assistência, a fim de conseguirem acesso a essa abordagem de cuidado que, por vezes, não os abrangem.

A sujeição das pessoas que necessitam dessa abordagem, se expressa ao analisarmos o enunciado “Então, a carência, muitas vezes é o facilitador do nosso trabalho”, podendo se inferir que as relações de poder que se sucedem, configuram o comportamento, as atitudes e os discursos (FERREIRINHA; RAITZ, 2010) dos moradores de favela, haja vista que podem torná-los mais receptivos aos cuidados de outrem. No entanto, o mecanismo de sujeição e obediência não pode ser entendido como algo negativo (FOUCAULT, 2014), pois, muitas vezes, é a maneira que pessoas vulneradas, no caso os moradores de favela, encontram para sobreviverem às precariedades políticas e de acesso às estratégias socialmente instituídas de cuidado.

Diante disso, é em meio as relações de saber-poder construídas nas favelas, que a mobilização comunitária surge como uma estratégia micropolítica para organização do cuidado, especialmente à pessoa idosa elegível aos CP que, diversas vezes, não são vistas pela ótica da biopolítica (AGRA DO O, 2011). Dessa forma, essa organização permite que o cuidado comunitário, somado às práticas regulamentadoras do poder público, promova por meio da compaixão, o alívio e a prevenção do sofrimento humano, cerne dos CP.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CP têm por finalidade garantir a qualidade de vida e a dignidade humana de pessoas que cursam com condições ameaçadoras à vida. No entanto, compreende-se que há uma incipiente mobilização estatal para se conseguir ofertar de forma universal e equânime essa assistência. Uma parcela da população, especialmente à pessoa idosa que apresenta necessidades de CP e que reside em comunidades vulneradas, muitas vezes padece sem receber esse tipo de cuidado, haja vista que a sua força produtiva se torna irrelevante para o olhar neoliberal.

A problemática que emerge desse panorama é complexa e requer uma análise genealógica das relações de saber-poder que constroem os discursos de verdade em torno dos CP frente à essa população, tendo como base o contexto sócio-histórico e cultural desse objeto de pesquisa. Nesse ínterim, ao ampararmos este estudo sob a ótica foucaultiana, balizada no conceito da biopolítica, confirma-se o pressuposto de como as práticas de CP à pessoa idosa, no âmbito de comunidades vulneradas, são configuradas pelas singularidades que permeiam esses territórios e essa população.

Os resultados que sucederam dos discursos e dos relatos descritos no diário campo, apontam para a criação de mecanismos de regulamentação da vida, no âmbito coletivo, que surgem em meio a inércia estatal no contexto das favelas. Observa-se por meio das narrativas, que, muitas vezes, o Estado é eximido das suas responsabilidades de condução, regulamentação, financiamento e normalização da biopolítica de CP nesses territórios, mediante a propagação dos discursos socialmente construídos em torno da violência e do estigma.

Diante da ausência estatal, instaura-se uma soberania por meio do poder paralelo, capaz de legitimar normas e condutas sob esses sujeitos, ao ponto de decidirem quem receberão ou não à assistência à saúde e os CP. É em meio à essas relações de poder que os participantes desta pesquisa produzem práticas de CP que se estendem para além das estruturas macropolíticas instituídas pelo Estado, mediante a dimensão micropolítica que se estabelece de forma dinâmica no cotidiano do trabalho voluntário.

Somando-se a isso, os moradores desses aglomerados também estabelecem mecanismos de fuga diante as mazelas socialmente instituídas, para levarem mutualmente o alívio do sofrimento humano. No entanto, é em meio as essas fragilidades que esses indivíduos se tornam sujeitados a receberem a assistência de CP pelo trabalho voluntário que, por vezes, não é produzida por uma biopolítica estatal.

Essas constatações sugerem que, para além do fomento de iniciativas não governamentais de assistência à saúde, necessita-se de avanços no desenvolvimento de políticas públicas de CP, que sejam amparadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, para que ocorra a inserção dessa abordagem de cuidado em todos os pontos da RAS e que abarquem também os territórios de favela. Além disso, torna-se imperativo compreender o conceito de saúde como algo ampliado, tendo em vista a dinâmica territorial e os seus determinantes e condicionantes sociais de saúde.

Acredita-se que essa pesquisa possa contribuir para uma maior compreensão das relações de saber-poder que se formam no cotidiano das favelas brasileiras e que se relacionam com o desenvolvimento de práticas de saúde, em especial, os CP. Como limitações, tem-se como cenário os domicílios de pacientes idosos com necessidades de CP, atendidos por uma iniciativa não governamental de saúde.

Diante disso, percebe-se, a partir dos seus achados, a necessidade de desenvolvimento de pesquisas adicionais sobre CP que levem em conta os diferentes contextos de atendimento à essa população, especialmente aqueles relacionados à RAS. Isso permitirá maior compreensão sobre os fatores envolvidos nas práticas de CP à pessoa idosa no âmbito de favelas. Outrossim, torna-se imperativo o desenvolvimento de estudos que abarquem os efeitos e movimentos da mobilização comunitária para a produção de CP nesses territórios.



## REFERÊNCIAS

- ABIKO, A; COELHO, L. **Urbanização de favelas: procedimentos de gestão**, Porto Alegre: ANTAC, 2009.
- ABREU, M. **Evolução urbana do Rio de Janeiro**. In: Maurício de Almeida Abreu (Org.) Rio de Janeiro: IPLANRIO, Zahar, 1987.
- ABREU, M. Reconstruindo uma história esquecida: origem e expansão inicial das favelas do Rio de Janeiro. **Espaço e debates**, n. 37, 1994.
- AGRA DO O, A. Biopolíticas e velhice, **Revista Espaço Acadêmico**, n. 11, 2011.
- ALARCON, M. *et al.* Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.22, n.6, 2019.
- ALEIKSEIVZ, R. As reviravoltas de um conceito: a crítica do “poder” em Michel Foucault, **Griot: Revista de Filosofia**, v. 20, N. 3, p. 83-97, 2020.
- ALMEIDA, B. Poder e verdade a partir de Michel Foucault, **Revista Ítaca**, n.21, 2019.
- ALMEIDA, R. A política dos Parques Proletários Provisórios no Rio de Janeiro. **Revista da rede brasileira de história da geografia e geografia histórica**, v. 13, 2020.
- ALMEIDA, E. *et al.* Saúde digital e enfermagem: ferramenta de comunicação na Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.**, v. 35, 2022.
- ALVES, Y.; AZEVEDO, M. A Biopolítica de Michel Foucault: controle do indivíduo e da sociedade, **INTER-LEGERE**, v.4, n.30, 2021.
- ALVES, A.; BARROS, J. Racismo de estado em Michel Foucault. **Profanações**, v. 5, n. 2, p. 179-191, 2018.
- ARAÚJO, W. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **ConCI:Conv. Ciênc. Inform.** v. 3, n. 2, p. 100-134, 2020.
- BARCELOS, J. A circulação de representações sociais de favelas do Rio de Janeiro no discurso fotojornalístico. **Revista Mídia e Cotidiano**, v. 11, n. 3, 2017.
- BAPTISTA, T.; MACHADO, C.; LIMA, L. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, 2009.
- BERTOLINI, J. O conceito de biopoder em Foucault: apontamentos bibliográficos, **SABERES**, v. 18, n. 3, p. 86-100, 2018.
- BORSATTO, A. *et.al.* A medicalização da morte e os CP. **Rev. Enferm UERJ**, v. 27, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. 2007. Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpegclefindmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\_fesp\_final\_completo1.pdf. Acesso em: 09 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.083, de 2 de outubro de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília.

Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083\\_02\\_10\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html)>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

**Diário Oficial da União**, Brasília, 2016. Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 08 de jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 19, de 03 de janeiro de 2002. Programa Nacional de Assistência à Dor e CP. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019\\_03\\_01\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0019_03_01_2002.html)>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3150/GM/MS, de 12 de dezembro de 2006. Câmara Técnica em Controle da Dor e CP. **Diário Oficial da União**, Brasília., 2016.

Disponível em:

<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13107.html>>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Diretrizes para a organização dos CP, à luz dos cuidados continuados integrados. **Diário Oficial da União**, Brasília. Disponível em: <

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041\\_23\\_11\\_2018.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html)>. Acesso em: 08 de jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível

em:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998**. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em:<

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19608.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.608%2C%20DE%2018%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201998&text=Disp%C3%B5e%20so bre%20o%20servi%C3%A7o%20volunt%C3%A1rio,Art.](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19608.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.608%2C%20DE%2018%20DE%20FEVEREIRO%20DE%201998&text=Disp%C3%B5e%20so bre%20o%20servi%C3%A7o%20volunt%C3%A1rio,Art.)>. Acesso em: 28 dez. 2022.

BRASIL. Secretaria nacional dos direitos da pessoa idosa. **Violência contra a pessoa idosa vamos falar sobre isso?** Perguntas mais frequentes sobre direitos das pessoas idosas.

Disponível em: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.br/mdh/pt-

br/assuntos/noticias/2020-2/junho/cartilhacombateviolenciapessoaidosa.pdf. Acesso em: 09 set. 2023

CANDIOTTO, C. Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência, **Psicologia & Sociedade**, n. 24, p. 18-24, 2012.

CANDIOTTO, C. Subjetividade e verdade no último Foucault, **Trans/Form/Ação**, v. 1, n. 31, p. 87-103, 2008.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma analogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Cia. Das letras, 1996.

CLARK, D.; SEYMOUR, J. **Reflections on palliative care**. Philadelphia: Open University Press. 1999.

CLELLAND, D.; VAN, D.; WHITELAW, A.; CONNOR, S.; CENTENO, C.; CLARK D. Palliative care in public policy: Results from a global survey. **Palliative Med Reports.**, v. 1, n.1, 2020.

COMUNIDADE COMPASSIVA. **O que é uma comunidade compassiva?** Disponível em: <https://www.comunidadecompassiva.com.br/>. Acesso em: 23 jun. 2023.

CORDEIRO, F; SILVA, C; PINHEIRO, M. Fazer viver ou deixar morrer? Interfaces da biopolítica contemporânea. **Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)**, n. 5, v. 1, 2014.

COSTA, M. (Org.). **O discurso higienista e a ordem urbana**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

DANNER, F. Biopolítica e racismo de Estado: uma leitura do curso em defesa da sociedade (1975-1976) de Michel Foucault. **Aufklärung**, v.7, 2020.

DANNER, F. O Sentido da biopolítica em Michel Foucault, **Revista Estudos Filosóficos**, n. 4, 2010.

DANTAS, M.; AMAZONAS, M. A Experiência do adoecer: os CP diante da impossibilidade da cura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 47-53, 2016.

DANTAS, M.; AMAZONAS, M.; PAZ, D. Experiência como possibilidade de pesquisa. Os CP diante do adoecer, **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.1, 2015.

DELEUZE, G. **Conversações**, São Paulo: 34, 2008.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. *In*: DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: 34, 1996.

DINIZ, F.; OLIVEIRA, A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**. v. 2, n. 3, 2013.

FARAH, S. Telecardiologia e seu potencial em áreas remotas, **Arq Bras Cardiol**, v. 120, v.5, 2023.

FARIA, I. A propósito de Foucault e os mecanismos de controle: o biopoder, **Ciência et Praxis** v. 10, n. 20, 2017.

FARIA FILHO, J; ALVIM, A. Higienismo e forma urbana: uma biopolítica do território em evolução. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 14, 2022.

FARIAS, A. B.; FANTANIEL, F. Racismo em variações: contribuições para a crítica biopolítica. Caxias do Sul: Educs, 2019.

FERREIRINHA, I.; RAITZ, T. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de administração pública**, v.44, n. 2, 2010.

FEUERWERKER, L. (Org). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIGUEIREDO, M. A História dos CP no Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, v.1, n.2, 2011.

FLEURY, S.; MENEZES, P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências, **Saúde Debate**, v. 44, N. 4, p. 267-280, 2020.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**: um guia para iniciantes. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

FLORIANI, C.; SCHRAMM, F. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, n. 1, p.165-180, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FONTANELLA, B. *et.al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.389-394, 2011.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**, Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**, 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**, São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**, 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FRANCO, T. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc**, v.24, n.1, p.102-114, 2015.

FURTADO, M.; LEITE, D. CP sob a ótica de familiares de pacientes com neoplasia de pulmão. **Interface**, v. 21, n. 63, 2017.

FURTADO, R.; CAMILO, J. O Conceito de Biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Revista subjetividades**, n. 16, v. 3, 2016.

GARBOSA JÚNIOR, J.; BARBOSA, F. Exclusão e raça: incursões a partir do “racismo de estado” de Michel Foucault sobre o problema das experiências das desigualdades. **Revista de Sociologia, Antropologia e Cultura Jurídica**, v. 6, n.1, 2020.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A.; OTHERO, M. CP. **Estudos avançados**, n. 30, v. 88, 2016.

GONÇALVES, D. Soberania, disciplina e segurança: uma análise do dispositivo e suas possíveis vertentes em Michel Foucault. **Sapere aude**, v. 9, n. 18, 2018.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2010. Disponível em:<  
<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. 2022. Disponível em:<  
<https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>>. Acesso em: 01 jul. 2022.

KAYSER, K. et. al. Delivering palliative care to patients and caregivers in inner-city communities: Challenges and opportunities, **Palliative and Supportive Care**, v. 12, p. 369–378, 2014.

KELLEHEAR, A. Health-promoting palliative care: developing a social model for practice. **Mortality**, v. 4, n.1, p. 75-82, 1999.

KOPP, C.; ROSA, C. Biopolítica e medicalização: articulação entre o saber médico e o saber pedagógico, **Cadernos de educação**, n. 60, p. 98-113, 2018.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.

KOWARICK, L. Cortiços: a humilhação e a subalternidade. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 25, n. 2, 2013.

- LEAL, G. Biopolítica no Brasil: o racismo de estado da colônia. **Griot: Revista de Filosofia**, v.20, n.3, p.308-321, 2020
- LIMA, J. Do desmonte da favela à criação do Parque Proletário: política assistencial? **Revista Diversitas**, n. 2, 2014.
- LIMA-COSTA, M. Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2008). **Cad. Saúde Pública**, v. 27, 2011.
- LOPES, C. Eutanásia: a última viagem. **Revista da Faculdade de Direito da UERJ**, v.1, n. 19, jun./dez, 2011.
- LOPES, E. *et al.* Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 5, 2018.
- MACIEL, M. Definições e princípios. *In*: OLIVEIRA, R. A. (Org.). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Cremesp, 2008. p. 15-32.
- MALHOTRA, C. *et al.* Socio-economic inequalities in suffering at the end of life among advanced cancer patients: results from the APPROACH study in five Asian countries, **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 158, 2020.
- MARCUCCI, I.; CABRERA, S. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996-2010). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 833-40, 2015.
- MARICATO, E. O estatuto da cidade periférica. *In*: CARVALHO, C.; ROSSBACH, A. C. (Orgs.). **O Estatuto da Cidade: comentado**. São Paulo: Ministério das Cidades; Aliança das Cidades, 2010.
- MARIETTO, M. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Rev. Iberoam. Estratég.** São Paulo v. 17, n. 4, p.5-18, 2018.
- MATOS, R.; VIEIRA, L. Fazer viver e deixar morrer: a velhice na era do biopoder. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 1, 2014.
- MAURIZ, P; WIRTZBIKI, M; CAMPOS, W. **Protocolo de CP**. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, setembro, 2014. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefindmkaj/https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh\\_protoco\\_cuidado\\_paliativo.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefindmkaj/https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf). Acesso em: 08 de jun. 2023.
- MENEZES, R. Uma disciplina nascente. *In*: **Em busca da boa morte: antropologia dos CP**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.
- MERHY, E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde, **Saúde Debate**, v. 43, n.6, p.70-83, 2019.
- MERHY, E. *et al.* (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MESQUITA, M. *et. al.* Comunidade compassiva de favela: ampliando o acesso aos CP no Brasil. **Rev. Esc. Enferm.**, n. 57, 2023.

MERLIN, P; CHOAY, F. (Org.). **Dictionnaire de l'urbanisme, de l'aménagement, du logement et de l'environnement**. Presses universitaires de France, 2015.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 406 p.

MORAIS, R. Os dispositivos disciplinares e a norma disciplinar em Foucault. **Revista Ítaca**, n. 27, 2014.

NASCIMENTO, E.; COLOMBO, L. Fazer viver e deixar morrer: Os mecanismos de gestão das desigualdades em tempos de pandemia. **Psicologia Política**, v. 21, n. 51, p. 478-490, 2021.

NESPOLI, G. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. *In*: GUIZARDI, F. L. *et al.* (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. p. 59-90.

NOBRE, C. Direto do front: notas sobre reportagem e narcotráfico no Rio de Janeiro. **Alceu**, v.6, n.11, 2005.

OLIVEIRA, S. As “Batalhas do Rio”: as metáforas de guerra e as políticas para as favelas cariocas (1946-1961). **Sociologias**, n. 58, 2021.

OLIVEIRA, W.; SALVADOR, P.; LIMA, K. Aspectos determinantes para construção social da pessoa idosa a partir das políticas públicas no Brasil. **Saúde Soc**, v.32, n.2, 2023.

O'REILLY, M.; PARKER, N. Unsatisfactory saturation: A critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, v.13, p. 190-197, 2012.

ORLANDI, P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005.

PAIVA, W.; CUNHA, T. Mistanásia em tempos de pandemia de COVID-19: reflexões iniciais a partir da bioética global. *In*: Luciana Dadalto. (Org.). **Bioética e COVID-19**. 1. ed. Indaiatuba: FOCO, 2020.

PALLIATIVE CARE AUSTRALIA. **Compassionate communities: an implementation guide for community approaches to end of life care**. 2018. Disponível em: [https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2018/09/An-implementation-guide-for-community.pdf](https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/09/An-implementation-guide-for-community.pdf). Acesso em: 19 jul. 2023.

PASSO, L; BARRETO, R; CARRIERI, A. Acrescentar Anos a Vida e Vida aos Anos Vividos: Um olhar foucaultiano sobre a gestão da velhice no programa Mais Vida, em Minas Gerais. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 12, n. 1, 2020.

- PAULINO, L.; SIQUEIRA, V.; FIGUEIREDO, G. Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana, **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.943-957, 2017.
- PETTI, D. Da resistência ao poder: Governos da vida, sofrimento social e a violência da remoção. **Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.**, v. 13, n.2, 2020.
- PINTO, L. *et al.* A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v.3, p.771-781, 2017.
- PINTO, S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012.
- PURKEY, E.; MACKENZIE, M. Experiences of Palliative Health Care for Homeless and Vulnerably Housed Individuals. **J. Am. Board Fam. Med.**, v. 32, n. 6, p. 858-867, 2019.
- QUEIROZ, D. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v.15, n.2, p. 276-783.
- REZENDE, L.; GOMES, C.; MACHADO, M. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em CP. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 6, n. 1, 2014.
- RIBAS, C.; LIMA, J.; OLIVEIRA, R. Regras não ditas no processo de construção das favelas. **Revista da SJRJ, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 43, p. 110-127, 2018.
- RICCI, L. **A morte social: mistanásia e bioética.** Lopes Ricci. (Org.). São Paulo: Paulus, 2017.
- ROMAGNOLI, R. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, 2016.
- ROWER, J.; JOHNSTON, F. Surgical palliative care disparities, **Ann Palliat Med**, v. 11, n. 2, p. 862-870, 2022.
- SANTOS, A.; MOTTA, M. O “bota-abaixo” revisitado: o Executivo municipal e as reformas urbanas no Rio de Janeiro (1903-2003). **Revista Rio de Janeiro**, n. 10, 2003.
- SANTOS, L.; FARIA, L.; PATIÑO, R. O envelhecer e a morte: Leituras contemporâneas de psicologia social. **Revista Brasileira de Estudos de População**, n. 35, v. 2, 2018.
- SANTOS, L.; PINTO, G. A biopolítica e os contornos da cidade: uma análise dos mecanismos de gerenciamento a partir de Michel Foucault. **Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade**, v. 6, n. 1, 2020.
- SANVEZZO, V.; MONTANDON, D.; ESTEVES, L. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em CP: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 21, n. 5, 2018.
- SAWAYA, A.; ALBUQUERQUE, M.; DOMENE, S. Violência em favelas e saúde. **Estudos avançados**, n. 32, v. 93, 2018.



SCHRAMM, F. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

SILVA, A. *et al.* CP em favelas no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

SILVA, L.; PACHECO, E.; DADALTO, L. Obstinação terapêutica: quando a intervenção médica fere a dignidade humana. **Rev. Bioét.**, n. 29, v. 4, 2021.

SILVA, M; CARDOSO, A; DENALDI, R. **Urbanização de favelas no Brasil: trajetórias de políticas municipais.** (Org.). Rio de Janeiro: Letra Capital, 2022.

SILVA, M. *et al.* CP na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 460-66, 2015.

SILVA, R.; AMARAL, J. **Historiografia do Movimento Hospice Moderno e as contribuições de uma enfermeira.** In: SILVA, R.; AMARAL, J. *Enfermagem em CP: cuidando para uma boa morte.* Paulo: Martinari, 2019

SLEEMAN, E. *et al.* The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. **The Lancet Glob Health**, n.7, 2019.

SILVA, R. *et al.* **Estudos qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações.** 1.Ed. Sobral: Edições UVA, 2018.

SILVEIRA, T.; CALDAS, C.; CARNEIRO, T. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.8, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos falar de. CP.** 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/05/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf/>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SOUZA, S. **Análise de discurso, procedimentos metodológicos,** Instituto Census: Educação e Gestão do Conhecimento, 2014.

STELMACH, Y. Ordem, higiene e progresso: as reformas urbanas na cidade do Rio de Janeiro através do romance O Cortiço, de Aluísio de Azevedo. **Revista do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História do Brasil da UFPI**, v. 9, n. 2, 2020.

STERN, C.; JORDAN, Z.; MCARTHUR, A. Developing the review question and inclusion criteria: The first steps in conducting a systematic review. **AJN, American Journal of Nursing**, v. 114, n. 4, p. 53-56, 2014.

TAVARES, M. **Presenças marcantes: violência e religião em programas sociais públicos.** 2008. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2008.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TZIRAKI, C. et. al. Rethinking palliative care in a public health context: addressing the needs of persons with non-communicable chronic diseases, **Prim Health Care Res. Dev.**, v. 15, n. 21, 2020.

VALLADARES, L. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 15, n. 44, 2000.

VALLADARES, L. A gênese da favela carioca: a produção anterior às ciências sociais. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 15, n. 44, 2000.

VALLADARES, L (Org.). **A invenção da favela: do mito de origem a favela.com**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

VAZ, L. Dos cortiços às favelas e aos edifícios de apartamento: modernização da moradia no Rio de Janeiro. **Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa**, v. 24, n. 127, p. 581-595, 1994.

VAZ, L. Notas sobre o Cabeça de Porco. **Revista Rio de Janeiro**, v.1, n.2, p. 29-35, 1986.

VILLEGAS, V. et. al. Idosos em CP: impacto em seus cônjuges. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, 2020.

WITZEL, D. Discurso, história e corpo feminino em antigos anúncios publicitários, **Alfa**, n. 58, v.3, p. 525-539, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing**. Disponível em: <[https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) >. Acesso em: 04 de agosto de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**, 2 ed, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**, 2016.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care**. 2020. Disponível em: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>. Acesso em: 12 ago. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=777CF3EAB26A243B3BA0041BA5C87258?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=777CF3EAB26A243B3BA0041BA5C87258?sequence=1)>. Acesso em: 04 de agosto de 2022.

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. 2014. Disponível em: <[https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2022.

YAZBEK, A. Soberania e Biopolítica: dos nexos entre poder soberano e biopoder no pensamento político de Michel Foucault e de seus usos na atualidade, **Rev. Filos.**, v. 31, n. 52, p. 118-140, 2019.

ZAMAN, S. *et al.* Palliative care for slum population: a case from Bangladesh. **European Journal of Palliative Care**, v. 24, n. 4, p. 156- 160, 2017.

## ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 5.858.694

permitirá compreender as subjetividades que envolvem a construção das práticas de CPs à pessoa idosa, no contexto das comunidades vulneradas. A opção pela abordagem qualitativa se deu pelo fato de ela possibilitar que o pesquisador obtenha uma perspectiva interpretativa a partir da sua imersão na realidade, e seu caráter exploratório permitir analisar critérios subjetivos, levando em consideração valores, crenças, aspectos éticos e culturais dos atores sociais envolvidos (SILVA et. al., 2018). Por outro lado, o estudo descritivo viabiliza a descrição das características de determinada população ou fenômeno, bem como o estabelecimento das relações entre as variáveis de interesse (GIL, 2002).

**CENÁRIO DO ESTUDO** - terá como cenário domicílios de pacientes sob CPs atendidos pelo projeto de extensão universitária Comunidade Compassiva, nos aglomerados urbanos subnormais da Rocinha e Vidigal, na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil e no aglomerado urbano Cabana do Pai Tomás, localizado na cidade de Belo Horizonte, MG, Brasil. De acordo com o IBGE (2010), são classificados como aglomerados subnormais, conjuntos habitacionais ocupados de terrenos de propriedades alheia, da esfera pública ou privada, compostos por, no mínimo, 51 unidades de moradia. Grande parte desses territórios são dispostos, em geral, de forma desordenada, com urbanização fora dos padrões estabelecidos, com vias de circulação estreitas e irregulares, com construções não regularizadas por órgãos públicos. Nestes espaços, observam-se aglomerações habitacionais de baixa renda, que expressam desigualdades sócio espaciais, com locais de moradia insalubres, compostos por pequenos cômodos, com pouca infraestrutura (ABIKO; COELHO, 2009). A estas condições, somam-se a precariedade na oferta de serviços essenciais, como o saneamento básico e oferta de energia elétrica, além das carências nutricionais e de insegurança alimentar vivenciadas pelos moradores, bem como dificuldades de acesso aos serviços de saúde (FLEURY; MENEZES, 2020). O aglomerado Rocinha está localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, se configura como o maior aglomerado subnormal do Brasil e um dos maiores do mundo (PINTO, et. al., 2017). Apresenta uma população estimada em 69.356 mil pessoas e cerca de 25.543 mil domicílios, segundo o censo IBGE de 2010. O seu espaço geográfico conta com três unidades 14 de básicas de saúde, compostas por 25 equipes de Estratégia Saúde da Família (PINTO, et. al., 2017). O aglomerado Vidigal, também localizado na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro, possui uma população estimada em 12.797 mil pessoas, que compõem cerca de 4585 mil domicílios (IBGE, 2010). O seu território dispõe de três equipes de Estratégia Saúde da Família, agregadas no Centro de Saúde Rodolpho Perisse. Por fim, o aglomerado urbano Cabana do Pai Tomás, localizado na Zona Oeste da cidade de Belo Horizonte, possui uma população estimada em 17.994 mil habitantes, com 5816 mil domicílios (IBGE, 2010). Essa região possui como dispositivo de saúde seis equipes de Estratégia Saúde da Família, com base no Centro de Saúde

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 8627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.898.694

**INCLUSÃO:** a) Ter idade igual ou superior a 18 anos; b) Ser profissional de saúde voluntário que esteja acompanhando pacientes idosos em CPs atendidos pelo projeto; c) Ser voluntário local que esteja acompanhando pacientes idosos em CPs atendidos pelo projeto e que tenha participado do treinamento básico de CPs para leigos. **CRITÉRIO DE EXCLUSÃO** - a) Ser profissional voluntário ou voluntário local que esteja acompanhando paciente em CPs com idade inferior a 60 anos. **COLETA DOS DADOS** - optou-se pela coleta de dados por meio da observação e da entrevista semiestruturada. A observação, consiste em uma técnica de coleta de dados que utiliza os sentidos na obtenção de informações inerentes a determinados aspectos da realidade (MARCONI; LAKATOS, 2002). A observação será feita pelo pesquisador durante acompanhamento das visitas de profissionais voluntários e voluntários locais. Os aspectos que serão observados durante a realização deste estudo contemplarão o contexto sócio-histórico e cultural de quem profere os discursos relacionados à configuração das práticas de cuidados paliativos; as relações estabelecidas entre indivíduos da comunidade, a equipe multiprofissional de saúde, os voluntários locais, familiares/cuidadores e os pacientes, frente à produção do cuidado paliativo no âmbito das comunidades vulneradas; as formas de normalização e regulamentação da vida presentes nestes contextos; os recursos e as condições disponíveis para os operacionalização dos CP, conforme exposto no (APÊNDICE B). Estima-se que esta etapa terá duração de quatro semanas. Os registros da observação serão realizados mediante notas por escrito (GIL, 2008), em diário de campo. A entrevista semiestruturada será realizada utilizando-se roteiro semiestruturado aplicado aos profissionais de saúde voluntários (APÊNDICE C) e aos voluntários locais (APÊNDICE D). As entrevistas ocorrerão em sala privativa, nas sedes do Projeto Comunidade Compassiva, localizadas em cada um dos aglomerados urbanos. Estima-se que as entrevistas tenham duração entre 20 e 30 minutos. Será utilizado equipamento multimídia digital para áudio gravação, as quais serão, posteriormente, transcritas na íntegra. O arquivo com a transcrição será enviado digitalmente, por e-mail e/ou Whatsapp, ou, caso seja opção do participante, de forma impressa, para a leitura validação do conteúdo. Como critério de definição da amostra, optou-se pela saturação de dados. **HIPÓTESE:** Parte-se do pressuposto de que as práticas de CP realizadas no âmbito de vulneração social, são moldadas a partir dos atravessamentos históricos, socioeconômicos e culturais desse contexto, bem como de relações que se fazem com os dispositivos de normalização e regulamentação da vida cotidiana

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO:**

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** cosp@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.658.654

mitigar as iniquidades em saúde presentes no cenário de vulneração social, contribuindo para a discussão e criação de políticas públicas que levem em consideração a dignidade humana a idosos vulnerados elegíveis para essa abordagem, garantindo uma assistência universal e equânime. A pesquisa pode ser benéfica para os participantes à medida que poderá gerar conhecimentos que possibilitem sua maior compreensão sobre os desafios e possibilidades da produção dos cuidados paliativos nesses territórios, no contexto da Rede de Atenção à Saúde”.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo o protocolo, a pesquisa estará a cargo do pesquisador Matheus Rodrigues Martins sob orientação da Profa. Dra. Isabela Silva Câncio Velloso. Sua origem é o PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM, em nível de Mestrado, mantido pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O financiamento é a cargo do pesquisador. Não há pedido de dispensa de TCLE. O estudo apresenta a sua relevância social, segundo o PARECER do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA), ao dizer que: “O tema da pesquisa é atual e de extrema importância, pois, pode trazer contribuições significativas para qualificar a prestação dos CPs ofertados à população nos serviços de saúde do SUS e da rede privada. Além de contribuir para a elaboração e fortalecimento de políticas públicas que levem em consideração a dignidade humana de idosos de comunidades vulnerada, garantindo uma assistência em CPs de caráter universal e equânime. Considerando que o estudo é relevante na área da enfermagem e da saúde coletiva, o qual possibilita uma análise da prática profissional dos profissionais de saúde no atendimento aos CPs no SU [...] sou, salvo melhor juízo da Assembleia Departamental do ENA, favorável à aprovação do projeto de pesquisa “Cuidados paliativos à pessoa idosa em comunidades vulneradas: caminhos, desafios e possibilidades”. Belo Horizonte, 23 de outubro de 2022”. A pesquisa é exequível no tempo proposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sobre os documentos de instrução, pode-se afirmar que encontro: (a) folha de rosto preenchida e assinada; (b) parecer consubstanciado e aprovado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Aplicada - ENA, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; (c) Projeto de pesquisa completo; (d) Roteiro de entrevista; (e) protocolos observacionais; (f) formulário de informações básicas do projeto; (g) cronograma; (g)TCLE como carta-convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa, e desistir do projeto a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Informando sobre a metodologia, o objetivo e o armazenamento de cinco anos dos dados, salvaguardando a sua consulta; esclarece que não

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4532

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.868.694

haverá qualquer forma de pagamento, mas disponibiliza apoio em caso de gerar algum risco à integridade física, mental ou de qualquer outra natureza ao participante. Dados do pesquisador e do CEP relatados; (h) carta-resposta do pesquisador ao CEP.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme as considerações apontadas sou, S.M.J, favorável à **APROVAÇÃO** do PROTOCOLO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2040338.pdf	10/01/2023 18:21:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto_CEP.pdf	10/01/2023 18:19:01	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Outros	NOVO_carta_resposta_CEP.pdf	10/01/2023 18:08:40	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novo_TCLE_CEP.pdf	10/01/2023 18:05:22	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Outros	parecer_departamento.pdf	07/11/2022 13:02:20	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Orçamento	orcamento_CEP.pdf	07/11/2022 12:49:36	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Outros	ROTEIRO_voluntarios_locais_CEP.pdf	07/11/2022 12:45:17	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 3005 Campus Pampulha

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@pppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.888.694

Outros	Roteiro_de_observacao_CEP.pdf	07/11/2022 12:43:59	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Outros	Roteiro_profissionais_CEP.pdf	07/11/2022 12:42:46	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Cronograma	cronograma_CEP.pdf	07/11/2022 11:36:38	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	07/11/2022 10:57:23	MATHEUS RODRIGUES MARTINS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Janeiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Corinne Davis Rodrigues**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br



**APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Gostaria de convidar você a participar da pesquisa intitulada “CP à pessoa idosa em comunidades vulneradas: caminhos, desafios e possibilidades”, a ser desenvolvida no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM). A pesquisa será conduzida pelo mestrando Matheus Rodrigues Martins e coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Silva Cancio Velloso, docente da EE-UFGM. Esse estudo tem como objetivo principal analisar a configuração das práticas de CP (CP) ofertados à pessoa idosa, no contexto domiciliar, no âmbito de comunidades vulneradas. Espera-se como benefícios dessa pesquisa, trazer reflexões sobre estratégias para mitigar as iniquidades em saúde presentes no cenário de vulneração social, contribuindo para a discussão e criação de políticas públicas que levem em consideração a dignidade humana a idosos vulnerados elegíveis para essa abordagem, garantindo uma assistência universal e equânime. A pesquisa pode ser benéfica para os participantes à medida que poderá gerar conhecimentos que possibilitem sua maior compreensão sobre os desafios e possibilidades da produção dos CP nesses territórios, no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Os dados serão coletados por meio de observação e de entrevista. A observação objetivará compreender as relações que são estabelecidas entre a comunidade, a equipe multiprofissional de saúde, os voluntários locais, familiares/cuidadores e os pacientes, frente à produção do cuidado paliativo em domicílios desta comunidade, bem como o contexto em que essas práticas são realizadas. A entrevista terá perguntas relacionadas à organização das práticas de CP no contexto de comunidades vulneradas. Sua participação consiste em permitir a observação e responder às perguntas da entrevista, as quais serão gravadas, se assim for permitido e, posteriormente, serão transcritas. O local, data e horário da entrevista serão agendados de acordo com a sua disponibilidade. O Sr.(a) pode se recusar a responder a qualquer pergunta. O tempo estimado para as entrevistas é de 20 a 30 minutos. A observação será realizada ao longo da permanência do pesquisador em campo durante o tempo da pesquisa e será registrada em diário de campo, tendo uma estimativa de quatro semanas de duração. O tempo de permanência do pesquisador no campo será determinado pelo método de saturação teórica, representado pela ausência de novas informações que contribuirão significativamente para os resultados do estudo. Este aspecto é contemplado quando se atinge a expressividade das informações que consigam responder à pergunta da pesquisa que norteia o estudo. Firmo o compromisso de que as declarações serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa e veículos de divulgação científica. Sua colaboração é voluntária e a observação assim como a entrevista não serão identificadas, garantindo seu anonimato. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar também, que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFGM (COEP/UFGM). A pesquisa seguirá as determinações do Conselho Nacional de Saúde, expressas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016, considerando o respeito aos participantes e à Instituição, durante todo o processo investigativo. Os riscos envolvendo esta pesquisa são mínimos, podendo ocasionar desconforto, constrangimento, vergonha e cansaço ao responder às perguntas da entrevista; desconforto com a presença do pesquisador em campo para observação; medo das observações a serem realizadas em campo e nos documentos a serem analisados.

---

Rubrica do participante

---

Rubrica do pesquisador

Entretanto, como forma de minimizar estes riscos, as entrevistas serão realizadas de forma individual, em uma sala privativa nas sedes do projeto *Comunidade Compassiva*. Além disso, você poderá deixar de participar do estudo em qualquer fase da pesquisa, se qualquer tipo de prejuízo. Como forma de garantir o anonimato dos participantes envolvidos na pesquisa, as transcrições das entrevistas serão identificadas com as siglas “PV” de Profissionais Voluntários e “VL” de Voluntários Locais, seguida de um numeral correspondente à ordem da entrevista, por exemplo: Profissional Voluntário 1, “PV1”, Voluntário Local 2, “VL2” etc. Será assegurado o direito de ressarcimento de despesas caso estas ocorram, bem como a garantia de indenização pelo pesquisador diante de eventuais danos causados pela pesquisa. Caso tenha alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento. Os documentos provenientes da coleta de dados, serão armazenados pelo pesquisador responsável, em formato digital, em disco rígido, em pasta arquivo protegida e, após um período de cinco anos, os arquivos serão apagados conforme preconiza a legislação. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li o TCLE e compreendi a natureza e objetivo do estudo. Declaro ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa e da forma de participação e de utilização das informações, bem como acerca da liberdade para solicitar novas informações e interromper a participação a qualquer momento sem que isso cause prejuízo a mim. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Assim, autorizo a minha participação voluntária na pesquisa intitulada “CP à pessoa idosa em comunidades vulneradas: caminhos, desafios e possibilidades”, coordenada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Silva Cancio Velloso.

Recebi uma via deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, BH, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Pesquisador(a) responsável: Matheus Rodrigues Martins

Endereço: Av. Alvares Cabral, nº: 1200, ap. nº: 204, Lourdes, Belo Horizonte-MG  
Contatos: telefone: (77)9815992-46, e-mail: matheusrodrigues355@gmail.com

Coordenadora da pesquisa: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Isabela Silva Cancio Velloso  
Endereço: Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG.  
Contatos: telefone: (31)99851-8588, e-mail: isacancio@gmail.com.

**APÊNDICE B: roteiro de observação****ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

1. Contexto sócio-histórico e cultural de quem profere os discursos relacionados à configuração das práticas de CP;
2. As relações estabelecidas entre indivíduos da comunidade, a equipe multiprofissional de saúde, os voluntários locais, familiares/cuidadores e os pacientes, frente à produção do cuidado paliativo no âmbito das comunidades vulneradas;
3. As formas de normatização e regulamentação da vida presentes nestes contextos;
4. Os recursos e as condições disponíveis para os operacionalização dos CP.

## APÊNDICE C: roteiro semiestruturado para entrevistas com os profissionais voluntários

### ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS

#### 1 ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Entrevista número:** \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_

Horário de término: \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )

**Raça/cor:** Branco ( ) Amarelo ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Outros (especificar): \_\_\_\_\_.

**É morador desta comunidade?**

Sim ( ) Não ( )

**Possui alguma crença/fé? (especificar):** \_\_\_\_\_.

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Ano de conclusão do curso:** \_\_\_\_\_.

**Área de atuação profissional:** \_\_\_\_\_.

**Possui algum nível de qualificação na temática de CP? (especificar)**

Sim ( ): \_\_\_\_\_ Não ( )

**Tempo de atuação como voluntário no projeto Comunidade Compassiva:** \_\_\_\_\_.

#### 2 QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

2.1 Para você, o que são CP?

2.2 Qual a sua experiência profissional com CP?

2.3 O que te inspirou a atuar como profissional voluntário em CP nesta comunidade?

2.4 Para você, de que forma o contexto da favela interfere nos CP prestados à pessoa idosa?

2.5 No seu ponto de vista, o que dificulta o acesso aos CP dos pacientes idosos nesta comunidade?

2.6 E o que você acha que facilita esse acesso?

2.7 Me fale como você percebe a organização da rede de apoio nesta comunidade para a entrega dos CP. (Considerar as relações estabelecidas com a comunidade – que inclui igrejas, Rede de Atenção à Saúde, escolas, ONGs, Associação de Moradores, projetos sociais, entre outros-, os voluntários profissionais e locais, familiares e os doentes).

2.8 Quais são as estratégias utilizadas para a oferta de CP à pessoa idosa, no âmbito domiciliar nesta comunidade? No dia a dia, quem operacionaliza estes cuidados?

2.9 Que fatores você acha que dificultam a operacionalização dos CP no âmbito domiciliar, nesta comunidade? E quais fatores facilitam?

2.10 O que pode ser feito para melhorar a qualidade dos CP aos pacientes idosos dessa comunidade?

2.11 Gostaria de acrescentar alguma coisa?

## APÊNDICE D: roteiro semiestruturado para entrevistas com os voluntários locais

### ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS

#### 1 ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Entrevista número:** \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_

Horário de término: \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )

**Raça/cor:** Branco ( ) Amarelo ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Indígena ( ) Outros (especificar): \_\_\_\_\_.

**Possui alguma crença/fé? (especificar):** \_\_\_\_\_.

**Profissão:** \_\_\_\_\_ . **Ano de conclusão do curso:** \_\_\_\_\_ .

**Área de atuação profissional:** \_\_\_\_\_ .

**Possui algum nível de qualificação na temática de CP? (especificar)**

Sim ( ): \_\_\_\_\_ Não ( )

**Tempo de atuação como voluntário no projeto Comunidade Compassiva:** \_\_\_\_\_ .

#### 2 QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA

2.1 Para você, o que são CP?

2.2 O que te inspirou a atuar como voluntário em CP nesta comunidade?

2.3 Me fale um pouco sobre sua atuação como voluntário no projeto de CP.

2.4 Para você, de que forma o contexto da favela interfere nos CP prestados à pessoa idosa?

2.5 No seu ponto de vista, o que dificulta o acesso aos CP dos pacientes idosos nesta comunidade?

2.6 E o que você acha que facilita esse acesso?

2.7 Me fale como você percebe a organização da rede de apoio nesta comunidade para a entrega dos CP. (Considerar as relações estabelecidas com a comunidade – que inclui igrejas, Rede de Atenção à Saúde, escolas, ONGs, Associação de Moradores, projetos sociais, entre outros-, os voluntários profissionais e locais, familiares e os doentes).

2.8 Como são realizados os CP à pessoa idosa nesta comunidade? No dia a dia, quem realiza estes cuidados?

2.9 Quais as dificuldades para a realização dos CP à pessoa idosa nos domicílios desta comunidade?

2.10 E quais são as facilidades?

2.11 O que pode ser feito para melhorar a qualidade dos CP aos pacientes idosos dessa comunidade?

2.12 Gostaria de acrescentar alguma coisa?