

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002660015>

MELHOR EM CASA: DISPOSITIVO DE SEGURANÇA

Stefanie Griebeler Oliveira¹, Maria Henriqueta Luce Kruse²

¹ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

² Doutora em Educação. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kruse@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: problematizar a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, proposta pelo Programa Melhor em Casa como dispositivo de segurança, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva.

Método: estudo de inspiração genealógica sobre a atenção domiciliar. O material empírico foi constituído por documentos legais sobre o tema, publicados no Diário Oficial. Os excertos que teriam poder de fazer circular verdades foram organizados em planilha eletrônica. As unidades analíticas foram construídas, sendo utilizadas para a análise documental ferramentas propostas por Foucault, tais como: poder, biopolítica e dispositivo.

Resultados: foram elaboradas duas categorias analíticas: “Do hospital para o domicílio” e “atenção domiciliar: segurança para o paciente ou ao Estado?”

Conclusão: A atenção domiciliar como dispositivo de segurança constitui a casa como um lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica próximo da família, sem risco de infecção hospitalar, recebendo atendimento de equipe que propiciará a tecnologia necessária.

DESCRIPTORIOS: Serviços de assistência domiciliar. Enfermagem. Documentos.

BETTER OFF AT HOME: SAFETY DEVICE

ABSTRACT

Objective: to problematize the home care proposed by the *Melhor em Casa* Program as a safety device for understanding knowledge and conditions of possibility that support its discursive network.

Method: it is a study of genealogical inspiration about home care. The empirical material was constituted by legal documents about the theme, published in the Diário Oficial. The extracts that supposedly had the power to extract truth were organized in a spreadsheet. The analytic units were constructed, and instruments proposed by Foucault, such as power, biopolitics and device, were used for document analysis.

Results: two analytic categories were elaborated: “From hospital to home”, and “Home care: safety for the patient or for the State?”.

Conclusion: Home care, as a security device, proposes home as a safer and better place for the patient, who is close to the family, with no risk of hospital infection, cared by the health team, with the necessary technology.

DESCRIPTORS: Home care services. Nursing. Documents.

MEJOR EM CASA: DISPOSITIVO DE SEGURIDAD

RESUMEN

Objetivo: discutir la atención domiciliar como dispositivo de seguridad, propuesto por el Programa *Melhor em Casa* como un dispositivo de seguridad, para obtener información sobre los conocimientos y las condiciones de posibilidad que sustentan su red discursiva.

Método: estudio de inspiración genealógica sobre la atención domiciliar. El material empírico fue constituído por documentos legales sobre el tema, publicados en el Diario Oficial. Los fragmentos que tendrían el poder de hacer circular verdades fueron organizados en una planilla electrónica. Las unidades analíticas fueron construídas, siendo utilizadas para el análisis documental herramientas propuestas por Foucault, tales como: poder, biopolítica y dispositivo.

Resultados: fueron elaboradas dos categorías analíticas “Del hospital para el domicilio” y, “La atención domiciliar: ¿seguridad para el paciente o para el Estado?”.

Conclusión: la atención domiciliar como dispositivo de seguridad constituye a la casa como un lugar más seguro y mejor para el paciente que se queda cerca de la familia, sin riesgo de infección hospitalaria, recibiendo atención por parte del equipo que propiciará la tecnología necesaria.

DESCRIPTORIOS: Servicios de atención de salud a domicilio. Enfermería. Documentos.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a atenção domiciliar tem sido voltada para pacientes que necessitam de cuidados paliativos.¹⁻² Considera-se que tal modalidade de cuidado, voltada para pessoas com doenças que ameaçam a vida, contribui para a promoção do conforto e satisfação das necessidades dos moribundos devido ao ambiente ser mais favorável para a realização dos cuidados ao paciente.³ Nessa direção, o Ministério da Saúde instituiu em 2011 o Programa Melhor em Casa,⁴ com o lema: “a segurança do hospital no conforto do seu lar”. Segurança e conforto: combinação maravilhosa, não? Quem não deseja isso? Segurança remete-nos à sensação de estarmos protegidos de riscos e perdas. Conforto relaciona-se ao estado de alívio, de bem-estar. Diante de tal *slogan* passamos a problematizá-lo, refletindo sobre seus sentidos e o que poderia se pensar a partir dele.

Como e quando ocorre a atenção em saúde na casa do doente? Desde a Idade Média acontecem deslocamentos nos lugares de tratamento e cura das doenças.⁵⁻⁶ Naquele período, já existiam os hospitais, com a função de prestar assistência aos pobres e doentes que representavam ameaça à sociedade, devendo, portanto, ser excluídos da circulação coletiva. Esses lugares não objetivavam a cura e cuidado dos enfermos, mas, sim, a salvação da alma, pois os sujeitos da exclusão já eram considerados seres morrentes. Desse modo, o hospital era considerado sinônimo de morredouro.⁵

Ao discorrer sobre o nascimento da Medicina Social, o filósofo Michel Foucault explica que o Ocidente organizou o controle das doenças em dois modelos: o da lepra e o da peste. No primeiro, as pessoas doentes eram retiradas de circulação e colocadas fora da cidade. No segundo, as pessoas deveriam permanecer em casa, sendo a cidade dividida em bairros que se encontravam sob a responsabilidade de uma autoridade que percorria as ruas passando em revista os habitantes da cidade, chamando-os para que se apresentassem à janela da casa, registrando se estavam vivos ou mortos. Tais registros eram encaminhados ao chefe de distrito, que, por sua vez, os encaminhava à autoridade maior. Desse modo, obtinha-se não somente a vigilância, mas a centralização dos registros.⁶ Em relação ao nascimento do hospital, Michel Foucault destaca que tal instituição foi organizada e medicalizada em meados do século XVIII e isso pouco teve a ver com o bem-estar dos doentes, e sim com a anulação dos efeitos negativos que esse ambiente produzia, devido à desordem das internações, com possibilidade de as doenças se espalharem para os

demais habitantes da cidade, acarretando também em desordem econômica.⁵

O Programa Melhor em Casa institui diretrizes para a organização da atenção domiciliar e a define como uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.⁴ Diante desse acontecimento, considerando a rede discursiva que o regulamenta e justifica, bem como os documentos da atenção domiciliar, tanto do Ministério da Saúde como da Organização Mundial da Saúde (OMS), acreditamos ser possível mudar as lentes, borrar as fronteiras, alterar o foco, propondo novos olhares, outra problematização.

Para nós, que somos enfermeiras e professoras, entender como foram se constituindo as políticas que inventam o cuidado de pessoas em sua casa, e como tais discursos oficiais constituem a saúde e a doença no domicílio de pessoas que necessitam de cuidados, implica seguir na contramão do discurso e olhá-lo de fora, de modo a ver seu funcionamento, suas finalidades, duvidando de suas obviedades. Justificamos o termo “contramão”, pois entendemos que, como profissionais de saúde, somos considerados agentes estatais⁶⁻⁷ para realizar intervenções biopolíticas que garantam a vida das pessoas. No lugar de dizer que é “melhor em casa”, como dizem os estudos,^{2-3,8-9} este estudo de inspiração genealógica colocou sob suspensão a questão da gênese, das continuidades, não se tratando de recusá-las definitivamente, mas de sacudir a quietude a partir da qual as aceitamos, além de mostrar que elas não se justificam por si mesmas, mas que são o efeito de uma construção cujas regras devem ser conhecidas e as justificativas controladas.¹⁰

Diante disso, temos como objetivo problematizar a atenção domiciliar proposta pelo Programa Melhor em Casa como dispositivo de segurança, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva. Pensamos que existe uma história de exclusão dos ainda doentes do ambiente hospitalar e que há diferentes momentos e condições de possibilidade, tanto históricas como culturais, para que uma política pública seja configurada e inventada na rede discursiva do Melhor em Casa, e que certas verdades foram sendo produzidas e organizadas para sustentar esta prática no âmbito do Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista de inspiração foucaultiana que possui como objeto a atenção domiciliar no final do Século XX e início do Século XXI. A genealogia busca estabelecer correspondência entre o sentido da atualidade e do passado imediato, bem como descrever a história das interpretações acerca de um objeto.¹¹ A interpretação não pode ser entendida como desvelamento de um significado escondido, uma vez que, quanto mais se interpreta, menos se encontra o sentido de um texto. A genealogia busca as discontinuidades onde foram estabelecidas continuidades.¹²

O material empírico foi constituído por docu-

mentos legais que se referiram à atenção domiciliar em saúde, com ênfase para internação domiciliar, publicados no Diário Oficial da União (DOU). Esse material foi encontrado no sítio Jus Brasil (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>), tendo sido realizada a busca em maio de 2013. Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha no Excel, na qual eram informados a referência, o excerto, quem fala e procedimentos de limitação.

A fase seguinte consistiu na elaboração das unidades analíticas, a partir das relações estabelecidas entre os enunciados e por períodos históricos. Os documentos analisados estão identificados e codificados com a letra D e um número que sequênciava a ordem dos documentos (ex: D1, D2...), conforme o quadro 1.

Quadro 1- Relação e codificação dos documentos analisados

Código	Documento
D1	Portaria nº 1.892, 18 de dezembro de 1997
D2	Portaria nº 2.416, 23 de março de 1998
D3	Portaria nº 2.529, 19 de outubro de 2006
D4	Portaria nº 1.395, 9 de dezembro de 1999
D5	Portaria nº 2.527, 27 de outubro de 2011
D6	Portaria nº 963, 27 de maio de 2013

Para orientar a análise documental e compor o estudo, foram utilizadas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” os discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, biopolítica e dispositivo. O poder rege os enunciados e a forma como esses se organizam entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente. Não se trata de saber qual é o poder que age do exterior, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados, e como e por que em certos momentos ele se modifica e em outros não. O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é que ele não é uma força que diz não, mas que induz ao prazer, forma o saber e produz discurso, sendo considerada uma rede produtiva.¹³

A biopolítica lida com a população como problema político, uma vez que ela é constituída de um conjunto de processos como nascimento, morbidade, mortalidade, os quais foram objeto de saber e alvo de controle atrelados aos problemas econômicos e políticos de cada época. A biopolítica consiste em uma estratégia para racionalizar os problemas da

prática governamental, utilizando-se da estatística, não para mudar algo no indivíduo, mas para intervir naquilo que é determinante na população, naquilo para o que é possível estabelecer uma regulação, de modo a levar ao equilíbrio, à homeostase, assegurando compensações, proporcionando segurança.¹⁴

Já dispositivo consiste em um conjunto heterogêneo que abarca discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, ou seja, o dito e o não dito compõe o dispositivo. Ele é a rede que se pode tecer entre estes elementos.¹⁵

Este estudo não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que o material empírico foi constituído de documentos de domínio público cujos “autores” são responsáveis pelo dito e escrito, pelo lugar que ocupam, por atenderem certas exigências e serem qualificados para fazê-la. A palavra “autores” está entre aspas, por acreditarmos na inexistência do autor, por entendermos que essa é apenas uma função, dentro do discurso.¹⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos documentos possibilitou organizar duas categorias analíticas – “Do hospital para o domicílio” e “Atenção domiciliar: segurança para o paciente ou para o Estado?”

Do hospital para o domicílio

A primeira portaria que instituiu a internação domiciliar no âmbito do SUS foi publicada em 1997 e apresenta os objetivos dessa modalidade de cuidado no sistema de saúde, especialmente a ampliação do atendimento hospitalar e a qualificação da assistência: *incorpora a modalidade Internação Domiciliar ao Sistema Único de Saúde. O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando que a internação domiciliar amplia as condições de atendimento hospitalar e a qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde, resolve: Art. 1º Incorporar ao Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS a modalidade de Internação Domiciliar (D1).*

Uma nova modalidade de cuidado nasceu: a internação domiciliar. Internar seria o ato de institucionalizar uma pessoa, mas, neste caso, institucionalizar no domicílio. Assim, esse discurso legal inventa o domicílio como instituição, propondo que doentes possam permanecer em suas casas, ampliando o atendimento hospitalar e a qualidade da assistência do SUS. Pensamos que essa estratégia de ampliação do atendimento hospitalar foi uma condição de possibilidade para o aparecimento da internação domiciliar.

Em nossas análises encontramos outras condições de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliar, nesse formato de internação domiciliar, que são os cuidados em longo prazo direcionados a pacientes idosos, portadores de condições crônico-degenerativas e com câncer avançado. Ainda, salientamos que a expressão *ampliação de atendimento hospitalar (D1)* foi substituída nas portarias seguintes por *desospitalização (D2; D3)*. A primeira estabeleceu requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para inclusão de paciente nessa modalidade de cuidado, e a segunda trouxe em seu anexo a Política de Internação Domiciliar.

Considerando que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital, e considerando que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares [...]. São condições prioritárias para a Internação domiciliar: pacientes com idade superior a 85

anos [...]; pacientes portadores de condições crônicas [...]; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação; pacientes portadores de neoplasias malignas (D2); [...] inúmeras instituições de saúde buscam [...] práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário. A análise dessas experiências demonstra a existência de pelo menos quatro grupos de objetivos [...] que estabelecem o centro de seus eixos de atuação sobre: - desospitalização de eventos desnecessários gerados por falta de suporte ou por questões vinculadas ao processo de exclusão social; - processos de “alta precoce”, demonstrando [...] economicidade do processo hospitalar [...]; - busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e - processo terapêutico humanizado de redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, onde o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde (D3).

O discurso da desospitalização, nessas portarias, faz uso de fortes argumentos dos quais fica difícil discordar: *humanização no atendimento, contato com a família, favorecimento para a recuperação, redução do sofrimento, boa morte, diminuição do risco de infecção hospitalar. A mudança da expressão “ampliação de atendimento hospitalar” (D1) para a desospitalização (D2; D3) explicita a intenção dessas políticas: desospitalizar. Em outras palavras, propõe a economia de recursos humanos e materiais da instituição hospitalar com o deslocamento do paciente para o domicílio. O hospital oferece equipe multiprofissional de saúde e equipamentos necessários para a realização do cuidado domiciliar, com o objetivo de reduzir gastos, uma vez que a internação domiciliar não exige a vigilância dos profissionais de saúde e a manutenção do paciente por 24 horas, como ocorre no espaço do hospital. O paciente retorna à sua casa, ficando protegido de infecções hospitalares, e a família executa os cuidados, assumindo o papel institucional de promover a recuperação, o conforto, o alívio do sofrimento, com apoio e controle da equipe multiprofissional de atenção domiciliar.*

Tais discursos produzem efeitos nos profissionais de saúde, pois conformam um saber científico que os atravessa. Os quatro eixos (D3), denominados desospitalização, prevenção de alta precoce, prevenção de internações hospitalares e processo terapêutico humanizado, provêm de discursos que circulam frequentemente nos textos da área¹⁷⁻¹⁸ e tornam possível a elaboração das políticas que determinam a redução de gastos hospitalares viabilizada

com a internação domiciliar. O discurso da política assegura que a ampliação dos serviços hospitalares ao domicílio do paciente evitará reinternações em curto espaço de tempo, e que junto da família o paciente poderá obter um cuidado humanizado, mais confortável, com redução do sofrimento, sem risco e, quem sabe, uma boa morte no domicílio. Essas ideias de boa morte no domicílio, proximidade com a família em momentos de sofrimento já circulam em meios midiáticos, como mostra um estudo,¹⁹ onde as revistas fazem circular a ideia de que morrer bem é morrer em casa. Nessa lógica, peças como a família e os cuidados paliativos, que se articulam para minimizar os danos para o sujeito e potencializar os investimentos em saúde, especialmente, quando se trata da otimização de leitos hospitalares.

A economia dos recursos materiais e humanos do hospital determina o retorno do paciente para a convivência com a família, amparado por justificativas de qualificação da atenção pelos preceitos da humanização e pela redução da exposição ao risco de infecção hospitalar. Mas o que seria esta humanização da saúde? Uma análise do discurso da humanização da saúde²⁰ mostra que, primeiramente, na década de 70, o discurso voltava-se para práticas de amor ao próximo, preocupação com questões espirituais, tolerância, benevolência; em um segundo momento, nas décadas de 80 e 90, a humanização estava voltada para as condições de trabalho, para a motivação das equipes de saúde, a implementação do processo de enfermagem, a interação com a família e orientações pós-alta hospitalar. Num terceiro momento, além da reprodução dos significados anteriores, os discursos da humanização contemplavam o aparecimento de tecnologias como a comunicação interpessoal, o reconhecimento da autonomia das pessoas, o direito à informação, o respeito à tomada de decisão e o vínculo entre equipe e usuário. Nesse sentido, o discurso da humanização em saúde apoia os propósitos da desospitalização, uma vez que também se opõe ao modelo centrado na tecnologia dura e no hospital, propondo práticas inter-relacionais entre profissionais de saúde e usuários, além da inclusão da família no cuidado ao paciente.

A humanização também pode ser vista como estratégia de governo, uma vez que os profissionais devem governar a agonia e ocupar-se dos familiares do paciente que está no domicílio, estabelecendo uma relação de confiança, orientando e apoiando nas dificuldades e dúvidas. Além disso, devem estabelecer parcerias com os cuidadores dos idosos, para melhor governar: *a parceria entre*

os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no [...] domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se, assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação e isolamento (D4); o cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados (D3).

Parceria entre profissionais de saúde e cuidadores e valorização do papel do cuidador como executor da atenção domiciliar são enunciados que circulam nos discursos da atenção domiciliar, dirigidos aos profissionais de saúde, pois não se dirigem ao cuidador. Assim, os profissionais de saúde são fabricados nessa lógica de assistência domiciliar, com a função de valorizar o cuidador, auxiliando o Estado na produção desse sujeito útil, que tem papel relevante na manutenção do paciente em casa. Nesse sentido, a atenção domiciliar possui caráter político de governo das populações, em especial a de idosos, portadores de condições crônico-degenerativas, pacientes oncológicos, também incluindo os familiares que serão cuidadores. Os profissionais são constituídos por tais discursos que funcionam tanto como instrumento da biopolítica, assim como forma de operacionalizá-la.

Seria a desospitalização um indicativo de crise do hospital? Este seria mais um sinal do deslocamento de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle? Algumas características da sociedade de controle começaram a aparecer, em especial, a partir da II Guerra Mundial, com as crises dos meios de confinamento, quando começamos a deixar de ser uma sociedade disciplinar. Estamos numa crise generalizada dos meios de confinamento, espaços por excelência da sociedade disciplinar, tal como o hospital. Há um deslocamento da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. A sociedade disciplinar foi possível com a organização dos grandes meios de confinamento: família, escola, exército, fábrica, hospital e a prisão. O projeto ideal desses meios de confinamento era concentrar, distribuir nos espaços e tempos, compondo uma força produtiva que é maior do que a soma de seus elementos.²¹

Em termos econômicos e políticos, é preciso inventar reformas necessárias, novas estratégias biopolíticas para gerir os processos biológicos, tais como morbidades crônicas e longevidade. Nesse

sentido, pensamos que a crise do hospital não abalou sua função de tratamento e cura. Sua crise deriva do aumento das demandas em função das mudanças na atenção à saúde, especialmente a tecnologia que o invadiu, que ocorreram devido ao aumento das condições crônico-degenerativas que necessitam ser contornadas com a atenção domiciliar.

O cuidado ao paciente nessas condições, muitas vezes, requer apenas baixa tecnologia, e, com isso, os argumentos de liberação de leito hospitalar para o uso de alta tecnologia tornam-se aceitos. A equipe de saúde deslocou-se até a casa do paciente, para mantê-lo lá, de modo a prover leitos para outros pacientes que possam aproveitar melhor esse espaço. O deslocamento do paciente para o domicílio envolve recursos humanos e materiais necessários para a realização do cuidado caracterizando a tecnologia de controle, uma vez que o paciente terá um prontuário que será facilmente localizado, acessado. Não há cercas definidas nesse deslocamento. São as sociedades de controle substituindo as sociedades disciplinares.

Atenção domiciliar: segurança para o paciente ou ao Estado?

Na portaria de 2011, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, a desospitalização aparece dita de outra maneira, com o sentido de reorganizar o processo de trabalho das equipes com vistas à redução da demanda hospitalar, mas mantém os objetivos já mencionados nas outras portarias: *Art. 3º. A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (D5).*

Pensamos ser interessante destacar que, na publicação dessa portaria, a expressão “Melhor em Casa” aparece apenas na cartilha²² que foi publicada para orientar os profissionais de saúde. Na portaria de 2013 o nome do Programa Melhor em Casa já aparece (D6). Além disso, percebemos que a atenção domiciliar pode ser realizada na atenção básica, ambulatorial e hospital, diferentemente das portarias anteriores (D1, D2, D3), que direcionavam essa modalidade de cuidado para o hospital. Todavia, a relação com o hospital mantém-se, pois o lema “a segurança do hospital no conforto do seu lar” produz a sensação de que o paciente e a família

estarão assegurados por essa forma de assistência, em seu domicílio. A segurança remete à equipe que irá visitar e acompanhar o paciente, com seus rituais metódicos, instrumentos tecnológicos, saberes e poderes. O conforto remete ao “lar doce lar”, aquele espaço familiar, lugar que uma “liberdade” parece existir. Liberdade essa somente para o paciente, conforme foi identificado em estudo,⁸ pois, na visão dos cuidadores, a internação domiciliar permite liberdade ao paciente em relação a horários de higiene, alimentação, medicação, mas prisão e privação para si mesmos, sendo o contrário em internações hospitalares. Nessas, o aprisionado é o paciente, e o cuidador é que tem liberdade para sair do cuidado e retornar, já que tem uma equipe que realiza o cuidado nesse confinamento.

Outros estudos mostraram que a atenção domiciliar foi percebida como um cuidado propiciado em um ambiente favorável, devido à proximidade da família e do ambiente familiar.^{2,8-9} Todavia, essa opinião não é unânime, podendo estar relacionada à economia de cada país, uma vez que um estudo²³ mostrou que os pacientes apresentam melhores resultados quando hospitalizados, já que o governo propicia o tratamento. Tais resultados no ambiente hospitalar podem ser relacionados à carência alimentar enfrentada pelos pacientes quando se encontram em seus domicílios.

Seria um retorno aos argumentos utilizados pelo Estado, na medicina das espécies, como traz Foucault,²⁴ de que o paciente deve ser cuidado no seio da família, uma vez que há cuidados espontâneos, testemunho de afeto, de desejo de cura? Não. Nem cuidados espontâneos, nem desejo de cura, pois nas condições crônicas ou fora de possibilidades terapêuticas não pode haver desejo de cura. Os cuidados não são espontâneos, pois a equipe prepara o cuidador para realizá-los. Talvez apenas afeto, mas que pode ser reduzido quando o cuidador está sobrecarregado.^{8,25}

Foucault⁴ inicia um de seus textos dizendo que o hospital não foi reorganizado em prol dos pacientes, mas para prevenir os outros das doenças que poderiam ser produzidas nessa instituição. Assim, posso afirmar que a atenção domiciliar foi inventada como uma forma econômica e política para governar os processos biológicos da população, como as morbidades e mortalidades. Ela nasce a partir da necessidade econômica do hospital, uma vez que pacientes crônicos tendem a ter reinternações. Se a doença é crônica não haverá cura, então não haverá necessidade de internar o paciente para receber tratamento curativo. Ele poderá ser atendido em

domicílio, recebendo a atenção de uma equipe que irá se deslocar conforme suas necessidades. Articuladas a esse discurso da necessidade econômica do hospital, atrelam-se mudanças nos processos de saúde e doença da população, como o aumento das doenças crônicas e da expectativa de vida.

Para funcionar como dispositivo de segurança, a atenção domiciliar precisa se articular à rede dos serviços de saúde, atravessando os discursos de saúde, de maneira a capturar mais indivíduos nessa ordem discursiva. Ela parece ficar num espaço intermediário entre os campos de saber do hospital e da atenção básica. São invocados princípios do SUS para sustentar essa modalidade de cuidado, como a integralidade, a referência e contrarreferência, substituída pela expressão Rede de Atenção à Saúde:

A Internação Domiciliar deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar. [...] a solicitação de inclusão no programa pode partir das unidades de atenção básica de referência, pelas unidades de atenção a urgências ou pelas equipes de assistência hospitalar para as equipes [...]. Quando os usuários estiverem em condições de alta do programa, essa responsabilidade será transferida à esfera pertinente, ou seja, à atenção básica. Caso haja agravamentos sujeitos a intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, estes poderão, de acordo com a necessidade, ser transferidos para a sua unidade hospitalar [...]. A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como 'costura' entre o nível hospitalar e a atenção básica [...]. O estabelecimento de responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se imprescindível a fim de garantir a continuidade indispensável ao atendimento das necessidades de grupos particularmente vulneráveis. Compartilhar responsabilidades entre equipamentos e equipes faz sentido, por ser elemento constitutivo do conceito de estação na linha de cuidados (D3);

Art. 5º. A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes: I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como coordenadora do cuidado e da ação territorial; II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda; III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência (D5).

Algumas questões, tomadas como fundamentais e indispensáveis, estão em jogo, nesse excerto: a

responsabilidade compartilhada (entre os serviços), a continuidade da assistência, a rede de atenção à saúde articulada pelos serviços. Isso produz no usuário do SUS a sensação de segurança, já que o Estado garante sua saúde e sua vida, mesmo que o impeça de chegar ao hospital, pois receberá assistência em seu domicílio. Esta estratégia produz efeitos nos profissionais de saúde, a impressão de que asseguram assistência ao paciente. Meu papel aqui não é dizer que a atenção domiciliar não serve, mas trazer à tona, dispersar as coisas ditas, e mostrar como elas se organizam para controlar a vida da população.

Em relação à continuidade da assistência, relacionada ao princípio de integralidade do SUS, garantida pela atenção domiciliar, os portadores de condições crônico-degenerativas mantêm-se incluídos na assistência de saúde, permanecendo nesse jogo do imperativo de saúde para todos. A inclusão funciona como prática de governamentalidade, que faz com que as pessoas permaneçam no jogo, ou seja, incluídas, o que garante a condição de participação nas intervenções biopolíticas. A inclusão funciona como um dispositivo biopolítico, pois, uma vez incluídas nos grupos, nos registros oficiais, no mercado de trabalho, nas cotas de bolsa-assistência, na escola, as pessoas tornam-se alvos fáceis das ações do Estado. Tais ações buscam conduzir as condutas humanas num jogo de regras definidas no interior dos diferentes grupos sociais. Eu acrescentaria, ainda, a inclusão via políticas de saúde. Uma vez que as pessoas estão nos programas e nos sistemas de informação, elas são facilmente acessadas, sendo que seus dados produzirão saberes sobre esses grupos populacionais. Interesse duplo do Estado, de reconhecer cada pessoa, e de produzir saberes para melhor governá-las.²⁶

Tomando os serviços de pronto-socorro como condição de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliar, nos sustentamos em um documento do Ministério da Saúde, de 1965, que explica como esse serviço foi organizado. Tais serviços não deveriam constituir unidades hospitalares isoladas, pois, anexadas aos hospitais gerais, ampliavam o seu campo de ação, beneficiando os vários bairros onde os hospitais estivessem situados. Além disso, um serviço de pronto-socorro funcionando em hospital geral pode contar com o aparelhamento e os recursos do hospital, tanto materiais quanto técnicos. O hospital teria o benefício de equipes permanentes para atender os casos de urgência que ocorressem entre os internados, bem como de seu próprio pessoal. Para os atendimentos extra-hospitalares,

ambulâncias se deslocavam ao local de socorro, dentro de sua zona de ação.²⁷

As grandes cidades foram divididas em zonas e cada uma delas era atendida por um desses hospitais. Nesses lugares, o fluxo do atendimento se dava a partir do chamado ao hospital, com a partida da ambulância para os primeiros recursos e pessoal técnico. Se o caso não pudesse ser resolvido no local, o próprio médico acompanhava o paciente ao hospital, na ambulância, já fazendo o socorro de emergência.²⁷ Diante disso, percebe-se que, por um longo tempo, essa instituição trabalhou de portas fechadas, determinando suas demandas. Os pacientes iam para o hospital quando encaminhados pelos médicos a partir de uma visita, de urgência ou emergência. Não havia a “porta de entrada” pelo pronto atendimento, como existe nos tempos atuais, onde o paciente estabelece a demanda, o que proporciona a lotação dos prontos atendimentos. A Estratégia Saúde da Família também pode ser considerada uma condição de possibilidade, uma vez que o “sonho” de ela ser a porta de entrada se dissipou, ou se dissipará. Muitos estudos mostram que a porta de entrada ainda é o pronto-socorro, o pronto atendimento.²⁸⁻²⁹ Talvez por isso, o discurso da rede de atenção à saúde sobre essa responsabilidade compartilhada.

Nesta sociedade de controle, deseja-se que as pessoas se responsabilizem pelo cuidado de seu familiar. Pulveriza-se o governo, para que seja possível o governo de si e dos outros, compondo a atenção domiciliar como um dispositivo de segurança. Dispositivo esse que assegura a vida da população, em especial a improdutiva; garante o imperativo de saúde para todos; e, se não o mais importante nessa malha de poder, o papel do Estado como guardião da paz e da ordem, no qual atua como mediador dos interesses das pessoas.

CONCLUSÃO

Este estudo mostra como a atenção domiciliar se configura em um dispositivo de segurança que pretende manter pessoas doentes em suas casas, propondo atendimento de equipe de saúde com tecnologia hospitalar. Essa forma de atenção domiciliar nasce com as mudanças no perfil epidemiológico da população, que resultou em aumento da expectativa de vida e aparecimento de condições crônico-degenerativas. Tal fato gerou mudanças importantes na atenção à saúde, também relacionada a uma possível crise do hospital como instituição. Esta situação teve impacto nas políticas e nas instituições de saúde, levando os hospitais a ampliarem seus serviços em

direção ao domicílio do paciente, especialmente aqueles pacientes fora de possibilidades de cura. Desse modo, tecnologia, recursos humanos e materiais foram deslocados para esse espaço, com objetivo de reduzir gastos em hotelaria e prover espaço para pacientes necessitados de tecnologia. Nos documentos analisados observamos que a crise parece se amparar em discursos da humanização em saúde que se opõem ao modelo tecnologicizado, centrado no médico e no hospital. Considerando tais condições de possibilidade para o acontecimento da atenção domiciliar, problematizamos como esse saber que vem sendo organizado pelo Estado, que, além de inventar essa modalidade de cuidado, estabelece suas regras e a financia, configurando-a como dispositivo de segurança.

A atenção domiciliar como dispositivo de segurança teve como condições de possibilidade para seu aparecimento as condições crônico-degenerativas devido ao aumento da expectativa de vida somada à necessidade de economia do espaço hospitalar. Assim, o discurso constitui a casa como um lugar mais seguro e melhor para o paciente, que fica em seu domicílio, ou seja, próximo da família, longe do risco de infecção hospitalar, recebendo atendimento de equipe que propiciará a tecnologia necessária. Um dispositivo de segurança para governar os improdutivos, tornando um familiar do paciente, produtivo, como cuidador.

Destacamos que essa foi uma das possíveis analíticas, que outras possibilidades poderiam ser levantadas, uma vez que em pesquisas pos-estruturalistas não há neutralidade do pesquisador, esse se entrelaça com seu objeto pesquisado, nesse caso a atenção domiciliar, e o fábrica de forma artesanal. Também, salientamos a impossibilidade de descrever sobre a totalidade do objeto atenção domiciliar, uma vez que em estudos foucaultianos, é necessário, a partir das escolhas, minimizar algumas coisas, e maximizar outras.

REFERÊNCIAS

1. Burns CM, Abernethy AP, Leblanc TW, Currow DC. What is the role of friends when contributing care at the end of life? Findings from an Australian population study. *Psycho-oncology*. 2011; 20(2):203-12.
2. Brobäck G, Berterö C. How next of kin experience palliative care of relatives at home. *Eur J Cancer (Engl)*. 2013; 12(4):339-46.
3. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. *E-global*. 2015 jul; 14(3):375-89.

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 28 out 2011. Seção 1;44-6.
5. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p.171-89.
6. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. 25ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p.143-70.
7. Fonseca JPA. Normalização e bio-poder na obra de Michel Foucault. *Theoria*. 2012; 4(11):75-90.
8. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Kruse MHL, Beuter M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto Context Enferm*. 2012; 21(3):591-9.
9. Ishii Y, Miyashita M, Sato K, Ozawa T. A family's difficulties in caring for a cancer patient at the end of life at home in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Oct; 44(4):552-62.
10. Foucault M. *A arqueologia do saber*. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2013.
11. Foucault M. Nietzsche, a genealogia e a história In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. 25ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2012.p. 55-86.
12. Dreyfus HL, Rabinow P. A genealogia do indivíduo moderno: a analítica interpretativa do poder, da verdade e do corpo. In: Dreyfus HL, organizador. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2010.p.188-220.
13. Foucault M. Verdade e poder. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. 25ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2012. p.34-54.
14. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso dado no College de France (1975-1976)*. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2005.
15. Foucault M. Sobre a história da sexualidade. In: Machado R. *Microfísica do poder*. 25ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2012. p. 363-406.
16. Foucault M. O que é um autor? In: Motta MB, organizador. *Ditos e escritos: estética - literatura e pintura, música e cinema (vol. III)*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2006. p.264-98.
17. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Morais NA, Garcia RP, Sartor SF, et al. Internação domiciliar na terminalidade: escolhas terapêuticas e medidas de conforto no olhar do cuidador. *J Nurs Health [Internet]*. 2013 [cited 2014 ago 20]; 3(2):221-32. Available from: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3731/3300>
18. Alencar VA. Contribuições da internação domiciliar para promover a desospitalização e prevenir a reospitalização no âmbito do SUS Brasília [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.
19. Cordeiro FR. *Eu decido meu fim? A mídia e a produção de sujeitos que governam a sua morte [dissertação]*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2013.
20. Oliveira CP, Kruse MHL. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):78-83.
21. Deleuze G. *Conversações*. São Paulo (SP): Editora 34; 1992.
22. Ministério da Saúde (BR). *Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília (DF): MS; 2011.
23. Makoae MG, Jubber K. Confidentiality or continuity? family caregivers' experiences with care for HIV/AIDS patients in home-based care in Lesotho. *SAHARA J*. 2008; 5(1):36-46.
24. Foucault M. *O nascimento da clínica*. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense-Universitária; 2015.
25. Kuo C, Operario D, Cluver L. Depression among carers of AIDS-orphaned and other-orphaned children in Umlazi Township, South Africa. *Global Public Health*. 2012; 7(3):253-60.
26. Lopes MC, Rech TL. Inclusão, biopolítica e educação. *Educação*. 2013; 36(2):210-9.
27. Ministério da Saúde (BR). Departamento Nacional de Saúde. *Divisão de Organização Hospitalar. História e evolução dos hospitais*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): MS; 1965.
28. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saude Debate*. 2014; 38:252-64.
29. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Ciencia Cuid Saude*. 2011 Abr-Jun; 10(2):248-55.

Correspondência: Stefanie Griebeler Oliveira
Universidade Federal de Pelotas - Enfermagem
Rua Gomes Carneiro, n.1
96090-640 - Pelotas RS, Brasil
E-mail: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

Recebido: 30 de junho de 2015
Aprovado: 25 de setembro de 2015