

**Ministério da Saúde**



**COORDENAÇÃO DE ENSINO  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA**

**FERNANDO GOMES VILAR**

**A tecitura do cuidado: uma cartografia do trabalho em assistência domiciliar  
na unidade de cuidados paliativos exclusivos do INCA.**

**Rio de Janeiro – RJ  
2020**

**FERNANDO GOMES VILAR**

**A tecitura do cuidado: uma cartografia do trabalho em assistência domiciliar  
na unidade de cuidados paliativos exclusivos do INCA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar  
Gomes da Silva como requisito parcial para a  
conclusão do Programa de Residência  
Multiprofissional em Oncologia.

Orientadora: Mabel Viana Krieger

Rio de Janeiro – RJ  
2020

Dedico esta pesquisa aos meus pais e a todos os trabalhadores do SUS que lutam todos os dias pela igualdade no acesso à saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Por todas as conversas e troca de experiências durante esse período no INCA, agradeço a cada profissional, em especial à equipe de assistência domiciliar.

Não poderia deixar de mencionar todos os pacientes e familiares que tive oportunidade de conhecer e que tanto me ensinaram durante esse período.

Agradeço também à minha orientadora por ter aceitado o desafio. Não foi fácil!

À Julianne Haru, a pessoa que escolhi para viver ao lado, dedico a você meu amor, com todo carinho desse mundo.

## RESUMO

Os cuidados paliativos exclusivos têm como proposta prestar assistência a pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura. Para abordagem integral das necessidades de saúde é necessária articulação entre os diversos saberes no processo de trabalho, entendendo que é na relação humana que produzimos cuidado enquanto ato. Este trabalho é caracterizado por uma investigação qualitativa, norteadas pelo método da cartografia com uso da técnica da observação participante. Teve por objetivo acompanhar o processo de construção do plano de atenção em saúde que se estabelece entre usuário e sua rede de apoio e o serviço da Assistência Domiciliar da unidade de Cuidados Paliativos do INCA, HC IV. Possíveis desafios no trabalho em cuidados paliativos oncológicos foram discutidos, considerando os aspectos singulares destas ações, e as relações em equipe multidisciplinar. A inserção da psicologia neste modelo de assistência em saúde encerra as considerações desta cartografia.

Descritores: Equipe de Assistência ao Paciente, Assistência Domiciliar, Cuidados Paliativos.

## **ABSTRACT**

Exclusive palliative care aims to assist patients that have a disease that cannot be cured. For a comprehensive approach to health needs, it is necessary to articulate the different types of knowledge in the work process, understanding that it is in the human relationship that we produce care as an act. This work is characterized by a qualitative investigation, guided by the method of cartography using the technique of participant observation. It aimed to monitor the process of building the health care plan established between the user and his support network and the Home Assistance service of the INCA Palliative Care unit, HC IV. Possible challenges in the work in palliative oncology care were discussed considering the unique aspects of these actions and the relationships in a multidisciplinary team. The inclusion of psychology in this health care model ends the considerations of this cartography.

Descriptors: Patient Care Team, Home Nursing, Palliative Care.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO I – O MÉTODO DA CARTOGRAFIA NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA PENSAR O CAMPO DA SAÚDE.</b>	
<b>1.1 - Método: Cartografia .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 - O Conceito de Subjetividade e o Trabalho em Saúde.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 - A Micropolítica como sustentador de todo Trabalho em Saúde.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 - A inserção do pesquisador nos Cuidados Paliativos do INCA.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO II – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E INTERFACES DO CUIDADO: AS DISCUSSÕES EM REUNIÃO DE EQUIPE. ....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO III – TERRITÓRIO ESTRANGEIRO: A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E A ATUAÇÃO EM DOMICÍLIO.</b>	
<b>3.1 - A Assistência Domiciliar e suas singularidades .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 - Trabalho em Equipe e Interdisciplinaridade: a produção do cuidado no entrecruzamento dos saberes.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 - A Residência do Paciente: um espaço geográfico e afetivo .....</b>	<b>26</b>
<b>3.4 - A atuação do profissional psicólogo e sua contribuição para o trabalho interdisciplinar.....</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos exclusivos têm como proposta prestar assistência a pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura. Para abordagem integral das necessidades de saúde é necessária articulação entre os diversos saberes no processo de trabalho, entendendo que é na relação humana que produzimos cuidado enquanto ato. A investigação pretende acompanhar um modelo de prestação de assistência do Hospital do Câncer IV (HC IV) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), a assistência domiciliar (AD).

A cartografia, enquanto metodologia, foi proposta pelos filósofos Deleuze e Guattari (1995) e vem sendo objeto de sistematização por diversos pesquisadores do campo das ciências sociais e humanas. Este método pressupõe que não existe inseparabilidade no ato de pesquisar e a implicação do pesquisador, sendo o percurso desta pesquisa orientado por pistas que dão, no plano da experiência, as diretrizes para o desenvolvimento da cartografia.

No capítulo um, discutimos o método da cartografia e sua aplicação no trabalho em saúde buscando entender os dispositivos do serviço de atenção domiciliar. Para isso abordamos o conceito de micropolítica como sustentador do trabalho em saúde e realçamos a importância de levar em consideração a subjetividade como produtora de realidade. Em seguida, no capítulo dois, entramos no universo do trabalho desenvolvido no serviço de assistência domiciliar e tomamos a reunião de equipe como um dispositivo capaz de promover maior comunicação entre os profissionais da equipe e até mesmo ser instrumento para pensar a gestão do serviço. Por último, no capítulo três, trazemos a interdisciplinaridade como característica fundamental no desenvolvimento do trabalho em equipe e capaz de alcançar outro patamar de integralidade das ações. Destacamos também a atuação da psicologia e as especificidades do atendimento em domicílio.

Esta pesquisa busca produzir conteúdo que pense o trabalho realizado pela equipe multiprofissional, percebendo o processo de subjetivação que transversaliza as práticas em saúde, salientando a inserção da psicologia e minha própria implicação como profissional da categoria na produção do cuidado. Cabe ressaltar que a cartografia permite lançar um olhar amplo sobre a realidade social (CINTRA et al., 2017), contribuindo assim para as discussões sobre os temas da subjetividade, sendo



uma ferramenta importante para pensar o atendimento em domicílio, cuidados paliativos e equipe multidisciplinar.

## CAPÍTULO I – O MÉTODO DA CARTOGRAFIA NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SEUS DESDOBRAMENTOS PARA PENSAR O CAMPO DA SAÚDE.

### 1.1 - Método: Cartografia

A cartografia como método de pesquisa promove um deslocamento da racionalidade científica tradicional ancorada na neutralidade e assepsia em relação ao objeto de estudo para pensar as subjetividades em determinado território e o pesquisador como personagem ativo do cenário. Não é à toa que a arte de cartografar é fazer mapas, percorrer caminhos e geografias que misturam os afetos e as intensidades no encontro com o objeto. Acompanhando o pensamento de Rolnik (1989, p.1), podemos dizer que é “tarefa do cartógrafo dar língua para os afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades”. Dito deste modo, vemos que há uma necessária imersão no campo que direciona o trabalho do cartógrafo.

A produção de conhecimento que a cartografia traz como caminho é a conexão com os sentidos criados no percurso do trabalho, conectando a vida como acontecimento capaz de provocar significações e criação de sentidos. Ou seja, não há uma identidade calcada no universal, no *uno*, mas ao contrário, a pluralidade é o fundamento do processo da pesquisa.

Deleuze e Guattari (1995), cujo pensamento é fundante da cartografia, visualizaram o trajeto dessa metodologia como um movimento rizomático<sup>1</sup>, que se explica por sistemas de conexões abertos que transversalizam os sentidos produzidos no meio social, fazendo circular os afetos, catalisando as singularidades e, em consequência, a produção de subjetividades (FRANCO; MERHY, 2013). O pesquisador, no ato de estar em movimento de pesquisa, está implicado no campo de trabalho. Os desejos, as conexões, o contato e as relações estabelecidas durante o processo de trabalho mostram que há uma dinâmica dos afetos, um campo aberto no

---

<sup>1</sup> Rizoma, na botânica, é uma raiz reticular que pode ramificar-se de qualquer ponto. Deleuze e Guattari (1995, p. 10 - 25) utilizaram-se desta imagem para propor um novo modelo epistemológico centrado na ideia de pluralidade. A cartografia, neste sentido, segue as pistas que o próprio caminho da pesquisa direciona, este como tal, não é pré-estabelecido, mas pelo contrário, constrói os sentidos à medida que o fazer se dá em ato.

qual o mesmo afeta e é afetado. A implicação<sup>2</sup>, conceito explicitado por Lourau, um dos precursores do movimento da Análise Institucional, questiona a ideia do pesquisador separado de si próprio como agente de intervenção no mundo. Ou seja, a implicação é o movimento de questionar o sabido e a própria prática do pesquisador, abrindo para o pensamento ético-político à medida que a pesquisa é desenvolvida:

[...] é necessário sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito. Um exercício que convoca como parte integrante do processo da pesquisa a problematização e invenção de si e do mundo. O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. (ABRAHÃO et al, 2014, p. 134)

Podemos afirmar que o fora, entendido como a vida em seu processo, engendra uma experiência no ato da pesquisa que sensibiliza o sujeito da ação no mundo, ou melhor dizendo, in-mundo, referência essa que traz a ideia de inundar-se ou sujar-se a medida que o encontro com o objeto se dá. A partir desta referência podemos nos colocar como provedores e promotores de sentidos que se dão ao longo do percurso.

Portanto, o desafio na feitura de uma pesquisa qualitativa cujo método é a cartografia é compreender a implicação como um avaliador das relações estabelecidas no qual o objeto de trabalho está sempre em processo de construção e significação.

## 1.2 - O Conceito de Subjetividade e o Trabalho em Saúde

Este trabalho, guiado pelos princípios da cartografia, tem por objetivo pensar a produção do cuidado entre equipe de saúde e usuário. Especificamente, ele concentra-se em transpassar as fronteiras do serviço enquanto categoria burocrática, para focar no trabalho que se dá na interseção, na relação, como principal matéria

---

<sup>2</sup> Tomamos como referência o conceito de *implicação* advindo da Análise Institucional (AI) francesa. Lourau (2004) nos esclarece que este conceito vem questionar justamente a objetividade e neutralidade que muitas vezes está em voga nas ciências sociais. Essa reflexão vem justamente para colocar no centro o sujeito da pesquisa: “[...] o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando esquece, o analista é sempre, pelo simples fato da sua presença, um elemento do campo” (LOURAU, 2004, p.83).

prima do trabalho em ato na saúde (MERHY, 2013). Para tanto, as representações, tais como “a casa do paciente”, “o hospital de cuidados paliativos” ou “o profissional de saúde”, só podem ganhar sentido quando levado em conta algo que muitas vezes é ignorado: a subjetividade. Com isso queremos dizer que a maneira com que os usuários são recebidos, assim como o funcionamento de um serviço, tem a ver com a rede que se cria entre os trabalhadores, levando em conta o que cada um significa do seu trabalho e contribui na construção com seus pares na relação como os outros atores sociais<sup>3</sup>.

Para tanto, necessitamos apreender a ideia de subjetividade como matéria viva, que produz realidade no cotidiano social. Guattari (1992) reintroduz a ideia de subjetividade criticando o monopólio individualista desse conceito, afirmando que esta é plural e polifônica, produzida não só por instâncias individuais, mas também por coletividades e instituições.

Dito isso, pensamos o trabalho em saúde como um catalisador de subjetividades que circulam em um determinado serviço de saúde. Podemos pensar que cada profissional com sua formação e suas experiências de vida constitui um modo singular de significar o seu trabalho. Para além disso, outros movimentos também constituem este território como, por exemplo, as macropolíticas organizacionais que formam as práticas de determinada instituição e, principalmente, as ações do cotidiano que se dá a medida que o coletivo de trabalhadores e outros atores sociais interagem entre si, buscando no dia-a-dia ultrapassar os problemas que surgem e criar novos modos de atuar. Podemos enfim inferir que há uma máquina de produção de subjetividades que transversaliza essas instâncias e produz realidade no cotidiano.

Dessa maneira é possível pensar o terreno da micropolítica como a construção de cada serviço, levando em consideração suas singularidades. Para isso, precisamos pensar o protagonismo dos sujeitos em sua ação no campo da saúde como trabalho vivo em ato. Mas o que seria o trabalho vivo? Podemos defini-lo como a capacidade

---

<sup>3</sup> Essa ideia é desenvolvida por Merhy (2013) no artigo “*Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde*”, onde afirma: “[...] o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao ‘carregar’ a representação de um dado ‘problema’ como ‘problema de saúde/necessidade de saúde’, procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a ‘sinceridade’, a ‘responsabilização’ e a ‘confiança na intervenção, como uma possível solução’; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.” (MERHY, 2013, p.25)

do trabalhador agir no seu processo de trabalho no momento em que ele é executado, exercendo o seu saber fazer a medida que o processo se desenvolve. Porém, esse trabalho que se dá em ato utiliza-se também do trabalho morto, sendo esse produto-meio resultado de trabalho humano já realizado. O trabalho morto, compõe e instrumentaliza o trabalhador na feitura de suas tarefas, compondo com o trabalho vivo (MERHY, 2013).

Partindo dessa ideia, a produção do trabalho em saúde necessariamente levará em consideração as tecnologias — que podemos definir como a ação humana que se utiliza de um conjunto de ferramentas e também de ações que modificam a natureza e produzem novas realidades (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2019). Assim, podemos entender que as tecnologias *leves* são as relacionais, que se dão no encontro entre os diversos atores em seu cenário de atuação, já as *leve-duras* correspondem aos saberes estruturados, e, por último, as *duras*, representam os instrumentos, maquinários, etc. (FRANCO; MERHY, 2019). Um fisioterapeuta, por exemplo, pode utilizar dessas três valises tecnológicas: seu saber específico, os objetos de trabalho que instrumentalizam sua ação e principalmente sua inescapável presença em ato na relação com o usuário, sendo no entrecruzamento entre elas que o profissional responde às necessidades que surgem em sua atuação.

O trabalho em saúde, levando em consideração esses conceitos, é realizado nas coletividades, e, em consequência, as subjetividades que circulam em determinado grupo levam a modificação dos sujeitos nele envolvidos, se pensamos o trabalho humano como uma atividade que o modifica enquanto sujeito. Se a natureza do trabalho em saúde é a assistência direta ao paciente, podemos entender que cada profissional tem certo grau de protagonismo em sua ação, e essa por ser exercida em ato não é passível de ser completamente capturada em uma reprodução e entrar na lógica do trabalho morto, como descreve Merhy (2014):

TESE 8 - o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. (MERHY, 2014, p. 49)

Portanto, podemos perceber que cada membro da equipe de saúde, em qualquer serviço, tem autonomia em suas ações à medida que seu trabalho é exercido, por mais que existam os protocolos e procedimentos bem estruturados para atender as demandas que possam surgir, necessariamente existe o contato direto entre profissional e usuário. Nessa relação podemos dizer que é necessário o “entre” na relação com os sujeitos, logo, há um encontro que produz subjetividades e encaminham os funcionamentos de determinado serviço de saúde e que de fato produz, em consequência, realidade. As tecnologias de relação (leves), como o autor anteriormente citado nos explicita, junto às leve-duras e duras são justamente o que constitui e dá forma ao trabalho em saúde. A micropolítica, nesse sentido, se estabelece nesses encontros, agenciados aos desejos dos sujeitos em cena, formando assim um rizoma que direciona a ação dos atores.

### **1.3 - A Micropolítica como sustentador de todo Trabalho em Saúde**

Devemos entender que a micropolítica do trabalho nos serviços de saúde é construída por uma pluralidade de fatores, e é também atravessada pelas políticas implementadas por outras esferas de gestão, o que denominamos de macropolítica. Essas dimensões se entrecruzam e constroem um determinado serviço de atenção em saúde. Porém, podemos nos indagar: quais são os traços que singularizam determinados coletivos em seu dia a dia?

Para tanto, além de utilizar os conceitos desenvolvidos no tópico anterior, precisamos levar em consideração algo que pode não ser levado em conta nas análises acerca do trabalho em saúde: o desejo. Esse, no pensamento de Deleuze e Guattari (2010), se difere da concepção de desejo trabalhada na psicanálise tradicional, que o pensa como uma falta primordial. Para esses autores, o desejo produz realidade e é construído social e historicamente. Para além disso, eles entendem que o desejo é revolucionário, pois aumenta a capacidade de agir do sujeito, sendo capaz de construir novas possibilidades e novos sentidos.

Entendemos, portanto, que no cotidiano do trabalho em saúde esses serviços são constituídos por pessoas, essas que são produto e produtoras de suas vidas na intercessão com os demais. Dando um passo adiante, podemos dizer que cada sujeito constrói sua rede de relações e tem a capacidade de afetar os outros e ao mesmo

tempo ser afetado. Assim sendo, os coletivos têm a capacidade de criar entre si um modo de atuação no mundo, produzindo um território existencial à medida que as trocas se dão. Por mais que exista uma macropolítica que determine certa forma de funcionamento, sempre prevalecerão as redes de troca entre estes sujeitos, disso derivará um “plano de consistência” onde eles se sustentarão.

Desse modo, podemos caracterizar o ato de trabalho como um acontecimento que promove mudanças no interior do próprio serviço e proporciona que os sujeitos troquem entre si suas experiências e criem com maior ou menor grau de liberdade seus modos de atuar.

Merhy propõe que o trabalho vivo, que se constrói no âmbito do trabalho real tido como atividade e que envolve criação e liberdade, constitua-se em práticas criadoras que se efetivem no espaço intercessor, constituindo-se em ações como acolhimento, vínculo e resolutividade, denominando-as de tecnologias leves, que devem estar cada vez mais se expandindo em detrimento da grande e média expansão já efetivada, respectivamente das tecnologias duras e leve duras. Propõe que todo processo de trabalho em saúde opera com base no “trabalho vivo em ato”, o que dá ao trabalhador uma grande liberdade de agir, e ao seu trabalho uma potência instituinte. Isto, agregado a uma intencionalidade centrada na ética do cuidado é capaz de operar mudanças no modo de produzir o cuidado em saúde, abrindo processos de reestruturação produtiva (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 18).

#### **1.4 - A inserção do pesquisador nos Cuidados Paliativos do INCA.**

O câncer é uma doença grave e causa grandes consequências tanto no âmbito micropolítico, no que diz respeito aos afetos mobilizados no espaço configurado pelas relações do sujeito que recebe o diagnóstico e o círculo social e familiar; quanto no âmbito macropolítico, por ser um grande problema de saúde pública. Somente no Brasil foram estimados 600 mil novos casos para cada ano no biênio 2018-2019 (INCA, 2017).

Em vista disso, o INCA, além de ser referência nacional no tratamento da doença, é um órgão do Ministério da Saúde responsável por coordenar e desenvolver ações integradas não somente na assistência, mas também no ensino e na pesquisa, ou seja, com compromisso de formar profissionais especializados em oncologia.

Durante rodízio que realizei no primeiro ano do programa de residência multiprofissional, a assistência domiciliar gerou uma série de questionamentos que tange a complexidade da prestação da assistência aos pacientes e familiares. Além da fala dos pacientes, objeto de trabalho do psicólogo, o entorno e as condições para estar com estes usuários do serviço me chamaram a atenção. A construção do plano de cuidados que envolve diversos saberes, sejam eles dos profissionais ou dos pacientes e familiares, permite que se perceba que há algo que é efeito e feito no contato com o outro. A singularidade de cada situação faz emergir a diferença, condição *sine qua non* para a tecitura do cuidado e do trabalho em saúde.

A assistência domiciliar ao paciente em palição comporta uma multiplicidade de fazeres implicados que vão além do trabalho prescritivo, de anotações em prontuário, registros, uso de tecnologias e procedimentos. A produção do cuidado no processo de trabalho acontece no encontro entre o profissional de saúde e os usuários do serviço, surgindo, desta maneira, um espaço intercessor produzindo em ato um espaço comum e de cuidado em saúde. (FRANCO; MERHY, 2013).

Acompanhando esta ideia, os cuidados paliativos têm por objetivo oferecer atenção especializada a pacientes acometidos de doença grave e sem proposta de terapêutica curativa. A desospitalização, nesse sentido, constitui um caminho possível para a atenção a esses pacientes e familiares, aproximando-os do convívio das pessoas próximas e do território existencial que compõem as experiências de cada sujeito. Sendo assim, como o funcionamento de uma máquina – tomada por Deleuze e Guattari (2010) como produtora de fluxo, conexões e produção de singularidade –, o cuidado, enquanto fundamento do trabalho dos membros da equipe multidisciplinar, necessita estar articulado com as vivências e os desejos dos usuários do serviço de saúde, demandando a capacidade de incluir o outro, apostando na diferença como caminho para o processo de trabalho.

Ao avaliar a passagem e o acompanhamento das visitas da atenção domiciliar, percebi que a inserção de cada profissional de saúde na equipe multidisciplinar implica um leque de conhecimentos práticos que oportuniza a criação de “modos de atuar” a partir das situações vividas. A comunicação e o processo decisório no atendimento domiciliar, leva em consideração a situação física e emocional do paciente e/ou familiares assistidos pela equipe, alargando as possibilidades de ressignificar a produção de saúde, tornando-se um desafio para os profissionais.



Desse modo, a AD — por acontecer no domicílio do paciente, por incluir a rede afetiva dos mesmos com as pessoas próximas, os objetos, o bairro, o clima, ou seja, a realidade social — proporciona pensar este território geográfico e existencial como catalisador das experiências na prestação da assistência aos pacientes oncológicos.

## CAPÍTULO II – EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E INTERFACES DO CUIDADO: AS DISCUSSÕES EM REUNIÃO DE EQUIPE.

Durante a passagem na assistência domiciliar, observei que um dispositivo que não poderia faltar no processo de trabalho é a reunião de equipe. Nela o grupo se reúne para falar sobre os casos mais preponderantes e que por vezes tornam-se um desafio para o grupo de trabalhadores. Porém, podemos pensar que esse grupo de pessoas reunidas, e diferentes no que se refere aos saberes que dominam, precisam estar em constante comunicação para que das situações surja um consenso.

Primeiramente, precisamos abordar algumas ferramentas para entender melhor as dinâmicas que se constituem no cotidiano. Abriremos nossa caixa-ferramenta e pensaremos como os coletivos, munidos de sua história e singularidade, estão todo o tempo produzindo realidade. E, para tanto, tal realidade é efetivamente a que está produzindo o cuidado e dá o escopo de cada serviço de saúde, como a assistência domiciliar do INCA.

A Análise Institucional e seu arcabouço teórico nos dá notícia da sua própria produção conceitual ancorada na realidade e nos questionamentos que os pesquisadores encontravam em seu cotidiano de ação. O conceito de implicação, que já mencionamos no capítulo anterior, assim como o de análise de demanda, da encomenda, entre outros conceitos, só ganham sentido quando pensados *in loco*.

Guattari, um dos principais pensadores da análise institucional, trouxe contribuições importantes para refletir sobre esta forma de análise, entre elas o conceito de *transversalidade* para pensar as dinâmicas subjetivas dos grupos. Esse conceito é importante para esse estudo à medida que coloca a subjetividade como elemento principal para pensar as instituições. Se há um grupo que organiza seu cotidiano de trabalho na relação com os outros, podemos entender que é nessa intercessão que as realidades são produzidas.

O conceito de transferência dá lugar ao de transversalidade apostando-se em dinâmicas libidinais, em jogos fantasmáticos, em regimes de afetabilidade que se dão no plano coletivo e, conseqüentemente, ganham um sentido que é também político. Clínica e política se tornam inseparáveis nesta direção da A.I. que renova o conceito de grupo a partir de suas dinâmicas subjetivas: a dinâmica de menor grau de abertura define o grupo assujeitado e a de

maior transversalidade, os grupos sujeitos. O tema da subjetividade ganha lugar no discurso institucionalista com o conceito de transversalidade que se materializa em dispositivos que permitem a circulação menos restritiva da palavra e de corpos, abrindo as relações para múltiplas conexões potencializadoras da transformação da realidade dos grupos e das subjetividades. Na A.I., seja na vertente guattariana ou socioanalítica, os conceitos apresentados dizem de abertura e conexão: teoria e prática, saber e fazer, clínica e política se tornam domínios distintos e inseparáveis em um espaço de saúde guiado pelas relações instituintes (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 165).

Ao lermos a citação acima, podemos entender com os autores que a subjetividade não é um evento que parte de uma individualidade exclusiva, ao contrário, ela coemerge no social. Os grupos, desse modo, podem ser determinados por leis que vem de fora e os submetem a uma maneira de atuar ou, a partir de um movimento próprio, eles podem ter um movimento questionador e que cria através de seu próprio funcionamento modos distintos de se colocar no mundo, produzir realidade e, principalmente, efetuar conexões potencializadoras capazes de aumentar a capacidade de ação e de transformação da realidade. Com isso queremos dizer que existem duas dinâmicas: a de um grupo sujeitado com menor capacidade de comunicação entre si e o grupo sujeito que age com maior grau de liberdade e cria suas próprias formas de agir em seu cotidiano.

Podemos entender que, em um determinado grupo, existem práticas que são reproduzidas e naturalizadas ao longo do tempo, a isso chamamos de práticas instituídas (ROSSI; PASSOS, 2014). Mas, por outro lado, surgem momentos em que esse coletivo pode questionar o *modus operandi* colocando em suspeição aquilo que é reproduzido e, por vezes, pouco questionado. Ao pensarmos a especificidade do trabalho em cuidados paliativos em que os saberes são complementares e a comunicação necessita se dar com maior liberdade para a solução dos problemas que surgem no cotidiano, a reunião de equipe é o lugar privilegiado que possibilita emergir um movimento instituinte, mudando o já dado e criando novas possibilidades de organização.

Ao observar e participar das reuniões de equipe foi possível perceber que elas funcionam não somente para pensar os casos clínicos do serviço, mas elas também buscam algo maior e que, por vezes, pode passar sem que consigamos notar seu caráter questionador e modulador das ações. Ao discutirmos as situações de trabalho, conseguimos na troca com a experiência dos outros construir um modo de agir e desconstruir hábitos. Junto à Análise Institucional podemos pensar essas reuniões

como *analisador*, ou seja, um movimento que tem a potência de criar novas possibilidades de agir e promover mudanças. Muitas vezes os casos têm a capacidade de levantar questões e fazer com que os membros da equipe repensem seu trabalho. As reuniões da assistência domiciliar são um terreno fértil para pensar esses acontecimentos. Com isso queremos dizer que esse momento em que a equipe elege um espaço e um tempo para suas trocas, é também lugar de tensão, pois é aí que surgem as fagulhas capazes de instaurar movimentos instituintes.

Na AD, o trabalho não é realizado dentro da unidade hospitalar. O estabelecimento munido de suas tecnologias e equipamentos pode muitas vezes ser um aliado, pois ali toda a assistência é voltada para a atenção ao paciente. Nas enfermarias, a todo tempo há uma enfermeira, nutricionista, psicóloga, médica, entre outras profissionais; o que dá uma dimensão de maior controle das situações que surgem. Já na assistência em domicílio há um trabalho que se constrói junto ao círculo familiar sem estar necessariamente próximo aos equipamentos de saúde. Não queremos dizer com isso que as outras modalidades de assistência como a internação e o ambulatório não exigissem essa construção, mas é importante salientar que o profissional ao chegar na residência de um paciente está em seu território existencial, onde foi produzida sua história de vida e a relação singular que esse sujeito e seus entes queridos têm com o processo de adoecimento. A assistência, nesse sentido, exige uma escuta próxima e atenta entre equipe e usuários do serviço. Somente dessa maneira é possível produzir um modo de assistir essas pessoas e criar uma relação de cuidado.

A reunião de equipe é um lugar privilegiado em que se fala não somente do processo da doença, mas também das situações que atravessam o cuidado aos pacientes, onde se vê a necessidade de criar novos modos de atuar que consigam de alguma forma dar conta das demandas que surgem no dia a dia. Seguindo essa linha de pensamento podemos retomar os conceitos da Análise Institucional e visualizar esse momento de troca como um movimento que está a todo o tempo em construção e pode ser um analisador das práticas no cotidiano. Para além disso, a reunião pode ser caracterizada como um dispositivo:

Entendemos dispositivo aqui como um tipo de montagem de elementos heterogêneos, criado para situações específicas de intervenção. Sem aspirar à verdade ou técnica fechada, o dispositivo é um operador de intervenção. Podemos intuir que um dispositivo pode

tornar-se um analisador se conseguir pôr alguma situação em análise (ROSSI; PASSOS, 2014, p. 175).

Desse modo, quando surge algum impasse no processo de trabalho os profissionais têm a oportunidade de rever certos protocolos e mudar sua prática ao longo do tempo, contribuindo inclusive para a gestão do serviço. Nesse movimento podemos perceber que a produção do cuidado passa pelas micropolíticas que circulam os espaços de atuação e construção que o singulariza. Vale ressaltar que o movimento de abertura à reflexão e de debate é característica do grupo sujeito, que não se deixa submeter por completo às demandas exteriores e que têm maior grau de autonomia e liberdade sobre seu modo de funcionamento.

## **CAPÍTULO III – TERRITÓRIO ESTRANGEIRO: A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E A ATUAÇÃO EM DOMICÍLIO.**

Neste capítulo pretendemos cartografar as nuances do trabalho na assistência domiciliar, buscando alinhar as experiências deste pesquisador no cotidiano do serviço. Ao longo da escrita utilizaremos algumas cenas relatadas em diários de campo para compor com o objetivo proposto.

### **3.1 - A Assistência Domiciliar e suas singularidades.**

O hospital, como já abordamos no capítulo anterior, é um local de alta complexidade, capaz de realizar procedimentos que em outros dispositivos da saúde não são possíveis de serem realizados a depender da complexidade do caso. Temos, então, a ideia de que neste estabelecimento há maior controle sobre as situações que porventura ocorrem. A todo tempo temos diversos saberes que se comunicam em maior ou menor grau e que tem a oportunidade de trocar entre si suas visões e em conjunto estabelecer determinado plano de cuidado para os usuários do serviço. Portanto, há de se ter maior liberdade para trabalhar entre os diferentes, levando em consideração não somente os saberes, mas também a escuta daquele que é destinatário do cuidado, o paciente e seus familiares.

O sujeito que está acometido do câncer não se resume, nesse sentido, à doença, mas seu território existencial é resultado de uma história de vida construída com os elementos que circulam em seu dia a dia. Esse corpo, que podemos denominar de corpo afetivo significa os acontecimentos. Desse modo, o câncer não é a patologia clínica, mas sim algo que o sujeito imbui sentido.

Na micropolítica do trabalho vivo<sup>4</sup> entendemos as valises tecnológicas (leves, leve-duras e duras) como um conjunto de modos de atuar que fazem parte do conjunto de ações de certo serviço. Porém, quando se está trabalhando em um sítio que as vivências e as significações são dos sujeitos que recebem o cuidado do serviço de saúde, há de se levar em consideração que o cuidado é produzido em conjunto,

---

<sup>4</sup> Ideia desenvolvida no capítulo um deste trabalho.

atravessado pelas experiências de cada um, portanto, entendendo a diferença como matéria prima que dá sustentação para o direcionamento e o cuidado integral. Uma música, por exemplo, é um trabalho realizado por várias mãos, e necessita de um entendimento entre os diferentes para que em alguma medida se tenha harmonia. Assim também é a produção do cuidado, em que os saberes, sejam eles dos profissionais ou dos pacientes e cuidadores, encontrem-se em uma determinada cena e estejam em consonância, produzindo uma relação produtiva.

A tecnologia leve, nesse sentido, é a valise tecnológica importante por fundamentar a estruturação produtiva da equipe de saúde, por pensar a relação entre os díspares como diferencial na construção de modos de produzir saúde que levem em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos na cena. Na assistência domiciliar esse ponto é de crucial importância, pois a produção de cuidado, para além dos procedimentos protocolares que são importantes para cada situação, deve se somar aos aspectos afetivos que circulam as significações que os sujeitos trazem como relevantes.

### **3.2 - Trabalho em Equipe e Interdisciplinaridade: a produção do cuidado no entrecruzamento dos saberes.**

#### *Cena 1:*

*No dia de hoje estavam agendados quatro pacientes para atendimentos em uma região distante da cidade do Rio de Janeiro. Entre esses, eu não conhecia o caso de um, ou seja, era um paciente de primeira vez. Com esses a gente faz uma avaliação geral: fazemos atendimento para o paciente, mas avaliamos também a rede de apoio. Após esses atendimentos, preenchemos o “plano de cuidados” que vai para o prontuário e ajuda tanto os colegas psicólogos, que podem atendê-los em outros setores no hospital, quanto os outros profissionais da assistência.*

*Após ler o relato dos outros colegas nos prontuários, vou conversar com o motorista. É muito importante a articulação com esse profissional, principalmente porque atuamos em uma cidade complexa e que por vezes oferece riscos dependendo da rota. Organizamos o roteiro de acordo com os casos que demandam mais atenção e deveriam ser prioridade neste dia.*

*Na maior parte das vezes vou sozinho para os atendimentos, como no dia de hoje. Os atendimentos da nossa categoria são feitos por encaminhamentos dos outros profissionais. Nos pedidos de parecer temos o motivo da solicitação, mas, na maioria das vezes, conversamos uns com os*

*outros. É uma equipe que chama minha atenção desde o primeiro dia, pois existe uma comunicação intensa entre todos, além do compromisso ético de cada um com os pacientes que atende. As reuniões de fato fazem toda a diferença, além de ser um local de troca, é um lugar que conseguimos traçar uma espécie de “plano terapêutico singular” onde voltamos nossa atenção para os aspectos sensíveis de cada caso.*

*Destaco no dia de hoje um dos atendimentos realizados. Visitamos uma casa humilde. O paciente tem uma lesão extensa na cavidade oral, por isso tem dificuldade em falar, quanto mais faz esforço na região mais sangra e dói. A sensação que o mesmo relatou é de que em algum momento vai sufocar, ficar sem ar, parar de respirar. Sua irmã, a principal cuidadora, ajudou a contar todo o processo de tratamento no INCA. Quando ele foi transferido para a unidade de cuidados paliativos foi indicada uma radioterapia paliativa com intenção de diminuir o tamanho da lesão e conter o sangramento. O paciente se apegava a esse procedimento como solução para sua situação, estava ansioso e com medo. Percebi que era uma situação delicada, pois envolvia outros domínios do saber que não só o da minha atuação.*

*Quando volto para o hospital, converso com o enfermeiro que vem acompanhando o caso, explico toda a situação e, em seguida, levamos o caso para discussão com outros membros da equipe. Foi deliberado realizar uma traqueostomia, pois de fato havia o risco dele não conseguir mais respirar em breve. Assim sendo, logo ligamos para eles, marcamos o mais breve possível sua vinda para o hospital para a realização de uma avaliação clínica e do procedimento.*

*Após os encaminhamentos, percebi a importância da comunicação e a impossibilidade da realização do trabalho sem a participação de todos. É a primeira vez que percebo o tamanho da importância da interdisciplinaridade, principalmente quando o trabalho é realizado fora dos domínios do hospital.*

A atuação na residência do paciente implica um conjunto de intervenções que acabam influenciando as tomadas de decisões em determinadas situações encontradas no cotidiano de trabalho. Para isso a equipe de cuidado necessita de uma comunicação contínua que envolva os diferentes saberes na construção de uma linha de trabalho.

Na maioria das vezes os profissionais de saúde saem sozinhos para a residência do paciente, o enfermeiro vai a um endereço, o psicólogo em outro e assim por diante, salvo uma situação ou outra em que é importante acompanhar outro profissional para realização de reuniões com a família do paciente. Isso exige que essa equipe de saúde possa se articular de maneira tal que consiga criar uma rede entre si para a sustentação do trabalho. Esse tipo de abordagem ao sujeito que recebe os cuidados e seu círculo social são importantes do ponto de vista da equipe



multidisciplinar pois exige a criação de formas de funcionamento que perceba as categorias profissionais como complementares.

A interdisciplinaridade, nesse contexto, é de grande importância para pensarmos os cuidados paliativos. O serviço de assistência domiciliar do INCA é composto por diversas categorias que são: psicólogos, farmacêuticos, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistentes sociais. É possível entender que cada especialidade tem seu objeto de estudo, o psicólogo cuida do corpo afetivo, o médico do corpo físico; porém quando nos deparamos com uma cena na casa do paciente encontramos não partes serializadas, mas a dimensão de um todo que não é possível ser dividida. O sujeito é afeto e é o corpo físico, são suas histórias pessoais e relações construídas durante a vida. Desse modo, a interdisciplinaridade promove a troca entre os profissionais e a integração dos saberes:

A interdisciplinaridade é entendida como uma necessidade intrínseca para referenciar as práticas em saúde. Por intermédio da integração de saberes, possibilita a diversidade de olhares, permite o reconhecimento da complexidade dos fenômenos e reforça a necessidade de coerência da visão integral sobre o ser humano com carências de saúde. (PORTO et al., 2014, p. 73)

A capacidade da equipe de conversar entre si diz respeito aos limites da atuação de cada um e, principalmente, demonstra a capacidade de colocar os problemas e desafios do dia a dia e construir em conjunto uma direção de cuidado que inclua os saberes profissionais e populares. Dessa maneira as intervenções interdisciplinares exigem que a equipe tenha disponibilidade de escutar os outros membros e facilite uma “postura interdisciplinar”.

Por isso acredita-se que a atuação em equipe interdisciplinar transcende à simples ação de exercer uma prática em conjunto com os outros profissionais, mas requer dos sujeitos envolvidos a capacidade de aprendizado constante, de compartilhamento de saberes bem como de análises conjuntas que desemboquem em conclusões comuns. (ANDRADE, 2010, p. 12)

Esse intercâmbio que deve acontecer entre os profissionais visa trazer à tona elementos importantes no cotidiano do serviço. Tal ponto fica mais claro ao elencar alguns dispositivos que na assistência domiciliar facilitam e corroboram para “fazer funcionar” um processo de trabalho que tem a interdisciplinaridade como fio condutor,

são eles: as reuniões diárias para discussão de casos, os prontuários / plano de cuidados e as reuniões com os familiares / atendimentos em conjunto.

Na assistência domiciliar do INCA as reuniões diárias visam trazer para a equipe as impressões e demandas que os profissionais percebem durante a visita. O enfermeiro, por exemplo, sinaliza sintomas evidentes e compartilham sua percepção sobre determinado caso, abrindo canal para que outros profissionais possam colaborar apontando suas ideias e dando caminho a possíveis intervenções que promovam maior integralidade na resposta aos desafios da assistência. Podemos, portanto, pensar a reunião como um dispositivo interdisciplinar, como uma ferramenta que promove a troca entre os variados saberes proporcionando um “espaço comum” que os profissionais podem recorrer para responder às demandas que surjam.

Participar de uma ação interdisciplinar pressupõe manter uma postura condizente, a qual é caracterizada pelo reconhecimento de que cada área é parte de um grande todo, e de que cada saber necessita obrigatoriamente de complementação. A riqueza de uma atuação nessa perspectiva está justamente no fato de permitir o entendimento da importância de cada saber, o fundamental em cada abordagem e as interfaces entre as áreas, de forma a construir um novo saber. (ANDRADE, 2010, p. 22)

Outro aspecto importante diz respeito aos documentos que a equipe produz, a coletivização das anotações nos prontuários dos pacientes, informações essas que costumam com os outros dispositivos interdisciplinares e que são importantes para manter os trabalhadores atualizados das situações que são encontradas a cada visita aos pacientes. O plano terapêutico ou de cuidados elaborado pelas categorias encaminham as percepções de cada profissional e ajudam a construir um “plano comum” de cuidado.

Vale destacar também que os atendimentos em conjunto para suprir determinada demanda que surge em alguns casos é de suma importância. Compartilhar o setting de atendimento com o colega de outra categoria proporciona aos profissionais ampliarem sua margem de intervenções, alçando outras experiências do atendimento, complementando as ações possíveis dentro do serviço para alcançar em conjunto o cuidado ao paciente.

Portanto, podemos perceber que a interdisciplinaridade não é um elemento que se dá somente no encontro efetivo entre uma categoria e outra, mas é o conjunto dos mecanismos criados por um determinado serviço que é capaz de promover uma maior

liberdade na comunicação entre os seus membros, destacamos aqui alguns espaços que manifestam uma maneira de se produzir as trocas dos saberes. Tal como uma máquina em que as engrenagens se encaixam para produzir algo, o saber que emerge é resultado desse fluxo contínuo de trocas. Os desafios no processo de trabalho é justamente a capacidade que o coletivo tem para ultrapassar as dificuldades e criar novas ferramentas para a prestação do cuidado.

### **3.3 - A Residência do Paciente: um espaço geográfico e afetivo.**

*Cena 2:*

*É a primeira visita a este endereço. Quando vamos nos aproximando percebemos que é um bairro pobre, eu e o motorista estamos indo pela primeira vez. No caminho vemos casas simples, muitas somente no tijolo. Saímos do asfalto e entramos em ruas de chão, estava um pouco chuvoso e encontramos um pouco de dificuldade para encontrar a rua. As pessoas logo perceberam que estávamos procurando alguém, o carro não deixa por menos ao estampar no capô a cruz vermelha, identificando o carro. Com velocidade reduzida, atentos ao número da casa, logo fomos abordados pelos vizinhos que nos levaram até a mesma. Ela ficava no alto de uma ladeira, o carro escorregou um pouco, mas conseguimos chegar.*

*Fui recebido pelo esposo da paciente, um senhor muito simples, conhecido na região por fabricar bolas de futebol. Na casa não havia somente ele, dois outros vizinhos estavam presentes. Eram muito amigos da família, pertenciam a mesma religião e tratavam-se como irmãos. A casa era bem humilde, partes estavam somente no tijolo, era de telha, imaginei o quanto fazia calor ali nos dias mais quentes do verão. A cozinha, quarto e sala se confundiam no cenário, eram divididos por pequenos móveis. Percebi que, apesar da falta de espaço, havia um carinho especial pela casa. Os medicamentos estavam bem organizados em uma caixa de sapatos, ao lado da cama de casal tinha uma jarra de água, o armário de roupas improvisado ficava bem na frente da cama, organizado como possível.*

*A paciente estava deitada na cama, calma, lúcida, porém prostrada, sem muita energia, querendo ficar em repouso. Os amigos e familiares, após eu fazer o atendimento, foram conversar comigo na pequena varanda do lado de fora. A paciente cansada já estava dormindo, eles estavam cientes do prognóstico. Nesse momento percebi que havia abertura para conversar sobre a possibilidade de óbito em domicílio ou no hospital. Todos escutaram atentamente, mas falaram o quanto era importante estarem todos próximos no momento de despedida da paciente. Eles preferiam que fosse em casa, mas se necessário não hesitariam em ir para o hospital.*

A casa do paciente não é somente um espaço físico, a casa é um espaço social, participa da construção das identidades dos sujeitos que a frequentam. Na assistência domiciliar não podemos nos valer do enunciado “levar o hospital para a casa do paciente”, a moradia tem outras simbologias:

A casa representa a expressão mais forte da condição humana. Os animais vivem no mundo natural, enquanto o homem cria artefatos e constrói ambientes na sua medida para poder habitar o mundo.

A casa onde você mora pontua seu lugar no mundo. Seja um barraco ou uma mansão, ela define seu ambiente e suas possibilidades de relação. Sempre foi assim. Desde as civilizações antigas, era a casa que demarcava a cidadania e a posição do indivíduo. Ao mesmo tempo a moradia é o seu ponto de fixação, sua referência de estabilidade.

No interior da casa, você guarda suas lembranças, objetos e escritos que conservam memórias de sua vida.

Morar é muito mais que habitar um espaço.

(CRITELLI, 2003, p.110, apud ANDRADE, 2010, p. 316)

Esse espaço de cuidados acaba sendo resultado também da história que cada grupo construiu para si: o espaço físico, a situação socioeconômica, as questões culturais estão sempre circulando o ambiente de cuidado. O profissional de saúde é esse que entra em cena determinado por sua história pessoal e munido de seu saber, um estrangeiro que está entrando em contato com as singularidades e costumes que podem não condizer com suas expectativas pessoais, mas que deve estar disposto a criar uma escuta que construa coletivamente levando em consideração cada situação.

### **3.4 - A atuação do profissional psicólogo e sua contribuição para o trabalho interdisciplinar.**

O trabalho da psicologia na assistência domiciliar visa propiciar uma escuta qualificada aos familiares, amigos e pacientes sobre as questões que giram em torno do adoecimento. Para isso é necessário deslocar o modelo tradicional do consultório, ambiente esse similar ao hospital, um lugar controlado preparado para minimizar as interferências que por ventura possam ocorrer. No cenário da casa do paciente, passando pela residência mais humilde ou a mais luxuosa, estaremos atendendo no espaço dessa família e da forma que seja mais confortável. As interferências serão parte do trabalho e não devem ser vistas somente como um empecilho para o

desenvolvimento do trabalho, mas ao contrário, parte do próprio contexto do atendimento. Laham (2004, p. 2), corrobora com tal perspectiva ao afirmar:

O trabalho do psicólogo hospitalar é marcado pela necessidade de diversas adaptações ao modelo mais tradicional de atendimento, aquele realizado em consultório particular. Isso fica exacerbado quando este trabalho se dá no domicílio do paciente. Não se sabe *a priori*, por exemplo, em que parte da casa a sessão psicológica poderá se realizar, o que vai depender da vontade do paciente. Em assistência domiciliar, é ele e/ou seus familiares que dão as diretrizes sobre como o profissional deve se comportar em sua residência: onde sentar, se tem permissão para entrar no banheiro, no quarto, enfim, na intimidade da família. Sem noção prévia de que tipo de moradia irá encontrar (grande, pequena, com vários cômodos ou um só...), o psicólogo terá que utilizar a criatividade para, no momento do atendimento, sugerir a melhor forma para realizá-lo com o mínimo de interferência possível, neste *setting* tão peculiar (LAHAM, 2004, p. 2).

É importante a avaliação inicial das demandas apresentadas e da necessidade de intervenção psicológica para cada caso. Para isso, no primeiro encontro é necessário voltar a escuta para os aspectos emocionais mais importantes e encaminhar um plano de cuidado pensando a necessidade colocada por cada grupo. É preciso prestar atenção em algumas peculiaridades do trabalho em domicílio, com o paciente é indispensável estar atento às questões afetivas, mas também orgânicas que possam influenciar em seu bem-estar e confundir a equipe em relação aos sintomas manifestados, como por exemplo a depressão e ansiedade. Estar familiarizado com os efeitos dos medicamentos torna-se crucial para identificar as situações que necessitam da presença do médico para auxiliar. Aqui esbarramos novamente no entrosamento da equipe para responder às necessidades de saúde que surgem.

Para além dessas situações que possam surgir nos atendimentos, precisamos voltar nossa escuta para a forma que o paciente lida com o processo de doença e da finitude, estando atento aos recursos que ele utiliza para lidar com essas situações. A família e amigos fazem parte desse processo também, muitos estão a todo o tempo dedicando cuidado exclusivo ao paciente, e por vezes, abrem mão de seus projetos pessoais para estar próximo dessa pessoa. A intervenção psicológica visa justamente abrir um canal de escuta que propicie que esses sujeitos possam criar novas possibilidades de sentido para o que está vivendo tendo um espaço, propiciado pelo atendimento, para o cuidado de si.

A psicologia se integra na equipe interdisciplinar para pensar as subjetividades que circulam a prestação de cuidado, contribuindo para pensar as situações de um outro ponto de vista.

## CONCLUSÃO

Podemos entender que o trabalho na assistência domiciliar, como nos outros serviços de saúde, tem a capacidade de explorar suas potencialidades quando apostam no papel do coletivo. A abertura para a fala de todos os atores constitui caminho para o que entendemos e denominamos de integralidade da assistência e também de interdisciplinaridade. Esses conceitos, que são trabalhados por muitos pesquisadores da saúde, só ganha consistência quando conseguimos olhar para o cotidiano do trabalho.

A política não pode ser confundida com algo que vem de fora relacionado a um “governo” que determina como as coisas devem ser e funcionar. Ela existe no dia a dia: a micropolítica é justamente essa dimensão que faz funcionar algo, que produz uma realidade que opera na troca que os sujeitos realizam apesar das dificuldades encontradas. Portanto, fazer parte de um grupo que consegue expressar seus desejos enquanto aposta de trabalho tem uma dimensão política. Somos, desse modo, sujeitos políticos.

Os familiares, os pacientes, fazem parte desse jogo, estamos a todo tempo falando sobre as singularidades de cada caso, negociando e buscando um terreno comum para em algum ponto convergir em cuidado, mesmo que não seja da forma que imaginamos como ideal. A reunião de equipe é justamente onde nós profissionais podemos dialogar sobre as dificuldades e gerir as situações de conflitos e problemas, buscando as soluções quando possível e pensando o próprio serviço. A construção da assistência domiciliar, nesse sentido, é constante. A psicologia, inserida nesse grupo, é mais uma engrenagem que pode auxiliar a trazer outras perspectivas trazendo a subjetividade para o centro das discussões.

A assistência domiciliar é rica, justamente por fazer forçar um exercício de pensar as práticas de saúde e somar com as perspectivas dos usuários. O domicílio é justamente esse lugar, permeado de histórias e simbologias. Somos personagens que entram na vida desses sujeitos em um dos momentos mais importantes de suas vidas. Munidos dos saberes e expertise que são próprias de cada profissão, o que realiza cada ato é justamente a capacidade de escutar esse outro e compartilhar cada momento como constituinte do trabalho em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.) **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

ALTOÉ, S. (org.), **René Lourau: Analista institucional em tempo integral**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ANDRADE L. Interdisciplinaridade como modelo efetivo de intervenção. In: YAMAGUCHI, A. M.; HIGA-TANIGUCHI, K. T.; ANDRADE, L., et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2010.

\_\_\_\_\_. Residência: morada da vida e da morte. In: YAMAGUCHI, A. M.; HIGA-TANIGUCHI, K. T.; ANDRADE, L., et al. **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2010.

CINTRA, A. M. S. et al. **Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa**. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 45-53, Abr. 2017.

DELEUZE G.; GUATTARI F. **Mil Platôs - capitalismo e esquizofrenia**, vol 1, 1. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

\_\_\_\_\_. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O Reconhecimento de uma Produção Subjetiva do Cuidado. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. **Trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>>. Acesso em: 15 out. 2019.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. **Em Busca da Clínica dos Afetos**. In: FRANCO, T.B; RAMOS, V. "Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde". São Paulo: Hucitec; 2010.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 1992.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.



LAHAM, C. F. **Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe.** Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

PORTO, A. R. et al. **Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico:** uma realidade brasileira. Avances en Enfermería, v. 32, n. 1, p. 72-79.

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional:** revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun. 2014.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A; NOVAES, H. M. D. **Tecnologias em saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>>. Acesso em: 17 out. 2019.