

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA

MELHOR EM CASA? UM ESTUDO SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIAR

Porto Alegre

2014

STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA

MELHOR EM CASA? UM ESTUDO SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIAR

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Stefanie Griebeler
Melhor em casa? um estudo sobre a atenção
domiciliar / Stefanie Griebeler Oliveira. -- 2014.
155 f.

Orientadora: Maria Henriqueta Luce Kruse.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Serviços de assistência domiciliar. 2. Serviços
hospitalares de assistência domiciliar. 3. Pacientes
domiciliares. 4. Cuidadores. 5. Visita domiciliar.
I. Kruse, Maria Henriqueta Luce, orient. II. Título.

STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA

Melhor em casa? Um estudo sobre a atenção domiciliar.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 22 de agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA



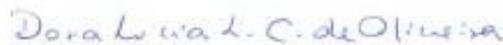
Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse
Presidente – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Alfredo José da Veiga Neto
Membro – FACED/UFRGS



Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó
Membro – UFSM



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira
Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana
Membro – UFSM

AGRADECIMENTOS

Ao encerrar uma etapa de formação, preciso fazer alguns agradecimentos, pois o acontecimento da tese “Melhor em Casa? Um estudo sobre a atenção domiciliar” se deu a partir das relações com pessoas instigantes e críticas, iniciantes ou veteranas no referencial pós-estruturalista, algumas fora do referencial, e ainda, outras fora do meio acadêmico... Mas que de algum modo contribuíram para a realização desse trabalho.

Primeiramente agradeço a minha orientadora, professora **Maria Henriqueta Luce Kruse**: Obrigada pelas (des) orientações, discussões e reflexões nessa trajetória. Partes das conversas provocativas e reflexivas me fizeram metamorfosear, saindo do doutorado de maneira diferente de quando entrei o que também contribuiu para a produção desse trabalho.

Aos professores que aceitaram ser parte da banca, com objetivo de contribuir com seus saberes para esse trabalho: **Alfredo Veiga-Neto, Maria de Lourdes Denardin Budó, Dora Lucia Leidens Correia de Oliveira, Alberto Manuel Quintana**.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, bem como o **Programa de Pós-graduação em Educação da UFRGS**, que de algum modo, com leituras indicadas, discussões em salas de aula, provocaram diferentes modos de pensar sobre as coisas produzidas no meio científico.

Aos colegas de pós-graduação: obrigada pelos momentos de discussões tensas e horas de reflexão nas diversas disciplinas que realizamos juntos.

Às colegas de orientação por dividirem as angústias e intranquilidades de elaborar um trabalho nessa perspectiva.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por oportunizar espaços para uma formação de qualidade.

À Capes, pelo período que me concedeu bolsa de estudos.

À organização do sítio eletrônico JUSBRASIL, o qual possibilitou meu acesso aos documentos que foram objetos de análise desse estudo.

À Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), minha instituição de trabalho, por oportunizar que eu continuasse meu doutoramento.

Aos colegas e alunos da UFPEL, que com palavras de força e motivação ajudaram-me a manter a tranquilidade nesse estudo intranquilo. Um agradecimento especial para a **Silvia Francine Sartor, Kimberly Larroque Velleda, Jose Ricardo Guimarães Junior e Camila Safranski** por dividirem comigo momentos de reflexão e pesquisa.

E por fim, agradeço às pessoas que acompanharam todos os passos e os bastidores ao longo da elaboração desse trabalho. Sem o apoio de vocês por conversas presenciais, virtuais, telefonemas, e-mails, e outros tipos de comunicação que utilizamos, eu não teria chegado aqui.

À minha família: mãe, pai e Lu, obrigada por me dizerem palavras de força nas horas críticas desses anos de doutoramento. Aos demais familiares, obrigada por compreenderem minhas ausências e meus momentos de solidão no quarto quando estava produzindo a tese.

Ao meu **namorado e amigo Rômulo**: obrigada por me trazer amor, carinho e tranquilidade desde que nos reencontramos. Seu companheirismo foi e é fundamental para a finalização desse trabalho e para outros que virão.

Às minhas amigas especiais: Dani, Lidi, Clarissa, Simone W., Izaura, Raquel, Bruna, Rubia, Daiane C., Ariane, Bia, Adri Roese, Teila, Marita, Simone A., Deisi, Mariangela, Sid, Fernanda T. Obrigada por ouvirem meus dramas e crises que não foram poucos e me dizerem que no final as coisas dariam certo... Mas qual final mesmo, o da crise ou do doutorado?

Aos meus outros amigos que não mencionei o nome, agradeço a torcida para que esse trabalho fosse realizado.

“Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa”.

(FOUCAULT, 2009, p.9)

RESUMO

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. **Melhor em casa?** um estudo sobre a atenção domiciliar. 2014. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudo de inspiração genealógica, inserido na vertente pós-estruturalista, objetivou problematizar o acontecimento da atenção domiciliar, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede discursiva. O material empírico foi constituído por documentos legais como: políticas públicas, decretos, portarias, resoluções que se referiram a atenção domiciliar em saúde, publicados no Diário Oficial da União, desde o início do século XX. A primeira etapa para organização do material se constituiu na busca de documentos que se referiam à atenção domiciliar no sítio Jus Brasil, sendo encontradas 1059 páginas que mencionavam atenção domiciliar. A leitura do material selecionado buscava identificar a relação dos documentos com o tema e foi organizada em pastas identificadas pelo ano de publicação. Na segunda etapa, após leitura aprofundada, os excertos que teriam poder de fazer circular determinadas verdades foram organizados em planilha eletrônica, com informações sobre a referência do documento, quem falava e os procedimentos de limitação. A terceira etapa consistiu na leitura da planilha para identificação das relações de poder e saber. Na quarta etapa, as unidades analíticas foram construídas, sendo utilizadas para a análise documental algumas ferramentas propostas por Michel Foucault, como forma de martelar o pensamento, tais como: poder, governo, biopolítica, saber, discurso, norma e dispositivo. Foram organizadas quatro unidades analíticas: Vigilância no domicílio: tecnologia disciplinar; Serviço médico domiciliar e a população operária: nascimento da biopolítica; Saúde para todos: tecnologia regulamentadora da vida e Melhor em Casa: dispositivo de segurança. A primeira unidade trata da vigilância do doente no domicílio. Tendo em vista a incidência da tuberculose, foi organizado um serviço de enfermeiras visitadoras que produziam saberes registrados em relatórios acerca das pessoas e suas doenças naquele período. A segunda unidade foi organizada acerca do Serviço de Assistência Médico Domiciliar, que teve como condições de possibilidade a mobilização dos operários e a organização dos sindicatos a partir da segunda década do século XX. Tal medida, a partir da medicalização do corpo do operário, se constituiu em uma estratégia de controle do absentismo. A terceira unidade aborda o Sistema Único de Saúde como estratégia da biopolítica, que teve como condições de possibilidade as lutas contra um modelo de saúde centrado no hospital, na tecnologia, e era excludente, já que incluía apenas os contribuintes da previdência social. Tal sistema público e democrático previa a participação de todos, em oposição ao sistema anterior que contemplava apenas os trabalhadores. A atenção domiciliar como dispositivo de segurança, a partir dos anos 2000, teve como condições de possibilidade o aumento das doenças crônico-degenerativas e a “crise” no hospital, que pretende liberar leitos para a alta tecnologia, prestando atendimento ao paciente com condições crônicas e incuráveis no domicílio, apontando a casa como lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica próximo da família e longe do risco de infecção hospitalar. Ao longo deste estudo genealógico, apresento as descontinuidades e diferentes configurações que a atenção domiciliar apresentou no Brasil, apontando que a prioridade destas políticas não foram as pessoas, mas a Economia.

Palavras-Chave: Serviços de assistência domiciliar. Serviços hospitalares de assistência domiciliar. Pacientes domiciliares. Cuidadores. Visita domiciliar. Vigilância. Política de saúde. Enfermagem. Documentos.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. **Better at Home?** Study about home care. 2014. 155 f. Thesis (PhD. in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

This study of genealogical inspiration, inserted in the poststructuralist area of knowledge, aimed to problematize the event of home care to know the knowledge and the conditions of possibility that support its discursive network. The empirical material was constituted by legal documents, such as: public policies, decrees, ordinances, dictums that refer to the home care in health, which were published in the *Diário Oficial da União*, since the beginning of century XX. The first step to the organization of material was constituted on searching documents that referred themselves to home care in the Jus Brasil place, which enabled the finding of 1059 pages that mentioned home care. The material selected through reading, which focused on identifying the relation from the document with the issue, was organized in folders identified by the year of publication. In the second step, with a deep reading, excerpts that would have power to make circulating determined truths were organized in electronic charts, which had information about reference from the document, the excerpt, who was talking about, and procedures of limiting. The third step constituted on the reading of the chart to the identification of power and knowledge relations. In the fourth step, the analytical unities were being construed, and for the documental analysis was used some tools from Michel Foucault, as a way to hammer the thought, such as: power, governmentality, biopolitics, knowledge, discourse, norm, and dispositive. Four analytical unities were formed: surveillance at home: disciplinary technology; Home Medical Assistance and the worker population: birth of biopolitics; health for everybody: a statutory technology of life and The Best at Home: security dispositive. The first unity is about the oversight of the sick at home. Having the focus on tuberculosis, it was organized a services of nurses who were visitors, and that produced knowledge recorded about people and their diseases in that period. The second one was organized about the Home Medical Assistance, which had as conditions of possibility the mobilization of workers and the organization of syndicates from the century XX. This step, through the medicalization of the worker body, constituted in a control strategy of absenteeism. The third one approaches the Unique Health System as a strategy of biopolitic, which had as conditions of possibility to fight against a model of health centralized on hospital, on technology, and it was exclusionary, since it included just the contributors of welfare. This public and democratic system wanted the participation of everybody, which was opposite to the previous system, which attained just the workers. The home care as a security dispositive, after 2000, had as conditions of possibility the chronic-degenerative diseases, due to the increase of life expectancy; the “crisis” in the hospital, which aims to release beds to the high technology, assisting the patient with chronic and incurable conditions at home. Therefore, the discourse constitutes house as the safer place, and the best for the patient, who stays in their home, close to the family, far away from the risk of hospital infection. During the performance of this genealogical study, I present the discontinuities and different configurations that home care presented in Brazil, which states that the priority of these polices weren't people, but the economy.

Keywords: Homes care services. Home care services, hospital-based. Homebound persons. Caregivers. Home visit. Surveillance. Health policy. Nursing. Documents.

RESUMEN

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. **¿Mejor en Casa?** Estudio acerca de la atención domiciliaria. 2014. 155 f. Tesis (Doctorado en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Este estudio de inspiración genealógica, inserido en la vertiente pos-estructuralista, objetivó problematizar el acontecimiento de la atención domiciliaria, para conocer los saberes y las condiciones de posibilidad que sustentan su red discursiva. El material empírico fue constituido por documentos legales como: políticas públicas, decretos, portarías, resoluciones, que refirieran a la atención domiciliaria en salud, publicados en el Diário Oficial da União, desde el inicio del siglo XX. La primera etapa para la organización del material se constituyó en la busca realizada en mayo de 2013, siendo encontradas 1059 páginas que mencionaban atención domiciliaria en el sitio Jus Brasil, siendo encontradas 1059 páginas que mencionaban la atención domiciliaria. El material seleccionado a partir de la lectura, que buscaba identificar la relación del documento con el tema, fue organizado en pastas identificadas por el año de publicación. En la segunda etapa, con lectura profundada, extractos que habían de tener poder para hacer circular determinadas verdades fueron organizados en planilla electrónica, con informaciones sobre la referencia del documento, extracto, quién hablaba, y procedimientos de limitación. La tercera etapa consistió en la lectura de la planilla para identificación de las relaciones de poder y saber. En la cuarta etapa, las unidades analíticas fueron siendo construidas, y para el análisis documental se utilizó algunas herramientas de Michel Foucault, como forma de martillar el pensamiento, como: poder, gobierno, biopolítica, saber, discurso, norma y dispositivo. Fueron formadas cuatro unidades analíticas: vigilancia del enfermo en domicilio: tecnología disciplinar; Asistencia médico domiciliaria y la población operaria: el nacimiento de la biopolítica; salud para todos: una tecnología reguladora de la vida; Mejor en Casa: dispositivo de seguridad. La primera unidad trata de la vigilancia del enfermo en el domicilio. Teniendo en vista la incidencia de la tuberculosis, fue organizado un servicio de enfermería visitadoras que producían saberes registrados en informes acerca de las personas y sus molestias en aquel periodo. La segunda, acerca del Servicio de Asistencia Médico-Domiciliaria, que tuvo como condiciones de posibilidad las movilizaciones de los operarios y la organización de los sindicatos a partir de la segunda década del siglo XX. Tal medida, a partir de la medicalización del cuerpo del operario, se constituyó en una estrategia de control del absentismo. La tercera aborda la visita domiciliaria en el Sistema Único de Salud, como estrategia de la biopolítica, que tuvo como condiciones de posibilidad las peleas contra un modelo oneroso de salud, centrado en el hospital e en la tecnología; las peleas contra un modelo de salud excluyente que incluía a penas los contribuyentes de la previdencia social; los ideales de un sistema público de salud, democrático, con participación de todos, en oposición al que la dictadura militar había proporcionado. La atención domiciliaria como dispositivo de seguridad, a partir de los años 2000, tuvo como condiciones de posibilidad las molestias crónico-degenerativas debido al aumento de la expectativa de vida; la “crisis” en el hospital, que pretende liberar camas para la alta tecnología, prestando atendimento al paciente en casa como lugar más seguro y mejor para el paciente, que quedase en su casa, próximo de la familia, lejos del riesgo de infección hospitalaria. Al pasar de este estudio genealógico, presento las discontinuidades y distintas configuraciones que la atención domiciliaria presentó en Brasil, apuntando que la prioridad de estas políticas no fueran las personas, pero la Economía.

Palabras clave: Servicios de atención de salud a domicilio. Servicios de atención a domicilio provisto por hospital. Personas imposibilitadas. Cuidadores. Visita domiciliaria. Vigilancia. Política de salud. Enfermería. Documentos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Relação das publicações sobre atenção domiciliar/ano.....	22
Ilustração 2 - Relação das publicações sobre atenção domiciliar/país.....	23
Ilustração 3 - Exemplo de busca de documentos no JUSBrasil.....	35
Ilustração 4 - Quadro de relação número de documentos/ano.....	35
Ilustração 5 - Capa do Boletim SAMDU.....	79
Ilustração 6 - Quadro do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.....	98
Ilustração 7 - Quadro com área específica, procedimento específico e procedimento marcador geral.....	100
Ilustração 8 - Capa do Melhor em Casa.....	124

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAmPs – Instituto Nacional de Assistência Médica da
Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SAD – Serviço de Assistência Domiciliar

SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de
Urgência

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
PARTE I - CONHECENDO PARA DESCONHECER A ATENÇÃO DOMICILIAR	14
1 A INVENÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	15
2 ATENÇÃO DOMICILIAR: ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA?	21
3 A GENEALOGIA É CINZA	28
4 O TRÂNSITO NA ZONA CINZA DA ATENÇÃO DOMICILIAR	33
PARTE II – DA PROVENIÊNCIA À EMERGÊNCIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR	42
5 A VIGILÂNCIA NO DOMICÍLIO: TECNOLOGIA DISCIPLINAR	43
5.1 Serviço sanitário no século XIX: contextualização.....	43
5.2 Vigilância no domicílio: “enfermeiras visitadoras” e a tuberculose.....	50
5.3 As escrituras: aparelho político e econômico.....	59
6 SERVIÇO MÉDICO DOMICILIAR E A POPULAÇÃO OPERÁRIA: NASCIMENTO DA BIOPOLÍTICA	66
6.1 Atenção à população operária: contextualização.....	68
6.2 Direitos trabalhistas para garantir a vida	72
6.3 SAMDU e a vigilância da vida produtiva	78
7 SAÚDE PARA TODOS: TECNOLOGIA REGULAMENTADORA DA VIDA	85
7.1 O nascimento de um sistema de saúde único: contextualização.....	86
7.2 Visita domiciliar: tecnologia para rastrear e intervir.....	89
7.3 Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições.....	102
8 MELHOR EM CASA: DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	114
9 VERDADES SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIAR	133
REFERÊNCIAS	136
ANEXO A - Ficha A – frente – modelo	154
ANEXO B - Ficha A – verso – modelo	155

APRESENTAÇÃO

Ao invés de ao fim de uma pesquisa termos um rosto mais nítido do objeto ou do sujeito que historiamos, tratava-se aí de borrar este rosto, de fazê-lo aparecer múltiplo, descentrado, mascarado, distorcido, surreal. Faz-se a história de um objeto não para conhecê-lo melhor, ou reconhecê-lo, mas para desconhecê-lo, para dele se afastar como obviedade, para desnaturalizá-lo. A pesquisa não parte de um problema para resolvê-lo; ela instaura no seu acontecer um problema, ela torna a realidade e as certezas que possuíamos problemáticas. Descobre-se o objeto como fabricação dos próprios discursos que o definiram, o delimitaram, o caracterizaram, o descreveram, o fizeram ser visto e ser dito (ALBUQUERQUE-JUNIOR, 2011, p.68).

Início com as palavras de Albuquerque-Junior explicando como ocorrem as pesquisas na perspectiva foucaultiana, para aproximar o leitor ao formato deste estudo de inspiração genealógica sobre atenção domiciliar. Se você procura definições, conceitos, proposições de como devem funcionar as políticas de atenção domiciliar, prescrições, sugiro que não prossiga com a leitura. Mas se você procura desconhecer o objeto atenção domiciliar, e entender como em cada momento histórico a atenção domiciliar obteve diferentes configurações, sugiro que prossiga. Será uma leitura instigante, provocante, que nos ajuda enquanto profissionais de saúde, a olhar para o discurso da atenção domiciliar e ver os modos como somos produzidos por ele. Algumas ressalvas são relevantes antes de prosseguir: esse trabalho se insere na vertente pós-estruturalista, portanto conceitos e objetos históricos são desconstruídos, para ver quais relações, quais condições deram possibilidade para o seu aparecimento; não se trata de dizer que a atenção domiciliar não serve, ou que foi melhor em outra época, mas de pensarmos sobre como os discursos acerca desse tema nos produzem como agentes biopolíticos; para pensarmos em que momentos o domicílio foi tomado como um espaço de cuidado, e quais condições permitiram esses acontecimentos.

A tese foi dividida em duas partes: Parte I – Conhecendo para desconhecer a atenção domiciliar – que trata do referencial teórico-metodológico; e, Parte II – Da proveniência à emergência da atenção domiciliar – que aborda as unidades analíticas e as considerações finais desse estudo.

Na primeira parte, constituída pelos capítulos 1, 2, 3 e 4, apresento a formulação do meu problema de pesquisa e também o que está publicado sobre o tema, tentando conhecê-lo para desconhecê-lo. Como farei isso? O leitor terá que ler essa parte, e depois os rumos metodológicos tomados para tal feito. E se achar interessante, poderá ver nos capítulos que constituem a parte II da tese os resultados das minhas escolhas.

No primeiro capítulo – A invenção da atenção domiciliar – procurei apresentar as minhas escolhas para responder ou levantar mais questões, mais possibilidades sobre meu objeto histórico. Na companhia de Foucault, me aproximando de suas ideias, fui compondo esse origami da Atenção Domiciliar. Aproximei-me da genealogia para desenvolver uma história das relações de poder e saber que inventam a atenção domiciliar. Abordei brevemente o Programa Melhor em Casa, política de atenção domiciliar recentemente elaborada pelo Ministério da Saúde. Também apresentei alguns deslocamentos da saúde e doença para o domicílio, identificados em estudos já realizados (COSTA, J.F, 2004; FARIA, 2006; FOUCAULT, 2007a; 2007b; MENDES, 2001; RIBEIRO, 1988). A apresentação do tema na perspectiva da invenção permitiu problematizar a atenção domiciliar, bem como traçar o delineamento do meu estudo e sua relevância.

No segundo capítulo – Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica – aprofundi as buscas em relação a atenção domiciliar no cenário mundial como estratégia da biopolítica.

No terceiro capítulo - A genealogia é cinza – abordei sobre conceitos da genealogia em Nietzsche e Foucault, que apoiaram meu estudo de inspiração genealógica.

No quarto capítulo – O trânsito na zona cinza da atenção domiciliar – descrevi meus passos metodológicos para a realização desse estudo.

Já na segunda parte, constituída pelos capítulos 5, 6, 7, 8 e 9, procurei mostrar a proveniência e a emergência da atenção domiciliar nos diferentes períodos históricos.

No quinto capítulo – A vigilância no domicílio: tecnologia disciplinar – procurei mostrar como se deu a gênese da atenção domiciliar no Brasil, nas primeiras décadas do século XX. Na parte subintitulada – Serviço sanitário no século XIX: contextualização – busquei situar a forma de organização do serviço sanitário e as condições que determinaram esse tipo de organização, conforme o modelo da medicina urbana. Essa parte introdutória apresentou conteúdo mais contextual, para situar o leitor nas análises, as quais foram organizadas em duas categorias – Vigilância no domicílio: enfermeiras visitadoras e a tuberculose e, – As escrituras: aparelho político e econômico.

No sexto capítulo – Serviço médico domiciliar e a população operária: nascimento da biopolítica – procurei abordar o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) como estratégia da biopolítica. No primeiro tópico, contextualizei suas condições de possibilidade – Atenção à população operária: contextualização – e, na sequência, duas

categorias analíticas intituladas – Direitos trabalhistas para garantir a vida – e – SAMDU e a vigilância da vida produtiva.

No sétimo capítulo – Saúde para todos: uma tecnologia regulamentadora da vida – propus uma analítica de portarias e políticas de saúde pós-Sistema Único de Saúde. Tais documentos fazem circular enunciados sobre a atenção domiciliar caracterizando-a como ferramenta biopolítica. As configurações da atenção domiciliar nesse espaço-tempo ocorreram primeiramente pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde com estudos que trouxeram conceitos elaborados por profissionais de saúde e usuários, e também pelos métodos avaliativos das ações e serviços de saúde, como os indicadores de saúde. De forma a situar o leitor nas minhas problematizações, organizei esse capítulo em três categorias, sendo a primeira uma contextualização, e as duas seguintes, construídas a partir de minhas análises: Nascimento de um sistema de saúde único: contextualização; Visita domiciliar: instrumento de intervenção biopolítica; e, Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições.

No oitavo capítulo – Melhor em Casa: dispositivo de segurança – busquei mostrar como a atenção domiciliar se configurou em um dispositivo de segurança que pretende manter as pessoas doentes em suas casas. A organização desse capítulo diferiu dos outros, pois as condições de possibilidade e a contextualização se articulam no corpo do texto, sem subseções.

No último capítulo estão as considerações finais do estudo. Penso que os argumentos que exponho, desde a apresentação da atenção domiciliar como instrumento da biopolítica, até as condições de possibilidade que permitiram sua proveniência e emergência, tornaram possível demonstrar a Tese que atravessa esse estudo. **Minha Tese é que existe uma história de exclusão nos hospitais. Pessoas ainda doentes que necessitariam permanecer internadas são levadas ao seu domicílio para receberem cuidados. Ao longo dessa história, a atenção domiciliar apresentou discontinuidades e diversas configurações, conforme as necessidades de cada tempo e espaço. E que, por fim, a prioridade das políticas não são as pessoas, mas a Economia.**

PARTE 1 - CONHECENDO PARA DESCONHECER A ATENÇÃO DOMICILIAR

1 INVENÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Teria o objeto do saber histórico a leveza e a fragilidade de um colorido leque chinês que, ao ser aberto ou fechado, formaria, na sua respiração, diferentes figuras, apresentaria diferentes desenhos; que, em suas trepidações aéreas, riscariam múltiplas e movimentadas imagens do passado, que, no entanto, teriam como consistência apenas este aparecer, este emergir, que promete no mesmo momento em que devém, a ruína seguinte, o desaparecer, assim que o leque for agitado em outro momento e por outra mão acalorada? (ALBUQUERQUE – JUNIOR, 2007a, p. 149).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu em 2011 o programa *Melhor em Casa*, com o lema: ‘a segurança do hospital no conforto do seu lar’ (BRASIL, 2011a). Segurança e conforto: combinação maravilhosa, sublime, perfeita, não? Quem não deseja isso? Segurança remete-nos à sensação de estarmos protegidos de riscos, perigos e perdas. Conforto relaciona-se ao estado de alívio, de bem estar. Assim, ao “descobrir” esse lema, passei a problematizar o que se poderia pensar a partir dele.

As palavras de Albuquerque-Junior, transcritas acima, apresentam uma das possibilidades de olhar para o saber histórico. Tal saber é encarado como acontecimento, que tem emergência em determinado período histórico cultural, e que se dissolve, muda contornos, redefine-se e passa por rupturas mais adiante. Esse acontecimento é fundado na experiência, nas práticas do que as pessoas fazem, veem e dizem a partir dos limites que seu próprio tempo coloca. Embora a pesquisa parta de matérias deixadas pelo passado, o pesquisador estuda o objeto como uma fabricação artesanal, fazendo seu próprio origami, dobrando de outra forma as páginas amareladas e dando a elas uma nova respiração (ALBUQUERQUE – JUNIOR, 2007a).

Com esse entendimento, tomo a atenção domiciliar em saúde como um objeto histórico, a fim de problematizá-la, desnaturalizá-la, duvidando de sua obviedade, pensando-a como um leque, que, ao ser aberto e fechado, produz práticas que emergem e desaparecem conforme as redes discursivas que as constituem. Assim sendo, as expressões: visita domiciliar, assistência domiciliar, internação domiciliar, cuidado domiciliar, atenção domiciliar, *home care* têm sido utilizadas para referir a modalidade brasileira de assistência em saúde no domicílio, desde o início do Século XX, e parecem ter suas variações conforme as demandas emergentes nos diferentes momentos históricos. Tais expressões, quando se referem à atenção domiciliar, possuem objetivos que se aproximam e se afastam, que se

assemelham e se diferenciam, e funcionam com critérios variáveis de inclusão e exclusão, atendendo, assim, distintos grupos de pessoas, conforme cada período histórico cultural.

Mas como e quando ocorre a atenção em saúde na casa do doente? Desde a Idade Média, conforme os estudos de Foucault (2007a; 2007b), ocorrem deslocamentos em relação aos lugares de tratamento e cura das doenças. Naquele período, já existiam os hospitais, com a função de prestar assistência aos pobres e doentes que representavam ameaça à sociedade, devendo, portanto, ser retirados da circulação coletiva. Os lugares que serviam para excluir os doentes 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. A Medicina era paralela às práticas hospitalares e de caráter individualista, apoiada na relação médico-paciente, na qual o profissional observava no corpo do doente o momento da crise da doença (FOUCAULT, 2007a).

No Brasil, em 1945, foi elaborado documento com diretrizes organizacionais para o espaço hospitalar. O documento apresentava breve histórico dessa instituição, anteriormente administrada por organizações religiosas que, converteu-se em instituição social por dever do Estado. Nesta época, somente indivíduos desprovidos de meios de subsistência socorriam-se no hospital, visto que essas casas serviam apenas para os pobres. Os que podiam pagar tratavam-se em sua residência, mesmo cirurgias preferiam operar nas casas de seus clientes, buscando prevenir infecções. Posteriormente, quando havia melhores instalações no hospital, atribuídas ao “progresso” da ciência e da técnica, as classes “ativas”¹ passaram a utilizar esse espaço (BRASIL, 1965).

Foucault (2007b), em o Nascimento da Medicina Social, refere que havia dois grandes modelos ocidentais para controlar a disseminação de doenças: o da lepra e o da peste. No modelo da lepra, as pessoas doentes eram retiradas de circulação e colocadas em lugar separado da cidade. O modelo da peste era oriundo do modelo de urgência, que acontecia em diversos locais da Europa, desde a Idade Média. Tal modelo deveria ser aplicado em caso de peste ou doença epidêmica. As pessoas deveriam permanecer em casa, cada família em seu lugar. A cidade era dividida em bairros (distritos) e havia uma autoridade designada responsável pelo espaço geográfico, no qual o chefe de distrito atribuía aos inspetores o dever de percorrer as ruas, chamar as pessoas na janela de cada casa e registrar se estavam vivos, doentes ou mortos. Tais registros eram encaminhados ao chefe de distrito, que, por sua vez, os

¹ Pode ser entendida como a elite, as pessoas que possuíam um melhor “poder aquisitivo”, pois essas recebiam o profissional médico em suas casas e o hospital atendia os menos favorecidos financeiramente.

encaminhava à autoridade maior. Desse modo, obtinha-se, não somente a vigilância, mas a centralização dos registros. Tratava-se de uma revista exaustiva de vivos e mortos. Assim, em tal modelo não se excluía os doentes como no da lepra, mas, separavam-se os indivíduos doentes dos saudáveis, sendo os doentes mantidos permanentemente sob vigília. A partir disso, percebo uma relação da doença com a casa, pois o doente permanecia na casa, não sendo deslocado para tratamento.

Em meados do século XVIII, o hospital começou a ser organizado e medicalizado, e isso pouco teve a ver com o bem-estar dos doentes, mas sim, com a anulação dos efeitos negativos que esse ambiente produzia, devido à desordem das internações. Essa desordem também estava relacionada à possibilidade de as doenças se espalharem para os demais habitantes da cidade em que a instituição se situava, acarretando também em desordem econômica (FOUCAULT, 2007a). Nos Estados Unidos, no século XIX, a assistência domiciliar surgiu concomitante à assistência hospitalar, pois o modelo da quarentena² não era eficaz na prevenção das doenças. Os serviços de *home care*³ começaram a ser organizados para atender às demandas de prevenção de doenças e não somente para tratamento (MENDES, 2001). Assim, a impossibilidade do modelo da quarentena dar conta de medidas preventivas relativas às doenças, somada à ideia de que práticas preventivas tornariam o sistema de saúde mais econômico, foram condições de possibilidade para a invenção do modelo *home care*.

Nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, iniciou o programa de visita domiciliar. Tal visita era realizada pelas visitadoras sanitárias, profissionais que precederam as enfermeiras⁴ de Saúde Pública (FARIA, 2006; RIBEIRO, 1988). Segundo Faria (2006), elas tinham o papel de divulgar conceitos e noções de higiene e fornecer conselhos de puericultura, pois nessa época era presente a ideia de que a doença ocorria pela falta de educação sanitária. Ribeiro (1988) salienta que as ações educativas dessas profissionais estavam voltadas às gestantes, às pessoas em tratamento de doenças venéreas e algumas doenças transmissíveis, como a difteria.

² Modelo da peste.

³ Outra referência traz que o *home care* foi um serviço criado na região de Boston Dispensary, nos Estados Unidos, em 1796. A organização de Home Care prestava serviços aos pobres e enfermos em seus lares ao invés de hospitalizá-los. Naquela época, os hospitais eram considerados casas infestadas pela peste, aonde os cidadãos pobres e enfermos eram enviados para morrer (PORTAL HOMECARE, s.d).

⁴ Ao longo de todo o trabalho, será utilizada a expressão enfermeira para designar aquelas que exercem essa profissão, devido a predominância de mulheres.

A visita domiciliar é uma forma de atendimento domiciliar à saúde e é por intermédio dela que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e necessidades de saúde, sendo esse o benefício da internação domiciliar. No atendimento domiciliar, cuidado domiciliar ou assistência domiciliar, tornam-se possíveis ações educativas, orientações, demonstrações de procedimentos técnicos a serem delegados ao paciente ou ao seu cuidador, bem como a realização desses procedimentos pela equipe multiprofissional no domicílio. Já com a internação domiciliar, são ofertadas, além das ações citadas no atendimento domiciliar, a presença contínua de profissionais no domicílio e o uso de equipamentos e materiais. Todas essas modalidades - visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar- compõem a atenção domiciliar (LACERDA et al., 2006).

E esse interesse pela atenção domiciliar, advém de que lugar? Dos espaços de assistência e de ensino que experimentei durante a vida profissional de enfermeira de Estratégia Saúde da Família e de mestre em enfermagem com a dissertação “Representações sociais da internação domiciliar na terminalidade: o olhar do cuidador familiar” (OLIVEIRA, S.G., 2010). Destaco que, nesta última experiência com o tema, deparei-me com discursos da equipe de saúde sendo repetidos pelos cuidadores familiares. A partir disso, passei a me dar conta do quanto esse discurso produz relações de poder e saber que estão presentes na atenção domiciliar e nos discursos dos profissionais da saúde. Penso que tais discursos não surgiram agora. Eles foram se modificando conforme as condições de possibilidade históricas, apresentando diferentes sentidos para atender diferentes demandas. Na atualidade, a atenção domiciliar se ocupa de distintos grupos de pessoas (doentes crônicos, pacientes pós-cirúrgicos, pessoas com doenças que ameaçam a vida, pessoas dependentes de tecnologia), sendo construída/inventada com novos discursos. A enfermagem é parte dessa história, pois seus profissionais ajudam a construir a atenção domiciliar, desde o tempo das visitadoras sanitárias que eram enfermeiras.

Diante do acontecimento do Melhor em Casa, considerando a rede discursiva que o regulamenta e o justifica, bem como os documentos da atenção domiciliar, tanto do Ministério da Saúde como da Organização Mundial da Saúde (OMS), acredito ser possível mudar as lentes, borrar as fronteiras, alterar o foco, propondo novos olhares, outra problematização. Para uma enfermeira e professora 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. Justifico a expressão contramão, pois entendo que como profissionais de saúde, somos considerados agentes estatais (COSTA J,F 2004; FONSECA, 2012; FOUCAULT, 2007b; ROSE, 2007;2013) para realizar intervenções biopolíticas que garantam a vida das pessoas.

Seria possível outra problematização? Entendo que sim, por meio de estudo inspirado na genealogia. A genealogia para Foucault (2007c) busca estabelecer correspondência entre o sentido da atualidade e do passado imediato, bem como descrever a história das interpretações acerca de um objeto. Dreyfus e Rabinow (2010) alegam que a interpretação não pode ser entendida como desvelamento de um significado escondido, uma vez que “quanto mais interpretamos, menos encontramos um sentido fixo de um texto ou mundo, e mais encontramos outras interpretações. Essas interpretações foram criadas e impostas por outra pessoa, não pela natureza das coisas” (p. 143). A genealogia busca as descontinuidades ali onde foram estabelecidas continuidades, as recorrências e os jogos onde foram encontrados progressos e seriedades, e a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis.

No lugar de dizer que é “melhor em casa”, esse 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 da qual a 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 cujas justificativas devem ser controladas (FOUCAULT, 2004). Nada pode ser visto como natural, belo e verdadeiro desde sempre, e sim, que vasculhando nas camadas constitutivas de um dado saber, de um dado acontecimento, de um dado fato, podemos apreender o movimento de seu aparecimento (ALBUQUERQUE-JUNIOR, 2007a). Nesse sentido, tudo que lemos, escutamos e analisamos, pode e deve ser interrogado e problematizado, porque podemos mostrar como os discursos vieram a se tornar verdadeiros, quais foram as relações de poder travadas, quais estratégias usadas, que discursos foram excluídos para que estes pudessem ser autorizados e divulgados (PARAÍSO, 2012). Conforme Fischer (2012), trata-se de flutuar no limite das palavras e das coisas. Assim, não é ver o não dito, mas as relações entre os acontecimentos.

Diante disso, tenho como objetivo problematizar o acontecimento da atenção domiciliar, para conhecer os saberes e as condições de possibilidade que sustentam sua rede

discursiva. Penso que existe uma história de exclusão dos ainda doentes do ambiente hospitalar, que há diferentes momentos e condições de possibilidade, tanto históricas como culturais, para que uma política pública seja configurada e inventada na rede discursiva da atenção domiciliar. Desse modo, apresento alguns questionamentos que me ajudaram a pensar o nascimento da atenção domiciliar: Em que condições de possibilidade o domicílio foi pensado como um lugar de atendimento aos doentes? Como as *verdades* sobre a atenção domiciliar foram sendo produzidas e como se organizaram nas políticas, programas e portarias brasileiros que as sustentam? Que enunciados circulam nestes artefatos para organizar e legitimar o corpo de conhecimentos da atenção domiciliar?

2 ATENÇÃO DOMICILIAR: ESTRATÉGIA BIOPOLÍTICA?

...a biopolítica é contemporânea do aparecimento e da proliferação das categorias de anormalidade – o delinqüente, o perverso, etc., do par normal-anormal, que as tecnologias do biopoder e os saberes investidos nessas tecnologias supostamente, no limite, eliminaram. Ao identificar cientificamente as anormalidades, as tecnologias da biopolítica estariam numa posição perfeita para supervisioná-las e administrá-las (PORTOCARRERO, 2008, p. 421).

A partir dessa citação de Portocarrero, percebo que há uma movimentação mundial para a organização de serviços de atenção domiciliar, para dar conta das demandas emergentes do processo saúde doença, que embora tenham suas dificuldades e desafios, demonstraram uma redução nos gastos hospitalares. Com isso, quero dizer que às pessoas “anormais” – classificadas com doenças crônicas, em situação de terminalidade, pós-cirúrgicas, ou qualquer outra incapacidade permanente ou temporária – seja mais conveniente o cuidado no domicílio, pois seriam supostamente “eliminadas” de investimentos desnecessários que envolveriam gastos.

A atenção domiciliar tem sido discutida como uma maneira de atender as demandas atuais que emergem em torno do processo saúde-doença. No âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) fez seu pronunciamento no início do século XXI acerca da assistência domiciliar, justificando-se frente à necessidade de cuidados em longo prazo nas doenças crônicas, as quais aumentam em relação à transição demográfica e epidemiológica dos últimos anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Essa transição consiste em problema de saúde pública, uma vez que o aumento da expectativa de vida e a diminuição considerável das doenças infecciosas favoreceram, de certa forma, o surgimento de doenças até então pouco existentes (BRASIL, 2005a). A OMS ainda estima que, até o ano de 2020, as doenças crônicas representarão cerca de 80% das doenças nos países em desenvolvimento e 388 milhões de pessoas morrerão de uma doença crônica nos próximos 10 anos, em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

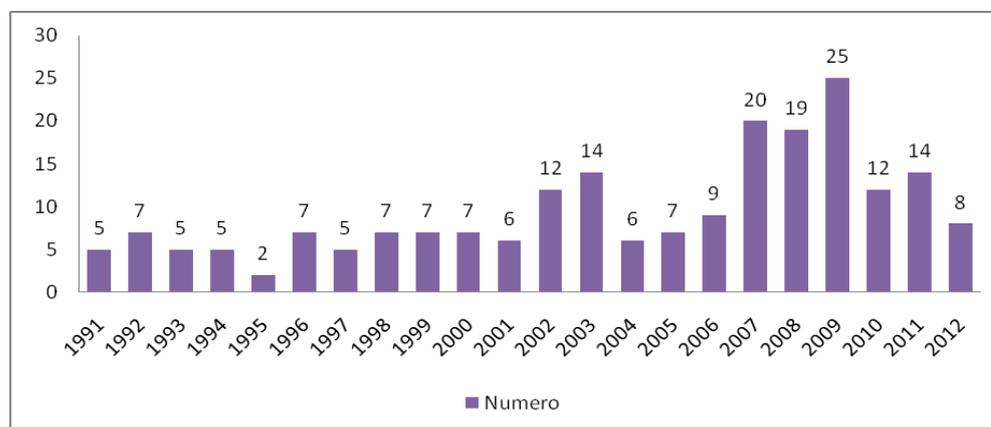
A fim de situar como a atenção domiciliar vem sendo organizada e discutida no mundo, realizei uma revisão narrativa⁵ com o propósito de contextualizar esse tema, nas

⁵ As revisões narrativas possuem abordagem qualitativa, são amplas e apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Não há necessidade de informar fontes utilizadas, nem critérios de inclusão para a seleção dos trabalhos (ROTHER, 2007). Todavia, ressaltamos que em nossa revisão narrativa, selecionamos uma base de dados e incluímos apenas artigos de pesquisa com seres humanos, seguindo os passos da revisão integrativa, tornando a

publicações científicas que constam na base de dados *Public Medical* (PUBMED). Essa base compreende mais de 22 milhões de citações da literatura biomédica do *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e revistas de ciências da vida. Os descritores utilizados foram: *home care services; patient care team; homebound persons; caregiver*. Foram encontradas 2.244 publicações. Dessas, por meio de procedimentos de inclusão e exclusão, pela leitura dos resumos e identificação se a publicação era pesquisa, ficamos com 209.

As publicações sobre o tema iniciaram no ano 1991, e, na década de 90 (Ilustração 1) identificou-se que a atenção domiciliar voltava-se principalmente para os pacientes com HIV e para os pacientes com câncer, passando a ser ampliada para pacientes com outros agravos a partir de 2000, tais como Alzheimer, Parkinson, outras doenças crônicas, bem como as gerais. Talvez sua ampliação na diversidade de pacientes tenha possibilitado o aumento das publicações no início do século XXI.

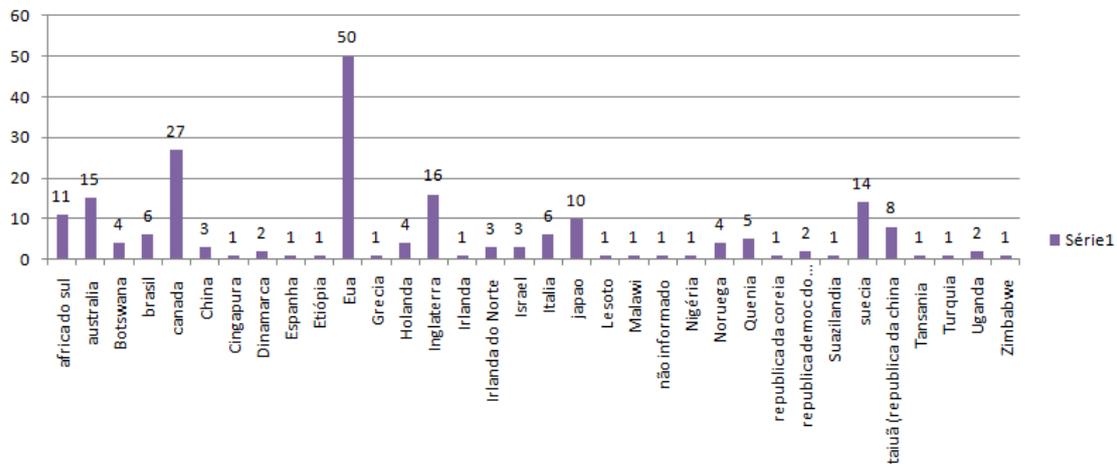
Ilustração 1 - Relação das publicações sobre atenção domiciliar/ano



Fonte: OLIVEIRA; KRUSE; SARTOR, 2012.

Os países que mais discutem a atenção domiciliar são: Estados Unidos da América (EUA), com 50 trabalhos, Canadá com 27, Inglaterra com 16, Austrália com 15, Suécia com 14 (Ilustração 2).

Ilustração 2 - Relação das publicações sobre atenção domiciliar/país



Fonte: OLIVEIRA; KRUSE; SARTOR, 2012.

Os estudos realizados nos EUA demonstram que o *home care* atende uma diversidade de pacientes com câncer na fase curativa e paliativa, pacientes com HIV, idosos, crônicos, entre outros. Já os realizados no Canadá, Inglaterra, Austrália e Suécia, dizem que os serviços de cuidado domiciliar se focam nos pacientes com câncer nos diversos estágios da doença, mas de forma mais intensa no estágio terminal. Destaca-se que a Inglaterra também estende seus serviços aos pacientes em geral. Os estudos realizados no Japão mostram que os serviços de atenção domiciliar dão suporte para que os pacientes possam morrer em casa. Salienta-se, que nas publicações referentes a pesquisas no continente africano, os serviços de atenção domiciliar, se destinam a pacientes com HIV/AIDS (OLIVEIRA, S.G; KRUSE; SARTOR 2012).

Tais estudos foram analisados na etapa três, que consistiu na leitura dos artigos disponíveis *online* na íntegra. Isso correspondeu aos artigos disponíveis, acessados via Proxy⁶, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, s.d), que viabilizou a leitura de artigos de acesso restrito no Portal Capes e na PUBMED. A leitura dos artigos permitiu a elaboração de um panorama, no qual, percebi que os enunciados produzem a atenção domiciliar geralmente voltada para pacientes em cuidados paliativos, considerando que muitos pacientes que necessitam destes cuidados estão fora de possibilidades de cura (ALPTEKIN et al., 2010; APPELIN; BROBÄCK; BERTERO, 2005; BERETTA et al., 2010; BROBÄCK; BERTERO, 2003; BURNS et al., 2011; DUSSEL et al., 2009; GOLDSCHMIDT

⁶ Serviço que permite acessar, do seu computador pessoal, serviços restritos à rede UFRGS. Disponível à comunidade universitária com vínculo ativo (UFRGS, s.d.).

et al., 2006; HIRANO et al., 2011; MCGRATH; JOSKE, 2002; MCLAUGHLIN; SULLIVAN; HASSON, 2007; MELIN-JOHANSONN et al., 2008; MILBERG et al., 2003; MONTEROSSO; KRISTJANSON; PHILLIPS, 2009; SEKELJA; BUTOW; TATTERSALL, 2010; SINGER et al., 2005; STAJDUHAR et al., 2008; VICKERS; CARLISLE, 2000; WENNMANN-LARSEN; TISHELMAN, 2002; WONG; USSHER, 2009). Ao apontar a atenção domiciliar como uma modalidade voltada para pessoas com doenças que ameaçam a vida, destacam que tal modalidade contribui para a promoção do conforto e satisfação das necessidades dos moribundos.

Os artigos descrevem que ser cuidador não é uma escolha voluntária, mas a atenção a um desejo da pessoa doente. Os artigos veiculam discursos de cuidadores e pacientes que avaliam a atenção domiciliar como positiva, se considerarmos a proximidade do paciente com a família, por estar em seu contexto, em sua casa (BERETTA et al., 2010; DUSSEL et al., 2009; VICKERS; CARLISLE, 2000; MONTEROSSO; KRISTJANSON; PHILLIPS, 2009). Entretanto, também destacam que muitos cuidadores sentem-se sobrecarregados, privados de necessidades básicas como sono e boa alimentação, vivendo em isolamento social por ficar em torno do paciente e longe de suas atividades (ALPTEKIN et al., 2010; CAMERON et al., 2002; KUO; OPERARIO; CLUVER, 2012; TSHILILO; DAVHANA-MASELESELE, 2009).

A leitura dos artigos permitiu ainda, avaliar facilidades e dificuldades relacionadas a atenção domiciliar, apresentando particularidades situacionais, como no continente africano (CAMPBELL et al., 2008; MAKORAE, 2011; PALLANGYO; MAYERS, 2009; TSHILILO; DAVHANA-MASELESELE, 2009), onde o cuidado domiciliar representa um desafio, devido a inúmeros problemas, tais como, a alta mortalidade de adultos por HIV, deixando muitas crianças órfãs, até a falta de alimentos, devido aos baixos recursos financeiros e ao empobrecimento de muitas famílias. A análise também permitiu visualizar como cada país busca atender as demandas do processo saúde-doença.

Os artigos também apontam que cuidados domiciliares implicam na oportunidade de realizar cuidados em um ambiente favorável, permitindo preservar as atividades familiares, sociais e o conforto para o cuidado, além de proporcionar sentimento de não abandono em situação de terminalidade (BROBÄCK; BERTERO, 2003; MILBERG et al., 2003). A falta de comunicação dos cuidadores com a equipe de profissionais de saúde, no momento da alta e durante o atendimento domiciliar, também é dificuldade para a realização de cuidados com qualidade (AABOM; PFEIFFER, 2009; ALPTEKIN et al., 2010; FUKUI, S.; FUKUI, N;

KAWAGOE, 2004; JONES; HANSFORD; FISKE, 1993; MCLAUGHLIN et al., 2011; OLENJA, 1999). A estrutura domiciliar, muitas vezes precária, somada as dificuldades econômicas (AMA; SELOILWE, 2010; LINDSEY et al., 2003), alterações emocionais, sobrecarga dos cuidadores (ALPTEKIN et al.; 2010; CAMERON et al., 2002; KUO; OPERARIO; CLUVER, 2012; TSHILOLO; DAVHANA-MASELESELE, 2009) e dificuldade de acesso em casos de intercorrências ou piora no estado de saúde (BECCARO; COSTANTINI; MERLO, 2007; INGLETON et al., 2009; FIGUEIREDO; TURATO, 2001; TSHILOLO; DAVHANA-MASELESELE, 2009) também interferem na qualidade do cuidado prestado. Por outro lado, os textos mencionam que ações de capacitação de cuidadores, contribuem para a segurança dos cuidadores.

O Estado é que tem o papel de gerir a vida de maneira estratégica de modo a preservá-la. Sendo assim, aquilo que transgride a norma que gerencia a vida acarreta, ao Estado, um ônus que deve ser evitado. As variáveis dessa massa populacional, como migrações, velhice e epidemias, afetam diretamente a potência dos dispositivos de poder. Com isso, a vida definitivamente rompe sua esfera particular e se insere num contexto público, ou melhor, político, de forma produtiva, ou seja, positiva. É o gerenciamento político da vida que se instaura, é a biopolítica (MARTINS, 2010).

O dispositivo médico higienista no Brasil, na metade do século XIX, foi utilizado pelo Estado, que não tinha poder de intervenção nas famílias, por essas serem de composição senhorial, ou seja, aquela que era patriarcal e que os membros seguiam o desejo do pai: de manter o patrimônio. Isso reforçava os laços parentais e a família nessa época era “inimiga” do Estado. De alguma forma, o saber higienista ajudou as mulheres a saírem mais para o público, pois essas adoeciam mais que os homens, e, por conseguinte, as crianças adoeciam também por ficarem muito nas casas, as quais eram mal ventiladas. Aos poucos os saberes higienistas, elaborados nesse período, vão modificando o domicílio (COSTA, J.F., 2004). A partir disso, pode-se dizer que iniciou uma relação da saúde com a casa, com a perspectiva de normatizá-la, a fim de propiciar saúde de forma econômica às pessoas. Trata-se não de cuidar a pessoa doente em casa, mas de cuidar a casa para evitar uma doença. Nessa época, a casa vista como insalubre, está longe da tal segurança que o Programa Melhor em Casa (2011a) propõe.

Muito se tem publicado sobre o tema. O domicílio é destacado como um espaço que pode favorecer aos sujeitos envolvidos, a liberdade de criação e condução das atividades e

rotinas em consonância com a dinâmica da casa. Estudos como os de Silva et al. (2010) e Perlini e Faro (2005) demonstram que o cuidado em domicílio permite, ainda, uma relação direta com os profissionais, ou seja, uma equipe de referência para o paciente e família, possibilitando uma construção de vínculos mais efetiva e produzindo novas formas de cuidar (SILVA et al., 2010).

Nesses discursos, também se salienta que o ambiente domiciliar e as relações familiares diferem das relações entre equipe e paciente, dessa forma, humanizam mais o cuidado (BLOIS et al., 2008; BRASIL, 2011a; LACERDA et al. 2007). A atenção domiciliar pode promover o estímulo e a manutenção da autonomia do paciente, pois as tarefas no domicílio podem ser executadas no tempo do paciente, com o incentivo, apoio e possibilidade de maior desenvolvimento do vínculo entre cuidador-doente (BRASIL, 2006a; BRONDANI, 2008; FEUERWERKER; MERHY, 2008; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, R.C. 2005).

Por outro lado, a atenção domiciliar se apresenta como uma forma de redução dos gastos no cenário hospitalar, tanto em recursos materiais como humanos. Isso implica em economia na hotelaria e na disponibilização de recursos, geralmente escassos, tais como leitos na clínica médica (LACERDA et al., 2006; SCHWONKE et al., 2008). Isso porque o atendimento se dá no domicílio e a presença de um cuidador familiar é fundamental para o paciente ser aceito no serviço de AD (BRASIL, 2011a).

De um lado economia na hotelaria do hospital, mas de outro, não se pode negar que a atenção domiciliar também possui um custo, e de certa forma alto, em especial para as famílias, como alguns estudos apontaram (FIGUEIREDO; TURATO, 2001; AMA; SELOILWE, 2010). Esse custo ainda torna-se maior, quando a reorganização que a família faz para ofertarem cuidado ao paciente no domicílio, requer a saída de empregos, afastamentos, férias, entre outras possibilidades (OLIVEIRA, S.G., et al., 2011a).

Parto do princípio de que as portarias do Ministério da Saúde (MS) produzem e fazem circular discursos que constituem a atenção domiciliar no Brasil. Não irei me debruçar nelas nesse momento, uma vez que elas constituem meu corpus de análise. Percebo que uma formação discursiva acerca da atenção domiciliar se compõe por meio de instituições autorizadas a fazê-la, a dizê-la e a dar sentido a ela, como a OMS, o Ministério da Saúde e os profissionais de saúde que a estudam. Essa formação discursiva inclui e exclui pessoas, subjetiva e classifica. Foucault afirma que o discurso é um campo de combate por meio de procedimentos externos e internos. Os externos incluem a exclusão, que é aplicada pela

interdição, a separação e a rejeição. Já os procedimentos internos fazem parte do próprio discurso, para não recair no acaso, ou seja, utiliza-se de princípios de classificação, de ordenação, de distribuição – disciplina. Há ainda por um terceiro mecanismo, a rarefação dos sujeitos que falam, pois para entrar na ordem do discurso é preciso satisfazer determinadas exigências. Nesse sentido, o discurso exclui, interdita, seleciona quem vai falar, quem vai ouvir e quem não pode ouvir. Não há como dissociar o discurso da prática de um ritual que determina pra os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis pré-estabelecidos (FOUCAULT, 2009a). Desse modo, as práticas discursivas atravessam e são atravessadas por um saber que perpassa os diversos níveis e estruturas institucionais, criando possibilidades de readequação ao/do contexto por meio da atualização do discurso, partindo das condições abertas no campo (FAÉ, 2004).

Ao passo que o poder se debruça sobre a vida, ele se debruça por discipliná-la. O poder não busca reprimir a vida, não busca dominá-la, o poder quando foca a vida não é poder repressivo, mas é poder de controle, vigilância, adestramento e treinamento. Assim, o que será, pois objeto dessa disciplina é nosso corpo, ele será objeto dessa disciplina aplicada aos indivíduos. Teremos o surgimento de uma série de mecanismos e instituições disciplinares, reguladoras, normalizadoras, dentre esses podemos citar os hospitais, manicômios, prisões, mecanismos mais amplos, de produção fabril e educação, que formam um escopo de ação sobre os corpos dos indivíduos (MARTINS, 2010).

3 A GENEALOGIA É CINZA

A genealogia da ordem das coisas é cinza pelo seu caráter acromático, pela derrisão do começo, pela banalidade dos atos que compõem as ordenações e as racionalidades [...] esta história genealógica é uma história da vontade de poder, na qual se afirma a potência do indivíduo. Cinza é o começo, mas isto não quer dizer que é a cor predominante (JOANILHO, A.L.; JOANILHO, M.P.G., 2008, p.98).

A genealogia é cinza (FOUCAULT, 2007c). Está na análise do interstício entre o preto e o branco. E ainda deve-se considerar que o cinza tem muitos tons... Não é a busca de uma origem para a cor cinza, pois o cinza advém da mistura do branco e do preto. O branco, para o discurso da física, é o espectro de todas as cores, definida como cor da luz, ou como ausência de cor. Desse modo, há quem diga que branco não é cor e o preto é a ausência de luz, podendo até absorver todas as cores, mas não refletindo nenhuma delas. Todavia, a genealogia também não é a busca do preto e do branco, mas sim das nuances, por isso do cinza, para olhar o que está no meio, entre os binários, olhar para as interpretações que um objeto adquire ao longo do tempo.

A noção de interstício refere-se a um espaço que possui um jogo de forças, conforme Dreyfus e Rabinow (2010), sendo esse campo ou clareira primário não existindo alguém responsável por uma emergência. Os autores salientam que esse campo é compreendido como resultado de práticas de longa data e como campo onde essas práticas operam. Os sujeitos não preexistem, mas surgem nesse campo de batalha para desempenhar seus papéis. “Para o genealogista, não há sujeito, nem individual nem coletivo, movendo a história” (p. 121).

Além de dizer que a genealogia é cinza, Foucault se refere a ela como meticulosa e pacientemente documentária (FOUCAULT, 2007c). Tal ideia é inspirada em Nietzsche, que diz na Genealogia da Moral que seu desejo “era dar a um olhar tão agudo e imparcial uma direção melhor, a direção da efetiva história da moral, prevenindo-o a tempo contra essas hipóteses inglesas que se perdem no azul” (NIETZSCHE, 2009, p. 4). O azul se refere à metafísica. Nietzsche (2009) menciona que a cor mais importante para o genealogista tende a ser o cinza, isso é, a coisa documentada, efetivamente constatável, o realmente havido, numa palavra, “a longa e quase indecifrável escrita hieroglífica do passado humano” (NIETZSCHE, 2009, p. 7).

Foi nessa perspectiva que o estudo “Melhor em Casa? um estudo sobre a atenção domiciliar” foi construído, forjado, fabricado a marteladas⁷, pois foi uma história constatável nas políticas públicas de saúde que envolve a atenção domiciliar. Uma vez que a genealogia se opõe a busca da origem, não desejei nesse estudo de inspiração genealógica buscar a origem da atenção domiciliar, mas sim, como ela vem sendo inventada e entendida no Brasil, e em que momentos ocorreram irrupções e deslocamentos em sua construção, entendendo que assim como não há origem não há uma finalidade histórica. Os acontecimentos emergem ao acaso e não com planejamento prévio. Lemos e Junior (2009), explicam que a história, vista dessa maneira, é devir e mutação, e se faz por metamorfose e não por continuidade; por isso é descontínua e produzida ao acaso dos acontecimentos.

Para Gonçalves (2006/2007), dizer que a emergência é o ponto de surgimento, ou seja, um lugar de aparecimento de discursos, de práticas, não significa dizer que nesse lugar se encontra a origem de tudo, nem mesmo denota dar-lhe um lugar ou achar que lá é o seu lugar, mas, ao situá-la, compreender que há um espaço de lutas, sitiado, sempre inventado. As coisas não possuem origem, elas são inventadas nesses interstícios sempre tencionados em que se dão as relações de força.

Para Foucault, uma genealogia trata de

ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências. Não que reivindicuem o direito lírico à ignorância ou ao não-saber; não que se trate da recusa de saber ou de ativar ou ressaltar os prestígios de uma experiência imediata não ainda captada pelo saber. Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 2007d, p.97).

⁷ Veiga-Neto (2006) recorre, em seu texto, Na Oficina de Foucault, “à metáfora nietzschiana da Filosofia a marteladas, de modo a entender os conceitos enquanto ferramentas com as quais golpeamos outros conceitos, o nosso próprio pensamento e a nossa própria experiência. Pode-se levar adiante a metáfora, de modo a considerar que, além das ferramentas, existem tanto a bancada sobre a qual as usamos quanto o resto das instalações da oficina que, em conjunto formam o fundo, o ambiente, sobre, no ou dentro do qual trabalhamos. É o conjunto das ferramentas com o entorno em que elas atuam que nos permite, junto com Nietzsche, compreender a prática filosófica como a posta em marcha de um pensamento sobre aquilo que pensamos, bem como uma investigação sobre outros modos de pensar” (p. 81). “Conforme formos dando as marteladas no nosso pensamento, retorcendo-o naquilo que nos dizem ser a verdade, naquilo que pensamos ser as nossas certezas, iremos colocando tudo sob suspeita: desde as nossas maneiras de pensar, nossas verdades e certezas até mesmo o martelo com que martelamos a nós mesmos ou a chave-de-fenda com que torcemos nossas ideias. Afinal, um pensamento a marteladas não raramente rompe até mesmo com o martelo, assim como o arrochar do parafuso pode quebrar a chave-de-fenda que usamos” (p.84).

A genealogia seria, portanto, uma forma de libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico (FOUCAULT, 2007d). Foucault diz que atrás das coisas há "algo inteiramente diferente". Isso não quer dizer que exista um segredo essencial e sem data, mas que o segredo é que elas ou não tem essência, ou sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas (FOUCAULT, 2007 c). Com isso quero dizer que analiso a atenção domiciliar como uma prática que veio sendo inventada ao longo do tempo, a partir de discursos que provem da economia, da política, da família, de processos biológicos que envolvem a população, como morbidade, longevidade, mortalidade, que por acaso se unem para atender determinada demanda, a partir de condições de possibilidade que permitem sua emergência.

Foucault refere que questionar as condições de possibilidade implica em ver como esses problemas de constituição poderiam ser resolvidos no interior de uma trama histórica, em vez de remetê-los a um sujeito constituinte. Para isso, faz-se necessário livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito nessa trama. É isso que Foucault chama de genealogia: uma forma de história que pretende dar conta da constituição dos saberes, dos discursos e dos domínios de objetos, sem a necessidade de se referir a um sujeito, seja ele transcendente em relação ao campo de acontecimentos, seja ele perseguido por uma identidade vazia ao longo da história (FOUCAULT, 2007e).

Na genealogia, Foucault também se utiliza de um novo conceito, o de dispositivo. A ideia de dispositivo teria a necessidade de responder a urgência de uma história. Para Marcello (2009), seria como pontos estratégicos que fazem uma noção/conceito, no caso dessa pesquisa, o conceito de atenção domiciliar, manifestar-se e ter existência. Em outras palavras, o dispositivo seria um conjunto articulado de condições de possibilidade que permitem pensar a ideia de atenção domiciliar. Foucault aborda o dispositivo como um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas, o dito e o não dito como elementos do dispositivo. O dispositivo seria a rede que se estabelece entre tais elementos. A autora ainda complementa que o dispositivo é estratégico, supondo certa manipulação das relações de força. Nesse

sentido, o dispositivo está sempre inscrito em um jogo de poder, ligado a uma ou mais configurações de saber (FOUCAULT, 2007f). Para Stassum e Asmann (2010), quando conseguimos isolar as estratégias das relações de força que suportam tais saberes e vice-versa, podemos conceber, então, um dispositivo.

A análise documental é utilizada para compor a genealogia, ou estudo de inspiração genealógica. Tal análise, proposta por Foucault, objetiva individualizar formações discursivas, isolando pertinências, descrevendo as relações, definindo conjuntos e as séries de enunciados que formam o discurso (THIRY-CHERQUES, 2010). Essa forma de analisar o documento relaciona-se a posição da nova história frente ao documento, pois

ela considera como sua tarefa primordial, não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. O documento, pois, não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações. É preciso desligar a história da imagem com que ela se deleitou durante muito tempo e pela qual encontrava sua justificativa antropológica: a de uma memória milenar e coletiva que se servia de documentos materiais para reencontrar o frescor de suas lembranças; ela é o trabalho e a utilização de uma materialidade documental (livros, textos, narrações, registros, atas, edifícios, instituições, regulamentos, técnicas, objetos, costumes etc.) que apresenta sempre e em toda a parte, em qualquer sociedade, formas de permanências, quer espontâneas, quer organizadas (FOUCAULT, 2004, p. 7-8).

Os documentos, para Foucault (2001a; 2004), são entendidos não como textos a serem interpretados, mas como monumentos a serem analisados. Os discursos efetivamente pronunciados, não são considerados somente um conjunto de acontecimentos que teriam ocorrido de uma vez por todas, mas como um conjunto que continua a funcionar e a se transformar através da história, possibilitando o surgimento de outros discursos.

Escrever a história de um acontecimento à moda de Foucault, implica ter certo tom irônico e satírico, pois conforme Albuquerque-Junior (2007b), o riso é o antissistema, é o derrisório, é a ausência de lógica, é o deslocamento constante dos sentidos. Esse tom irônico, tanto seduz quanto intriga, provoca cólera bem como a admiração. A história praticada como sátira,

mais inventa seu objeto do que revela sua verdade e que a verdade desse objeto que ela inventa está nas formações discursivas e nos regimes de práticas que presidiram, em dada época, a sua invenção. A história se assume como discurso produtor de

verdades e construtor de realidades, politicamente interessadas. O historiador descobre que o prazer de seu ofício não está no encontro com a verdade derradeira, mas na sua procura, e que a finalidade de seu saber não é encontrar as versões definitivas sobre os fatos, mas desmontar aquelas versões tidas como verdadeiras, tornando outras possíveis, libertando as palavras e as coisas que nos chegam do passado de seu aprisionamento museológico, permitindo que outros sentidos se produzam que outras leituras se façam (ALBUQUERQUE-JUNIOR, 2007b, p. 187).

4 O TRÂNSITO NA ZONA CINZA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Eu ficaria embaraçado em dizer o que exatamente senti quando li esses fragmentos e muitos outros que lhes eram semelhantes. Sem dúvida, uma dessas impressões das quais se diz que são “físicas”, como se pudesse haver outras. E confesso que essas “notícias” surgindo de repente através de dois séculos de silêncio, abalaram mais fibras em mim do que o que comumente chamamos literatura [...] (FOUCAULT, 2003, p. 204).

Início com Foucault para justificar a escolha dos documentos, publicações no Diário Oficial, que utilizei para a realização dessa pesquisa de inspiração genealógica sobre a atenção domiciliar, a qual se inseriu na vertente pós-estruturalista de inspiração foucaultiana. Tal vertente propõe desnaturalizar, colocar em suspensão verdades, pois essas fazem parte de um regime de verdades. Em outras palavras, esses estudos compõem um conjunto de ações descentradas e mutáveis que propõem uma análise externa à racionalidade moderna, colocando em suspeita as “verdades” e grandes narrativas da modernidade. Nessa direção, a intenção de pesquisas pós-estruturalistas, não é de abordar o êxito ou a utilidade dos diferentes posicionamentos teóricos (COSTA M.V.; SILVEIRA; SOMMER, 2003), mas sim, entender como esse objeto chamado atenção domiciliar foi e vem sendo inventado no século XX e início do século XXI.

Ao ler que Foucault pesquisava documentos, arquivos, lembrei que as portarias da atenção domiciliar eram publicadas no Diário Oficial da União (DOU), e que poderiam haver outros documentos que fazem circular os saberes da atenção domiciliar nesse espaço. Pensei também no DOU, por ser pouco utilizado em pesquisas, como as revistas, teses e dissertações, comumente utilizadas em pesquisas documentais. Em geral as referências do DOU são usadas para contextualizar e não como material empírico. Nesse sentido, seria dar voz a esses documentos. Ao pensar nisso, fui verificar as possibilidades de encontrar tais documentos. Há dois sites possíveis: o próprio da imprensa nacional, onde as buscas são realizadas por datas⁸ e o JUSBrasil⁹, que reúne documentos legislativos, diários oficiais desde o século XIX.

Desse modo, o material empírico foi constituído por documentos legais como: políticas públicas, decretos¹⁰, portarias¹¹, resoluções¹², entre outros documentos que se

⁸ Imprensa Nacional. <http://portal.in.gov.br/>

⁹ JUSBrasil. <http://www.jusbrasil.com.br/diarios>

¹⁰ Atos administrativos da competência exclusiva dos chefes do executivo, destinados a prover situações gerais ou individuais, abstratamente previstas de modo expresso, explícito ou implícito pela legislação. Como ato administrativo o decreto está sempre em situação inferior à da lei e, por isso mesmo, não a pode contrariar. O decreto geral tem, entretanto, a mesma normatividade da lei, desde que não ultrapasse a alçada regulamentar de que dispõe o Executivo (MEIRELLES, 1981).

referiram às formas de atenção domiciliar em saúde, publicados no Diário Oficial da União (D.O.U), desde o início do século XX. Esse material foi encontrado no sítio Jus Brasil (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>), o qual disponibiliza legislação e notícias de direito, mantendo em sua base de dados *on line* números do Diário Oficial da União anteriores ao ano de 1900. Vale destacar que as publicações que fazem circular esses saberes provêm da Imprensa Nacional que teve seu início por decreto do príncipe Dom João, em 13 de maio de 1808, com o objetivo de publicar atos oficiais do Estado diariamente (BRASIL, s.d). Ainda, constituíram meu material empírico, outros documentos elaborados a partir dessas políticas públicas e portarias, como manuais técnicos, cartilhas que não foram publicados no Diário Oficial.

Como o site abriga outros documentos, como artigos, notícias, itens da legislação, e publicações de diversos diários oficiais, como os da esfera estadual, por exemplo, foi necessária a ativação de filtros na busca: Diários; Data; Em qualquer Data; Diário Oficial da União, conforme pode ser observado na ilustração 3. Os armazenamentos dos documentos publicados no Diário Oficial da União estão organizados por páginas, de modo que, quando realizamos a busca, aparecem apenas páginas que mencionam o que estamos buscando. Por exemplo, se em uma portaria que possui uma política em anexo, a expressão atenção domiciliar for mencionada três vezes, irão aparecer somente as páginas, desse documento, que a mencionam. Isso pode ser observado na figura abaixo, onde os três primeiros itens de busca são da mesma data, mas de páginas diferentes, e correspondem a uma portaria sobre internação domiciliar. A busca foi realizada em maio de 2013, sendo encontradas 1059 páginas que mencionavam atenção domiciliar.

¹¹ Atos administrativos internos, pelos quais os chefes de órgãos, repartições e serviços, expedem determinações gerais ou especiais a seus subordinados, ou designam servidores para a funções e cargos secundários (MEIRELLES, 1981).

¹² Atos administrativos normativos expedidos pelas altas autoridades do Executivo (mas não pelo Chefe do Executivo, que só deve expedir decretos), ou pelos presidentes de tribunais e órgãos legislativos, para disciplinar matéria de sua competência específica. Por exceção admitem-se resoluções individuais (MEIRELLES, 1981).

Ilustração 3 - Exemplo de busca de documentos no JUSBrasil

The screenshot shows the JusBrasil website interface. At the top, there is a search bar with the text 'Diários' and 'Atenção domiciliar'. Below the search bar, there are navigation tabs: 'Tudo', 'Notícias', 'Artigos', 'Jurisprudência', 'Diários', 'Legislação', 'Modelos e peças', 'Política', 'Tópicos', and 'Perfil'. The 'Diários' tab is selected. Below the navigation, it says 'Página 75 de 1.262 resultados • Filtrado por DOU'. The main content area displays three search results, each with a title, a brief description, and the source 'Diário Oficial da União'. On the right side, there is a sidebar with filters for 'Ordenar por' (Relevância, Data) and 'Filtrar por' (Todos, Diário Oficial da União, Nomeação em Concurso Público, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Saúde, Pesquisador, Bioagri Laboratórios, Diário Oficial da União, Diário Oficial da União, de 31 de julho de 2013, pág. ...).

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.¹³.

O material empírico foi organizado a partir da seleção dos documentos encontrados no site Jus Brasil. Os documentos foram lidos buscando identificar se estavam relacionados com a atenção domiciliar em saúde. Os documentos selecionados foram arquivados em pastas identificadas pelo ano de publicação (ex: 1928, 1937, 1950...). Na figura abaixo (Ilustração 4), está o número de documentos encontrados e o ano de sua publicação:

Ilustração 4 – Lista de relação número de documentos/ano

Ano	n	Ano	n	Ano	N	Ano	n	Ano	n	Ano	n	Ano	n
1928	1	1953	1	1961	1	1973	1	1993	1	2000	4	2007	7
1939	1	1955	1	1962	1	1974	1	1994	2	2001	6	2008	16
1940	1	1956	1	1963	1	1976	1	1995	1	2002	1	2009	18
1945	1	1957	1	1964	2	1981	1	1996	2	2003	14	2010	11
1947	1	1958	2	1966	2	1990	1	1997	3	2004	17	2011	18
1950	1	1959	2	1967	1	1991	1	1998	2	2005	16	2012	2
1951	2	1960	1	1968	1	1992	1	1999	10	2006	23	2013	2
TOTAL: 209													

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

¹³ Print screen gerado da página na data de 11/03/2014.

A segunda etapa foi a leitura mais aprofundada e demorada desses documentos, com identificação de excertos que teriam o poder de fazer circular determinadas “verdades”. Muitos excertos foram excluídos por serem portarias que nomeavam profissionais para a ocupação de vagas em serviço de atenção domiciliar, ou licitação de ambulância (por exemplo, para o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência – SAMDU, concurso ou seleção de profissionais, menção do procedimento sem maiores descrições, etc.). Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha eletrônica, adaptada da pesquisa de Saraiva (2006), na qual eram informados a referência do documento, o excerto, comentários adicionais, quem fala e procedimentos de limitação. Na tabela 1, optei por mostrar apenas as colunas do excerto, quem fala e procedimento, de modo a ilustrar como foram organizados os dados dessa parte da pesquisa. Tal planilha foi usada na terceira etapa de análise, para identificar as relações entre poder e saber a partir desses discursos.

Tabela 1- Exemplo parcial da organização da planilha

Ord	Excerto	quem fala	procedimentos de limitação
1	<p>[SANTA CRUZ -] - realizou-se o conhecimento topográfico completo do distrito, e enquanto se levava a cabo o dessecamento de charcos, a rectificação de vallas, a polícia de focos de larvas de anophelinas e captura de adultos, cuidava-se com atenção da "honifica umana" levando a domicilio o tratamento de quinina e plasmochina, para a cura tanto quanto possível, radical dos impaludados. Media-se a difusão da doença com exames específicos e do sangue. [...] Organizou-se activo combate anti-larvario, dirigido especialmente contra a Celli ocolp. itarsis, a grande responsável da malária local, e ao mesmo tempo distribuam-se, intensivamente doses de quinina gratuita a domicilio aos enfermos e convalescentes. Nesta fase de emergência que durou até junho, foram destruídos cerca de 1600 criadouros de anophelinas. O cuidado e actividade dos envolvidos nos trabalhos foram notáveis, com o resultado de que não houve a epidemia temida, e a morbidade baixou a algarismos nunca dantes obtidos, de junho/1927 para cá. com o decréscimo dos casos, pode-se cuidar da realização do plano definitivo dos trabalhos.</p>	Diretoria do saneamento Rural	biopolítica/disciplina
2	<p>é valorosa a cooperação que recebemos de nossos auxiliares, e de nossa parte é constante a preocupação de um tratamento que lhes eleve o nível de vida. Assim é que, além dos vencimentos, lhes abonamos 7 meses de gratificação [...] (Associação Educativa e de Previdência dos Empregados do Banco Nacional de Descontos) cada um deles tem uma apólice de seguro de vida, em favor da família e permanente assistência médico-domiciliar e dentária.</p>	Gerente do Banco Nacional de Negócios	biopoder/disciplina

3	[carta ao presidente (Getúlio Vargas) da República] - a carta em que o ferroviário Augusto José da Cruz, aposentado, em 1928, pela Caixa de Aposentadoria e Pensões da Central do Brasil, pleiteia não só a melhoria das condições de sua inatividade [...] como também o direito de poderem os aposentados de modo genérico, utilizar-se dos ambulatórios dos Serviços Médicos da Caixas de Aposentadorias e Pensões. Usufruindo dos benefícios da assistência domiciliar e hospitalar facultada aos ferroviários em atividade.	Waldemar Falcão - Ministro da Indústria e do Comércio	biopoder/disciplina
4	Art. 353. Para a execução dos trabalhos de visitadoras de higiene ou de enfermeiras diplomadas de saúde pública , será a cidade dividida em districtos , ficando cada enfermeira incumbida dos serviços técnicos das diversas dependências do Departamento. [...] § Enquanto não puder a escola fornecer enfermeiras diplomadas em numero suficiente para o desempenho dos Serviços sanitários a fim de garantir a boa marcha de tais serviços, pela superintendente geral do Serviço de Enfermeiras serão organizados cursos intensivos de instrução theorica e prática para visitadoras de hygiene.	Departamento de Saúde Pública (DNSP)	disciplina

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

Na medida em que as leituras e análises iam ocorrendo busquei outros documentos que me interessavam, para constituir o corpus de análise. Por exemplo, nas primeiras décadas do século XX, eu precisei buscar material para compor o período histórico, então utilizei a expressão assistência domiciliar e inspeção domiciliar, termos usados na época. Da mesma forma, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e com o Melhor em Casa.

A quarta etapa consistiu na elaboração das unidades analíticas, a partir das relações estabelecidas entre os enunciados e por períodos históricos. Minha planilha que inicialmente tinha espaço para inserir localização da página, foi modificada, uma vez que essa informação era irrelevante. Essas modificações são possíveis em pesquisas pós-estruturalistas, pois conforme Paraíso (2012) zigzagueamos entre o objeto, tema, identificamos as relações entre enunciados, e vamos identificando as rupturas, os deslocamentos, a emergência. Saliento que meus excertos se diferenciam de citações diretas nos meus capítulos de análise, por estarem formatados em itálico, além de informações que considero importantes para situar o leitor como a origem do documento se portaria, carta, resolução, etc.

Para orientar a análise documental e compor esse estudo de inspiração genealógica da atenção domiciliar, foram utilizadas algumas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” o pensamento nos discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, governo, biopolítica, saber, discurso, norma e dispositivo. Sabe-se que a genealogia se preocupa com as relações de poder, saber e corpo, todavia, por este ser um estudo inspirado nela, foram utilizadas as ferramentas de poder e saber, destacando seu papel no campo de lutas da atenção domiciliar, uma vez que foram analisados documentos. No que

se referiu às relações ao corpo, nas análises, descrevi que tipos de sujeitos poderiam ser produzidos por tais discursos.

O poder rege os enunciados e a forma como esses se organizam entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente. Nessa direção, não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, 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 de fato ele induza ao prazer, forme o saber e produza discurso. Nesse sentido, ele deve ser considerado como uma rede produtiva (FOUCAULT, 2007e). Em suma, trata-se de localizar e explicitar como funciona o poder, o que faz e como faz (DREYFUS e RABINOW, 2010).

Nas análises, encontrei três formas de poder operantes nos discursos: poder soberano, poder disciplinar e biopoder. Conforme Foucault (2005), o poder soberano tem o poder de fazer morrer e deixar viver, por garantia da própria sobrevivência. É ele também, que detém a riqueza. O súdito pertence ao soberano como um bem, e garante sua sobrevivência. Já o biopoder, é poder sobre a vida, para garantir a existência da espécie. É o poder que faz viver, e deixa morrer. É poder que regular os processos de uma população. O poder disciplinar, conforme Foucault (2013), inclui um conjunto de técnicas, que permitem um controle minucioso do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade, isto é, uma relação que não estabelece somente a maximização das forças do corpo, nem tampouco, o aprofundamento da sujeição, mas sim, a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna mais obediente e útil. Tais técnicas, segundo Foucault (2006), incluem a escrita, a projeção da psique, a vigilância e a divisão normal-anormal. A disciplina olha para o futuro, para o momento em que vai funcionar sozinha, em que a vigilância poderá não ser mais que virtual, e tornar-se-á um hábito, introjetado pelo próprio sujeito.

O governo¹⁴ refere-se a ação ou ato de governar. Foi uma forma de poder que surgiu com o Estado Moderno, no modelo de segurança, no qual consiste em um conjunto de práticas, instituições, aparelhos e saberes alusivos ao seu alvo, a população. Essas práticas, mecanismos, não tendem como os da lei, como os da disciplina, a repercutir de uma maneira

¹⁴ Palavra ressuscitada por Veiga-Neto (2005) na língua portuguesa, uma vez que o uso da palavra governo pode ser atribuído a Instituição Governo. Porém, em alguns momentos usarei a palavra governo com letra minúscula como sinônimo de governo.

mais homogênea, mais exaustiva possível. E sim, de fazer com que a ação dos que governam seja necessária e suficiente (FOUCAULT, 2008a).

A biopolítica lida com a população como problema político, uma vez que ela se constitui de um conjunto de processos como nascimento, morbidade, mortalidade, os quais foram objetos de saber e alvos de controle atrelados aos problemas econômicos e políticos, de cada época. Consiste em uma estratégia para racionalizar os problemas da prática governamental, utilizando-se da estatística, não para mudar algo específico no indivíduo, mas para intervir naquilo que é determinante na população. Naquilo que é possível estabelecer uma regulação, de modo a levar ao equilíbrio, a homeostase, assegurando compensações, proporcionando a segurança (FOUCAULT, 2005).

O saber pode ser entendido como

conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e indispensáveis à constituição de uma ciência [...] Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico [...] um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...] um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...] finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2004, p.204).

O discurso, para Foucault (2004) deve ser visto como monumento, não tendo possibilidade de ver algo que está por traz do discurso, uma vez que ele está dado. Há, portanto, procedimentos que limitam esse discurso. Conforme Foucault (2009), a produção de discurso é “ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada, e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (p.8-9). Foucault declara que o discurso é um campo de combate, pois por meio de procedimentos externos (exclusão: interdição, separação e rejeição) e internos (do próprio discurso, para não recair no acaso – se utiliza de princípios de classificação, de ordenação, de distribuição – disciplina), e, ainda por um terceiro mecanismo, a rarefação dos sujeitos que falam (para entrar na ordem do discurso é preciso satisfazer determinadas exigências). Dos procedimentos externos, a exclusão e a interdição, talvez sejam as que mais conhecemos. “Sabe-se bem, que não se tem o direito de dizer tudo, e que não se pode falar de tudo, em qualquer circunstância, que qualquer um enfim, não pode falar de qualquer coisa” (p.9). A segregação da loucura, ou seja,

o valor nulo da palavra do louco e a vontade de verdade são outros procedimentos externos. Esse último, cada vez se consolida mais, enquanto que a exclusão e a segregação da loucura se tornam frágeis.

Em relação aos procedimentos internos, diz-se que os próprios discursos exercem seu controle. Tais procedimentos funcionam, sobretudo, a título de princípios, de classificação, de ordenação, de distribuição, como se outra dimensão do discurso: a do acontecimento e do acaso (FOUCAULT, 2009). Para o autor, “a disciplina é um princípio de controle de produção de discurso. Ela lhe fixa limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras” (p. 36). O terceiro grupo de procedimentos, a rarefação, remete-se a quem pode falar e entrar no discurso. Para entrar, tem que satisfazer certas exigências e ser qualificado. Em outras palavras, nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis (FOUCAULT, 2009).

A norma é um operador entre o poder disciplinar e o poder regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e população, permitindo ao mesmo tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica. A norma pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar (FOUCAULT, 2005).

Já dispositivo para Foucault (2007f), ele consiste em:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (p. 138).

Essa pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa uma vez que o que constituiu o material empírico foram documentos públicos. A análise de documentos públicos não fere os “autores” de tais documentos, pois esses 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 (FOUCAULT, 2001b). Por outro lado, ao fazermos uma genealogia ou estudo de inspiração genealógica, não destacamos sujeitos que seriam responsáveis pelos acontecimentos, mas condições de possibilidade que permitiram o acontecimento. Foucault (2001b) fala que há interesse na função de autor, pois esse exerce certo papel em relação ao discurso, assegurando uma função classificatória, e que, tal nome

permite reagrupar certo número de textos, delimitá-los, deles excluir alguns, opô-los a outros. O nome do autor também possibilita a caracterização de um determinado discurso, garantindo certo status.

PARTE II – DA PROVENIENCIA À EMERGÊNCIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

5 A VIGILÂNCIA NO DOMICÍLIO: TECNOLOGIA DISCIPLINAR

Nesse capítulo, procurarei mostrar como se deu a gênese da atenção domiciliar no Brasil, nas primeiras décadas do século XX. Na parte subintitulada “Serviço sanitário no século XIX: contextualização” busquei situar a forma de organização do serviço sanitário ao final do século XIX, e quais condições determinaram esse tipo de organização, conforme o modelo da medicina urbana. Essa contextualização foi necessária, para mostrar o deslocamento da medicina urbana para a medicina de Estado, nas primeiras décadas do Século XX, o que configurou o que chamamos de atenção domiciliar. Portanto, essa parte introdutória apresenta conteúdo mais contextual, para situar o leitor nas análises, as quais foram organizadas em duas categorias, vigilância no domicílio: “enfermeiras visitadoras” e a tuberculose, e as escrituras: aparelho político e econômico.

Na primeira categoria, busquei mostrar como se configurou a atenção domiciliar, que podemos chamar de *vigilância do doente no domicílio*, a partir do acontecimento da tuberculose com o fato da ‘nova’ profissão das enfermeiras visitadoras. Para tanto, procurei avaliar como as intervenções utilizadas na vigilância, inspeção e controle, se aproximaram do modelo de medicina de Estado e, ainda, como estas relações de poder-saber foram estabelecidas, sobretudo, por mecanismos disciplinares.

Na segunda categoria, trato escrituras como os registros e relatórios elaborados e publicados no Diário Oficial da União e, mostro como eles serviram para ajudar o Estado a estabelecer orientações para bem governar os indivíduos e a população, em relação às moléstias que se instalavam. Destaco que esta vigilância hierarquizada, bem como o uso de estatística, possibilitaram os saberes acerca de tais epidemias que configuraram a atenção domiciliar com um caráter muito mais de inspeção e controle, do que de cuidado.

5.1 Serviço sanitário no século XIX: contextualização

A organização do Serviço Sanitário e de Assistência Pública de 1893 apresentava características do modelo da medicina urbana, que foi perdendo sua ênfase, nas primeiras décadas do Século XX, devido ao deslocamento para a medicina de Estado. Foucault (2007b) propõe três etapas na formação da medicina social: medicina de Estado, medicina urbana e medicina da força de trabalho. Utilizei duas dessas etapas para pensar a conformação da

atenção domiciliar, visto que ela nasceu a partir da organização da medicina social, como estratégia e tática de biopoder, para controlar, analisar, vigiar as pessoas em domicílios.

Para Foucault (2007b), a medicina urbana, nasceu na França, com a urbanização e a formação das cidades, e se inspirou no modelo de urgência, utilizado desde a Idade Média nas pestes. Nesse modelo, as cidades eram divididas em bairros (distritos), que estavam sob a responsabilidade de uma autoridade designada para isso. Esse chefe supervisionava inspetores que deveriam percorrer as ruas, casa por casa, conferindo os vivos, os doentes e os mortos. Além disso, tais inspetores deveriam verificar os limites dos bairros, evitando que as pessoas saíssem de suas casas.

Em Segurança, Território e População, Foucault (2008a) exemplifica o modelo da peste por meio dos

regulamentos relativos à peste de quadrilhar literalmente as regiões, as cidades no interior das quais existe a peste, com uma regulamentação indicando as pessoas quando podem sair, como, a que horas, o que devem fazer em casa, que tipo de alimentação devem ter, proibindo-lhes este ou aquele tipo de contato, obrigando-as a se apresentar a inspetores, a abrir a casa aos inspetores. Pode-se dizer que temos, aí, um sistema que é de tipo disciplinar (p.14).

A medicina urbana teria como objetivo a análise dos lugares de acúmulo e amontoamento no espaço urbano que pudessem causar doenças; o controle da circulação das coisas e dos elementos, em especial do ar e das águas; e a organização de distribuições e sequências, relativas ao controle das águas (limpas e contaminadas) (FOUCAULT, 2007b). Foucault (2008a) também destaca que o controle da circulação das coisas e elementos para evitar moléstias mostrou uma relação diferente com o território, não somente para demarcá-lo, como ocorria no período em que operava o poder soberano¹⁵.

No Brasil, o modelo de medicina urbana parece ter inspirado a organização do Serviço Sanitário e de Assistência Pública de 1893, que ficou a cargo da Diretoria de Higiene e Saúde Pública. Nesse período, previram-se ações que deveriam dar conta da fiscalização, do saneamento das localidades e habitações e das instituições de produção de alimentos por meio da polícia sanitária. As ações de inspeção e desinfecção, quando identificadas moléstias em casas próprias ou para serem alugadas, eram executadas pela polícia¹⁶ sanitária. Tais

¹⁵ Com o poder soberano, o território era conquistado ou recebido como herança (FOUCAULT, 2008a). No capítulo seguinte eu retomo algumas características desse poder.

¹⁶ A polícia foi instrumento decisivo da arte de governo na era moderna, tendo a população como objeto e objetivo de governo (AUGUSTO, 2013).

inspeções tinham por objetivo verificar as condições de higiene da casa, tanto em sua estrutura quanto nas suas instalações. A polícia sanitária tinha possibilidade de adentrar às casas e intimar inquilinos ou locatários para que fossem tomadas providências em relação aos problemas identificados. Em caso de não atendimento, eram aplicadas multas. Havia os comissários de higiene, que tinham como atribuição orientar as pessoas sobre as moléstias, notificar doenças, socorrer vítimas em caso de acidente, e quando da impossibilidade de tratá-las em casa, as mesmas deveriam ser remetidas ao hospital (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1893a). Muito mais notificação de doenças, fiscalização e controle nos aspectos higiênicos do que cuidado com as pessoas. Muito mais vigilância e punição, do que rastreamento de riscos e intervenção de prevenção.

Percebo uma série de papéis que foram estabelecidos: os diretores, os servidores, veterinários, policiais sanitários, comissários de higiene, e as pessoas que residiam na cidade recebiam ordens, eram fiscalizadas, intimadas e multadas em determinadas situações. Uma relação com o interior das casas se estabeleceu no final do século XIX, pois as aglomerações nas cidades eram vistas como problema de disseminação de doenças. Tal relação de inspetores com a casa e o doente se dava quando a doença estava instalada, ou suspeita. A nomenclatura era policialesca, destacando o papel de controle que tais agentes desempenhavam: comissário, inspetor, policial sanitário.

Em 1892, um artigo salientava a importância do controle com os reservatórios de água, onde se destaca que “uma boa água, é pois, a salvação de uma nação” (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1892a, p. 233). O saneamento das águas e dos esgotos, e a produção dos alimentos eram preocupação nas cidades, constituindo táticas para controlar a circulação. Não a circulação de pessoas, mas de coisas e elementos, especialmente do ar e das águas.

Em fevereiro de 1893, o prefeito do Rio de Janeiro, responsável pelo Serviço Sanitário e de Assistência Pública, expediu portarias para evitar a propagação de moléstias, em especial as predominantes no verão. Essas portarias orientavam os inspetores a realizar visitas domiciliares diárias, para verificar as condições de todas as habitações. Nessas visitas era preciso colher informações que pudessem servir de base para elaboração de medidas preventivas por parte da administração (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1893b). Posso dizer que tais ações que passaram a extrair informações dos espaços domiciliares, foram imprescindíveis para a formação de saberes em torno de uma doença. A produção desses registros a partir dessas práticas higienistas funcionou como uma tecnologia política e

econômica, pois as análises desses dados permitiram a produção de saberes sobre o “objeto” observado. Penso que aí já se manifestava o poder disciplinar, pois identifiquei uma análise que buscava decompor lugares e tempos, bem como a classificação dos elementos identificados em função dos objetivos determinados. Com a análise minuciosa, era possível responder questões como: Quais são as melhores ações para evitar as moléstias? Quem são os mais atingidos? Qual o período em que a moléstia se instala? Quem está apto a coletar as informações, fazer a inspeção?

A febre amarela era considerada uma epidemia importante, porque causava muitas mortes, assim como a tuberculose. Havia discussões sobre o tratamento com tuberculina de Koch, sendo apontada a necessidade de mais observações para que inspirassem mais confiança. Em uma reunião da Academia Nacional de Medicina, foi comentada a ‘facilidade’ das ações profiláticas, apontando que elas deveriam ser colocadas em prática,

“a troco mesmo de medidas repressivas, e violentas, que seriam largamente compensadas pelos benefícios que deviam acarretar. É triste que seja preciso recorrer a estes meios para se conseguir taes resultados, mas há de ser assim enquanto o povo não tiver educação moral e intellectual necessárias para compreender o valor e importância dessas medidas [...]” (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1892b, p.3023).

Tais técnicas de inspeção e vigilância da conduta das pessoas preconizadas pelos *experts* ressaltam a introdução do poder disciplinar. Utilizo a expressão introdução porque esses corpos ainda não estão docilizados. Este procedimento começa a ser utilizado a partir das intervenções dos higienistas sobre os corpos dos indivíduos. Ainda, considero que a biopolítica instala-se somente mais tarde, a partir da segunda década do século XX, embora essas moléstias, como a febre amarela e a tuberculose possam ser consideradas endemias, no que se refere ao número de casos. Em relação à febre amarela, o clima era condicionante para o aumento dos casos, mas restringia-se a determinadas regiões. Já a tuberculose não se limitava a regiões, mas relacionava-se com as condições de saneamento e aglomerações de pessoas. É interessante destacar que não se utilizava o conceito de epidemia naquele período, portanto, tais moléstias citadas eram tratadas como epidemias. Foucault (2005), no curso *Em Defesa da Sociedade*, ministrado no College de France (1975-1976), comenta que a morbidade é um dos processos biológicos que a biopolítica se ocupa. Diz ele, que esse processo de vida não é referente às grandes epidemias, que deixavam a morte iminente

considerando a mortandade que causavam, mas, as endemias, que são doenças mais ou menos difíceis de serem controladas, e se caracterizam como doença reinante em uma população.

Em 1896, outra publicação no Diário Oficial da União traz uma reorganização no serviço de Higiene e Assistência Pública. O conselho anteriormente composto pelo prefeito, pelo diretor geral de higiene e assistência pública, pelo diretor de obras, e pelos chefes de serviço de esgoto, limpeza pública, e abastecimento de águas, passa a ter nove membros: seis médicos e três engenheiros. Os comissários de higiene eram subalternos à comissão de higiene e assistência pública, e tinham a função de notificar e atender moléstias em seus distritos. Em 1896, criou-se o cargo de chefes de distrito sanitário, os quais coordenavam os comissários de higiene (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1896). A organização dos distritos sanitários e a criação do posto de chefe para supervisionar os comissários de higiene permitiram uma análise minuciosa das cidades, uma análise individualizante e os registros permanentes. Todavia, as ações permaneceram no momento em que as moléstias acometiam pessoas, constituindo medidas profiláticas, que objetivavam impedir a disseminação da doença já instalada na população. O objetivo não era a prevenção das doenças, apenas o controle da disseminação delas.

Para Franco et al. (2011), a prevenção de doenças envolve ações que entendem a saúde como ausência de doença. Nesse modelo, as doenças seguem um curso de um período pré-patogênico para um patogênico, requerendo intervenções em três níveis, sendo o primário, com o monitoramento dos riscos para as doenças; o secundário, focalizado na detecção precoce das enfermidades; e o terciário, que centra no tratamento e controle da doença instalada, evitando suas complicações. Essa perspectiva de intervenção, não acontecia naquele período, por não fazer parte daquela racionalidade.

Em uma ata da Academia de Medicina, do ano de 1894, há referência a um artigo escrito por um médico, Dr. Affonso Ramos, no Jornal do Comércio, sob o título “Salubridade Pública”, o qual foi discutido e descrito com muita indignação pelos membros da academia, devido aos tópicos abordados: a revolta¹⁷ como benéfica para redução dos casos de febre

¹⁷ Não há menção “nominal” a essa revolta, apenas uma relação com a suspensão da corrente imigratória. Ao buscar mais detalhes no Diário Oficial, encontrei outra Ata das reuniões da Academia de Medicina, com o relato que a medida que proibia a entrada de imigrantes pelos portos do Rio de Janeiro e Santos durante quatro anos consecutivos não estava sendo colocada em prática. Os imigrantes continuavam a chegar, e cada dia, se anunciava novos vapores trazendo grande quantidade de imigrantes. Se assim continuasse, no verão haveria uma grande epidemia de Febre Amarela. Além disso, na referida Ata, consta que em primeiro lugar, o aumento da população deveria ser gradual, conforme as necessidades do momento, e em segundo, que essa “gente importada” deveria ser escolhida para ser ativa e útil, pois havia famílias inteiras nas hospedarias que não se

amarela; a epidemia como necessária para fazer o Estado se preocupar com a população; proposições (tratadas como triviais, pelo relator do artigo) de reforma no saneamento da cidade, com especificidades para a higiene domiciliar (organização com latrinas e reservatórios de águas servidas) (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1894).

O artigo pode ter sido criticado por trazer ideias impensáveis para a época, por exemplo, quanto às especificidades da higiene domiciliar que determinava: uma forma de ordenar e organizar, individualmente, as casas em relação às latrinas e aos reservatórios. Por alguma razão, tais medidas não faziam parte dos interesses do Estado. A revolta, a febre amarela, parecem ter tido efeito estimulante para a higiene pública, conforme o excerto do artigo citado, na referida Ata: “depois de accentuar o benefício da revolta como uma causa de diminuição da epidemia, encara esta última, [...] como uma necessidade entre nós, por ser o único estímulo a realização de alguma medida do hygiene pública (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1894, p.3630).

É por essas e outras publicações no Diário Oficial da União, que percebo a vontade de verdade, pois ao incluir algumas coisas e excluir outras estamos produzindo verdades, isto é, fatos e suas versões. Foucault (2007e), explica que,

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (p.10).

Nesse sentido as verdades sobre o controle das moléstias da época estavam estabelecidas, aquelas que funcionavam como verdadeiras, pois havia uma comissão autorizada, com status para proferir os discursos verdadeiros e realizar as práticas. A (re) combinação dos saberes e as outras formas de organização do Serviço de Higiene e Assistência Pública, em 1896, podem ter relação com fatos aleatórios que se cruzaram de forma contingencial, “balançando”, questionando o que era tomado como verdade. Cito

sujeitavam a baixos salários, e ficavam na ociosidade. Velhos e crianças eram alvos fáceis das moléstias. Em tais hospedarias, havia aglomerações desses imigrantes que chegavam (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1892c). “Importa-se gente, como se importa o gado a tanto por cabeça!” (idem, p. 4131). O orador do artigo polêmico, critica o apontamento do autor em relação à revolta, porque pensa não haver relação da suspensão da imigração com a redução dos casos de febre amarela, visto que a mesma revolta, “despejou” quase toda a população de Niterói no Rio de Janeiro, fazendo com a polícia sanitária tivesse dificuldades no desenvolvimento das práticas de profilaxia defensiva (ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL, 1894).

alguns fatos como a Revolta que suspendeu temporariamente a corrente imigratória, a epidemia da Febre Amarela, os problemas econômicos e políticos que implicavam na importação, exportação e imigração relacionados ou não com a referida epidemia, bem como a aglomeração das cidades.

A medicina urbana, como estratégia da biopolítica deu conta de determinadas necessidades, pelo fato de controlar a circulação das coisas e dos elementos, de isolar os doentes em seus domicílios, de registrar os vivos e os mortos e hierarquizar os serviços de higiene e saúde pública. Mas este modelo funcionava quando a moléstia estava instalada, por isso era considerado de urgência. Nesta época não se pensava em medidas preventivas que pudessem evitá-las... e por quê? Talvez pelo desconhecimento do modo como a doença se instalava nas cidades, bem como as condições que permitiam o aparecimento das doenças, o que poderia proteger as pessoas e também porque não havia a preocupação com a prevenção. Pensava-se que fazer circular elementos, como água e o ar, era suficiente para conter as moléstias. Para Foucault (2007b), não existia noção de saúde, mas sim de salubridade, nesse período. Salubridade é o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível e, desse modo, correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Assim, penso que partir das práticas de observação e de registros do estado das coisas, quando ocorriam moléstias é que os saberes sobre as epidemias foram sendo formados e com isso, a invenção e o estabelecimento de diretrizes para melhor controlá-las.

Foucault, na *Arqueologia do Saber* refere que,

As condições para que apareça um objeto de discurso, as condições históricas para que dele se possa "dizer alguma coisa" e para que dele várias pessoas possam dizer coisas diferentes, as condições para que ele se inscreva em um domínio de parentesco com outros objetos, para que possa estabelecer com eles relações de semelhança, de vizinhança, de afastamento, de diferença, de transformação - essas condições, como se vê, são numerosas e importantes. Isto significa que não se pode falar de qualquer coisa em qualquer época; não é fácil dizer alguma coisa nova; não basta abrir os olhos, prestar atenção, ou tomar consciência, para que novos objetos logo se iluminem e, na superfície do solo, lancem sua primeira claridade. Ele não preexiste a si mesmo, retido por algum obstáculo aos primeiros contornos da luz, mas existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações (FOUCAULT, 2004, p. 50).

Com essa contextualização apresentarei a seguir, algumas condições de possibilidade que permitiram a proveniência da atenção domiciliar: vigilância do doente no domicílio.

Considero a atenção domiciliar, nas diferentes maneiras em que ela foi organizada e pensada ao longo do tempo, uma das estratégias de poder sobre a vida, tendo assim, seu objetivo de fazer viver, por meio de ações de vigilância, inspeção, controle e análise, que permitiam melhorar os níveis de saúde da população. Minha intenção não é dizer que em determinado período ela foi melhor ou pior, mas é fazer um convite ao leitor, para transitar comigo nessa história, para entendermos como foram se configurando esses saberes sobre a atenção domiciliar.

5.2 Vigilância no domicílio: “enfermeiras visitadoras” e a tuberculose

Essa parte da tese abordou duas das dobras do origami atenção domiciliar: a das enfermeiras visitadoras e da tuberculose. A primeira dobra refere-se ao modo como foi organizado o serviço das enfermeiras visitadoras. Todavia, você leitor, pode estar se perguntando porque eu estaria me detendo nessa profissão exercida até a metade do século XX no Brasil. Mas não se trata do porquê, e sim de como a função das enfermeiras visitadoras deu forma ao que se chamou de atenção domiciliar. Explico que ao circular na zona cinza dos documentos que mencionavam “atenção domiciliar”, especialmente, pelos documentos do início do século XX, a atenção domiciliar começou a tomar “forma”, a ser inventada com a Organização do Serviço de Profilaxia da Tuberculose em 1920. Os saberes investidos na elaboração desse serviço puderam ser conhecidos pelos registros dos casos de tuberculose nas primeiras décadas, pela Reforma Sanitária, proposta por Carlos Chagas nos anos vinte do Século XX, e pelos investimentos da Fundação Rockefeller.

Em 1920, pode-se dizer que a vigilância dos doentes em domicílio passou a ser regulada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, com as regras do Serviço de Profilaxia da Tuberculose. Tal vigilância visava o controle, e, seria realizada, sobretudo por meio das enfermeiras visitadoras:

[Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920] Art. 558. *A vigilância dos doentes de tuberculose em domicilio será feita especialmente pelas enfermeiras visitadoras, sob a superintendência de médicos da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose. Parágrafo único. Quando o doente tiver médico assistente, a enfermeira visitadora procurará ser auxiliar sua, e nada fará sem o conhecimento do medico assistente, salvo motivo de urgência, que implique interesse de saúde do doente ou da Saúde Pública.* Art. 559. *Às enfermeiras visitadoras incumbe: 1. Exercer a conveniente vigilância higiênica no domicilio, sobre os doentes de tuberculose a seu cargo, visitando-os tão frequentemente quanto necessário for [...] IV. Fornecer*

a Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose todas as informações necessárias e convenientes sobre o doente, o seu tratamento, o seu trabalho, os seus recursos, as condições de seu domicílio e as medidas prophylacticas em execução ou a executar; V. Promover a correção dos defeitos encontrados com determinação, benevolência, discreção e suavidade; [...] VII. Distribuir e explicar as publicações da propaganda hygienica e anti-tuberculosa nos domicílios visitados (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1920a, p. 9389).

A vigilância dos doentes no domicílio ampliou as estratégias de governo da vida das populações, promovendo controle dos espaços privados dos doentes. Tal organização permitiu dizer que há um entrelaçamento das etapas de medicina urbana e de medicina de Estado. Conforme disse anteriormente, acredito que tenha ocorrido nesse período, início do século XX, um deslocamento da medicina urbana para a medicina de Estado, porém com isso não quero dizer que a medicina urbana tenha desaparecido. Ela apenas perdeu sua ênfase, dando espaço à medicina de Estado. Como refere Foucault (2004), a história é cheia de discontinuidades, de rupturas, o que não significa que certos objetos não estavam ali antes. Eles aparecem, conforme determinadas condições de possibilidade.

A medicina urbana tinha características higienistas com atribuição de observar e registrar as condições do domicílio, bem como o acompanhamento do doente em casa. A divisão da cidade em distritos permitiu sua análise minuciosa, para verificar os acúmulos e garantir a circulação de elementos, como ar e água. Todavia, com a organização do Serviço de Profilaxia da Tuberculose, aconteceu o surgimento da medicina de Estado que, conforme Foucault (2007b), objetivava o acompanhamento mais observacional e sistematizado, organizado em administração hierárquica, com definição detalhada dos papéis dos indivíduos. Além disso, ações de profilaxia começaram a ser exercidas pelas visitadoras, com objetivos de proteção da saúde, evitando a proliferação de doenças, nesse caso, da tuberculose.

O excerto permite pensar como se davam as relações de poder-saber entre os profissionais envolvidos na atenção domiciliar, bem como dos profissionais com os doentes. A Inspetoria, composta por médicos, recebia as informações coletadas pelas visitadoras enfermeiras que começavam suas atividades no Brasil. Tais visitadoras deveriam realizar suas ações de forma conveniente nos domicílios, a fim de que fossem efetivas e aceitas pelo doente, configurando também relações de poder. Além disso, essas mulheres não poderiam tomar atitudes sem o conhecimento do médico, cuja atuação dependia dos saberes extraídos no ambiente domiciliar. Para que o serviço da enfermeira fosse realizado, era preciso que o doente e sua família a recebessem no domicílio para que com sua “conveniente vigilância

higiênica” fosse extraído um saber daqueles corpos. A visitadora, da mesma forma, possuía seu saber. Seu lugar no domicílio lhe dava direito de dizer e fazer coisas. Assim como elas dependiam da supervisão dos inspetores, estes dependiam das atividades que elas realizavam nos domicílios dos pacientes, para manter a “ordem” do serviço. Nessas relações, temos um bom exemplo do poder microfísico, capilar, circulando em vários lugares, em torno do médico, da enfermeira, do paciente e de seus familiares.

O poder é uma ação sobre ações. Aquele que se submete à sua ação o aceita e o toma como “natural”, de modo que tal ação passa a ser vista como necessária. No poder, há sempre sujeitos num mesmo jogo. Não há antagonismo, como na violência, onde a força age em um corpo, cuja alternativa seria fugir ou resistir. O saber é elemento condutor do poder, produzindo efeito natural e necessário para sua transmissão, de modo que há consentimento participante e ativo daqueles que estão nas malhas do poder (VEIGA-NETO, 2007).

Ainda, o excerto da página anterior, nos dá uma ideia dos papéis inseridos nessa malha de poder, e como cada um deveria desempenhar sua função: o inspetor médico, a visitadora enfermeira, o doente. Especialmente, neste excerto, o papel das enfermeiras visitadoras foi detalhado, o que inventa uma atuação profissional e subjetiva destas trabalhadoras. Era preciso determinação para corrigir os defeitos encontrados, mas suavidade, benevolência e discrição, para que a correção tivesse o efeito desejado. Suponho que dois discursos se atravessam para constituir esse ser a enfermeira visitadora: o discurso do feminino e o do médico. O critério suavidade, pertence aos discursos do ser mulher e determinação, discrição e benevolência pertenceriam a requisitos do saber médico. Assim, penso que tal jeito de “ser” poderia determinar o sucesso da intervenção do Estado.

Tal suposição fez-me lembrar do estudo de Costa J.F. (2004), que discorreu sobre o dispositivo médico higienista brasileiro no Século XIX. Nesse estudo, o autor menciona que o Estado utilizou os médicos, como tática para intervir com seus saberes nas famílias, pois estas eram patriarcais, o que significa que as decisões provinham do chefe da família, fazendo com que o Estado tivesse pouca interferência sobre os indivíduos. A partir disso, poderia me aventurar a dizer também que as mulheres requisitadas para ocupar a função de enfermeiras visitadoras constituíram uma tática do Estado que visava intervir na vida da população, adentrando suas casas. No entanto, esta invasão teria que ser de determinada maneira, com suavidade, benevolência e discrição para olhar, avaliar, extrair informação, produzir um saber, e corrigir.

Mas quem eram essas enfermeiras visitadoras?

O serviço de enfermeiras foi organizado com os apontamentos das necessidades do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller vieram ao Brasil para formar enfermeiras brasileiras. Enquanto não haviam enfermeiras formadas para atuar nos espaços de saúde, foram organizados cursos de curta duração para a formação de visitadoras:

[Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920] Art. 353. *Para a execução dos trabalhos de visitadoras de hygiene ou de enfermeiras diplomadas de saúde publica, será a cidade dividida em districtos, ficando cada enfermeira incumbida dos serviços technicos das diversas dependências do Departamento. [...] § Enquanto não puder a escola fornecer enfermeiras diplomadas em número sufficiente para o desempenho dos Serviços sanitários a fim de garantir a boa marcha de tais serviços, pela superintendente geral do Serviço de Enfermeiras serão organizados cursos intensivos de instrucção theorica e prática para visitadoras de hygiene* (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1923, p. 3230).

Uma das características da medicina de Estado era a normalização do ensino, no caso, das enfermeiras. Foucault (2007b), descreve a normalização como fenômeno da medicina de Estado, quando se normaliza o ensino médico, estabelecendo no que consistiria a formação médica e como seriam atribuídos os diplomas. Com a organização de um saber médico estatal, nasceu a medicina de Estado. Deste modo, posso dizer que o saber de enfermagem foi inicialmente organizado pelo Estado, pois suas práticas eram subordinadas aos interesses do governo e, em especial, do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado nesse período, pela Reforma Sanitária proposta por Carlos Chagas. Com isso, não estou negando a existência de ensino de enfermagem no Brasil anteriormente. Havia, mas não dentro das normas e padrões considerados necessários. Nesse sentido, a normalização do ensino de enfermagem foi uma tática para o fortalecimento do Estado. A polícia sanitária sai desses espaços, que objetivavam a intervenção nas casas, para ser ocupada por médicos e enfermeiras visitadoras. Faria (2006) salienta que as visitadoras foram ganhando prestígio profissional e seu espaço, ainda que reduzido, era legítimo.

Plácido Barbosa, diretor do Serviço de Tuberculose do DNSP, apoiou a criação de uma Escola de Enfermagem. Ele acreditava que a doença advinha primeiramente da habitação, das condições de vida dentro de casa. Sendo assim, a profilaxia era necessária, tanto para a correção dos defeitos da habitação, quanto para a propagação de novos hábitos de higiene entre seus ocupantes, o que requeria a formação de profissionais voltados para educar

as pessoas. Na sua visão, esse papel seria desempenhado por enfermeiras visitadoras (MOREIRA, 1998-1999). Ainda, destaca-se que o papel da mulher estava de acordo com a cultura da época e não concorria com o gênero masculino, uma vez que suas atribuições eram uma extensão das atividades dos lares, junto aos filhos, ao marido e à família. Desse modo, os sanitaristas pensavam que sua presença nos domicílios alheios era uma vantagem, uma vez que as aptidões do gênero feminino o tornavam ideal para trabalhar com a coletividade no seio familiar (AYRES et al., 2012).

Faz-se necessário destacar que a Fundação Rockefeller teve papel importante na formação das enfermeiras visitadoras. Essa fundação norte-americana investiu em programas de saúde, em especial em países em desenvolvimento (ABRAHAMSON, 2013). Todavia, conforme relatório de visita técnica, realizada por um médico brasileiro, publicado no DOU, países mais desenvolvidos como a França também firmaram convênio com a Fundação e tinham o serviço de visitadoras enfermeiras (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1928a). Há nota publicada no DOU, no ano de 1925, em agradecimento à Fundação Rockefeller, por ter proporcionado às “patricias” uma aprendizagem proveitosa, incluindo a seleção de enfermeiras que iriam aos Estados Unidos da América, aperfeiçoar seus conhecimentos. Ainda consta que, “a escola é cursada por moças de apreciada cultura e de alto nível moral, porque constitui e garante a dignidade e eficiência da nova profissão” (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1925, p.1033). Kruse (2004) aponta para o papel civilizador que as enfermeiras da Fundação Rockefeller tiveram com as futuras enfermeiras brasileiras, transmitindo e introduzindo saberes nesse povo tido como mais atrasado, menos civilizado. Destaco tais informações históricas sobre as enfermeiras visitadoras, pois entendo que a constituição do sujeito “enfermeira visitadora”, foi uma das condições para a gênese do objeto atenção domiciliar.

Ziguezagueando, ainda, pelos ditos e escritos acerca do serviço de profilaxia da tuberculose, percebo um desdobramento dentro dessa dobra: o esquadramento dos corpos e os espaços que deveriam ser ocupados por eles.

[Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920]. § 1.0 *O isolamento do tuberculoso será em domicílio ou em hospitaes, sanatórios ou casas de saúde apropriadas, publicas ou particulares.* - -§ 2.º *O isolamento do tuberculoso será feito tendo em vista do conforto e das condições mais favoráveis á sua cura* Art. 4i8. *O tuberculoso negligente ou propositalmente rebelde aos preceitos da profilaxia, e os impossibilitados pela sua pobreza, de executarem esses preceitos, serão isolados em hospitais e sanatórios.* Art. 449. *Os tuberculosos, em domicílio, serão visitados periodicamente [...] pelos inspectores sanitários ou enfermeiros e enfermeiras*

visitadoras da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose, com o fim de ensinar e recomendar os preceitos de hygiene anti-tuberculosa, verificar a applicação deles, verificar se o doente recebe conveniente tratamento e providenciar, na sua alçada, para o preenchimento das falhas que observar; informar sobre as condições hygienicas do domicilio, as condições de trabalho dos doentes e as suas necessidades; e, em geral, colher e prestar todas as informações convenientes à profilaxia da tuberculose e a cura do doente (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1920a, p. 9388).

O Departamento Nacional de Saúde Pública, autorizado pelo Estado, regulava o Serviço de Profilaxia da Tuberculose, estabelecendo que o isolamento seria feito conforme o conforto e condições favoráveis à sua cura. Tais condições eram vigiadas pelos inspetores sanitários e enfermeiras visitadoras. Esses possuíam a autorização para proferir saberes acerca da doença, de sua profilaxia higiênica, e ensinar o modo de proteção e cura da doença aos doentes. Utilizavam-se do saber como condutor e transmissor dessa relação de poder (a ser) estabelecida. Se tudo corresse “bem”, ou seja, se o doente concordasse com os saberes autorizados, a relação de poder seria estabelecida. No caso de resistência do doente, outra tática de poder deveria ser utilizada, não somente vigiar, mas punir.

Explico melhor. Quando fossem identificadas situações de rebeldia e resistência aos saberes profiláticos, ou de precariedade econômica e social para a efetivação das orientações ensinadas pelos autorizados (enfermeiras visitadoras, inspetores sanitários), as relações de poder não poderiam ser estabelecidas. Assim, os doentes eram punidos, sendo retirados do espaço domiciliar onde a vigilância era periódica e deslocados para as instituições de sequestro, como o hospital, a casa de saúde ou sanatório, lugares que permitiam o controle e a vigilância dos corpos de forma mais direta e por tempo mais prolongado.

Foucault (2013), em *Vigiar e punir*, refere que em nossas sociedades, os sistemas punitivos funcionam com uma certa “economia política” do corpo, pois mesmo que não se recorra a castigos violentos ou sangrentos, e mesmo quando utiliza-se métodos sutis de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata. Do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão.

Assim temos o poder disciplinar operando nessas relações. Tornou-se necessária a classificação do doente que seguia os ensinamentos das enfermeiras e dos inspetores, e daquele que (por rebeldia ou pobreza) não seguia. A classificação possibilitou a ação de poder em cada corpo, em cada indivíduo. Tal separação permitia o sequestro dos rebeldes para as instituições, retirando o “perigo” que representavam para os indivíduos sadios. E posso me atrever a dizer que os doentes rebeldes não só representariam perigo aos sadios, mas também

aos outros doentes em tratamento, pois sua “má” conduta, poderia interferir na boa conduta do outro.

Fazia-se viver o doente rebelde ou pobre e os outros doentes e seres sadios também. O Estado não causava a morte do rebelde, como o poder soberano fazia, mas objetivava preservar a vida da população. Apenas, se isolava o doente rebelde, para preservar a vida dos outros.

O polo atuante do biopoder nessa lógica é o que se centrou no corpo como máquina, de modo a adestrá-lo, docilizá-lo, para então integrá-lo a sistemas de controle eficazes e econômicos (FOUCAULT, 2007g). Tal esquadramento também é característica da medicina de Estado (FOUCAULT, 2007b). Embora pudesse parecer que era o conforto e as condições ambientais que determinavam o lugar de isolamento do doente, o que importava na decisão quanto ao local para isolamento era o comportamento do doente, em outros termos a docilidade de seu corpo. Docilizados, os corpos transformam-se em alvo das intervenções biopolíticas do Estado, alvo de políticas e programas que dispõe sobre as condutas, visando à produtividade das intervenções e o governo da população.

Saliento a emergência da medicina de Estado, nesse período, pois as intervenções realizadas nos corpos dos indivíduos, com ou sem tuberculose, objetivavam a maximização das forças da população brasileira, isto é, do Estado brasileiro. Foucault (2007b) refere que a intervenção não se dá no corpo que trabalha, mas no corpo dos indivíduos que constituem o Estado. É a força, não do trabalho, mas a estatal, em seus conflitos econômicos e políticos, com seus vizinhos que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. Para Ponte (2010a), o Brasil, buscava o fortalecimento estatal nesse período, pois recém estava saindo da economia escravista e inserindo-se formalmente na ordem republicana. Era formado por “despossuídos” e desqualificados em termos de capacitação profissional e de nível de escolaridade, além das doenças presentes na população. Logo, isso determinava entraves para o desenvolvimento do país como nação.

Mais tarde, as visitadoras ocupam outras áreas, como a assistência obstétrica domiciliar, conforme o excerto abaixo:

[Hospital de São Francisco de Assis do Crato, no Ceará] - *funcionando numa velha construção, cedida por empréstimo, só contado com recursos aleatórios, numa pequena cidade pobre [...], único hospital num perímetro de 100 léguas, em zona de pequenos povoados, assolados por endemias, está se transformando graças ao devotamento esclarecido de seus dirigentes, no centro de assistência médico-social daquela região, onde confluem as retro-terras de três ou quatro Estados*

nordestinos. Os hospitais mantêm os serviços habituais de clínica médica e cirúrgica com os respectivos ambulatórios, e mais os seguintes serviços especiais: assistência dentária, assistência pré-natal, com maternidade e assistência obstétrica domiciliar, com o concurso de visitadoras [...] (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1939, p. 21919).

Tal descrição refere-se à solicitação de verbas ao Conselho Nacional de Serviço Social, que deu seu voto favorável à liberação de recursos do governo federal para o hospital, considerando a iniciativa das ações em saúde, de caráter científico e caritativo à população do sertão. As visitadoras atuam na assistência obstétrica domiciliar, e tal serviço é organizado pelo referido hospital.

A presença feminina nos serviços de higiene infantil foi marcante, pois as visitadoras e, mais tarde, as enfermeiras, ficaram encarregadas de civilizar as mães nos modos de criar seus filhos. Também era de sua incumbência, verificar quaisquer condições patológicas ou anomalias orgânicas existentes nas crianças. Tal intervenção fazia parte do modelo americano ‘*health centers*’, divulgado pela Fundação Rockefeller, que se baseava na assistência educativa materno-infantil, no atendimento de tuberculosos, na educação sanitária, na higiene pré-natal, infantil e rural, em análises laboratoriais e na formação de profissionais de saúde pública (FARIA, 2006).

Gostaria de fazer algumas considerações sobre o nascimento dos saberes das enfermeiras e os espaços que deveriam ser ocupados pelas mesmas. Há duas correntes: uma que diz que elas emergiram para atender as necessidades de saúde pública e a outra que elas nasceram para ocupar os espaços dos hospitais. Mas penso que é difícil estabelecer o lugar de ênfase que deveria ser ocupado por elas. Trago cinco considerações sobre isso.

Em primeiro lugar, essa enfermagem normalizada foi proposta pelo Departamento Nacional de Saúde Pública com a Fundação Rockefeller, para atender àquele formato da Saúde Pública: de controle, de inspeção, de coleta de informações, de vigilância dos doentes, orientações sobre a profilaxia da tuberculose. A lógica desse formato era de tratar os doentes no domicílio ou hospitais, e, de proteger os sadios desse doente. Era a ação no corpo do indivíduo por meio das técnicas disciplinares. Não poderia ser de outra forma. Não havia condições de possibilidade na época que permitissem pensar uma política de saúde que promovesse a saúde da população, como ocorreu mais tarde, por meio da saúde coletiva, ao final do século XX. A saúde coletiva, conforme Mattos (2005), nasce no Brasil nos anos 70, como um campo de saber, a partir da crítica à Saúde Pública tradicional e a saúde preventiva dos Estados Unidos, e também a partir das contribuições da medicina social. Tinha como

premissa considerar as práticas em saúde como práticas sociais, e como tal, analisá-las. Com isso, ia ao encontro de uma medicina integral, em oposição à fragmentária. No capítulo 5 abordarei essas questões de forma mais detalhada.

Em segundo lugar, esse ensino de enfermagem foi proporcionado pela Fundação Rockefeller, uma instituição americana que enviou enfermeiras para transmitir seus saberes às futuras enfermeiras brasileiras. O modelo seguido pelas enfermeiras americanas era o Nightingaleano, originado no espaço hospitalar, uma instituição, em que o disciplinamento, conforme Kruse (2004), espalha-se sobre todo esse ambiente. Pela história, conforme Rizzoto (1995), Carlos Chagas esteve nos EUA, e presenciou as atividades dessas enfermeiras americanas, e acreditou que elas eram o elemento necessário para a estratégia sanitária que vinha sendo elaborada. É aí que me refiro. Por essas enfermeiras serem preparadas pelos mecanismos disciplinares, e por também terem possibilidade de reproduzi-los, é que foram pensadas como instrumentos fundamentais para as intervenções sanitárias de inspeção, controle, vigilância, etc.

Em terceiro, porque o campo de estágio eram os hospitais. Acredito que pelo espaço hospitalar possibilitar o disciplinamento, era possível que elas reproduzissem técnicas disciplinares por meio de seus saberes na casa dos indivíduos doentes. Kruse (2004) menciona que as enfermeiras formadas na Escola Anna Nery¹⁸, colocavam em funcionamento mecanismos disciplinares do hospital, com objetivo de recuperar as forças e devolver ou preservar a saúde dos pacientes. Rizzoto (1995) destaca que o único campo de atuação fora do hospital, pelas enfermeiras, foram como visitadoras do Serviço de Profilaxia da Tuberculose, porque a Fundação Rockefeller tinha interesse particular em investir nesse programa.

Em quarto, porque são apontadas algumas dificuldades de implementação das ações de profilaxia e que por isso há um deslocamento da atuação das enfermeiras do domicílio para o hospital. Conforme o estudo de Rizzoto (1995), havia dificuldades de implantação do projeto das enfermeiras como educadoras em saúde, devido à resistência das pessoas em receberem essas estranhas em suas casas, as quais teriam como objetivo civilizá-los, educá-los. De qualquer modo, é possível pensar que tais ações podem ter produzido efeitos, resultando no controle da epidemia da tuberculose.

E por fim, trago outras considerações do estudo de Rizzoto (1995). Segundo a autora, os saberes de enfermagem voltam-se à área hospitalar, pelos interesses já estabelecidos pelas

¹⁸ A Escola de Enfermagem do Departamento de Saúde Pública recebe esse nome em 1926.

escolas de enfermagem aqui instituídas. Na própria Escola Anna Nery, as disciplinas do programa de ensino eram voltadas para o indivíduo, com caráter curativo. E por essas questões, a autora acredita que a enfermagem não era formada para atuar na Saúde Pública. Ora, conforme apontei anteriormente, a Saúde Pública daquele período tinha como meta controlar as moléstias que assolavam a população. Mas suas intervenções eram sobre o corpo dos doentes, especialmente com técnicas disciplinares, de forma a maximizá-lo para recuperar sua saúde. O discurso da profilaxia presente naquele período visava a recuperação do doente, e a proteção dos sadios desse. A lógica era da saúde individual, não da saúde coletiva. Uma vez formadas no ambiente hospitalar, seria possível que sua atuação produzisse os mecanismos disciplinares necessários para docilizar o corpo dos indivíduos.

Para encerrar essas breves considerações, o que posso dizer é que as enfermeiras, desse ensino normalizado pelo Estado foram pensadas para atuarem no Serviço de Profilaxia da Tuberculose, o que não as impedia de atuarem em outros campos, visto que conforme as normas de organização do Ensino de Enfermagem, o hospital seria o campo prático. O cruzamento dos interesses do Departamento de Saúde Pública, com os investimentos da Fundação Rockefeller, é que produziram essa formação. O Estado utilizou-se dos corpos dessas enfermeiras para a reprodução das técnicas disciplinares no domicílio do doente. Acredito que a aluna foi intencionalmente formada no espaço hospitalar para adquirir a competência técnica necessária para futuramente atuar como enfermeira visitadora.

Até o momento, a proveniência da atenção domiciliar, ou seja, a *vigilância dos doentes no domicílio* está associada à tuberculose e à “nova” profissão de enfermeiras visitadoras. É das relações de poder-saber, estabelecidas por mecanismos disciplinares, em torno da tuberculose que os processos e as lutas atravessam e constituem os médicos e enfermeiras, determinando a forma da atenção domiciliar.

5.3 As escrituras: aparelho político e econômico

Gostaria de começar explicando o que vou tratar como escritura. Nas leituras dos documentos publicados no Diário Oficial da União sobre atenção domiciliar, me deparei com relatórios de atividades, de produção, de conquistas, etc. Muitos traziam números de procedimentos realizados, o período em que tais ações foram concretizadas, e os resultados destas intervenções. Todavia, saliento que não vou tratar como escritura somente tais

relatórios. Considerarei como escritura os possíveis registros que resultavam da vigilância organizada pelos serviços de Saúde Pública. Digo possíveis registros porque não tenho acesso a eles, somente às formas, às regras de como deveriam funcionar.

A vigilância hierarquizada, característica da medicina de Estado, produziu muitos registros acerca das informações dos doentes de tuberculose, registros que eram extraídos pelas enfermeiras, pelos inspetores ou pelos médicos. Tais registros eram levados aos seus superiores que deveriam fazer análises para a obtenção de um panorama da situação de saúde da população. Mas para que tal vigilância fosse eficiente não bastava apenas a produção de informações pelo campo sanitário e higienista, era preciso inserir outros órgãos ou instituições que permitissem obter e produzir mais informações. Assim, de modo a controlar a tuberculose, o Departamento Nacional de Saúde Pública inseriu os cartórios de registro civil, comprometendo-os de emitir informações sobre os nascimentos, periodicamente, para a inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

[Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920] Art. 562. *Os officiaes do registro civil são obrigados a remetter semanalmente a inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose, uma relação de nascimentos registrados em seus cartórios, com o nome, sexo, filiação, residência exacta e data do nascimento dos recém nascidos.* Art. 563. *As famílias dos recém nascidos serão visitadas pelos médicos ou enfermeiras da inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose, para o fim especial de propaganda dos preceitos da prophylaxia antituberculose nos lactantes, quando se verifique infecção tuberculose na família, e execução de medidas prophylacticas que forem da alçada da Inspectoria de Prophylaxia da Tuberculose* (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1920a, p. 9389).

Deste modo, o registro civil dos indivíduos também foi captado para a profilaxia e controle da tuberculose. Esses registros foram necessários para conhecer dados coletivos e individuais da vida das pessoas, para bem governar. Era necessário registrar quantos nasciam, mas não bastava somente quantificar, era preciso intervir. Para isso, tornou-se imprescindível a informação do sexo, o lugar em que residiam, a data de nascimento, para que fosse possível acessar e intervir nestas populações. Enfim, o registro civil permitia não só conhecer o quantitativo da população, mas também sua localização. É o biopoder operando em todos e em cada um. À medida que os cartórios de registro civil enviavam as informações dos nascidos para a inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, as enfermeiras ou médicos tinham o poder, por meio da invocação de seus saberes, de adentrar esses domicílios para ensinar a profilaxia antituberculosa. Tal intervenção colocava médicos e enfermeiras na posição de educadores, mas também possibilitava a vigilância sobre os novos casos de tuberculose, extraindo saberes sobre tais pacientes que, posteriormente, seriam acumulados, constituindo

os arquivos de saber sobre a doença. E ainda, tal estratégia permitiu aos profissionais de saúde conduzirem as condutas dos indivíduos desta população.

Desse modo, o registro tornou-se necessário como tecnologia de controle da população, e produziu o aparecimento de suas variáveis numéricas, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde, não somente para fins teóricos, mas como objeto de vigilância, análise, intervenções, operações transformadoras, etc. (FOUCAULT, 2011a). Foucault (2013) refere que para uma boa “disciplina” médica, deve-se incluir os processos de escrita que permitem integrar, mas sem que se percam os dados individuais em sistemas cumulativos; é preciso fazer de maneira que a partir de qualquer registro geral se possa acessar um indivíduo, e que, inversamente cada dado individual possa repercutir nos cálculos de conjunto.

Médicos e enfermeiras passaram a fazer o papel de educadores apropriando-se dos saberes que vão sendo formados nessa lógica de higiene e profilaxia. Nessa época, a intervenção na saúde das pessoas, a partir da educação, era mais sutil, que as técnicas repressoras utilizadas e recomendadas ao final do século XIX. Lembrando, conforme comentado na introdução deste capítulo, tais técnicas seriam utilizadas porque o povo ainda era “destituído” de educação para entender os benefícios das intervenções sanitárias. Essa intervenção no domicílio, por meio da educação, proposta em 1920, só foi possível pela docilização do corpo do indivíduo, iniciada no final do século XIX. Este achado consta no estudo de Larocca e Marques (2010), que analisou discursos médicos referentes à higienização da escola. No Paraná, no período de 1920-1937, constatou-se que os médicos recebiam uma nova função: a de educadores, para higienizar, cuidar e civilizar. Faria (2006) salienta que, nos anos vinte, o chamado “higienismo policial” vai gradualmente perdendo sua ênfase para uma intervenção em saúde na perspectiva pedagógica.

Outro estudo sobre as imagens das visitadoras que circularam na Revista da Semana (1929) mostra o papel das missionárias que, naquele período, queria dizer alguém que catequizava, o que produziu efeitos discursivos para quem lia a reportagem, de que as visitadoras enfermeiras eram educadoras, as quais levariam informações para produção de melhores condições de vida às famílias. Além disso, as imagens poderiam despertar interesses em outras mulheres que desejassem cursar e exercer a profissão (DESLANDES et al., 2013).

Em um relatório do distrito de Santa Cruz, consta o detalhamento da intervenção para contenção do surto da malária. Esse distrito possuía 10 bacias hidrográficas, e o período de

inundações se dava de novembro a março. O auge do surto seria em maio, e por isso a campanha era urgente.

[Directoria de Saneamento Rural] *Realizou-se o conhecimento topográfico completo do districto, e enquanto se levava a cabo o dessecamento de charcos, a rectificação de vallas, a polícia de focos de larvas de anophelinas e captura de adultos, cuidava-se com atenção da "honifica umana" levando a domicilio o tratamento de quinina e plasmochina, para a cura tanto quanto possível, radical dos impaludados. Media-se a difusão da doença com exames específicos e do sangue. [...] Organizou-se activo combate anti-larvario, dirigido especialmente contra a Cellii ocolp. itarsis, a grande responsável da malária local, e ao mesmo tempo distribuítam-se, intensivamente doses de quinina gratuita a domicilio aos enfermos e convalescentes. Nesta fase de emergência que durou até junho, foram destruídos cerca de 1600 criadouros de anophelinas. O cuidado e actividade dos envolvidos nos trabalhos foram notáveis, com o resultado de que não houve a epidemia temida, e a morbilidade baixou a algarismos nunca dantes obtidos, de junho/1927 para cá. Com o decréscimo dos casos, pode-se cuidar da realização do plano definitivo dos trabalhos* (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1928b, p. 6404).

Eis uma “escritura” que permite conhecer como foram realizadas as atividades, e alguns resultados em números. Certamente, registros de anos anteriores sobre a malária, o tipo de larva, número de casos, os períodos de inundação, permitiram que se conformasse esse saber para controlar a morbilidade. As estratégias e táticas utilizadas parecem ter sido efetivas, mesmo organizadas em um curto período de tempo. Não houve a epidemia temida, e o número de casos reduziu consideravelmente em relação ao ano anterior. Isso permitiu, pelo menos, que se mencionasse a elaboração de um plano definitivo dos trabalhos.

Por isso a importância da observação e do registro, da inspeção feita nos diferentes distritos e regiões da cidade, para o registro. Com essa sequência de ações - de observar para registrar - que Foucault vai dizer no Nascimento da Clínica, que, observando as manifestações¹⁹, e descrevendo o que se vê, vai integrá-lo espontaneamente ao saber, e ainda, vai ensinar a ver na medida em que é dar a chave de uma linguagem que domina o visível (FOUCAULT, 1977). E o que é a técnica de inspeção, se não a técnica de observação? Antes realizadas pelos policiais sanitários, não eram carregadas do discurso médico. Tal técnica ainda é utilizada até os tempos de hoje, no exame físico e na vigilância em saúde das Estratégias Saúde da Família. O ‘visto’, observado, torna-se verdade, mediante o registro. Outros poderão ler essa verdade. No curso o Poder psiquiátrico, na aula de 21 de novembro de 1973, Foucault salienta que “a visibilidade contínua e perpétua assegurada pela escrita cria

¹⁹ Foucault se refere a sintomas, mas aqui eu tomo a observação da moléstia que se instalou nas pessoas residentes de uma determinada região, ou distrito.

um efeito importante: a extrema prontidão da reação do poder disciplinar que essa visibilidade, que é perpétua no sistema disciplinar, possibilita” (2006, p.63).

O controle e a vigilância, exercidos por meio da atuação dos profissionais no distrito, incluindo o domicílio como espaço de intervenção para distribuição dos medicamentos, somado ao acompanhamento dos doentes e dos convalescentes, tiveram certa produtividade econômica, e, de certa forma, política. Pode-se dizer que nas relações dos envolvidos na campanha com os doentes, estabeleceu-se o poder disciplinar pela a ação nos corpos dos doentes com medicação e exames.

Assim, a vigilância do doente no domicílio, ou, como queiram, a atenção domiciliar vai sendo medicalizada e medicalizante, pois anteriormente ela funcionava para extrair informações dos vivos, doentes e mortos, como um instrumento de vigilância e controle, exercidos pela polícia sanitária. Com a organização do Departamento Nacional de Saúde Pública, e o estabelecimento da medicina de Estado, a ênfase das intervenções de controle no domicílio, modifica-se e medicaliza-se, pela atuação dos médicos e enfermeiras, e também torna-se medicalizante.

Além disso, o uso da estatística, também característica da medicina de Estado, estava presente nas orientações proferidas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública. Traversini e Bello (2009), mencionam que os números, medidas, índices, adquiriram muita importância para as ações governamentais, tanto no âmbito político, quanto econômico, o que torna possível gerar normas, estratégias e ações como programas, campanhas para dirigir as condutas individuais e coletivas. Isso significa pensar com antecipação, o que não se conhece com exatidão.

Significa também calcular os riscos. Foucault (2008a) vai dizer que, com notificações da varíola e técnicas de variolização e vacinação, foi possível realizar análises quantitativas de sucessos e insucessos, de fracassos e êxitos, quando passam a calcular as diferentes eventualidades de morte ou de contaminação. Isso dá certo significado para a doença, como distribuição de casos numa população circunscrita no tempo ou no espaço. Se a doença é assim acessível, no nível do grupo e também no nível do indivíduo, nessa distribuição dos casos, tornou-se possível determinar o risco de morbidade, e o risco de mortalidade, levando-se em conta cada indivíduo, a sua idade, o lugar em que mora, a profissão. Esses riscos diferenciais, revelam zonas de alto ou menor risco, mostrando o que é perigoso. Por exemplo, era mais perigoso em relação à varíola, ter menos de três anos, ou morar na cidade.

A produção de atividades também deveria ser registrada pelos postos de saúde:

[Directoria de Saneamento Rural] *Nos postos do Distrito Federal foram matriculadas 2.307 pessoas. que receberam 45.255 consultas. Realizaram-se 600 vacinações contra as febres typhoide e para-typhoide. 39 contra a dysenteria. Dispensaram-se 20.052 medicações contra verminoses, 106.398 contra a malária e 33.264 injeções anti-syphiliticas. Effectuaram-se 30.975 visitas de inspecção domiciliar* (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1928b, p. 6404).

Não consigo pensar em outra intenção de registrar o quantitativo dos procedimentos realizados, senão a demonstração de preocupação, do Estado, pelos níveis de saúde da população. Claro que o registro serve para conhecer, para controlar. Mas também é registrando que se pode dizer coisas sobre o escrito. Tal contagem dos procedimentos já determinava certo controle sobre as populações.

Se o surgimento da população como objeto de governo possibilita a governamentalização do Estado, será de competência deste, produzir os saberes sobre a população, por meio de cálculos, medições estatísticas (AUGUSTO, 2013). A necessidade de se produzirem os registros, se relacionam com os objetivos de propor, acompanhar e avaliar as intervenções que vêm sendo realizadas na população. Isso permite quantificar os aspectos interessados ao governo, formulando saberes para disponibilizá-los a todos. Tais saberes construídos, por diferentes instituições, experts, com base nos dados coletados, ajudam na elaboração de decisões administrativas para manter e otimizar as características desejáveis da população (TRAVERSINI; BELLO, 2009).

Por outro lado, posso arriscar-me a dizer que o registro da produção encaminhava-se também, como uma tecnologia de controle, para a vigilância dos profissionais, investidos de saber, que conduziam as condutas da população, por meio desses procedimentos realizados.

A vigilância hierarquizada, contínua e funcional, conforme Foucault, produz

um poder múltiplo, automático e anônimo; pois, se é verdade que a vigilância repousa sobre indivíduos, seu funcionamento é de uma rede de relações de alto a baixo, mas também até um certo ponto de baixo para cima e lateralmente; essa rede “sustenta” o conjunto, e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados. O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade; funciona como uma máquina. E se é verdade que sua organização piramidal lhe dá um “chefe”, é o aparelho inteiro que produz “poder” e distribui os indivíduos nesse campo permanente e contínuo. O que permite ao poder disciplinar ser absolutamente indiscreto, pois está em toda parte e sempre alerta, pois em princípio não deixa nenhuma parte às escuras e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar; e absolutamente “discreto”, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio (2013, p. 170).

A partir disso, penso que os registros da produtividade, do quantitativo, produziram efeitos de verdade, de formação de saberes, para melhor controlar, intervir nas populações, e também nos profissionais que eram constituídos de tais saberes. A população sentia-se vigiada ao constatar por meio dos registros as intervenções realizadas pelo Estado. Os profissionais de saúde, dentro de sua hierarquia, eram constantemente vigiados, ao mesmo tempo em que vigiavam a população, pelo quantitativo de seus procedimentos.

Tais escrituras funcionaram para dar formatos à atenção domiciliar, desde a inspeção domiciliar ao tratamento dos doentes no domicílio. Podendo funcionar como um instrumento da biopolítica, começa a mostrar seu potencial por meio dos registros, para controlar, analisar e vigiar os corpos inseridos no espaço domiciliar.

Como o poder disciplinar se ocupa, conforme Foucault (2005), de tecnologias como o sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações e de relatórios de tecnologia disciplinar do trabalho, finalizo esse capítulo afirmando que a atenção domiciliar, nesse período, tem sua gênese, a partir das relações de poder disciplinar que foram estabelecidas naquelas circunstâncias. O cruzamento entre saberes ou fatos que se afastavam em outrora, como a tuberculose, a nova profissão das enfermeiras visitadoras, os registros produzidos pela vigilância e análise minuciosa das cidades, organizados dentro da lógica do modelo de medicina de Estado, configuraram a atenção domiciliar com caráter de vigilância, inspeção, controle, para melhor conduzir as condutas dos indivíduos a se protegerem das doenças existentes. Era muito mais inspeção e controle do que cuidado; um governo, portanto, das aglomerações, para evitar a transmissão de doenças infectocontagiosas entre si.

6 SERVIÇO MÉDICO DOMICILIAR E A POPULAÇÃO OPERÁRIA: NASCIMENTO DA BIOPOLÍTICA

Neste capítulo, procurei abordar o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) como estratégia da biopolítica. Esse serviço foi ofertado a partir de 1950 aos trabalhadores e seus dependentes, e era mantido pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) ou Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1955). Como se configurou essa atenção domiciliar ao trabalhador e suas famílias? Qual o motivo da inclusão de trabalhadores e sua família? De que forma e o que permitiu que essas *instituições* de poder²⁰ se organizassem para ofertar benefícios aos trabalhadores? Qual foi o papel do Estado nisso?

Em minhas análises, constatei que na primeira metade do século XX, o Brasil buscava se consolidar como Estado-nação, organizando o que podemos chamar de uma “era de biopoder”. As estratégias para estabelecer tal manifestação de poder foram a inspeção e a vigilância dos domicílios, ambas com intuito de controlar as epidemias que assolavam a população, sendo o disciplinamento a tecnologia de biopoder operante. Após a década de 30, o biopoder teve sua ênfase na maximização do corpo-espécie do operário, visando o desenvolvimento industrial da nação, com a oferta de serviço médico domiciliar. Foucault (2007g) referiu que o biopoder foi indispensável para o desenvolvimento do capitalismo, o qual só pode ser garantido pela inclusão controlada dos corpos no aparelho de produção, e por meio do ajustamento dos fenômenos da população, tais como nascimento, adoecimento e envelhecimento.

Em *Segurança, Território e População*, Foucault (2008a), comentou acerca da noção de população e de como ela surgiu no século XVII, com seus fenômenos próprios. Tal noção surgiu como dinâmica do poder do Estado e do soberano, sendo considerada um elemento que condicionava todos os outros, uma vez que fornecia os braços para agricultura, garantindo a abundância das colheitas, e logo, o preço baixo dos cereais e produtos agrícolas. Ela também fornecia braços para as manufaturas, garantindo, assim, no interior do próprio Estado, a concorrência que produzia mão de obra com salários baixos. A população também se

²⁰ Tomarei as CAPs e os IAPs como instituições de Poder, pois Foucault (2007g) refere que foram os grandes aparelhos do Estado, como instituições de Poder, que garantiram a manutenção das relações de produção. Desse modo, entendo que tais organizações corporativas, incentivadas pelo Estado, conforme abordo na breve contextualização desse tema, foram importantes para garantir as relações de produção.

enquadrava em um aparato regulamentar para impedir a emigração, atrair imigrantes, estimular a natalidade. Todo esse aparato que fez com que essa população trabalhasse para o Estado como conviesse, onde conviesse e no que conviesse. Assim, a população foi constituída como força produtiva. Esse era o pensamento dos mercantilistas, os quais diziam que a população deveria ser efetivamente adestrada, repartida, distribuída, fixada de acordo com mecanismos disciplinares para obter resultados para o Estado. Com os fisiocratas, no século XVIII, a população surgiu como um conjunto de processos, por apresentar variações como o clima, indicando que ela não se constituiu a partir de uma simples soma de indivíduos que residiam num território. Tais variáveis foram consideradas uma naturalidade da população. Entre essas variáveis estavam os hábitos das pessoas, os valores morais ou religiosos. O eixo soberano-súdito tornou-se vulnerável pois não funcionaria mais a força que dizia não, uma vez que essas variáveis da população faziam com que se escapasse consideravelmente da ação voluntarista e direta do soberano na forma da lei. Esses processos estabeleceram a relação de governo e população fazendo com que a ação dos que governam seja necessária e suficiente. Isso tornou-se facilitado pela permeabilidade da população às intervenções estatais.

Abordei alguns pontos da Era Vargas (1937-1945) (FONTES, 2010; REIS, 2010), bem como a formação dos sindicatos (ANDRADE, 2007; MAIA, 2008; MANFRIM-JUNIOR, 1998), e, ainda, os Institutos de Aposentadorias (IAPs) e Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (MANFRIM-JUNIOR, 1998), para mostrar como esses discursos se cruzaram e permitiram a configuração de uma atenção domiciliar ofertada ao trabalhador e seus dependentes. Saliento que esse direito ao serviço médico, funcionou como um pacto de segurança entre Estado e população, de operários nesse caso. Um modo de conceder direitos à população, garantindo que ela produzisse para a sociedade.

Estendendo a assistência médica à casa do trabalhador, foi possível maximizar a força do seu trabalho, e, ao mesmo tempo, regulá-la. Explico melhor. Com o Estado ofertando esse direito ao trabalhador, tornou-se possível governar melhor o seu corpo, uma vez que em caso de adoecimento, o serviço médico iria à casa do trabalhador para prestar atendimento. Dessa forma, não eram mais aceitas justificativas de ausência ao trabalho por questões de saúde e doença, sequer havendo necessidade de deslocamento ao serviço médico. Obtendo o direito de ser atendido pelo serviço médico domiciliar, o trabalhador teria o dever de chamá-lo em caso de doença.

No primeiro tópico, a seguir, abordei uma contextualização com as condições de possibilidade, com o título de “Atenção à população operária: contextualização”, e, na sequência, duas categorias analíticas intituladas de “Direitos trabalhistas para garantir a vida” e, “SAMDU e a vigilância da vida produtiva”.

6.1 Atenção à população operária: contextualização

Após a proclamação da República e com o fim do regime escravocrata, os movimentos imigratórios se intensificaram pela necessidade de mão de obra. Os italianos, em fins do século XIX e início do século XX, formaram os maiores grupos de migração organizada e foram os principais contribuintes para a organização sindical no Brasil, pois já estavam “contaminados” pelas lutas sindicais em seu país de origem. Os movimentos sindicais lutavam contra as formas de exploração do trabalho, contestando desde a reprodução das relações escravocratas até jornadas extenuantes (ANDRADE, 2007).

A construção das estradas de ferro produziu novos modos de vida, sobretudo nos envolvidos nelas, na metade do século XIX na Inglaterra, e mais tarde, no final desse e início do século XX, no Brasil. Nos lugares onde a estrada férrea passava, a paisagem era transformada pelo estímulo das relações econômicas locais. No Estado de São Paulo a ligação entre as regiões do interior e o litoral possibilitou o escoamento do café, visto que elas foram construídas, estrategicamente, nessas regiões produtoras. Com isso, foi necessário capacitar um número expressivo de trabalhadores para atender nessas estradas, criando-se assim a categoria dos ferroviários. Tais ferrovias foram construídas com capital inglês, ainda que pertencessem ao governo central do Brasil. A disciplina fabril envolvia obediência, escolaridade e pontualidade, e foi necessária para o funcionamento das primeiras estradas de ferro. Os salários variavam, conforme a função exercida. As empresas mantinham capatazes que fiscalizavam, observavam e controlavam os trabalhadores em relação ao cumprimento das determinações estabelecidas (MANFRIM-JUNIOR, 1998).

As reivindicações dos ferroviários por melhores condições de trabalho afetavam a circulação das mercadorias. A falta de trens comprometia outros setores, fazendo com que esses operários como os da indústria têxtil, também se mobilizassem. Fazendeiros reclamavam a falta de vagões para transportar sacas de café. Além da estagnação da malha ferroviária nos anos 20, o aumento das despesas nesse setor também sinalizou problemas na

economia, visto que o exército e o Estado tinham isenção de pagamento nos fretes (MANFRIM-JUNIOR, 1998).

De modo a enfrentar as solicitações das classes trabalhadoras, que reivindicavam melhores condições de trabalho e de vida, o Estado teve que aparelhar-se. A burguesia industrial passou a aceitar que o bem-estar da população era necessário para o desenvolvimento desse setor. Portanto, cabia ao Estado uma ação de proteção ao desenvolvimento da indústria (MAIA, 2008). Em outras palavras, o Estado deveria desenvolver grandes aparelhos, como instituições de poder, de forma a manter as relações de produção: uma delas foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

As reivindicações dos trabalhadores em prol de uma instituição de mecanismos de seguridade social, como aposentadorias e pensões foram crescentes a partir da segunda década do século XX. Essas negociações entre empregados e empregadores sobre a atenção à saúde, deu início à configuração de nova vertente da assistência médica no Brasil, dessa vez associada ao complexo previdenciário que começava a se constituir. Somente a partir de 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensões se proliferaram, vinculadas a grandes empresas. Com essas contribuições, objetivou-se fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores (PONTE, 2010b).

No estudo de Manfrim-Junior (1998) sobre a formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões dos ferroviários, foram relatados fatos como as greves organizadas por eles, devido às condições precárias de trabalho e à falta de amparo em caso de acidentes de trabalho. As greves tiveram seu ápice em 1920, tendo influência na criação do projeto de Lei Eloy Chaves, oficializado três anos após a última mobilização, como Lei Eloy Chaves, que previa a criação das caixas de aposentadorias e pensões. Isso reafirmou o interesse de empresários e políticos em estabelecer relação de cooperação com os operários, mesmo assumindo o ônus de oferecer assistência médica. Segundo o autor, as CAPs, na sua forma de organização voltada para ao assistencialismo, constituíram instrumento de controle disciplinar valioso para os empregadores.

Foucault (2007h) referiu que na Idade Clássica, conforme a análise de Smith²¹, o entendimento sobre trabalho, se pautava na relação de que toda mercadoria representava certo

²¹ Adam Smith. Economista da época clássica (século XVIII).

trabalho, e certo trabalho representava certa quantidade de mercadoria. Diferentemente das ideias expressas pela análise de Ricardo²², período dos fisiocratas, na qual pela primeira vez, a força do operário foi considerada, no que dizia respeito ao tempo do operário que se comprava e se vendia. De um lado, o trabalho que os operários ofereciam e de outro os empresários que aceitavam ou demandavam e retribuía por salários. A extração de metais, a produção de bens, a fábrica de objetos, o transporte de mercadorias produziram valores permutáveis que não existiam sem o operário, e sem ele não teriam surgido. Para Ricardo, o trabalho permite fixar valor de alguma coisa, porque este foi a fonte de todo o valor, não podendo ser definido como na Idade Clássica, a partir de um sistema de equivalências e da capacidade de poder ter as mercadorias. Nessa lógica, o valor deixou de ser signo para ser um produto. Se as coisas valiam tanto quanto o trabalho, isso o tornaria proporcional, ou seja, o valor das coisas aumentaria com a quantidade de trabalho necessário e consagrado para produzi-las. A teoria da produção precedia a da circulação. Para a fabricação de uma coisa, seria necessária uma quantidade de trabalho. Os custos seriam determinados pelo trabalho já efetuado, e aplicado a essa nova produção. Ou seja, todo o trabalho tinha um resultado de que, sob uma forma ou outra, era aplicado um novo trabalho cujo custo ele definia. Exemplo, a colheita, o transporte, a venda, o consumo. O trabalho como atividade econômica, aparece quando os seres humanos se acharam numerosos demais para poderem alimentar-se dos frutos espontâneos da terra. Não tendo como subsistir, muitos morreriam se não se pusessem a trabalhar a terra. Era sob a ameaça de morte, que a humanidade trabalhava. Toda a população, se não encontrasse novos recursos, estaria fadada a extinção. Eis o *homo oeconomicus* que “não é aquele que representa suas próprias necessidades, bem como os objetos capazes de saciá-las; é aquele que passa, usa e perde sua vida escapando da iminência da morte” (p.353).

Trabalhar para continuar vivendo, e não morrer. Eis a lógica que surge a partir do século XIX. Desse modo, para garantir a produção, foram necessários pactos de segurança entre empreendedores e empregados. Segurança que garantia a vida. A luta não era por salários melhores, mas por melhores condições de trabalho, que incluíssem proteção à invalidez por um acidente de trabalho ou pelo avanço da idade. A luta era pela vida. Ouso dizer que, talvez, o trabalho não significasse somente essa garantia da sobrevivência, mas também, o estabelecimento da ordem das coisas e a determinação de sentido para a vida. A ordem das coisas garantida pelas instituições, e o sentido da vida garantido por um caminho

²² David Ricardo. Também Economista da época clássica (século XVIII).

ideal a ser tomado: o de estudar para futuramente trabalhar e formar a família. Com essa organização, ajustaram-se os fenômenos de população aos processos econômicos. Fenômenos esses como os adoecimentos, acidentes de trabalhos, condições precárias de trabalho que mobilizavam os trabalhadores a realizarem as greves. No entanto, as greves estagnavam a economia.

Outra condição de possibilidade que determinou o aparecimento desses pactos de segurança entre população e Estado, que garantia essa força de produção, foram as crises geradas pela guerra. Em 1919, na cidade de Paris, foi realizado a Conferência da Paz, na qual foi nomeada uma comissão que estabeleceria a constituição e as funções da Liga das Nações. Tal conferência considerou a necessidade de restabelecimento das relações internacionais entre os países da liga, como forma de cooperação para garantir o cumprimento das obrigações tomadas e a adoção de meios seguros para evitar a guerra. A comissão foi composta por 15 membros, sendo que os países potentes teriam dois representantes, assim como EUA, Japão, Império Britânico, França e Itália, e os outros cinco, seriam dos demais países. As reuniões deveriam ser periódicas. 32 nações assinaram o pacto. Entre algumas obrigações fundamentais dos Estados, estavam a de reduzir o armamento de forma a garantir a não declaração de guerra, e também a questão do trabalho: “Esforçar-se para assegurar e manter condições de trabalho equitativas e humanas para o homem, a mulher e a criança nos seus próprios territórios, assim como em todos os países, aos quaes se estendam às suas relações de commercio e indústria” (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1920b, p. 9560).

Essas pactuações internacionais ocorreram porque,

“a guerra [...] despertou em todos os países verdadeiro sentimento de horror e desalento, nunca tão fortemente experimentado pelos Estados civilizados [...] violação flagrante [...] de todos os direitos dos indivíduos e dos povos, nela se cometeram, realmente, crimes e atrocidades taes, de que não havia noticia entre as nações mais barbaras! O commercio, as industrias, as riquezas, as condições do trabalho, tudo de que mais depende o bem estar comum das populações, tudo fôra vorazmente destruído pelas fúrias da guerra! Não é, pois, para admirar que, á vista de condições como estas, as próprias nações que a fizeram se sentissem na necessidade indeclinável de procurar evitar, por todos os modos, a repetição de catastrophe analoga, como seria, ou será, a de nova guerra entre as mesmas (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1920b, p. 9563)

O aparecimento dessas crises pós-guerras fez com que os governos pudessem solicitar às pessoas que dessem sua vida, e com isso, seus empregos seriam garantidos até o fim de seus dias (Foucault, 2008b). Deve ser por isso que, nesse documento publicado no DOU, sobre a Conferência de Paz de 1919, as condições de trabalho e concessão de direitos aos

trabalhadores foram abordadas de forma detalhada. Primeiramente foi abordado o princípio de que o trabalho não deveria ser considerado somente mercadoria ou artigo de comércio. Depois determinou que o pagamento aos trabalhadores de um salário que assegurasse um nível de vida conveniente, bem como carga horária considerada adequada, oito horas diárias ou quarenta e oito horas semanais. Também foi previsto um repouso de no mínimo vinte e quatro horas, devendo-se ser em domingo, sempre que possível. Além disso, foi aprovada a supressão do trabalho das crianças e a obrigação de limitar o trabalho dos jovens afim de que fosse assegurado se desenvolvimento e continuidade de sua educação. O documento também estabelecia que cada país deveria fazer ajustes conforme sua realidade e estabelecer seu aparato regulamentar para proteger os trabalhadores (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1920b).

No Brasil, tínhamos a Primeira República, uma arte liberal de governar que entrou em crise por não conseguir resolver os problemas da população. Em resposta a essa crise, criou-se uma forma de governar mais intervencionista, que se materializou na Era Vargas. Tal modo de governar não se constituiu em novo liberalismo, mas emergiu como consequência do próprio liberalismo. Um Estado autoritário que concedeu direitos, o que permitiu maior controle da população, pois evitou as revoltas. Neste período, a imigração, antes vista como salvação, foi considerada problema, devido à diversidade de costumes e idiomas no Brasil. Desse modo, foram necessárias intervenções como a normalização (LOCKMANN, 2013).

6.2 Direitos trabalhistas para garantir a vida

Em uma carta, enviada ao presidente Getúlio Vargas, um aposentado, reivindicava melhoria das condições de sua inatividade e direito ao acesso à assistência domiciliar das CAPs.

[carta ao presidente (Getúlio Vargas) da República] - *a carta em que o ferroviário Augusto José da Cruz, aposentado, em 1928, pela Caixa de Aposentadoria e Pensões da Central do Brasil, pleiteia não só a melhoria das condições de sua inatividade [...] como também o direito de poderem os aposentados de modo genérico, utilizar-se dos ambulatórios dos Serviços Médicos da Caixa de Aposentadorias e Pensões. Usufruído dos benefícios da assistência domiciliar e hospitalar facultada aos ferroviários em atividade* (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1940, p. 12455.)

No excerto lemos que os trabalhadores inativos não tinham os mesmos direitos daqueles que ainda trabalhavam. Quais discursos circulavam que permitiam tal reivindicação? Creio que, as leis trabalhistas estabeleceram direitos e benefícios para maximizar o corpo do operário. Talvez ofertasse maiores benefícios aos ativos, ou seja, àqueles que eram produtivos para o Estado. Suponho isso apenas, porque não está claro se havia diferenças entre trabalhadores ativos ou inativos no Decreto Lei 5.452, de 1º de maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis Trabalhistas (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1943). O que posso dizer é que havia duas subjetividades produzidas pelo discurso do beneficiário amparado pela CAPs: o inativo e o ativo.

As leis que produziam a assistência à saúde tiveram relação com uma tecnologia de poder centrada na vida. Conforme Foucault (2007g), desde o século XIX, as grandes lutas que colocaram em questão o sistema geral de poder já não eram relativas aos antigos direitos, ou em função de um sonho milenar de um ciclo dos tempos, ou de uma Idade do ouro. Não se aguardava mais o imperador dos pobres, nem o reino dos últimos dias. O que se reivindica é a vida, entendida como necessidade fundamental. Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou objeto das lutas políticas. É o *homo economicus*, aquele que foge o tempo todo da morte.

Esses movimentos ocorreram com o nascimento do conceito de população. Mas como fazer com que todos desejem o mesmo se a população possui indivíduos, diferentes uns dos outros? Foi preciso descobrir um motor de ação. Esse motor foi o do desejo. O desejo foi o motor para que todos os indivíduos agissem. Mas para que fosse possível bem gerir a população era preciso que as cabeças tivessem o mesmo desejo (FOUCAULT, 2008a). Nesse sentido, fez parte desse conjunto de necessidades para a sobrevivência dos trabalhadores como indivíduos, a reivindicação do direito do inativo de obter a assistência domiciliar e hospitalar. Ou seja, a assistência médica era elemento fundamental para a garantia de sua vida, constituindo um desejo individual e ao mesmo tempo coletivo.

O Estado definiu e define o modo de vida dos indivíduos, orientando-os naquilo que acredita ser o melhor para todos, exercendo assim, o poder de tornar os homens úteis. A partir dessa necessidade coletiva, o poder estatal deixa de reconhecer individualidades e passa a gerir a vida da população, conduzindo a todos para os mesmos interesses, os mesmos desejos, as mesmas necessidades (FONTES, 2010).

Outro papel que apareceu no excerto foi o do Presidente da República. Mas posso dizer, conforme a contextualização que realizei nesse capítulo, que havia os empresários que gerenciavam as CAPs, os empregadores, os sindicatos. Essas reivindicações por cartas, conforme Reis (2010) eram permitidas pelo fato das Caixas de Aposentadorias e Pensões serem instituições, que foram criadas conforme a lógica corporativa de relações de trabalho estabelecida pelo regime Vargas, a qual estimulava cada sindicato a entrar em contato direto com o Ministério do Trabalho para reivindicar um completo sistema de proteção previdenciária. Era uma via de mão dupla, uma vez que havia a necessidade de se criar uma audiência operária para o regime, mais especificamente para Vargas, o que propiciava que os trabalhadores de algum modo apresentassem suas exigências e se fizessem ouvir. Isso funcionou como um instrumento de construção de alianças e adesões, pois a crescente importância atribuída por trabalhadores e sindicatos ao sistema de previdência organizado pelo Estado, disseminou a imagem protetora dos trabalhadores que caracterizou Vargas e seu Governo. Assim, conforme Foucault (2005), a biopolítica ocupou-se ‘desses’ indivíduos que perderam a capacidade, a atividade, por questões compreensíveis como a velhice ou acidente e, portanto, saíram fora do circuito de produção. Com relação a esses fenômenos, essa biopolítica introduziu não somente instituições de assistência, mas mecanismos mais sutis, economicamente mais racionais de seguros, de poupança individual e coletiva, de seguridade.

As relações de poder estabelecidas via *instituições*, no caso a CAPs garantiam a manutenção das relações de produção. Posso dizer que era interesse do Estado, que o trabalhador se sentisse amparado, de forma a maximizar suas forças para produzir para o sistema. O inativo, por sua vez, teve melhorias em sua inatividade um pouco mais tarde, como uma forma de produzir no trabalhador ativo, a segurança da futura aposentadoria. Esses benefícios, fundamentais à vida, mantinham o trabalhador no sistema de produção, à espera do período em que poderia colher o ‘merecido descanso’.

Os dois excertos que trago a seguir abordaram a valoração do trabalhador para o bem da nação. O primeiro foi proferido por um empregador, justificando os benefícios extras pela “colaboração” dos trabalhadores. O outro fez parte do discurso proferido, pelo Presidente da República, general Eurico Gaspar Dutra, por ocasião da inauguração do Monumento ao Trabalhador Brasileiro, no dia 01 de maio, em frente ao Ministério do Trabalho, quando destacou as conquistas dos operários, ‘a maior esperança de uma das maiores pátrias do mundo’:

[Relatório da Diretoria] *é valorosa a cooperação que recebemos de nossos auxiliares, e de nossa parte é constante a preocupação de um tratamento que lhes eleve o nível de vida. Assim é que, além dos vencimentos, lhes abonamos 7 meses de gratificação [...] (Associação Educativa e de Previdência dos Empregados do Banco Nacional de Descontos) cada um deles tem uma apólice de seguro de vida, em favor da família e permanente assistência médico-domiciliar e dentária (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1945, p. 5247).*

[Noticiário] *"Aqui estou para, como nos anos anteriores, compartilhar das vossas alegrias. Do Governo tendes recebido reajustamento do salário mínimo; serviço de colocação; escolas e hospitais; higiene e segurança do trabalho; casas populares e assistência alimentar; serviço médico domiciliar de urgência, socialização de seguro de acidentes do trabalho; serviço social aos desajustados; revisão da Consolidação das Leis Trabalhistas; incremento à sindicalização; e medidas destinadas à livre escolha dos vossos representantes, no campo dos vossos interesses" (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1950, p. 6779).*

Maximizar as forças do corpo do operário para que produza garantindo a elevação do nível de vida, por meio da concessão de direitos como assistência médica e dentária, gratificações e seguros eram fatores que apoiavam a vida do trabalhador e de sua família. Ao analisar os excertos acima, penso que o biopoder operou com suas duas tecnologias: a disciplinar e a biopolítica²³. Explico melhor. O discurso incluiu o trabalhador, aquele que coopera com o sistema de produção. O esquadrinhamento já foi feito: aquele que trabalha e outro que não trabalha. A Instituição pergunta: quais as melhores formas de obter mais produção? Quais os direitos que podem ser concedidos de forma a garantir a vida desse corpo? A resposta foi a concessão de benefícios considerados fundamentais para a sobrevivência. Isso fez com que o trabalhador fosse incluído no sistema de produção, para produzir e também consumir, conforme os preceitos do sistema capitalista. Recebendo tais benefícios, o corpo do trabalhador tornou-se docilizado, aceitando melhor as intervenções do Estado, que buscava conduzir suas condutas. Isso o mantém no sistema, pois o sistema garante 'sua vida', fazendo com que resista menos. Dessa forma as relações de poder se estabeleciam. Um privilégio e uma forma de consumo, pois era privativo do trabalhador, contribuir com seu trabalho e parte de seu salário. Aqueles que não trabalhavam, aqueles não contribuintes, ou seja, os pobres, ou indigentes, como eram chamados, não tinham esse direito. As duas tecnologias de biopoder se complementaram, porque o discurso incluiu o corpo-espécie e o corpo-indivíduo. Todos e cada um. Todos os que trabalhavam. Valorizava e

²³ A disciplina foi a primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, e a biopolítica, por sua vez, é um poder massificante, que se dirige à multiplicidade de homens, ao corpo-espécie, ou um corpo com muitas cabeças (FOUCAULT, 2005).

beneficiava a todos, e a cada um. A ordem era ser produtivo para obter benefícios de direito à vida.

O capitalismo, conforme Foucault (2007g), exigiu

o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte, tornados possíveis pelo exercício de biopoder com suas formas e procedimentos múltiplos. O investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis naquele momento (p. 154).

Ainda gostaria de fazer mais algumas considerações sobre o biopoder e o capitalismo. Ocorreu-me, que, com o deslocamento do poder soberano para o biopoder, foi possível essa ‘distribuição de lucros’ e valorização do corpo do trabalhador, diferentemente do que ocorria nas relações de soberania, com o súdito. Conforme Foucault (2005), o poder soberano neutralizava o súdito. Já o biopoder busca garantir a existência da espécie. Um poder que faz viver, e deixa morrer. Ainda, Foucault (2007g), diz que não há dúvida que o biopoder contribuiu para o desenvolvimento do capitalismo. Em outras palavras, o súdito tinha pouca importância no território do soberano. Ambos, súdito e território pertenciam ao soberano como um bem. Foi em torno desse soberano que se estabeleceu a vida no território. O súdito trabalhava para o soberano, mas não recebia nenhum benefício por isso. O trabalhador, submetido a outro regime de poder, foi valorizado, beneficiado, tinha direito à vida, para que produzisse para o sistema e, também consumisse, assegurando a distribuição dos lucros e circulação do capital.

Trabalhadores não são, portanto sujeitos de direito com vontade soberana. A população, como um conjunto de elementos no qual notam-se constantes e regularidades, inclusive nos acidentes, permite a produção do desejo coletivo, do benefício a todos (FOUCAULT, 2008a). Pode-se dizer que os indivíduos que trabalhavam passaram a ser constituídos por discursos que circulam sobre as leis trabalhistas, a valorização do operário como um sujeito de direitos, que contribuía para a sociedade, com um desejo comum de bem servir a nação, de produzir para ela, e ser gratificado por isso.

Por outro lado, Candiotto (2013) traz uma discussão interessante sobre a soberania do Estado de bem estar. Com o pacto social, ou seja, o pacto de segurança estabelecido entre Estado e cidadãos, assegura-se a soberania, na medida em que o Estado, para promover a segurança, age juridicamente sobre aqueles que não trabalham, criminalizando-os, adotando

políticas para eliminar essas ameaças da população de “bem”. Assim, a parcela da população que foi objetivada e autossubjetivada, como normal e politicamente correta diante do seu outro (o delinquente, o miserável), confere legitimidade a esse processo de soberania Estatal. Assim, governa-se a desordem.

No curso *O Poder Psiquiátrico*, Foucault (2006), discorreu sobre os distanciamentos entre poder soberano e poder disciplinar. Além do que já abordei acima, sobre soberania, Foucault diz que as relações na soberania são assimétricas, pois a coleta-despesa foi centrada no soberano. Isto é, o soberano colhe a produção dos bens de seu território, e algumas vezes, possui despesas para garantir sua soberania, como homenagens. Somente nesse momento que há uma individualização do súdito. Já no poder disciplinar, há uma continuidade, e ele se garante por jogos de recompensas, de punições, de pressões. Tal homenagem no dia do trabalhador, com menção aos benefícios concedidos pelo Estado, no segundo excerto acima, pode caracterizar-se tanto como uma despesa para o Estado (soberano), como um jogo de recompensas, contínuo, garantido pela tecnologia disciplinar.

Mas como se configurou a atenção domiciliar nesse contexto?

A atenção domiciliar estava organizada como um serviço de assistência médica domiciliar que integrava um dos elementos fundamentais para a garantia da sobrevivência do trabalhador. Até um pouco antes da década de 50, esses serviços foram regulados por cada CAPs. Na medida que as CAPs se unificaram, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), foi ofertado a todos os contribuintes. Essa foi uma estratégia para garantir saúde do trabalhador que contava com atendimento em situação de doença ou acidente, sendo que este poderia ser realizado tanto na casa, quanto no local de trabalho. Era preciso recuperar a saúde desse trabalhador para que ele retornasse ao seu lugar de produção. Assim a lógica de recuperação da saúde era mais evidente do que a preocupação com prevenção de doenças ou agravos. O atendimento na casa do trabalhador foi uma medida útil e econômica para o Estado, pois intervinha no absenteísmo, somente podendo faltar ao trabalho aquele que estivesse comprovadamente doente. Desse modo, quando um trabalhador ou seu familiar adoecia, deveria acionar o serviço médico solicitando o atendimento. O direito se convertia em um dever.

6.3 O SAMDU: A vigilância da vida produtiva

As diversas instituições assistenciais se agruparam e garantiram o SAMDU, criado pelo Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949. Define-se por uma

[Decreto nº 46.349, de 3 de julho de 1959] *entidade de âmbito nacional, com sede e fôro na Capital da República, subordinado ao Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, tem por finalidade prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais a êsse fim destinados, bem como no domicílio ou local de trabalho, aos segurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciantes, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargos e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos* (ESTADOS UNIDOS DO BRASIL, 1960, p. 6912).

Regulado pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, formava uma “rede” de atenção médica, com assistência prestada em ambulatórios e hospitais – certamente credenciados – mas também no domicílio ou local de trabalho. O serviço destinava-se aos contribuintes, ativos ou inativos e seus dependentes. A ambulância se deslocava até o ponto de chamada – casa ou local de trabalho – e os médicos definiam, por meio da invocação de seus saberes, se o paciente ia para o ambulatório ou hospital. Se antes, na profilaxia da tuberculose se mantinha o doente no domicílio, para vigiá-lo, inspecioná-lo, controlá-lo, aqui, o paciente seria inspecionado no domicílio ou no trabalho, e conforme avaliação e análises, ele seria encaminhado para o hospital ou ambulatório. Penso que o SAMDU, foi um pacto de segurança, como bem fala Candiottto (2013), uma estratégia para consolidar a relação entre as instituições políticas e os cidadãos. A partir desse pacto, as instituições reguladas pelo Estado tentam proteger a vida, das mais diversas incertezas, acidentes, prejuízos, riscos. Isto é, se o indivíduo está doente, ele tem a seguridade social, se ele não tiver trabalho, pode receber seguro desemprego, dentro da lógica do Estado de bem-estar.

Os municípios que aderiram à proposta do SAMDU, deveriam conveniar-se e elaborar portarias ou leis municipais para regular os serviços, como ocorreu, por exemplo, em Pelotas, pela Lei n.458 (PELOTAS, 1953) e em Curitiba, pela Portaria n. 99 de 1953 (CURITIBA, 1954). O SAMDU-Paraná elaborou um manual de divulgação e instruções aos beneficiários, já que esta era uma estratégia de assistência médica ‘nova’ para os trabalhadores. Conforme a capa do manual (Ilustração 5) há o destaque para o nome do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio formando um círculo com o nome do serviço por extenso: Serviço de Assistência

Médica Domiciliar e de Urgência, dando uma ideia de parceria e continuidade. Mas o maior destaque é a sigla: SAMDU, em fonte vermelha, para chamar a atenção. Há duas vezes escrito SAMDU, formando uma cruz, lembrando a cruz vermelha. Mais abaixo, SAMDU, aparece novamente em vermelho e entre aspas, como uma forma, talvez, de fixar a informação. Também na capa, está dito a quem interessam tais informações: aos beneficiários.

Ilustração 5 - Capa do Boletim SAMDU



Fonte: CURITIBA, 1954.

Esses ditos e escritos sobre o SAMDU direcionavam-se aos trabalhadores beneficiados pelas instituições do Estado. Destaco mais uma vez o biopoder operando com seus dois polos, o individualizante e o coletivo. Coletivo referido a determinadas pessoas de uma população, não necessariamente ao todo de um território, mas a um grupo de pessoas. Castelo-Branco (2013a), alega que a prática efetiva do poder não se limita ao âmbito do Estado, pois o poder está articulado a uma série de parceiros e instituições que compartilham, como uma grande rede, o domínio que parte das grandes instituições até os pequenos acontecimentos cotidianos das relações interpessoais. Para ele a racionalidade política contemporânea resultou em significativos abusos de poder, tratando-se de um fato paradoxal, uma vez que isso também trouxe benefícios e contribuições positivas para a vida das pessoas.

Castelo-Branco (2013b) referiu que os sistemas de seguridade social que estão vinculados à população, de forma a produzir segurança. Esse tipo de sistema político, conseguiu acumular capital financeiro, e a partir disso, garantir a segurança, por meio de aposentadorias e seguro de vida. Nesse sentido, segurança é pensar nesses grandes sistemas securitários, nos quais o Estado é essencialmente previdenciário. Ainda, o medo coletivo, faz com que as pessoas contribuam para esses sistemas – instituições do Estado – que garantem essa segurança. Isso significa que os indivíduos se assujeitam ao Estado. A luta pelos direitos é que assujeita aos indivíduos nessa lógica estadista (informação verbal)²⁴.

O poder disciplinar permitiu a classificação, a hierarquização. Classificando, criaram-se identidades. A identidade do trabalhador, que produzia, que tinha benefícios assegurados pelas instituições estatais, e assim por diante. O poder disciplinar, conforme Foucault (2006), olha para o futuro, para o momento em que a coisa vai funcionar sozinha, em que a vigilância poderá não ser mais que virtual, e tornar-se-á um hábito. O sistema disciplinar foi feito para funcionar sozinho e produzir os corpos sujeitados. Quando Foucault falava em indivíduo, ele destacava que não é aquilo que se prende ao poder político, mas sim, o efeito produzido, o resultado da vinculação por meio de determinadas técnicas do poder político a singularidade somática. Tais técnicas referem-se à escrita, ao olhar constante, à projeção da psique, e da divisão normal-anormal. É diante do anormal, que o sujeito se constitui como normal, se afirma como normal, se assujeita. Isso porque ele tornou-se docilizado.

Prado-Filho (2013) comenta no III Colóquio Nacional Michel Foucault: Política – Pensamento e Ação, que a identidade é uma poderosa tecnologia de governo. Dar identidades para melhor operar, pois a identidade permite reconhecimento de si mesmo, e dos outros sobre nós mesmos. Aí está a armadilha de poder, pois isso garante a repetição, a não resistência, potencializando a docilização do corpo. Em suma, a identidade torna-se um jogo para o Estado nos regular (informação verbal)²⁵.

Desse modo, estendendo a assistência médica à casa do trabalhador, e o subjetivando a acessar tal serviço, era possível maximizar a força do seu trabalho, e ao mesmo tempo, regulá-

²⁴ Conferência proferida por Guilherme Castelo Branco no III Colóquio Nacional Michel Foucault: Política – Pensamento e Ação, em Uberlândia/MG, Brasil, em outubro de 2013.

²⁵ Conferência proferida por Kleber Prado-Filho no III Colóquio Nacional Michel Foucault: Política – Pensamento e Ação, em Uberlândia/MG, Brasil, em outubro de 2013.

la. E isso ocorre porque o indivíduo se identifica como trabalhador, que obtém tais benefícios, nesses jogos de recompensas propiciados pelo poder disciplinar.

O Boletim informativo trouxe informações sobre o SAMDU e a quem ele se destinava, e ainda, como deveria ser acessado.

É obrigação do SAMDU-Paraná, prestar gratuitamente à classe trabalhadora, afiliada as diversas instituições de Previdência Social, a seguinte assistência: - visitação médica domiciliar; socorro urgente; remoção de doentes, de domicílio para hospital ou casas de saúde quando não for possível por outro meio e a pedido do médico assistente; inspeção de saúde no domicílio, para fins de benefício, [...] Pra os incapacitados de locomoção: remoção de hospital ou casa de saúde para o domicílio; coleta de material a domicílio; assistência domiciliar a parto normal; serviços de enfermagem à domicílio para realização de curativos. [...] (para fazer o chamado) o beneficiário deverá ligar para o número informado, e dar todas as informações necessárias, desde a sua instituição de previdência, quanto seu nome de associado, o nome do doente, e os sintomas (CURITIBA, 1954, n.p).

Conforme essas informações pode se compreender como funcionava o serviço. Era possível fazer uma série de procedimentos no domicílio, como parto, curativos, coletas de exames laboratoriais, mas também que a ambulância poderia deslocar esse paciente que estava em seu domicílio para o hospital. Os beneficiários (contribuintes) deveriam ligar para o serviço, sendo que a ambulância com a equipe iria até sua casa, avaliava a situação e tomava as medidas cabíveis a cada caso. Há um grande investimento tecnológico nesse período, quando os trabalhadores eram submetidos aos procedimentos investigativos existentes na época, para chegar ao diagnóstico. Destaco a importância das informações que foram sendo acumuladas, para formar os saberes sobre o trabalhador. Aí se organiza todo um conhecimento que vai ser organizado para o atendimento dos trabalhadores, constituindo uma especialidade médica.

Se antes, o espaço hospitalar fora considerado um lugar de produção de doenças, além de desnaturalizar a própria doença²⁶ por ser um espaço artificial, mais tarde o hospital passou a ser a instituição que ordenava, organizava e fazia circular as coisas, de uma maneira mais econômica para o Estado. Nesse período em que o hospital era criticado, pela medicina das espécies, por ser um espaço que possibilitava o contato de um doente com outros, além da solidão do paciente por estar distante de seus familiares, se pensava que o ambiente

²⁶ Para a medicina das espécies, a doença tinha uma natureza, selvagem, e, sendo só, sem intervenção médica, ela apresentaria sua essência. A medicina das espécies implicava, portanto, em uma espacialização livre para a doença, sem a opressão hospitalar, no qual poderia ocorrer seu nascimento, seu desenvolvimento para chegar ao seu fim natural: a morte, inevitável se esta era a sua lei (FOUCAULT, 1977).

domiciliar, era o melhor espaço para a recuperação, uma vez que o doente se encontrava no seio familiar. Sem dúvida alguma, o doente, não era capaz de trabalhar, e se fosse colocado no hospital, poderia se tornar uma dupla carga para a sociedade, visto que a assistência iria beneficiar somente ele, enquanto sua família, estaria abandonada e exposta à miséria e à doença. Todos esses argumentos eram utilizados para que não ocorresse a hospitalização, pois os cuidados realizados pelos que cercam o doente, não custariam nada ao Estado (FOUCAULT, 1977).

À medida que a medicina passou a regular-se mais pela normalidade do que pela saúde, o deslocamento para o hospital se consagrou. Se a família estava ligada ao infeliz dever natural de compaixão – para cuidar do doente – a nação a ele ligada teria um dever social e coletivo de assistência. Assim, o hospital, antes produtor da doença, passa a ser proveitoso economicamente por assegurar uma assistência necessária. O Estado deveria, portanto, ceder em seu benefício os bens dos hospitais e, em seguida, reuni-los em uma massa comum. Desse modo, criou-se uma administração centralizada e encarregada de gerir esta massa, assegurando a assistência aos doentes pobres (FOUCAULT, 1977).

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção recente, datando do final do século XVIII. Tal espaço tornou-se medicalizado, por meio de mecanismos disciplinares. Para Foucault, no Nascimento do Hospital,

O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital, mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo (2007a, p. 60).

Diante dessas considerações e dos excertos, posso dizer que a atenção domiciliar se torna mais medicalizada e medicalizante na metade do Século XX. Essa medicalização não se refere somente a uso de medicamentos em processos de vida. Refere-se a todo o aparato em torno da saúde, dos seus profissionais, das instituições de saúde, dos interesses comerciais que começam a ser utilizados como estratégia da biopolítica. Foi produzindo esses indivíduos, em seus diversos processos de vida, dependentes desses profissionais, que se conseguiu intervir nos indivíduos, famílias e população. Foucault (2007b), em Nascimento da Medicina Social, fala como foi o processo de medicalização da família. A Família que passou a ser um instrumento “ativo” de civilização, pois com os médicos conduzindo suas condutas, era

possível que os responsáveis pelas famílias, conduzissem as condutas das crianças, e assim por diante. A atenção domiciliar sendo medicalizada, torna possível que o governo adentre as casas dos trabalhadores.

O processo de medicalização faz com que problemas que anteriormente não eram objeto da Medicina, agora se tornam médicos. Tal processo consiste em definir problemas em termos médicos, utilizando a linguagem médica para descrever o problema, adotando o aparato médico para compreender o problema, ou utilizando a intervenção médica para tratá-lo (CONRAD, 1992). Se considerarmos o final do século XIX e início do século XX, os acidentes que ocorriam no trabalho, as doenças e agravos que poderiam estar relacionadas ao labor, não eram considerados problemas médicos. Apenas em torno de 1920, é que se inicia uma discreta medicalização do corpo do trabalhador, pois a pessoa que trabalhava não era objeto de saber especial por ser trabalhadora. Era um adulto que poderia adoecer. Nesse sentido, posso afirmar que a atenção domiciliar, a partir do serviço de assistência médica domiciliar, e mais tarde com o SAMDU, foi um dos fatores que contribuíram para o movimento da medicalização que acometeu a atenção à saúde em todo o mundo, já que muitas questões que envolvem a saúde dos trabalhadores tornaram-se objeto de saber médico. Sintomas que comprometiam a produção dos trabalhadores, tais como acidentes durante o labor, doença na família, e outros que poderiam ocasionar ausência ao trabalho, passaram a ser objeto da medicina e de seu aparato.

Conrad (2005), um estudioso da medicalização, propõe três momentos para o processo de medicalização na sociedade. O primeiro, foi em relação à autoridade da profissão médica, que era garantida pela influência cultural ou profissional das entidades médicas promovendo a expansão para a medicalização. Em segundo lugar, a medicalização também, ocorreu por meio das atividades de movimentos sociais e grupos de interesse. E o terceiro, direcionado ao controle obstétrico e da infância. O autor destaca que ainda, até a década de 70, a indústria farmacêutica não tinha papel central na medicalização que tem hoje. Esse mesmo autor traz como motor da medicalização, a biotecnologia, os consumidores e a gestão do cuidado. A tecnologia envolve desde uma pinça até as drogas, e tem facilitado a medicalização.

A tecnologia no SAMDU vai facilitar essa medicalização do corpo do trabalhador. Em relação aos consumidores, Conrad (2005) aponta que os seguros de saúde, planos, serviços de saúde fazem concorrência entre si pelos consumidores. Isso não se aplica na saúde ofertada

aos trabalhadores, já que eram instituições do Estado, como as CAPs e IAPs que regulavam os níveis de saúde dessa população.

Rose (2007) solicita atenção em relação às críticas sociais em torno da medicalização, que são muitas. Todavia, ele destaca que os saberes médicos nem são mais os eixos desse processo, pois na atualidade a bioética, as necessidades e autonomia do paciente, retiraram a centralidade médica do processo medicalizador. Provavelmente o ser humano foi o possível objeto para conhecimento da vida dos corpos e mentes dos indivíduos e da população, e isso se deu através da medicina. A medicina foi entrelaçada a novas formas de governar pessoas, individualmente e coletivamente.

Por fim, foi por meio de instituições, como a família, e outras dedicadas à assistência, que a atenção domiciliar ficou mais medicalizante e medicalizada, por todo o aparato tecnológico médico envolvido, que produziu os saberes a partir dos corpos dos trabalhadores. Ao mesmo tempo que o Estado, operando com o biopoder, garante a vida dos trabalhadores e seus direitos concedidos, torna-se possível o Estado controlar a vida de todos e de cada um. Nesse caso a atenção domiciliar é uma estratégia de controle. Controle desses corpos para serem produtivos. O SAMDU foi criado, inventado, organizado para controlar e manter a força de trabalho nas melhores condições possíveis e no tempo mais curto possível. Um governo dos produtivos.

7 SAÚDE PARA TODOS: uma tecnologia regulamentadora da vida

Neste capítulo proponho uma analítica de portarias e políticas de saúde pós-Sistema Único de Saúde (SUS). Tais documentos fazem circular enunciados sobre a atenção domiciliar caracterizando-a como ferramenta biopolítica. As mais variadas configurações de atenção domiciliar surgem, como possibilidade para o hospital dia, atendendo as mais diversas doenças, tais como tuberculose, saúde mental, HIV. Na época, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e um pouco mais tarde, o Programa Saúde da Família, que tinha como um de seus princípios o caráter substitutivo do modelo hospitalar. Tal programa obteve modificação no seu nome para Estratégia Saúde da Família. Tais políticas tinham como propósito governar as pessoas, vigiando-as ainda no domicílio, em território “delimitado”.

Penso ser necessário retomar ideias do capítulo anterior, para melhor explicar como surge esse sistema e assim prosseguir com as análises que proponho nesse capítulo. Antes da criação do SUS, somente os trabalhadores e suas famílias possuíam assistência à saúde, que era assegurada pelo SAMDU. Esse se extinguiu na metade da década de 60, com a organização do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAmPs), que não proporcionava visitas domiciliares, obrigando os segurados a deslocarem-se até os consultórios médicos. Deste modo, os que não eram trabalhadores, eram considerados indigentes, até o nascimento do Sistema Único de Saúde. A partir daí, início da década de 90, temos uma série de medidas para organizar e implementar o SUS.

Para Foucault (2011b) o conceito de higiene ocupou, no Século XIX, um lugar central em todos os estímulos morais à saúde. A limpeza foi requisito indispensável para uma boa saúde, uma vez que permitiu a sobrevivência das crianças e garantiu, por sua vez, o trabalho social e a produção. A partir da segunda metade do século XX, a centralidade não estava mais na obrigação da limpeza e da higiene para se usufruir de uma boa saúde, mas no direito de ficar doente. A ênfase se deu no direito de interromper o trabalho em caso de doença. Depois disso, foi preciso pensar meios de cobrir esses direitos, pois as pensões e seguros, nem sempre davam conta. A saúde insere-se nos cálculos macroeconômicos e começa-se a pensar políticas, sustentadas por meio de impostos, que prestem assistência à saúde de todos.

As configurações da atenção domiciliar nesse espaço-tempo ocorreram primeiramente pelos princípios do SUS, mais tarde com estudos que trouxeram conceitos elaborados por

profissionais de saúde e usuários, e também pelos métodos avaliativos das ações e serviços de saúde, como os indicadores de saúde. De forma a situar o leitor nas minhas problematizações, organizei esse capítulo em três categorias, sendo a primeira uma contextualização, e as duas seguintes, construídas a partir de minhas análises: Nascimento de um sistema de saúde único: contextualização; Visita domiciliar: instrumento de intervenção biopolítica; e, Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições.

7.1 Nascimento de um sistema de saúde único: contextualização

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a saúde foi considerada resultante de condições de moradia, alimentação, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde. Nesta visão, a saúde foi tomada como resultado das formas de organização social da produção, podendo gerar desigualdades nos níveis de vida. Diz-se ainda, no relatório de tal conferência, que a saúde deve ser conquistada pelas lutas, e assegurada pelo Estado, por meio da garantia de forma dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. Considerando que tal garantia não se materializa somente pelo texto constitucional, foi necessário que uma política de saúde articulada com as demais, assegurasse meios de efetivá-la. A saúde também foi abordada como direito, podendo garantir melhores condições de trabalho, educação, moradia higiênica e mais digna, além da garantia da participação social para a efetivação do sistema (BRASIL, 1986). Parece-me que a saúde foi vista como central nessas reivindicações, pois ao mesmo tempo em que os condicionantes citados a produzem, esta, por sua vez, poderia garanti-los. Saúde como vida, sendo esta uma vida que pode ser melhorada, qualificada, elevada, na medida em que se modifica aquilo que a condiciona. Mediante essa intenção de produção de novos modos de vida, preferencialmente homogêneos, a regulação torna-se facilitada por intervenções biopolíticas, que envolvem processos de inclusão de todos no sistema de saúde, ou seja, de todos nesse jogo.

De fato, Foucault (2011b), refere que a medicina e seus pares, passam a se ocupar com a saúde, e não somente com a doença. Um alerta de Lopes e Rech (2013), sobre as estratégias biopolíticas e seus jogos de inclusão, é que a “biopolítica, ora pode tomar a vida como sujeito e ora pode tomar a vida como objeto das políticas” (p. 217). Desse modo, a biopolítica poderia ser entendida, como “uma simplificação e a anulação de processos diferenciados” (p.

217). Isto é, a tão sonhada homogeneização das pessoas, para melhor regulação. O desaparecimento da diferença.

A saúde, como direito de todos, inclui-se na Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196 (BRASIL, 1988), mas só entra em vigor, com as leis 8080/90 e 8142/90 que regulamentam o Sistema Único de Saúde. A Lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a). Já a Lei 8142/90, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990b).

A promoção, proteção e recuperação da saúde são imperativos que acompanham a saúde para todos. Foucault (2011a) e Rose (2001) são autores que problematizam essas questões e eu me inspirei em suas ideias para realizar minhas análises. Franco et al. (2011), trazem algumas distinções relevantes sobre prevenção de doença e promoção da saúde. Na promoção de saúde, o conceito de saúde foi concebido como qualidade de vida, incluindo as esferas da vida humana, como habitação, alimentação, trabalho, política e educação. Já a prevenção, entende a saúde como ausência de doenças. Nesse modelo, as doenças evoluem de um período pré-patogênico para um período patogênico, sendo as intervenções focadas sobre os riscos e agravos, em três níveis: a prevenção primária – caracterizada pelo monitoramento dos fatores de riscos para as doenças; a prevenção secundária – focalizada na detecção precoce das enfermidades, e a terciária, voltada para o tratamento e controle da doença instalada, evitando suas complicações. Na promoção da saúde, o campo de atuação é o meio ambiente em que vivem e trabalham os sujeitos e seus estilos de vida, e na prevenção de doenças, os estilos de vida relativos às doenças, objeto de prevenção. Deste modo, a prevenção da doença era frequentemente criticada por fazer parte de programas específicos e verticais, já que as intervenções eram relacionadas aos fatores de risco, à detecção precoce ou ao controle das complicações da doença. Essas ideias se aproximam dos conceitos que sustentavam a saúde pública no início do século XX, quando o doente era identificado e isolado dos saudáveis, evitando assim a proliferação da doença.

A promoção da saúde tem como perspectiva a mudança nas condições de vida, a adoção de hábitos saudáveis e o monitoramento dos fatores de risco, buscando a melhoria da qualidade de vida das populações. Ainda, há diferença em relação aos agentes responsáveis pelas ações. Para a promoção de saúde, o Estado foi responsável por reformular políticas

públicas saudáveis, o que requer a articulação entre vários setores de ação governamental para a produção de ambientes que favoreçam a saúde. A sociedade civil também é responsável, sendo reconhecida como ator social na produção de saúde. No modelo da prevenção de doença, os profissionais de saúde são basicamente os responsáveis de um lado, e os indivíduos, famílias e grupos de outro (FRANCO et al., 2011). Rose (2001) refere que a biopolítica foi indiscutivelmente ligada às ciências, à medicina clínica e às ciências humanas. Isso teve relação com o nascimento das técnicas, das tecnologias, dos *experts* e aparatos para o cuidado e administração da vida de cada um e de todos, possibilitando o planejamento dos serviços. Também há relação com um tipo de caráter vital para a existência de indivíduos políticos.

A inclusão, a saúde como direito, a democratização por meio da participação social e da universalização do acesso ao sistema de saúde, foram enunciados que se amarraram nesse novo discurso da saúde a partir de certas condições de possibilidade: lutas contra o regime totalitário da Ditadura Militar presente no Brasil até 1985, o qual, segundo Fausto (2011), violava os princípios da democracia; lutas contra um sistema de saúde que era excludente, em especial aos não contribuintes; fortalecimento da atenção básica com a Estratégia Saúde da Família para substituir o modelo hospitalar, que gerava muitos gastos. Penso ser importante salientar que a política de saúde, foi sendo formada aos poucos. Ela não foi instituída em 1990, apenas as Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL; 1990a; 1990b). Em 1993, a primeira Norma Operacional Básica (NOB), que trouxe diretrizes para a municipalização (BRASIL, 1993). Eram movimentos fragmentados de implementação do SUS. Talvez, por isso, as portarias publicadas objetivavam orientar as ações e serviços de saúde. Não havia acúmulo de saber para proferir uma política. Havia ideias. A ESF foi orientada a partir da NOB de 1996 (BRASIL, 1996a). Em 2002, tivemos a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002a). A primeira política nacional de atenção básica é do ano de 2006 (BRASIL, 2006b), sendo que as das populações específicas ocorreram antes, como a da mulher e a da criança, os mais medicalizados (comparativamente) (FOUCAULT, 2011a). Depois temos a do idoso (BRASIL, 1999a) e a do homem (BRASIL, 2008a). As normas operacionais são curtas e trazem apenas diretrizes. As políticas sempre trazem mais detalhes, estudos para justificar seu acontecimento.

7.2 Visita domiciliar: tecnologia para rastrear e intervir

Nesse contexto de novo sistema de saúde, e, para atingir seus objetivos, a visita domiciliar constituiu-se em atividade prevista e diferenciada, em diversos campos de saber, como o da saúde mental, da deficiência física, da AIDS/HIV e das doenças crônicas. São portarias que regulamentaram essas ações, de forma a homogeneizar a atenção em saúde, seguindo os princípios do sistema instituído, tais como: integralidade, regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde, resolutividade. Os excertos a seguir mostram um pouco disso que problematizo nessa categoria: a visita domiciliar como instrumento de intervenção biopolítica.

Em 1991, foi criado o código de visita domiciliar por profissional de nível superior, dentro da área de saúde mental, de forma a atender o modelo de saúde que estava sendo proposto:

[Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991] *Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo; considerando finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de Saúde Mental com o modelo proposto, resolve: 01. Aprovar os grupos e procedimentos da Tabela SIA-SUS, na área de saúde mental (Entre os procedimentos, estão:) Código: 039-6. Visita domiciliar por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos (BRASIL, 1991, p. 28495).*

Códigos de procedimento foram criados para introduzir a quantificação dos procedimentos nos sistemas de informação que na época estavam se iniciando. Essas quantificações legitimavam as intervenções estatais, e também serviam para governar condutas. Rose (1991) vai dizer que existe uma inter-relação constitutiva entre quantificação e governo democrático, pois os números garantem legitimidade ao poder político nas democracias. Os números são parte integrante das tecnologias que procuram dar efeito à democracia como um conjunto especial de mecanismos de governo. Isso torna-se essencial para a fabricação de cidadãos democráticos, capazes de se autocontrolar.

Percebo também certa normalização nos procedimentos da visita domiciliar. Isso possibilita quantificar a atividade, gerando relatórios que permitem análises, avaliações e também esquadramento dos procedimentos/ações de saúde a serem executados, determinando por quem devem ser realizados, como e em quanto tempo tal procedimento

deve ser efetivado. Parte-se de um modelo ideal, e dá-se orientações de como fazer, com técnicas disciplinares, que servem para regulação da população. Ou seja, orienta-se aos profissionais de saúde sobre como agir e como conduzir as condutas dos indivíduos, famílias, e coletividades, normatizando suas ações. Assim, tal modelo segue os princípios e diretrizes do novo sistema de saúde.

A norma é um operador entre o poder disciplinar e o poder regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e população, permitindo ao mesmo tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica. A norma pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar (FOUCAULT, 2005).

Conforme Fonseca (2012), a norma, enquanto operador de poder tanto no regime disciplinar quanto no regime da biopolítica, é constituída e deve ser justificada a partir de saberes científicos. Foi assim com o saber médico, com o saber pedagógico, com as ciências da saúde em geral, por meio de seus relatórios, registros, exames, classificações, onde padrões de conduta e níveis ideais de ocorrência de certos fenômenos coletivos são almejados por instituições como escolas e hospitais e também por políticas de saúde como as que se referem à prevenção de epidemias.

Parte-se da norma para então disciplinar. É a normalização disciplinar, que Foucault vai detalhar em Segurança, Território e População:

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. Em outros termos, o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma. Dito de outro modo, há um caráter primitivamente prescritivo da norma, e é em relação a essa norma estabelecida que a determinação e a identificação do normal e do anormal se tornam possíveis (FOUCAULT, 2008a, p. 75).

O modelo ótimo de atenção à saúde foi construído nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual foram emitidas algumas definições para a Constituição Brasileira de 1988 para a elaboração do Sistema Único de Saúde. Esse modelo teve ideias opostas ao vigente daquele período, que era centrado no hospital, no investimento tecnológico, uma vez que a Ditadura Militar brasileira promoveu tais incentivos, em especial no âmbito privado. Além disso, era excludente à grande parte da população, pois somente trabalhadores

contribuintes à previdência social tinham acesso à saúde. Para atender os princípios do novo sistema, como universalização do acesso, integralidade da assistência, os programas e políticas de saúde foram reelaborados e outros foram inventados. Dessas discussões, resultou o modelo de saúde. E a partir da vigilância, e das análises dos resultados das intervenções de saúde, a norma se modifica, modificando o modelo também.

Desse modo, o objeto “atenção em saúde” é transformado em norma, pela decisão normalizadora. Portocarrero (2004a), explica que essa transformação envolve conflitos, pois, antes desse novo modelo, dessa nova decisão normalizadora, existiam outras normas. O que caracteriza um objeto ou um fato considerado normal é sua função de referência, que no caso do sistema de saúde, são as ideias que constituem o SUS.

A assistência domiciliar também foi prevista à pessoa portadora de deficiência-PPD, no SUS, e observo a normalização do atendimento hospitalar e ambulatorial para que disponibilize tal modalidade de cuidado, garantindo a continuidade da assistência desse paciente.

[Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992] II - Normas para atendimento hospitalar (sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde) e Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital preparação do paciente para alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com a sua necessidade (ambulatorial e domiciliar ou centro de habilitação / reabilitação profissional). [...] II – Normas para atendimento ambulatorial (Sistema de informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde) [...] Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório [...] a atenção aos pacientes nessas unidades deverá incluir as seguintes atividades: [...] visita domiciliar por profissional de ensino médio ou superior (BRASIL, 1992, p. 8584).

Esse excerto mostra a visita domiciliar como instrumento de intervenção biopolítica, nesse caso, ao portador de deficiência. Tal instrumento vai integrar o programa de atenção compatível com as necessidades do paciente, que deve ser elaborado pela equipe hospitalar. O paciente precisa ser direcionado para outro serviço de saúde, como uma unidade básica ou ambulatório. Assim, os profissionais desses serviços, poderão utilizar a visita domiciliar para operacionalizar a atenção do paciente, que estará no seu domicílio. Essa garantia de continuidade da atenção em saúde, nos diversos níveis, faz parte dos princípios previstos no Sistema Único de Saúde, como a integralidade e a regionalização dos serviços de saúde.

Essa é mais uma característica da normalização, da sociedade normalizadora. Incluir mais pessoas no jogo, mais pessoas no acesso à saúde, conforme o previsto na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Hachem e Pivetta (2011) explicam que o funcionamento

de uma sociedade normalizadora baseia-se nos chamados dispositivos de segurança, garantidos pelas técnicas de intervenção biopolítica. Por meio desses dispositivos, que o Estado gere a vida da população, considerando-se a totalidade de casos que a acometem, e não os casos individuais.

Nesse sentido, quando o Ministério da Saúde, profere sobre as normas da atenção à saúde para pessoas portadoras de deficiência, com a garantia de uma assistência contínua, incluindo a assistência domiciliar, permite o gerenciamento da totalidade dos casos da população, e não somente do caso individual.

Outra estratégia de assistência à saúde é o hospital dia para pessoas portadoras do HIV, o qual também previa atividades a serem realizadas no domicílio do paciente, na qual o Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e acatando o Programa Nacional DST/AIDS da Secretaria de Assistência à Saúde, estabelece as diretrizes e normas para a implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com doença/AIDS:

[Portaria n. 135 de 3 de agosto de 1994] *1.3 - A assistência ao paciente em regime hospital-dia incluirá as seguintes atividades: - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, social, de orientação, dentre outros); - atendimento grupal as famílias e/ou pacientes; - visita domiciliar; - atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente/AIDS na comunidade e sua inserção social; - os pacientes em regime hospital-dia terão direito a refeição quando o seu período de permanência for maior que 3 horas (BRASIL, 1994, p. 11809).*

Até aqui os excertos mostram que dentro dos programas específicos há uma série de atividades que são previstas para atenção em saúde a estas populações específicas. Entre elas está a visita domiciliar. Pouco se fala como ela deve ser realizada, exceto pelo primeiro excerto que determina que ela deve ter duração de 60 minutos. O que faz com que a visita domiciliar adquira esse formato são os princípios do SUS que circulam nessas regulações: a integralidade em especial. Mas o que seria essa integralidade? Muitos autores se ocuparam de discutir e dissertar sobre tal conceito, como os sanitaristas Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos. Para Mattos (2005), ela traz três sentidos: a prática de medicina de forma integral, considerando os aspectos socioculturais do indivíduo a ser atendido em oposição a fragmentação, a especialidade, a centralidade e valorização do hospital, e do aspecto biológico; a integralidade como modo de organizar as práticas, que significa: articular a assistência e prática de saúde pública, como crítica aos programas verticais específicos que priorizavam determinadas doenças e agravos; e por fim, a integralidade em políticas especiais,

ou seja, em problemas de uma população específica, mas considerando todos os aspectos desse grupo.

Trouxe alguns aspectos sobre a integralidade, para situar o leitor que o modelo de saúde que estava sendo implementado, buscava qualificar a atenção à saúde ofertada às pessoas, com intenção de se afastar do modelo da medicina hospitalocêntrico, centrado no profissional médico, e que considerava especialmente o aspecto biológico do indivíduo a ser atendido. Desse modo, normalizar a atenção domiciliar, tornou-se um modo de implementar o sistema de saúde, contrariando as ideias do modelo hospitalocêntrico, uma vez que se faz circular que é possível o atendimento das necessidades de saúde e doença de grupos específicos. Para Portocarrero (2004b) a crescente importância da norma, que distribui os objetos de normalização num campo de valor e utilidade, é o que caracterizou a biopolítica das populações. A principal característica das técnicas de normalização consiste no fato de integrarem no corpo social a criação, a classificação e a regulação sistemática das anormalidades.

Rose (2013) refere que a biopolítica contemporânea possui outras tecnologias, como as de otimização. Nessa lógica, não basta tratar doenças, mas controlar processos vitais da mente e do corpo, como aparece no excerto acima, que é preciso integrar o portador de AIDS/HIV no meio social. Assim, problemas sociais passam a ser considerados nos problemas de saúde. Essas tecnologias da vida procuram reconfigurar o futuro vital atuando no presente vital.

A visita domiciliar, como uma estratégia de biopolítica, constitui-se em uma das ações do dispositivo de segurança que envolve a saúde das pessoas, uma vez que ela modelada a partir dos princípios que norteiam o SUS, em especial o da integralidade, e que, portanto, torna-se uma ferramenta normalizadora para afastar a assistência à saúde do modelo hospitalocêntrico. Ainda, dentro desse princípio da integralidade, não somente com a garantia de assistência contínua ao indivíduo em diversos níveis de atenção, mas com entendimento de que o paciente deve ser olhado em seu contexto, os problemas sociais que envolvem esse grupo específico, os portadores de HIV, passam a ser medicalizados. Isso vai além do que o confinamento do hospital permite, pois nesse espaço, o que se conhecesse do indivíduo em seu leito, é o que se conseguiu extrair por meio de entrevista e exame físico para os registros, bem como pela observação e vigilância dos profissionais de saúde. Já no domicílio, acredita-se que, pela vigilância, mesmo que menos frequente, torna-se possível identificar outros

problemas, que precisam de intervenção estatal, para elevação dos níveis de saúde da população.

Claro que, no espaço confinado, hospitalar, por exemplo, o poder disciplinar opera com maior facilidade. Mas para as intervenções estatais em lugares que a vigilância permanente torna-se inviável, como o domicílio, o poder regulamentador atua nesses processos da população. Esse último mais difícil, porque envolve tais complexidades dos processos da população (Foucault, 2005). Assim, a visita domiciliar, como ferramenta biopolítica, viabiliza a assistência à saúde, com ações de promoção e proteção, e também possibilita a oferta de tratamento, não só medicamentoso, mas que envolve outros equipamentos, em especial aos pacientes crônicos, sem risco de vida, como é o caso dos pacientes que realizam diálise peritoneal:

[Portaria n. 44, de 11 de fevereiro de 1999] *631-9 Manutenção e Acompanhamento Domiciliar a pacientes submetidos a Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua - DPAC (por paciente/15 dias): Consiste na manutenção por um período igual ou inferior a 15 dias do paciente pelo médico na unidade e na assistência domiciliar realizada pela (o) enfermeira (o) para orientação quanto à estocagem, do material, assepsia ambiental e entrega do material necessário para o tratamento dialítico, assim como a entrega domiciliar dos kits conjunto de troca (BRASIL, 1999b, p. 27).*

A assistência domiciliar vai diminuir os custos na atenção ao paciente que necessita da diálise peritoneal, pois com o Estado disponibilizando profissionais de saúde que monitorem os cuidados a este paciente, reduz-se a possibilidade de ele internar no espaço hospitalar, o que resulta em economia. Essa seria mais uma estratégia biopolítica para regular a vida de pessoas com condições crônicas, dependentes de cuidados permanentes de saúde.

Segundo a OMS, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, e conforme a estimativa, no ano 2020, será de 80% nos países em desenvolvimento. A adesão aos tratamentos de doenças crônicas nesses países chega a ser de apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os próprios familiares. As condições crônicas surgem na atenção primária e devem ser tratadas principalmente nesse âmbito. No entanto, grande parte da atenção primária está voltada a problemas agudos e às necessidades mais urgentes dos pacientes. Sendo assim, como parte de um conjunto de esforços, deve-se primeiramente melhorar a atenção primária (OMS, 2003). Posso dizer que a implementação da assistência domiciliar ao paciente que necessita de diálise peritoneal, foi uma das estratégias estatais para gerenciar condições crônicas. O discurso da saúde como direito à

vida, o aumento das condições crônicas e da expectativa de vida, foram condições de possibilidade para o aparecimento de uma assistência domiciliar contínua, viabilizada por uma equipe de saúde “instalada” em um território. A OMS (2003) apontou como meta para a resolução e acompanhamento das condições crônicas de saúde o fortalecimento da atenção primária, o primeiro nível de saúde, pois tais condições surgem nesse lugar. Ao dizer isso, entendo que os pacientes crônicos devem ter suas demandas atendidas no seu contexto familiar, recebendo cuidados semanais, quinzenais ou mensais da equipe de saúde. Nessa lógica, o paciente vai sendo retirado do ambiente hospitalar pelo aparato humano e tecnológico que passa a receber em casa.

Todos são incluídos nessa rede discursiva da saúde para todos. São incluídos em alguns níveis de atenção à saúde, e excluídos em outros, já que os portadores de doenças crônicas começam a ser mantidos fora da assistência hospitalar. Ao serem mantidos no domicílio, evita-se a internação hospitalar, considerada uma maneira mais econômica de gerenciar esse problema de saúde pública crescente. A ideia do liberalismo, conforme Foucault (2011c) é essa de parecer que se governa mais. Na verdade, o governo não se concentra no Estado, mas sim na sociedade. Isso vai ao encontro do SUS, que estabelece como princípio a participação e controle social. Conforme a Lei 8080/90, a saúde é direito de todos e dever do Estado, mas o dever do Estado não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990a). Os incluídos nessa política, são para Foucault (2008b) o *Homo oeconomicus*, para Rose (1991), o homem democrático, o cidadão capaz de se auto controlar.

Nesse sentido, as pessoas se assujeitam às políticas estatais, de modo a trazerem benefícios a si mesmos. No caso do excerto, incluem-se na previsão de recebimento da assistência domiciliar com a garantia do aparato necessário, humano e tecnológico, para assegurá-los em seu domicílio. No SUS, todos os cidadãos devem ser ativos e dirigir sua saúde, aceitando responsabilidades de modo a assegurar seu bem-estar. Organizações e comunidades são incitadas para um papel ativo de segurança e bem estar. Rose (2001) alega que o normal e o patológico foram centrais no início da análise biopolítica, mas que agora, as ações são organizadas dentro de estratégias de governo de risco. Essas estratégias são organizadas numericamente, como estratégias epidemiológicas que buscam reduzir o nível de risco da população. Isso quer dizer, para Leal (2013), que o Estado permanece valendo-se de um saber-poder que lhe permite gerir a vida da população a partir de cálculos de custo, uma

vez que, aparelhado pela estatística, que se acopla às estruturas decisórias de poder, produz-se um discurso que legitima a intervenção política por meio da fixação de limites aceitáveis, tidos como normais. Isso permite a classificação da população em categorias de risco.

Mas risco para quem, se determinados agravos crônicos sequer são transmissíveis entre as pessoas? Risco econômico, para o governo, que precisa garantir a população, seu acesso universal à saúde, e para isso, precisa reduzir os gastos com a tecnologia e com a hotelaria hospitalar e pensar estratégias mais econômicas, especialmente, aquelas que produzirão sujeitos que cuidem de si e dos outros. Desse modo, penso que não parte da necessidade do paciente crônico o estabelecimento da assistência domiciliar para ele. Ela é proferida pelas autoridades como medida econômica, e por isso é fornecida, para evitar que ele se dirija ao hospital. A economia do Estado é uma das condições de possibilidade para o acontecimento da assistência domiciliar.

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou um manual para a organização da atenção básica em anexo a portaria n.3.925 de 13 de novembro, mencionando que dentro do princípio da resolutividade a visita domiciliar entra como ação possível para uma assistência de qualidade.

[Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998] *Resolutividade - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta* (BRASIL, 1998a, p. 9).

Identificar e intervir sobre causas e fatores de risco. Identificar a causa para, se possível, com a intervenção, eliminá-la. Identificar os fatores de risco, para poder prever o perigo, prevenir a doença. São traços da medicina preventiva presentes nesse novo sistema, embora a ênfase seja na promoção de saúde. Mas não se pode negar que a divulgação de fatores de risco em jornais e revistas impressos, online, e meio televisivo, tornou-se uma estratégia de promoção de saúde. Para Rose em entrevista com Spink (2010), não se trata mais somente de vigiar e punir, mas de rastrear e intervir.

Tomando a promoção da saúde como eixo norteador para as ações de saúde, percebo que há ênfase na normalidade, mas há um discreto destaque para esse retorno da medicina das espécies (Foucault, 1977), na qual o indivíduo deve adquirir práticas saudáveis, para obtenção do estado de saúde. Franco (2011) vai falar que as últimas discussões em torno da promoção

de saúde vêm gerando um campo controverso, no qual se estabelece um campo de estratégias para a produção de uma vida saudável. Segundo esse autor, os programas de promoção à saúde se utilizam, sobretudo, da educação como principal dispositivo para produzir um modo de vida idealizado. Idealizado porque se contrapõe aos tempos atuais, de uma vida que mergulha na rapidez do tempo, no estresse produtivista, na concorrência, no *fast food*.

Em suas contribuições em torno da biopolítica contemporânea, Rose (2001) menciona que programas de medicina preventiva, promoção de saúde e de educação em saúde mantêm seus objetivos de saúde para a nação. No entanto, o autor salienta que, atualmente, a análise racional da política interessada na saúde da população não mais se enquadra em termos de consequências da incapacidade da população como um papel orgânico, para uma possível luta entre nações. Em vez disso, está colocada em termos econômicos: saúde e a doença em termos de dias perdidos de trabalho, ou em termos morais: com o imperativo de reduzir as inequidades na saúde. Entretanto, os indicadores de saúde não medem a capacidade funcional da população. Assim, Rose (2001) percebe um deslocamento nas estratégias da biopolítica. A política do Século XIX foi sustentada por coleção ou tabulação de informações numéricas da população, com análises em termos de frequências e probabilidades. Na racionalidade estratégica de higiene esta foi maneira de identificar, gerenciar e reduzir os níveis de morbidade e mortalidade, modificando os fatores dentro da área geográfica, ou em uma faixa etária que foi estatisticamente associada com os níveis de doenças. Na segunda metade do século XX, a biopolítica ocupou-se de minimizar os riscos para a saúde, manter o controle ambiental da população e reduzir acidentes.

No Brasil, observo o mesmo deslocamento nas estratégias da biopolítica. No início do Século XX, as estratégias disciplinares de higiene foram bastante utilizadas no controle da tuberculose. Na metade do século passado, estratégias ligadas à saúde regularam o absenteísmo no trabalho, maximizando as forças do corpo do operário. E mais ao final do século, a elaboração de um sistema de saúde para todos, que de forma democrática, com a participação de todos, aspirava à saúde como um bem, de direito. Primeiro o Estado se encarregou da higiene para educar e melhorar os níveis de saúde, depois ele se afastou de seus encargos promovendo políticas de promoção à saúde para reduzir os fatores de risco, produzindo sujeitos que regulem sua própria saúde e também a dos outros.

Sendo a visita domiciliar uma atividade prevista na atenção à saúde, torna-se necessário definir o número ideal de visitas. Ela também passa a ser entendida como um

indicador de saúde. Nesse sentido, foi elaborado um cálculo para indicar as metas que cada município deveria atingir, o qual consta na Portaria n. 723, de 10 de maio de 2001. A figura (Ilustração 6) a seguir mostra como o cálculo deve ser feito:

Ilustração 6 - Quadro do Pacto de Indicadores da Atenção Básica

ANEXO I	
PACTO DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA, 2001	
Indicadores a serem pactuados pelos estados	
Nome do Indicador	Método de cálculo
Visita domiciliar por família/mês	Nº de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e de agente comunitário de saúde em determinado local e período Nº de famílias no mesmo local e período x número de meses

ANEXO II	
Indicadores a serem pactuados pelos municípios com menos de 80.000 habitantes	
Nome do Indicador	Método de cálculo
Visita domiciliar por família/mês	Nº de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e de agente comunitário de saúde em determinado local e período Nº de famílias no mesmo local e período x número de meses

ANEXO III	
Indicadores a serem pactuados pelos municípios com mais de 80.000 habitantes	
Nome do Indicador	Método de cálculo
Visita domiciliar por família/mês	Nº de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e de agente comunitário de saúde em determinado local e período Nº de famílias no mesmo local e período x número de meses

Fonte: BRASIL, 2001a.

Ao colocar a visita domiciliar como um indicador de saúde permite-se avaliar essa atividade. Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os indicadores de saúde são classificados em mortalidade, morbidade, avaliação de serviços (gerenciais ou de desempenho). O indicador é uma variável capaz de sintetizar, representar ou dar maior significado ao que se quer avaliar, constituindo instrumento de mensuração para o gerenciamento, avaliação e planejamento das ações em saúde. Deste modo, é possível realizar mudanças nos processos e nos resultados com o estabelecimento de metas e ações prioritárias que assegurem a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravo (BRASIL, 2008b).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas. Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que possuem informação relevante acerca de determinadas características e dimensões do estado de saúde, bem como da execução do sistema de saúde em termos de desempenho. Vistos em conjunto, devem mostrar o estado sanitário de uma população e ser úteis para a

vigilância das condições de saúde. Convencionou-se classificar os indicadores em seis subconjuntos temáticos: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. Cada indicador é caracterizado na matriz por sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte melhor identificada com o tema, a qual fornece anualmente os dados brutos utilizados no cálculo, em planilha eletrônica padronizada, preparada pelo Datasus ou obtida diretamente das bases de dados dos sistemas nacionais de informações de saúde (REDE...,2008).

Nesse sentido, não basta dizer o que é a assistência domiciliar. Deve-se estabelecer uma meta pactuada, a partir dos indicadores do Pacto de 2001, que deve ser cumprida tanto pelo Estado, quanto pelo município, sendo estabelecido um método para cálculo que garante sua precisão. Visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e agentes-comunitários de saúde no mesmo local e período por Número de famílias x número de meses, em determinado local e período são tidas como fatores de melhoria de saúde da população. Mas não basta conceituar, dizer o que significa, estimular um determinado procedimento. É preciso quantificar para avaliar sua eficácia, pois só assim será possível um discurso verdadeiro, apoiado na Estatística, uma ciência exata. Com isso será possível avaliar o impacto destas visitas na melhoria de saúde da população. Depois, a frequência de tais visitas pode se tornar um indicador de saúde, para definir o planejamento das ações de programas de saúde e, para isso, é inventado um cálculo que ensina gestores e demais profissionais envolvidos a estabelecerem suas metas anuais.

Deste modo, vai se construindo um saber sobre a visita domiciliar que determina que a presença dos profissionais de saúde no domicílio dos usuários dos serviços é um fator de melhoria das condições de saúde da população, pois ao entrar na casa dos usuários será possível ver como vivem, intervir sobre seus hábitos, enfim, governar suas condutas.

A Portaria nº 2215, de 05 de dezembro de 2001 (BRASIL, 2001b), tratou das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), as quais estabeleceram estratégias de saúde que devem ser geridas em conjunto pela gestão municipal, estadual e nacional. Para tanto, foram revistos os critérios de avaliação das ações de atenção básica, com o estabelecimento de informação de procedimentos, de nascidos vivos, de mortalidade infantil, por exemplo, com a frequência de, no máximo, dois meses. A meta prevista, pelo pacto, é de que os municípios necessitem atingir 80% dos indicadores de saúde. As áreas de atuação estratégicas, e ações

previstas, foram descritas no quadro (Ilustração 7). A única área de atuação que a visita domiciliar (VD) não aparece é em saúde bucal, a qual aparece mais tarde com o Programa Saúde Bucal (BRASIL, 2001c).

Ilustração 7 - Quadro com área e procedimento específico e procedimento marcador geral

ANEXO I

Área de atuação estratégica mínima Noas	Procedimento marcador específico	Procedimento marcador geral
Controle da Tuberculose		CM, VD, AE, AV
Eliminação da Hanseníase		CM, VD, AE
Controle da Hipertensão		CM, VD, AE
Controle da Diabetes Mellitus	Glicemia capilar	CM, VD, AE
Ações de Saúde Bucal	Procedimentos coletivos Consulta odontológica	
Ações de Saúde Criança	Inalação/nebulização	CM, VD, AE, AV
Ações de Saúde Mulher	Coleta CCO	CM, VD, AE, AV

CM - Consulta médica básica

VD - Visita domiciliar

AE - Atividade educativa

AV - Aplicação da vacina

ANEXO II

Quadro I - Metas do Pacto da Atenção Básica

Fonte: BRASIL, 2001b.

Observo que a tuberculose ainda continua nas prioridades de saúde do Estado, além da hanseníase. A hipertensão, diabetes, doenças consideradas crônicas e problemas de saúde pública também aparecem como objeto de intervenção, bem como populações específicas como as mulheres e crianças. A visita domiciliar, entre os procedimentos previstos, vai viabilizar essa atenção.

A medicalização da família aparece na metade do Século XVIII. Essa foi uma estratégia estatal econômica, visto que governando a conduta dos pais para cuidarem de seus filhos, o Estado governaria menos, o que é mais econômico. O alvo primeiro foram as crianças, uma vez que a família deveria fazer com que ela chegasse ao estado de maturidade. Mais tarde, os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica, sendo necessário organizar em torno deles um dispositivo que assegurasse não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade (FOUCAULT, 2011a). Para Gadelha (2013), a gestão da população, foi irredutível à gestão da família, a qual foi

praticamente eliminada como modelo referencial econômico, passando a se constituir um segmento da gestão dos grupos populacionais.

Essas atividades para os grupos específicos foram previstas na NOAS, a qual foi criada com objetivo de estabelecer ações que fossem assumidas em conjunto pelo âmbito nacional, estadual e municipal. Percebe-se que a VD está prevista em todas as atividades exceto a de saúde bucal, pelo menos nesse período. A VD somada à atividade educativa, manteve-se, como a que havia no controle da tuberculose, tratada de maneira profilática nas décadas de 20 e 30.

Em 2005, um relatório de auditoria de uma plenária no Ministério da Saúde, com ministros e auditores presentes, foi apresentado apontando as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para realizar determinadas atividades na estratégia saúde da família (ESF), como a visita domiciliar. Os auditores identificaram os problemas e relataram algumas necessidades:

[Plenária] *a) expeçam orientações aos municípios para que procurem meios de facilitar o deslocamento dos médicos e enfermeiras das ESF na realização das visitas domiciliares; [...] c) criem mecanismos capazes de incentivar e controlar as visitas médicas domiciliares, no intuito de incrementar a média dessas visitas, de forma consonante com a expansão da cobertura populacional do PSF;*(BRASIL, 2005b, p. 182)

A auditoria federal aponta os problemas da ESF e traz sugestões e encaminhamentos, determinando o que seria necessário incentivar e controlar as visitas domiciliares. Para tanto, facilitar o deslocamento dentro do território pode incentivar os médicos e enfermeiros a realizarem tais visitas, uma vez que nem sempre a Unidade Básica de Saúde encontra-se no centro da área de abrangência. A disponibilização de carros para a realização dessas visitas seria um incentivo que auxiliaria no controle do número de visitas domiciliares, pois não haveria justificativa para não fazê-las.

Nesse mesmo documento, ao emitir seu voto, o Ministério da Saúde profere algumas considerações acerca da ESF:

[Plenária] *Ocorre que, ao que parece, o aumento da cobertura do programa não foi acompanhado de medidas que garantissem o que é considerado um dos sustentáculos do PSF: o estabelecimento do vínculo de corresponsabilidade entre os integrantes das ESF e a população beneficiária.5. Contrariando expectativas, no período de 2001 a 2004, caiu a média de visitas médicas domiciliares por equipe de saúde da família, ao mesmo tempo em que cresceu a média de consultas realizadas por médicos nas Unidades de Saúde da Família - USF. A visita domiciliar é*

fundamental na estratégia do PSF. Ela contribui para o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o usuário, além de permitir a diminuição da demanda por consultas nas Unidades, na medida em que atua em caráter preventivo. (BRASIL, 2005b, p. 182).

O Ministério da Saúde responde aos problemas encontrados pela auditoria, referente ao número reduzido de visitas domiciliares e às dificuldades para o deslocamento dos profissionais, com comparações numéricas de procedimentos consultas médicas X visitas domiciliares. Ainda, aponta que a visita domiciliar seria essencial para o vínculo entre a equipe e a população adscrita.

Mais uma vez, a visita domiciliar como instrumento de biopolítica se ocupando dessa estratégia chamada vínculo entre os profissionais de saúde e população, para que seja possível o governmentação de “todos” os sujeitos, ou talvez dos pobres. A preocupação do número de visitas domiciliares ser abaixo das metas, estabelecidas pelos pactos, não se refere à importância de o indivíduo ser visitado mensalmente pelos profissionais de saúde. Refere-se em especial, a um governmentação que, numericamente não fica significativo, para uma população. Para Rose (1991), o governo, por meio dos números, legitimam o poder do Estado.

Praticamente em todos os programas de saúde a visita domiciliar está prevista. Percebo que nessas primeiras décadas de SUS, um saber sobre a visita domiciliar vem se acumulando. Como uma estratégia biopolítica, ela garante a continuidade da assistência, de maneira econômica, e ainda, permite que o Estado, por meio dos profissionais de saúde, governe as condutas de indivíduos, famílias e coletividades. Como indicador de saúde em conjunto com outros, torna-se possível avaliar os níveis de saúde da população. Ainda, a normalização da visita, permite o afastamento do modelo hospitalocêntrico, previsto nas lutas que constituíram o ideário do SUS.

7.3 Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições

Com a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, a gestão plena da saúde foi direcionada ao município, sendo a esfera estadual e nacional apenas corresponsável. Essa norma previu financiamentos para os programas de saúde do Ministério da Saúde, cabendo aos gestores municipais solicitar a implantação de tais programas, de forma a efetivar e consolidar o SUS. A Estratégia Saúde da Família foi prevista nessa norma, uma vez que ela

consistiu em uma ferramenta para o alcance de um novo modelo, centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, que buscava articular a clínica com a epidemiologia, e se amparar em um trabalho de equipe não mais centrado no médico. Constituiu-se em uma forma de redução dos gastos exagerados pela incorporação tecnológica desregulada e possibilidade de efetivar o acesso universal de todos aos serviços de saúde (BRASIL, 1996a). Na parte que abordou sobre os lugares possíveis de atenção à saúde, o domicílio foi mencionado como espaço de atuação:

[Portaria nº 1.742 de 30 de agosto de 1996] *A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber: a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar* (BRASIL, 1996a, p. 17064).

Percebo nesse excerto que não foi mencionado uma população específica, mas pessoas em geral que precisavam ter suas demandas atendidas. Destaco que esta atenção à saúde, definida por um conjunto de ações, que pode ser prestada em diversos espaços, “especialmente no domiciliar”, funciona como uma estratégia biopolítica, pois tornou-se possível adentrar no privado, para conduzir as condutas dos indivíduos e famílias.

Um dos programas que utilizaram e utilizam a visita domiciliar como atividade de atenção à saúde, foi o Programa Saúde da Família (PSF), o qual integrou uma das possibilidades de financiamento pela esfera nacional na NOB/96. Tal proposta teve como diretrizes operacionais: caráter substitutivo ou caráter inovador - substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; a integralidade e hierarquização - a ESF inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica, e, deveria estar vinculada à rede de serviços, de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, assegurando dessa forma, a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade; territorialização e adscrição (cadastramento) da clientela - a Unidade de Saúde da Família inserida em um território de abrangência definido se responsabilizaria pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área; equipe multiprofissional - a Equipe de Saúde da Família deveria ser composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de

quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 1997a). O PSF foi se reconfigurando com novas regulamentações (BRASIL; 2001c; 2001d; 2006b; 2011b). Para Weber (2011), o PSF, como um dispositivo biopolítico, como um elemento discursivo, permite propagar em toda a capilaridade do tecido social ao seu alcance, a racionalidade que coloca em jogo, a bem-estar social configurada na Constituição Brasileira de 1988.

A visita domiciliar como instrumento de intervenção biopolítica permitiu, conforme Fonseca (2012), que o espaço da casa fosse invadido por agentes estatais com a proposta de higienizar a cidade inteira, evitando dessa forma, as doenças em massa. A correta disposição dos sujeitos em suas casas, escolas e locais de trabalho, a forma como eles se relacionaram com suas necessidades biológicas, e o efeito de conjunto representado pela vida desses sujeitos em sociedade entra, portanto, na pauta do saber médico que, em suas práticas de intervenção, procede ao mesmo tempo enquanto poder sobre todos e cada um.

Primeiro uma tecnologia disciplinar no início do Século XX no Brasil, que era centrada no corpo, no corpo do tuberculoso, que produzia efeitos individualizantes, manipulava o corpo como foco de forças que era preciso tornarem-se úteis e dóceis ao mesmo tempo. E agora, uma tecnologia que, por sua vez, não se centra no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população, que procura controlar as crises que podem ocorrer numa massa viva; uma tecnologia que procura controlar (eventualmente modificar) a probabilidade destes eventos, em todo caso em compensar seus efeitos. Algo como um equilíbrio, uma homeostase, o estabelecimento de regularidades (FOUCAULT, 2005).

Foucault (2011a) salienta que o surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política da saúde e de uma consideração das doenças como problema político e econômico, que se coloca às coletividades e que elas devem tentar resolver ao nível de suas decisões de conjunto. A saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral. Para tanto, diversos aparelhos de poder devem se encarregar dos "corpos", não simplesmente para exigir deles o serviço do sangue ou para protegê-los contra os inimigos, não simplesmente para assegurar-lhes os castigos ou extorquir as rendas, mas para ajudá-los a garantir sua saúde. O imperativo da saúde: dever de cada um e objetivo geral (FOUCAULT, 2011a).

No Brasil, esse imperativo tem seu ápice na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em um momento pós-ditadura e retorno a “democracia”. Penso ser interessante destacar que não havia um saber discursivo em torno das definições discutidas nessa conferência para o novo sistema de saúde. À medida que o sistema foi sendo implementado pelo Estado, tanto pelas regulações que orientaram as ações dos profissionais de saúde como por meio da alimentação de dados nos sistemas de informação, as novas regulações foram surgindo mediante as análises que foram sendo realizadas em cima de relatórios. Uma constante construção, redefinição, “democrática”, com participação dos envolvidos, conforme os princípios apregoados. Além disso, não faltaram pesquisadores para problematizar tais temas, conforme mencionei anteriormente sobre a integralidade. Os saberes também foram formados em torno das ações. O que é a visita domiciliar? Por quem ela deve ser desenvolvida? Para quem e para quê? Profissionais e usuários foram ouvidos por pesquisas e emitiram suas opiniões. Isso foi produzindo definições, demarcações, limitando o que se pode dizer sobre a visita domiciliar.

Um estudo realizado com usuários dos serviços de saúde mostrou que a visita domiciliar facilitaria o acesso aos direitos, técnicas, diagnóstico. Todavia a comunicação ineficaz foi apontada como um desafio na relação usuário e equipes de saúde, pois dificulta a identificação das demandas de saúde. Os usuários também apontaram que as visitas ainda são esporádicas e insuficientes (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009). Outro estudo, com profissionais de saúde, acerca da visita domiciliar, que a definiu como uma ferramenta do cuidado domiciliar, potencializadora para a ESF, visto que faz despertar interesse nas questões de saúde, estreita a relação entre equipe e comunidade, permitindo que se possa ver o indivíduo na sua singularidade²⁷ (DRULLA et al., 2009).

A ampliação e oferta de diversas modalidades de cuidado foram necessárias, como a visita domiciliar, visto que essa iria propiciar que o profissional conhecesse o contexto do indivíduo, para melhor conduzir suas condutas. A normalização da visita domiciliar fez com que os profissionais conduzissem os pacientes, por meio de técnicas disciplinares para que o

²⁷ Refletindo sobre essa singularidade do indivíduo, recorro das palavras de Foucault em Nascimento da Clínica, quando fala que é preciso atentar para de que maneira as formas de saber médico se referem a saúde e normalidade. Até o século XVIII, a medicina se referia muito mais a saúde do que a normalidade, pois ela não se apoiava em uma análise de funcionamento regular, para identificar onde ocorreu o desvio ou o que lhe causou para determinar o melhor tratamento. Era muito mais uma análise de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar. A prática médica destacava o regime, a dietética, uma regra de vida e de alimentação que o indivíduo impunha-se a si mesmo: um médico de si mesmo. A medicina do século XIX, regula-se mais pela compensação, pela normalidade do que pela saúde (FOUCAULT, 1977).

tratamento, o controle e o acompanhamento fossem mais efetivos. As ações de saúde como promoção, proteção e recuperação, previstas em diversos espaços de atenção à saúde, como domiciliar, ambulatorial e hospitalar, permitem que o paciente possua uma continuidade no seu atendimento.

Em 1999, o Ministério da Saúde lançou outro Manual para a Organização da Atenção Básica, incluindo o cadastramento e implantação do cartão SUS, enfatizando que, se realizado no domicílio, torna-se possível a captação de informações de forma mais fidedigna.

[Portaria n.44 de 11 de fevereiro de 1999] *1. Cadastramento e Implantação do Cartão SUS - o cadastro permite a identificação de indivíduos ou famílias, o conhecimento das condições de moradia, de saneamento e condições ambientais das áreas onde as pessoas residem, assim como outras informações de interesse do município. Para possibilitar essa amplitude de informações, recomenda-se a realização do cadastramento domiciliar de forma ativa, ou seja, através de visitas a cada domicílio* (BRASIL, 1999b, p. 28).

Ao adentrar no domicílio para captação de informações para o Sistema Único de Saúde, as possibilidades de conhecer as condições socioeconômicas dos residentes tornam-se maiores. Com essas informações, com esse acúmulo de saber, os indivíduos seriam acessados, mas também a coletividade. As regularidades podem ser traçadas a partir desse acúmulo de saber para a previsão de riscos para essa população. E tais informações são mais próximas do “real”, se coletadas no local em que essas pessoas residem. Nesse sentido, a formação discursiva em torno da visita domiciliar, como forma de operacionalizar a atenção domiciliar, foi acontecendo à medida que as regulações foram sendo elaboradas. Inicialmente pensada pelos princípios do SUS, ela foi tomando forma e mostrando suas possibilidades de aproximar a equipe dos usuários, de propiciar que a equipe identifique as demandas dos usuários em seus contextos.

Lugares determinados se definem para satisfazer não só à necessidade de vigiar, de romper as comunicações perigosas, mas também de criar um espaço útil (FOUCAULT, 2013). O domicílio como um espaço de intervenção tornou-se útil pelas informações “estruturais” das condições socioeconômicas que “revela”. Mas não somente a definição de lugar está em jogo nesse excerto, mas a inclusão do usuário nesse sistema de saúde, nessa biopolítica. E se ela constitui uma política da vida, conforme Gadelha (2013), uma política que se aplica à vida dos homens, ao homem como ser vivo, ela toma como objeto um corpo-espécie da população, um corpo numerável, um corpo que se constitui então como problema

econômico, político, social, científico e médico-biológico. Ao invés de proceder somente pelas individualidades, como o poder disciplinar, a biopolítica procede por massificação.

Com a estratégia saúde da família, uma equipe mínima de profissionais atua para conduzir a saúde da população, são eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. Mais tarde, os profissionais da área odontológica, como dentistas e auxiliares de consultório dentário são incluídos nessa estratégia. Há atribuições gerais, comuns, para os profissionais dessa equipe de saúde da família, para os profissionais de saúde bucal e para os agentes, que podem ser complementadas pela gestão local, conforme a necessidade.

[Portaria n. 648, de 28 de março de 2006] *As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local acompanhadas no planejamento local [...] II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe (BRASIL, 2006b, p. 75).*

A visita domiciliar apareceu como um operador das ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, e também de vigilância de saúde. Os profissionais de saúde possuem atribuições comuns. Quem as realiza e identifica situação de risco, deve informar toda a equipe, para que essa possa estabelecer um plano de atenção conforme as necessidades apresentadas.

Trata-se não mais de somente vigiar e punir, mas de rastrear e intervir, como disse Rose em entrevista com Spink (2010). Não se trata de rastrear somente as doenças, mas também os riscos e perigos que possam produzir doenças. Para identificação dos riscos, é preciso fazer a análise dos relatórios produzidos por esses serviços de saúde, por meio dos dados informados nos sistemas de informação. Essa análise requer relações entre doenças, agravos, condições de moradia, de educação, de trabalho, para definição dos riscos. Depois de definidos os riscos, torna-se possível governar os ditos saudáveis, uma vez que buscando educá-los, são produzidos os modos de vida saudável homogêneos, o que permite o estabelecimento das regularidades. Tal educação, ou pedagogia, ocorre por meio dos discursos da saúde que circulam, enunciando sobre qualidade de vida, prevenção de doenças,

que prometem a segurança da população. Gadelha (2013) salienta que tal forma de biopolítica no campo da saúde coletiva, comporta uma dimensão educativa, sendo ela, atravessadas por um vetor ou componente pedagógico, sem os quais não funcionariam.

Além disso, a extensão dessas intervenções biopolíticas ao domicílio das pessoas, saudáveis ou portadoras de alguma doença, permite a produção de modos de vida, preferencialmente homogêneos, em torno do que se pensa ser necessário para obtenção de saúde. Não há dúvida, para Rose (2007), que as práticas orientadas para a saúde modificaram e continuam modificando a vida do ser humano contemporâneo. O controle dos sistemas de abastecimento de água, de esgoto, a administração de cemitérios, a vigilância de alimentos, e a higienização geral de diversos espaços, como os domiciliares, os públicos, e também do ambiente de trabalho, produziram e modificaram a capacidade de longevidade, de morbidade. Essas práticas também mudaram as relações que os seres humanos possuem com suas espécies companheiras de bactérias, vírus, parasitas. A vacinação possibilitou milhões de vidas salvas, e contribuíram para o crescimento da população, bem como para a possibilidade de viver em cidades. Relacionamo-nos consigo mesmo e com os outros por meio de uma ética e de uma forma de vida que é intrinsecamente associada ao campo de saber da saúde. Nesse sentido, esse campo mudou sua lógica há algum tempo, ou seja, não trata mais somente de diagnosticar e curar a doença.

O código de procedimento da assistência domiciliar para profissional de nível superior traz maiores detalhes para sua definição. Além disso, inclui o odontólogo nessa atividade:

[Portaria n. 352, de 30 de agosto de 2001] 04.012.04-6 - *Assistência domiciliar em Atenção Básica por profissional de nível superior do programa saúde da família-atendimento domiciliar, contínuo e regular de pessoa acamada ou com dificuldade de locomoção, realizado por equipe multidisciplinar do PSF, com adscrição de clientela, a território determinado. Inclui todas as ações de odontologia (visita domiciliar, consulta domiciliar por profissional de nível superior, atividades educativas com paciente, família, o cuidador e a comunidade. administração de medicamentos, curativos, coleta de material e exames laboratoriais)* (BRASIL, 2001e, p. 98).

Esse código permite a quantificação do procedimento, conforme já destaquei anteriormente, e também define quem vai receber a assistência e quem poderá realizá-la. Esse atendimento pode ser contínuo ou regular, dependendo da necessidade do paciente, e esse, para recebê-la deverá ser enquadrado em situação de incapacidade de locomoção até a unidade. Nessa assistência, tornam-se possíveis ações de ordem de promoção de saúde,

proteção e recuperação, visto que se podem realizar educação em saúde, curativos, administração de medicamentos, etc. Uma medida também econômica já que evita o deslocamento do paciente até a unidade de saúde.

Temos visto uma intensificação e generalização de estratégias de promoção de saúde desenvolvidas – direcionando os indivíduos a monitorarem sua própria saúde (ROSE, 2001). Para que o Estado governe menos, mas pareça governar mais, é preciso disponibilizar os agentes estatais. Primeiramente foram médicos a serem utilizados como agentes estatais, conforme Foucault no texto sobre a Política da Saúde a partir do Século XVIII, e Costa J.F. (2004), que estudou essa questão no Brasil, afirma que se iniciou no século XIX. Rose (2013) salienta que os médicos continuam como especialistas (importantes nos séculos XVIII, XIX e XX), e que os médicos foram centrais para o desenvolvimento das artes de governo, não somente o governo dos outros, mas também, em relação às artes de governo de si mesmo. Mas os médicos, atualmente, não são os únicos especialistas, pois há um conjunto de profissionais que se dedicam a aconselhar e intervir (enfermeiras/os, terapeutas de toda a ordem, fisioterapeutas, nutricionistas, especialistas em promoção da saúde, conselheiros em educação, conselheiros em planejamento familiar, aconselhamento genético, entre outros).

Em 1996, uma portaria mencionou que os enfermeiros devem coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde:

[Portaria n. 9, de 12 de janeiro de 1996] 027-2 - *Atividades executadas por agentes comunitários de saúde (sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde) - Componentes - Visita domiciliar (atividade externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré estabelecidos), já incluídas ações executadas tais como cadastramento familiar, identificação, encaminhamento e acompanhamento da população alvo para atendimento nas unidades de saúde (BRASIL, 1996b, p. 590).*

Mas que atribuições são estas? Estas desenvolvidas, ou que devem ser desenvolvidas por esse novo agente estatal que possui autorização e status para adentrar nos domicílios coletando informações sobre as condições de saúde de indivíduos, famílias e comunidades. São atribuições específicas do agente comunitário, que envolvem ações no domicílio:

[Portaria n. 648, de 28 de março de 2006] II - *trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas*

individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe [...] (BRASIL, 2006b, p. 75).

[Portaria n. 779, de 14 de julho de 2000] *A estratégia de saúde da família preconiza que as famílias devem receber em média, uma visita domiciliar mensal dos agentes comunitários de saúde. Na visita domiciliar são difundidos hábitos saudáveis de promoção de saúde e são reforçados os vínculos entre as famílias e a equipe de saúde* (BRASIL, 2000, p. 20).

É o agente comunitário que vai fazer o acompanhamento mensal das famílias de sua microárea, cadastrando e atualizando cadastros, realizando orientações de saúde, de acesso a serviços de saúde, e identificando riscos na população acompanhada. O domicílio torna-se um espaço possível para as intervenções estatais de saúde, não somente para tratamento e isolamento do doente, como no Programa de Profilaxia da Tuberculose, mas um espaço para promover a saúde dos indivíduos, fazendo com que se produzam sujeitos que cuidem de sua própria saúde. Os agentes comunitários, por sua vez, são supervisionados pela equipe de saúde, em especial, por enfermeiros. Eles são o elemento chave que vai levar as informações de saúde, doença, risco, para a equipe, pois precisam manter contato permanente com as famílias de sua responsabilidade.

Cada Estratégia Saúde da Família possui uma área de abrangência, um território, e essa área subdivide-se em microáreas. Cada agente comunitário atua em uma. O agente comunitário possui como função realizar visitas domiciliares às pessoas e famílias, adscritas em um território. Inicialmente, no primeiro contato com essa família, o agente irá realizar o cadastro da família, conforme a Ficha A frente (ANEXO A) e verso (ANEXO B), proposta pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2003). Nessa ficha, dados sociodemográficos e ocupacionais (se adultos em relação ao trabalho, se crianças ou adolescentes acerca da escola) são coletados, e também dados sobre o estado de saúde e doença das pessoas que residem no mesmo domicílio. No verso da ficha, informam-se dados em relação à estrutura da casa, saneamento básico, luz elétrica, utilização de meios de comunicação e informação, bem como, acesso a outros convênios de saúde. Esses domicílios cadastrados pertencem a um território, demarcado, conforme o número de famílias ou pessoas. Mensalmente, os agentes comunitários precisam atualizar esses cadastros junto às famílias, para informar no sistema de informações alguma alteração. Essas informações detalhadas sobre cada família permitem que a equipe de saúde possa traçar um plano de atenção/intervenção para cada pessoa ou família, mas também possibilitam, com os dados

coletivos, a identificação de necessidades e demandas daquele local. Além de cadastrar, identificar, atualizar esses dados cadastrais, os agentes comunitários também devem encaminhar os usuários aos serviços, e ajudar na aproximação da equipe de saúde com as pessoas residentes na área de abrangência. Por ser obrigatório que o agente resida na área de abrangência que ele vai atuar, eles agregam ao dispositivo médico, os aspectos sociais e culturais da comunidade em que atuam.

Todas essas informações sobre os agentes comunitários são importantes, pois eles são considerados como o “elo” entre a ciência e o saber popular. Mas de que modo ocorreu o aparecimento desses ACS e como foram definidas suas funções? Em 1987, o Estado do Ceará organizou um programa de saúde no nível da atenção primária, e recrutou agentes comunitários para realizarem visitas domiciliares, os quais eram supervisionados por enfermeiras. Esse programa teve alguns pontos-chaves: ter um território geográfico definido para cada agente atuar, e este, residir pelo menos cinco anos nesse local; a ênfase nas ações era na promoção de saúde, com algumas ações curativas em relação a verminoses, em que os medicamentos foram incluídos; o pagamento desses novos trabalhadores era exclusivamente de impostos; e o programa era de baixo custo por não haver médicos. Nas primeiras doze semanas, os agentes recebiam uma capacitação das enfermeiras, com orientações para a saúde. Em 1994, ainda no Ceará, os agentes integram o programa saúde da família (SVITONE et al., 2000). Esses papéis assemelham-se com o das visitadoras no Programa de Profilaxia da Tuberculose da década de XX.

O agente comunitário, este novo agente estatal de biopolítica, é forjado, é fabricado, e o interessante é que ele é um sujeito que sai da própria comunidade, pois é um sujeito que deve morar nesse lugar, nesse território de atuação, que não é o território do soberano, porque ele é um território que tem vida, que tem elementos que modificam essa coletividade, essa população. Esse território é delimitado pelo poder disciplinar, porque ele vai permitir estabelecer a ordem das coisas nesse lugar. Esses quarteirões da cidade são cercados, para que se possa colocar os indivíduos, cada um no seu lugar. Uma institucionalização do território, para que se possa intervir, vigiar, analisar, esquadrihar, classificar e estabelecer regularidades. O agente comunitário, como agente estatal, residindo no local de atuação, será reconhecido como tal pelas pessoas que ali residem, deixando-o adentrar na sua residência. Assim, ele vai recebendo o status de profissão. Ele como elo, entre a comunidade e a equipe, produz uma população que se sente beneficiada, atendida no seu direito a saúde, mas também

que agrega determinados deveres, como cuidar da sua própria saúde, uma vez que, os agentes levam informações de prevenção de doenças, ou fazem encaminhamentos, até a unidade de saúde, para os outros profissionais poderem fazer as suas intervenções. Interessante trazer essa parte da disciplina, que é essa fabricação do agente comunitário, os outros profissionais já fabricados há certo tempo, o médico, o enfermeiro, e agora esse agente que recebe detalhadamente as suas atribuições, conforme o que é preconizado no SUS.

As disciplinas organizam lugares, no caso, o território da abrangência. Conforme Foucault (2013), isso se constitui na produção de quadros vivos, os quais transformam multidões confusas, inúteis em multiplicidades organizadas, úteis. Ou seja, cercando, delimitando esse território, essa área de abrangência da ESF, e depois, quadriculando-o em microáreas para a atuação dos agentes comunitários de saúde, instrumentos de intervenção biopolítica – assim como o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem, o odontólogo, entre outros profissionais – tende-se a estabelecer a ordem nesse lugar, onde é possível analisar os riscos, doenças e agravos que atingem indivíduos, família e a população. Além de ser econômico para o Estado, o imperativo saúde para todos, é produtivo, pois tende a produzir um modo de vida único: um sujeito que cuida de sua saúde e cuida também da saúde dos outros. Em outras palavras, um sujeito que governa a si e governa aos outros. Uma institucionalização do território e também uma institucionalização do domicílio das pessoas.

O papel do enfermeiro também é detalhado, tanto para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, quanto para a Estratégia Saúde da Família, mas selecionei apenas o que se refere à atuação dele no ambiente domiciliar.

[Portaria n. 648, de 28 de março de 2006] *I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade [...] IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade* (BRASIL, 2006b, p. 75).

Ao médico, além das visitas domiciliares, atribui-se:

[Portaria n. 648, de 28 de março de 2006] *V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário* (BRASIL, 2006b, p. 75).

Esse detalhamento das atribuições foi necessário para definir o lugar de cada indivíduo e também fabricar os agentes estatais necessários para realizar as intervenções biopolíticas. Essa fabricação mediante as normas, permite que esses profissionais sejam reconhecidos pela comunidade como interventores de saúde, como aqueles que se fazem presentes para assegurarem sua saúde, sua vida. Para Foucault (2013), o quadriculamento ou a localização imediata torna-se necessária para anular “os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa” (p.138). O autor ainda acrescenta que é preciso saber onde e como encontrar os indivíduos, estabelecer as comunicações úteis, cessar as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos.

Diante da analítica da atenção domiciliar nesse capítulo, posso estabelecer alguns traços que a configuraram como uma estratégia da biopolítica. Entre eles, a função de inclusão de populações específicas no que se refere a processos biológicos, mas também a populações gerais, no imperativo de saúde para todos, fazendo valer que o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado; tal inclusão nesse jogo da saúde se ampara nos objetivos de rastrear para intervir, ou seja, conhecer para melhor governar, identificar para prevenir problemas que venham afetar a população; utilização de estatísticas, não apenas para quantificar a população, mas para estabelecer a quantidade de procedimentos necessários para legitimar uma assistência em saúde com qualidade; articulação de táticas e estratégias disciplinares para o bom funcionamento das políticas de saúde, ou seja, a distribuição de cada um em seus espaços, e a estratégias de captação de mais sujeitos nesses discursos. Um governo dos vivos, saudáveis e doentes, um governo de todos.

8 MELHOR EM CASA²⁸: DISPOSITIVO DE SEGURANÇA

Neste capítulo da Tese busco mostrar 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. Deste 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 observo que a crise parece se amparar em discursos da humanização em saúde que se opõe ao modelo tecnologizado, centrado no médico e no hospital. Considerando tais condições de possibilidade para o acontecimento da atenção domiciliar problematizo 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 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:

[Portaria nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997] - *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* (BRASIL, 1997b, p. 38).

Uma nova modalidade de cuidado nasceu: a internação domiciliar. Internar seria o ato de institucionalizar uma pessoa, mas nesse caso, institucionalizar no domicílio. Assim esse discurso legal inventa o domicílio como instituição, propondo que doentes possam

²⁸ Utilizo a expressão Melhor em Casa, por ser o nome do último programa de saúde voltado a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde.

permanecer em suas casas, ampliando o atendimento hospitalar e a qualidade da assistência do SUS. Penso que essa estratégia de ampliação do atendimento hospitalar foi uma condição de possibilidade para o aparecimento da internação domiciliar.

Em minhas análises encontro outras condições de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliar, nesse formato de internação domiciliar são os cuidados em longo prazo direcionados a pacientes idosos, portadores de condições crônico-degenerativas e com câncer avançado. Ainda, saliento que a expressão “ampliação de atendimento hospitalar” foi substituída por “desospitalização” nas portarias n.2.416 de 23 de março de 1998 e n. 2.529 de 19 de outubro de 2006. 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:

[Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998] *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 com pelo menos três internações pela mesma causa/procedimento em um ano; pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação; pacientes portadores de neoplasias malignas (BRASIL, 1998b, p. 106).*

[Portaria n.2.529 de 19 de outubro de 2006] *Independentemente de não haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais que busquem processos de desospitalização, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de 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 que terminam por produzir internações hospitalares por falta de melhor alternativa; - processos de “alta precoce”, demonstrando um forte viés de busca da garantia de economicidade do processo hospitalar ao se empreender uma troca entre o ônus do cuidado sob internação hospitalar, pela garantia de cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria e disponibilização de recursos escassos, tais como os leitos de clínica médica; - 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 (BRASIL, 2006a, p. 146).*

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” mencionada na primeira portaria, para a desospitalização nas seguintes, 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. Deste modo, 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, sendo que 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 presentes na portaria denominados desospitalização, prevenção de alta precoce, prevenção de internações hospitalares e processo terapêutico humanizado, provêm de discursos que circulam frequentemente nos textos e artigos da área 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 o estudo de Cordeiro, F.R. (2013), 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 humanização²⁹ e pela redução da exposição ao risco de infecção hospitalar. Mas o que seria essa humanização da saúde? Em uma análise do discurso da humanização da saúde, Oliveira, C.P e Kruse (2006) nos mostram que em um primeiro momento, na década de 70, o discurso voltava-se para práticas de amor ao próximo, demonstração de interesse pelo outro, 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 a 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 dura³⁰ e no hospital, propondo práticas inter-relacionais entre profissionais de saúde e usuários, além da inclusão e valorização da família no cuidado ao paciente.

A humanização também pode ser vista como estratégia de governamento, 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:

[Portaria n. 1.395 de 9 de dezembro de 1999] *Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas que cuidam dos idosos deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio 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* (BRASIL, 1999a, p. 22).

²⁹ Segundo a Política de Humanização, humanizar a assistência não é apenas tornar mais humana a relação entre profissionais de saúde e pacientes. Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando recursos tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

³⁰ Tecnologias duras, aquelas que permitem manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

[Portaria n.2.529 de 19 de outubro de 2006] *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* (BRASIL, 2006a, p. 147).

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, ser seu parceiro, 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. Assim, os profissionais são constituídos por tais discursos que funcionam tanto como instrumento da biopolítica 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? Pensando junto com Deleuze (1992), 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. Deleuze (1992) comenta que estamos numa crise generalizada dos meios de confinamento, espaços por excelência da sociedade disciplinar, tal como o hospital. Ele aborda o deslocamento da sociedade disciplinar para a sociedade de controle, conforme descrito por Foucault. A sociedade disciplinar foi possível com a organização dos grandes meios de confinamento: família, escola, exército, fábrica, hospital (algumas vezes) 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.

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, penso que a crise do hospital não abalou sua função de tratamento e cura. Sua crise deriva do aumento das demandas devido às 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.

Reformar essas instituições assegura o governmentamento da agonia e a ocupação das pessoas. Penso que apesar da crise das instituições, que também aflige o hospital, este ainda permanece no papel de instituição de confinamento pelo seu aparato tecnológico, que produz a esperança de vida cada vez mais longa, sendo a atenção domiciliar uma das peças necessárias nessa máquina que promete gerenciar a crise.

Sobre essas reformas que teriam sido necessárias, recorro de Candiotti (2013) que ao falar sobre os pactos entre Estado securitário e cidadãos, afirma que a lógica biopolítica ocorre quando o Estado não consegue garantir o que foi indicado para proteger os cidadãos. A partir disso, emerge a desconfiança da população em relação à proteção da vida por parte do Estado e, ao mesmo tempo, mantém-se a sensação de que a vida continua a ser regulada pelas instituições políticas, o que vai colocar em jogo a continuidade da adesão ao pacto e todos os sacrifícios que ele exige, como altos impostos, obediência e assim por diante. O autor salienta que o cuidado da vida nessas biopolíticas neoliberais parece insistir na dificuldade de sua proteção e na necessidade de sua permanente regulação. Assim governa-se a desordem, gerindo a agonia da insegurança e ocupando as pessoas.

Um outro aspecto que aponta para a substituição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle no espaço hospitalar seria a análise do hospital nos moldes da fábrica e da empresa, conforme Saraiva e Veiga-Neto (2009). O hospital como fábrica, apresenta-se como instituição paradigmática da economia capitalista, situando-se ao lado da modernidade sólida, e, pertencendo a uma economia baseada em máquinas e em prédios, com uma presença espacial marcante, mantendo um vínculo forte com a localidade em que se encontra, em especial, pela dependência de seus funcionários. O trabalho fabril, para Saraiva e Veiga-Neto (2009) era um trabalho com um recorte definido no tempo e no espaço: acontecia integralmente no ambiente da fábrica e dentro da jornada de trabalho. A organização espacial

do hospital, com a divisão do trabalho, era definida economicamente, com ações realizadas dentro de seus limites, excetuando-se o serviço de pronto socorro, que era a única unidade que poderia enviar equipe com ambulância até o local em que o paciente estava em situação de urgência e emergência.

Já o hospital como empresa, ao lado da modernidade líquida, flutua no ciberespaço, tendo apenas uma frágil ancoragem num ponto do espaço material (SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009). Não quero dizer com isso que o hospital deixou de possuir um ponto fixo. Ele possui um local fixo, mas amplia seus serviços, estendendo-os até o domicílio do paciente, evitando que este interne. Assim, desospitaliza. Para Saraiva e Veiga-Neto (2009), no modelo fabril, a comunicação entre operários não era permitida, pois afetaria a produção. Já na empresa, a comunicação entre os profissionais é essencial, necessária, e percebo que isso ocorre igualmente nesse novo jeito de organizar os serviços e ações de saúde, na qual o hospital oferta uma equipe multiprofissional que se deslocará para atender o paciente em seu domicílio, e a comunicação inicia com a equipe que encaminhou o paciente para esse serviço, até a sua alta, para outros serviços, constituindo o que vai ser chamado de rede de saúde.

Como o saber da atenção domiciliar foi organizado para superar essa suposta crise do hospital? Penso que somente as portarias não bastaram para a invenção desse saber. Foi preciso a convocação de um grupo de experts para auxiliar o Ministério da Saúde na elaboração da política. Para isso, em 2002, uma portaria constituiu um comitê técnico que assessorou o Ministério da Saúde na organização da assistência domiciliar no âmbito do SUS:

[Portaria n. 2.390, de 26 de dezembro de 2002] *considerando que o progresso do conhecimento e da tecnologia médica tem conseguido estender o tempo de vida de muitos portadores de doenças crônicas; considerando o aumento que vem sendo observado na idade média da população brasileira, fato que incrementa a prevalência de doenças degenerativas associadas ao envelhecimento; considerando a disponibilidade de aparelhos simples e confiáveis de monitoração e substituição de funções vitais para uso no domicílio do paciente; Considerando o fato de que a manutenção desses doentes crônicos no domicílio libera vagas nos hospitais para pacientes que necessitem de intervenções agudas; Considerando [...] a grande melhoria da qualidade de vida que se consegue com o tratamento de doentes crônicos no seu próprio ambiente domiciliar; [...] resolve: Art. 1º Instituir o Comitê Técnico para assessorar o Ministério da Saúde no desenvolvimento de ações que visam organizar a assistência domiciliar no âmbito do SUS (p.31)(BRASIL, 2002b, p. 31).*

As considerações apontadas na portaria mostraram que a atenção domiciliar consiste em um dos elementos do sistema de segurança da atenção à saúde, ou seja, de garantia de assistência pelo Sistema Único de Saúde às pessoas com condições crônicas, que não

precisam de tecnologia avançada, uma vez que, por sua própria condição de doente crônico, não obterão cura. Para isso, o Estado aparelha-se com um grupo de experts que irão organizar a atenção domiciliar, construindo e legitimando esse saber. Entre esses estavam: coordenadores de áreas técnicas de portadores de deficiência, de saúde do idoso, de atenção básica, de assistência domiciliar, da saúde comunitária, da pneumologia e da enfermagem.

Lopes (2009) diz que os modos do Estado garantir saúde e educação para a população, bem como, condições de consumo, estão de acordo com as políticas de mercado. “Tais provimentos funcionam como condições de possibilidade para o estabelecimento, geração e sustentabilidade do mercado” (p.167). Com isso, entende-se que é necessário o provimento de medicamentos e equipamentos para o cuidado dos pacientes, assim como a geração de empregos para profissionais de saúde, a fim de garantir a assistência. Do mesmo modo, laboratórios e indústria farmacêutica garantem seu estabelecimento e sustentabilidade, e cursos de formação profissional incluem mais pessoas nessa formação.

A leitura das portarias também permite observar que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) inventa os saberes e regula o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), no âmbito público ou privado, trazendo definições sobre essa modalidade de cuidado de forma a organizar estes serviços. Tais conceitos perduram até as portarias mais atuais:

[Resolução-RDC n. 11, DE 26 DE JANEIRO DE 2006] 3.1 *Admissão em Atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar;* 3.2 *Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito;* 3.3 *Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio;* 3.4 *Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio;* 3.5 *Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana;* 3.6 *Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio;* 3.7 *Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada;* 3.8 *Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta;* 3.9 *Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar;* 3.10 *Tempo de Permanência: período*

compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente (BRASIL, 2006c, p. 1).

[Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011] I - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); II - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de 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; III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2011c, p. 44).

A ANVISA inventa definições para a atenção domiciliar. Essas definições produzem efeitos quando aparecem nas portarias, já que elas inventam a atenção domiciliar com objetivo de desospitalizar. Tais conceitos não têm como função apenas produzir sujeitos. Eles funcionam como táticas disciplinares, colocando cada indivíduo em seu lugar, cada profissional de saúde em sua função específica. Também funcionam como estratégias, pois “substituem ou complementam a assistência hospitalar” e “articulam ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças”. Além disso, a substituição do termo internação domiciliar para atenção domiciliar, ocorrida em 2011, constituiu um termo mais amplo que prevê outras modalidades de assistência domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar, capturando profissionais que atuam nos hospitais e na atenção básica. Saliento que o Programa Melhor em Casa prevê, em uma de suas modalidades de atenção domiciliar, a atuação e responsabilidade das equipes de Estratégia Saúde da Família, constituindo uma forma de capturar mais indivíduos nessa ordem discursiva.

Os saberes sobre atenção domiciliar foram sendo inventados através de técnicas disciplinares. Tal disciplinamento da atenção domiciliar ocorre com quatro procedimentos, explicados por Foucault (2005): seleção, normalização, hierarquização e centralização. A seleção do que pode ser dito e escrito sobre a atenção domiciliar, deu-se com as leituras das experiências desenvolvidas e escritas de equipes que as realizavam. Nessa seleção, foram estabelecidos quatro eixos: a desospitalização, a prevenção de reinternações em curtos períodos, a prevenção de alta precoce, e processos terapêuticos mais humanizados (BRASIL, 2006a). Mas a seleção não se restringiu somente a essa. Foram tomados outros saberes, como o aumento da expectativa de vida, o aumento das doenças crônicas, a necessidade de humanização da assistência à saúde. Esses saberes foram selecionados de forma interessada

para amparar e justificar medidas supostamente necessárias, proferidas pelo Ministério da Saúde. A partir da seleção desses saberes, foi possível organizar um discurso que produziu profissionais de saúde como instrumentos dessa biopolítica. Essas definições delimitam o que pode ser dito sobre a atenção domiciliar, e todas as suas formas de operacionalização. A hierarquia permite encaixar o saber da atenção domiciliar com outros, como o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas, bem como dos saberes da medicina e da enfermagem. O Ministério da Saúde controla esses saberes nas diferentes direções, de cima para baixo, de baixo para cima, estabelecendo uma ordem do discurso que determina sua transmissão. Em relação ao disciplinamento interno desses saberes, Foucault (2005) refere que interessa saber quem falou, se era qualificado, em que nível situa-se esse enunciado. Talvez por isso, em 2002, a portaria n. 2.390, de 26 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002b), previu a comissão técnica para organizar o serviço de assistência domiciliar.

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:

[Portaria n.2.527 de 27 de outubro de 2011] *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* (BRASIL, 2011c, p. 44).

Penso ser interessante destacar que na publicação dessa portaria, a expressão Melhor em Casa aparece apenas nas cartilhas (Ilustração 8) que foram publicadas para orientar os profissionais de saúde. Na portaria de 2013 o nome do programa Melhor em Casa, já aparece (BRASIL, 2013). Além disso, percebo que a atenção domiciliar pode ser realizada na atenção básica, ambulatório e hospital, diferentemente das portarias anteriores 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.

Ilustração 8- Capa do Melhor em Casa



Fonte. BRASIL, 2011a.

O slogan e suas cores mostram calor e conforto, uma vez que se considera a cor laranja quente. Quente, calor, remete a um aconchego, reforçada pela presença do desenho da casa e de uma família unida, aproximada. A segurança remete à equipe que irá visitar e acompanhar o paciente, com seus rituais meticulosos, instrumentos tecnológicos, saberes e poderes. O conforto remete ao “lar doce lar”, aquele espaço familiar, lugar que uma ‘liberdade’ parece existir. Liberdade essa, somente ao paciente, conforme foi identificado no estudo de Oliveira, S.G. (2010), 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. Estudos da Suécia, Brobäck e Bertero (2003) identificaram que os familiares acreditam que a “atmosfera” da casa tem um efeito curativo sobre o paciente. O estudo de Milberg et al. (2003) também acrescenta que, através do cuidado em casa, é possível que o paciente passe mais tempo com a família e amigos, e ainda, conforme Wennman-Larsen e Tishelman (2002), cumpre-se os desejos do familiar doente possibilitando maior permanência

ao seu lado. Outro estudo realizado na Turquia, de Alptekin, Gönüllü e Yücel (2010), mostrou que os cuidadores consideram a casa como ambiente mais adequado para o cuidado. Todavia, essa opinião não é unânime, podendo estar relacionada à economia de cada país, uma vez que, um estudo realizado em Lesoto, por Makoae e Jubber (2008), 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, sobretudo, os portadores de HIV, quando se encontram em seus domicílios.

Seria um retorno aos argumentos utilizados pelo Estado, na medicina das espécies, como traz Foucault (1977), 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 (ALPTEKIN et al.; 2010; CAMERON et al., 2002; KUO; OPERARIO; CLUVER, 2012; TSHILILO; DAVHANA-MASELESELE, 2009).

Foucault (2007a) 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. Articulado 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. Rabinow e Rose (2006) salientam que não há evidência para sugerirmos que essas formas de biopolítica tenham como objetivo estratégico a administração das populações. A sua lógica envolve esforços para desenvolver e maximizar alvos sobre o cuidado em saúde que ensejam a inscrição de indivíduos, grupos de pacientes, médicos e atores políticos em campanhas de conscientização de doenças e tratamento para maximizar a qualidade 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 contra-referência, substituída pela expressão Rede de Atenção à Saúde.

[Portaria n.2.529 de 19 de outubro de 2006] *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, sendo que a inclusão deverá ser de responsabilidade da Equipe de Internação Domiciliar. 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. Um componente da rede de serviços de saúde importante é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, tendo em vista que qualquer pessoa incluída em um programa de internação domiciliar deve poder contar com uma retaguarda absolutamente precisa. [...] A proposta de Internação Domiciliar pode atuar como “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo o sistema e, particularmente, o PSF, onde couber. [...] 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. Essa possibilidade ocupada pela internação domiciliar confere integralidade no âmbito da rede de serviços, referente aos usuários portadores de incapacidade funcional em processos de adoecimento* (BRASIL, 2006a, p. 146).

[Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011] *Art. 5º A Atenção Domiciliar deve seguir às seguintes diretrizes: I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como cordenadora 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; V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador* (BRASIL, 2011c, p. 44).

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 os 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. Lopes (2009) refere que a inclusão funciona como prática de governamentalidade, que faz com que as pessoas permaneçam no jogo, ou seja, incluídos, 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.

Sobre compartilhar a responsabilidade, penso no deslocamento da sociedade disciplinar para a sociedade de controle (DELEUZE, 1992). Essa estratégia de compartilhar a responsabilidade com a vida da população em diversos níveis de atenção faz com que as pessoas governem a si mesmo e aos outros. Assim, o Estado produz saberes que devem ser operacionalizados pelos profissionais de saúde, para poder governar o cuidador familiar e o paciente. O poder disciplinar produz uma distribuição das pessoas nos espaços, mas, essa continuidade na assistência, sem começar e terminar em cada espaço confinado de saúde poderia caracterizar a sociedade de controle. A palavra controle deve ser entendida conforme Veiga-Neto (2008), quando refere que,

Originada do latim medieval – *contra* (ao contrário) + *rotulus* (rolo de escritos, lista) –, a forma francesa *contrôle* – *contre* (ao contrário) + *rôler* (rolo de escritos, lista) –, da qual se originou a palavra em português, denotava os registros que eram armazenados em duplicata, escritos em rolos de papiro, pergaminho ou papel. Tais rolos poderiam ser desenrolados a qualquer momento, a fim de que se pudesse conferir com outros registros os dados ali já registrados. *Controlar* passou, então, a significar fiscalizar, submeter ao exame, conferir, comparar, exercer ação restritiva ou de contenção (p. 51).

Com esse entendimento, os pacientes crônicos passam a ser controlados em seu domicílio para que se desloquem para o hospital. O sistema de controle é garantido através das estratégias de visitas domiciliares, assistência domiciliar, capacitação dos cuidadores familiares, acessos aos prontuários e registros dos pacientes que compõem o banco de dados, o que configura o dispositivo de segurança que controla tais pacientes. Assim, como bem diz Veiga-Neto (2008), “o controle não implica [...] em uma ação contínua, mas sim e necessariamente em uma ação continuada, infinita, de registros e armazenamento” (p.51).

Tomando os serviços de pronto-socorro como condição de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliar, me sustento 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 (BRASIL, 1965).

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. A comunicação com o hospital dava-se por aparelho de rádio da ambulância, para transmitir as informações da situação e solicitar as providências para o atendimento do caso. Quando chegavam ao hospital, os recursos humanos e materiais necessários já estavam organizados (BRASIL, 1965). “Tudo pronto em minutos: Sala de operações, Cirurgiões, Raio X, transfusão de sangue, enfim, todos os recursos são mobilizados com a máxima presteza, da qual muitas vezes dependem vidas preciosas que se salvam” (BRASIL, 1965, p. 268). Diante dessas considerações sobre a organização do hospital bem como do pronto socorro, 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, ou a partir de uma consulta no consultório. 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 pronto-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 (OLIVEIRA, L.H; MATTOS; SOUZA, 2009; SOUZA et al., 2008; NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, S.G., 2011). Talvez por isso, o discurso da rede de atenção à saúde sobre essa responsabilidade compartilhada.

E agora, na sociedade de controle, deseja-se que essas 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. Muito mais governo de si, pois uma vez que os discursos produzem nos sujeitos essa vontade de estar no domicílio, e, que de fato seus problemas de saúde não serão resolvidos no hospital. 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 Guardiã da paz e da ordem, no qual atua como mediador dos interesses das pessoas e dos grupos.

O Estado inventa a atenção domiciliar, financia e diz quem pode aderir ao programa de atenção domiciliar, compondo esse dispositivo de segurança. Primeiramente, o financiamento era por equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD), e esta deveria atender 100 mil habitantes. Após, com a adesão dos municípios de 40.000 por habilitarem apenas uma equipe, não poderão ter uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP), a qual inclui outros profissionais de saúde. Ainda, em portaria mais recente, o Estado abre a possibilidade de que municípios com 20.000 ou mais habitantes se reúnam com outros menores para aderir ao programa.

[Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006] *Art. 4o- Definir que uma Equipe Multiprofissional de Internação Domiciliar esteja referida a uma população mínima de 100.000 (cem mil) habitantes. Parágrafo único. Os municípios poderão habilitar uma equipe por grupo populacional de referência de 100.000 (cem mil) habitantes. [...] para se integrarem ao Sistema Único de Saúde e receberem a remuneração por equipe em funcionamento, de acordo com os tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde para os estados, o Distrito Federal e os municípios. Art. 11. Estabelecer recursos no montante de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) por equipe, por mês, a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos estados, do Distrito Federal ou dos municípios* (BRASIL, 2006a, p. 146).

[Portaria n.2.527 de 27 de outubro de 2011] *Art. 7º Os Municípios poderão ter SAD desde que possuam: I - população igual ou superior a 100 (cem) mil habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e II - população igual ou superior a 40 (quarenta) mil habitantes e inferior a 100 (cem) mil habitantes, com base na população estimada pelo IBGE, desde que estejam localizados em região metropolitana. [...] Art. 9º Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100 (cem) mil habitantes. Parágrafo único. Nos Municípios com população entre 40 (quarenta) mil e 100 (cem) mil habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município [...] Art. 43. Fica instituído incentivo financeiro para custeio do SAD, da seguinte forma: I - R\$ 34.560,00 (trinta e quatro mil e quinhentos e sessenta reais) para cada EMAD que prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3; e II - R\$ 6.000,00 (seis mil reais) para cada EMAP. Parágrafo único. O incentivo financeiro definido neste artigo será repassado mensalmente pelo Ministério da Saúde na modalidade fundo a fundo (BRASIL, 2011c, p. 45).*

[Portaria n.963 de 27 de maio de 2013] *Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD: I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2013, p. 37).*

Para que os municípios pudessem aderir aos programas de atenção domiciliar, foi preciso estabelecer algumas regras, ou seja, dizer quais municípios podem aderir e receber o financiamento para executar essa intervenção biopolítica. Noto nos excertos, que as restrições referentes ao número de habitantes foram se tornando mais flexíveis. Se antes o município deveria ser de grande porte, agora, municípios menores podem se agrupar para obter equipes capazes de gerir suas populações. Assim, captura-se mais sujeitos nessa rede.

A gestão política da vida ocorre por meio de um cálculo de custos e a intervenção estatal para alcançar limites fixados como normais; ou seja, o Estado não proíbe nem obriga, mas normaliza (HACHEN; PIVETTA, 2011). Com isso, quero dizer que, o Estado não obriga os municípios a aderirem à atenção domiciliar, mas estabelece regras e oferta o financiamento, o que poderia funcionar como estímulo para adesão ao programa. Assim, mais municípios podem aderir, incluindo mais pessoas a serem atendidas pelo programa. Uma das maneiras de obter mais controle sobre a população. Outra estratégia utilizada para inclusão de mais pessoas nessa forma de assistência foi a modificação do número de pacientes internados: a capacidade por equipe aumenta para 30 internações em 2006, e não mais 10 como constava em 1998.

[Portaria n. 2.416, de 23 de março de 1998] *4 - Contar com equipe multidisciplinar, para atendimento máximo de 10 pacientes/mês por equipe, composta por*

profissionais de medicina, enfermagem, assistência social, nutrição, psicologia, própria o hospital ou de Unidade Ambulatorial com a qual o hospital responsável tenha estabelecido sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 1998b, p. 106).

[Portaria n.2529 de 19 de outubro de 2006] Tendo em vista uma capacidade estimada de atendimento simultâneo de 30 internações por equipe, com média de permanência em internação domiciliar de 30 dias, poderia ser estimado o atendimento médio de 360 pessoas por ano. [...] A capacidade pode ser potencializada com a inclusão de um maior número de profissionais de enfermagem, o que possibilita, dentro do plano terapêutico considerando a intensidade de cuidados e a intervenção exigida, ampliar a inclusão de pessoas sob cuidado da equipe (BRASIL, 2006a, p. 147).

Tais modificações nas regras do programa de atenção domiciliar, seja a possibilidade de aumento de municípios que aderem ao programa, seja o aumento do número de pacientes serem atendidos, é parte do jogo de inclusão nesse dispositivo de segurança. Quanto maior o número de pessoas incluídas, maior o controle da vida, já que, esse visa mantê-las no domicílio, evitando que se desloquem para o hospital. Desse modo, percebo que a prioridade nessas políticas não são as pessoas, mas sim o governo (da vida) delas. Quanto mais se amplia o número de pessoas atendidas por uma equipe, mais se economiza, pois um número maior de pessoas passa a ser excluído do espaço hospitalar. Augusto (2013) destaca que pouco importa se a proposta de um programa se realiza de fato. Parece que o que importa é como ele se desdobra e produz os sujeitos a serem incluídos nele.

Para Lopes (2013), a inclusão é um imperativo do Estado, que deve atingir a todos sem distinção. Mesmo enfraquecendo politicamente, a proliferação das palavras, balizando os excluídos, aqueles que são deixados de fora de algo, são exceção, eles têm desaparecido com tantos investimentos na população. Isso porque eles passam a ser incluídos. Nem todos os excluídos estão de fato excluídos, já que estão incluídos na dimensão política, uma vez que o Estado reconhece sua existência. Ser reconhecido como indivíduo pelo Estado, não significa que suas condições de vida se modificarão. Veiga-Neto e Lopes (2011) propõem o uso da expressão in/exclusão, uma vez que aponta para o fato de que as atuais formas de inclusão e de exclusão caracterizam um modo contemporâneo de operação de articulação entre elas, e não mais de oposição. Seguindo nessa linha de pensamento, indivíduos com doenças crônicas, idosos, ao serem reconhecidos, são excluídos de um espaço, o hospital, mas incluídos em outro, o domiciliar, para continuarem sendo assegurados pelo seu direito à saúde.

Nesse jogo de interesses econômicos para superar a suposta crise do hospital, de gerenciamento das agonias da população e de ocupação de pessoas, de concessão do benefício

da atenção domiciliar àqueles improdutivos de curta ou longa duração, de valorização do cuidador, esse nem sempre preparado para assumir tal papel, é que a atenção domiciliar vai sendo configurada como um dispositivo de segurança, sem efetivamente, pensar no beneficiário, naquele que receberá esses cuidados. Nessa trama os profissionais de saúde são fabricados como agentes biopolíticos, os familiares como cuidadores, e o paciente crônico como paciente 'livre' em seu domicílio em defesa da ordem, em defesa da segurança, que é melhor em casa, para esses pacientes. Assim, estabelece-se um governo dos improdutivos.

9 VERDADES SOBRE A ATENÇÃO DOMICILIAR

Nada fácil montar esse origami. Nada fácil inventar essa história. Sim, inventar. Assim como tomei a atenção domiciliar como objeto histórico, percebi que também inventei e estou inventando uma história, uma verdade produzida ao longo dessas linhas. Fui e voltei no tempo, fui bombardeada por várias informações, circulei por documentos que me levaram de um para outros. Embora saiba que não há um começo e não há um fim das coisas. Não há origem. E as coisas continuam sendo inventadas. Eu tinha e tive que estabelecer o limite: até onde eu iria. Discursos por mim tomados como naturais, lidos em tantos documentos, agora percebo que não passaram de ênfases dadas naquele período. Outros discursos existiram, em segundo plano, em vigésimo plano, mas em alguns momentos, conforme as condições de possibilidade, passaram a ter mais ênfase.

A partir das análises, pude mostrar quatro configurações da atenção domiciliar: a vigilância no domicílio como tecnologia disciplinar; o serviço de assistência médico domiciliar para operários como controle da produtividade; a visita domiciliar como instrumento biopolítico; e, por fim, a atenção domiciliar como dispositivo de segurança, pautado no discurso que é melhor para o paciente ficar em casa, assegurado por recursos humanos e materiais necessários para seu cuidado.

A vigilância do doente no domicílio teve como condições de possibilidade para seu aparecimento a organização do serviço das visitadoras, a tuberculose como efeito das aglomerações no início do século XX, e o acúmulo de saber por meio das escrituras, produzidas pelos relatórios e registros acerca de pessoas e doenças naquele período. A atenção domiciliar buscava vigiar e punir, quando o paciente não seguia as orientações dos agentes estatais, as enfermeiras, por exemplo, pois tinham como objetivo a inspeção, a vigilância e o controle. Um governo das aglomerações das pessoas.

O Serviço de Assistência Médico Domiciliar teve como condições de possibilidade para seu aparecimento as mobilizações dos operários e a organização dos sindicatos para melhores condições de trabalho a partir da segunda década do século XX, que podem ser traduzidas por melhores condições de vida, de direito à vida. Tal medida, a partir da medicalização do corpo do operário, constituiu-se em uma estratégia de controle do absentismo, pois uma vez que o operário obtinha o direito de assistência à saúde, ele poderia

ligar para tal serviço para obter atendimento, comprovando assim sua impossibilidade de comparecer ao trabalho. Um governo da produtividade.

A visita domiciliar como estratégia da biopolítica teve como condições de possibilidade as lutas contra um modelo oneroso de saúde, centrado no hospital e na tecnologia; as lutas contra um modelo de saúde excludente que incluía apenas os contribuintes da previdência social; os ideais de um sistema público de saúde, democrático, com a participação de todos, em oposição ao que a Ditadura Militar havia proporcionado. Nesse formato, a visita domiciliar teve seus deslocamentos, sendo primeiramente ofertada para pacientes portadores de HIV/AIDS, deficiência física, transtornos mentais, passando um pouco mais tarde, a ser ofertada a todos, como forma de vigilância de uma comunidade, abrangida pela Estratégia Saúde da Família. Portanto, um instrumento da biopolítica que envolveu processos de inclusão na saúde, no imperativo de saúde para todos; inclusão para o rastreamento e intervenção nos processos biológicos da população, para conhecer e melhor governar; utilização de estatísticas, para quantificar a população e estabelecer metas para legitimar a assistência em saúde com qualidade, garantindo a distribuição dos agentes estatais para operacionalizar a biopolítica. Um governo dos vivos, saudáveis e doentes, um governo de todos.

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; a “crise” no hospital, que pretende liberar leitos para a alta tecnologia, ofertando baixa tecnologia para que os pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (terminais e crônico-degenerativos) se desloquem para suas residências. Nesse caso, a atenção domiciliar teria o objetivo de gerenciar as agonias e ocupar as pessoas. Agonias do hospital, em sua suposta crise, que precisa economizar hotelaria, para ofertar seus espaços a pacientes que requerem alta tecnologia. Assim, o discurso constitui a casa como um lugar mais seguro e melhor para o paciente que fica em seu domicílio, 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, permanentes ou temporários, tornando um familiar do paciente, produtivo, útil, como cuidador.

Não há continuidades, apenas descontinuidades. Se o domicílio foi utilizado no início do século XX, no Brasil, para isolar os doentes dos saudáveis, era devido a uma doença transmissível, que trazia problemas econômicos. Com a industrialização, na metade do século

XX, o trabalhador era essencial para movimentar as máquinas. A criação dos sindicatos e a aquisição do direito de adoecimento gerou a necessidade de controlar a ausência do trabalhador. Assim, o domicílio é tomado como um espaço de controle, sendo necessário que um agente estatal, no caso o médico, fosse verificar tal acontecimento. Também por questões econômicas. Agora é a vez de gerenciar os doentes crônicos e, também, os idosos com doenças degenerativas, mantendo-os no domicílio para dar lugar a pessoas que irão usufruir da tecnologia hospitalar. Tudo em defesa do Estado. Defesa econômica e política, que possibilita estabilizar o mercado e fazer circular o capital. Um “verdadeiro” jogo de inclusão e exclusão para ocupar as pessoas e estabelecer a ordem das coisas.

REFERÊNCIAS

AABOM, Birgit; PFEIFFER, Per. Why are some patients in treatment for advanced cancer reluctant to consult their GP? **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, London, v. 27, no. 1, p. 58-62, Jan. 2009.

ABRAHAMSON, Eric John. **Beyond charity: a century of philanthropic innovation**. New York: The Rockefeller Foundation, 2013.

ALBUQUERQUE, Adriana Bezerra Brasil de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1103-1112, maio 2009.

ALBUQUERQUE-JUNIOR, Durval Muniz. Um leque que respira: a questão do objeto em história. In: _____ (Org.). **História: a arte de inventar o passado: ensaios de teoria da história**. Bauru: Edusc, 2007a. p. 149-164.

_____. Michel Foucault e a Mona Lisa ou como escrever a história com um sorriso nos lábios. In: _____. (Org.). **História: a arte de inventar o passado: ensaios de teoria da história**. Bauru: Edusc, 2007b. p.183-209.

_____. A Loucura da história: ciência, ética e política no pensamento de Michel Foucault. In: RESENDE, Haroldo (Org.). **Michel Foucault: transversais entre educação, filosofia e história**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. p. 65-76.

ALPTEKIN, Serap et al. Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. **Medical Oncology**, Totowa, v. 27, no. 3, p. 607-617, Sept. 2010.

AMA, Njoku O.; SELOILWE, Esther. Estimating the cost of care giving on caregivers for people living with HIV and AIDS in Botswana: a cross-sectional study. **Journal of the International AIDS Society**, Geneva, v. 13, no. 14, p. 1-8, Apr. 2010.

ANDRADE, Francisco de Souza. **Os movimentos sindicais e corporativos como atores da democracia**. 2007. 100 f. Monografia (Especialização em Instituições e Processos Políticos do Legislativo)-Centro de Formação Treinamento e Aperfeiçoamento, Câmara dos Deputados, Brasília, 2007.

APPELIN, Gunilla; BROBÄCK, Gunilla; BERTERO, Carina. A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. **European Journal of Oncology Nursing**, New York, Philadelphia, v. 9, no. 4, p. 315-324, Dec. 2005.

AUGUSTO, Acácio. Política e política. In: CASTELO-BRANCO, Guilherme e VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Foucault: filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 19-35.

AYRES, Lílian Fernandes Arial et al. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro v. 19, n. 3, p. 861-881, jul./set.2012.

BECCARO, Monica; COSTANTINI, Massimo; MERLO, Domenico Franco. Inequity in the provision of and access to palliative care for cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). **Biomed Central Public Health**, London, v. 7, no. 4, p. 1-13, Apr. 2007.

BERETTA, Silvia et al. End of life in children with cancer: experience at the pediatric oncology. **Pediatric Blood & Cancer**, New Jersey, v. 54, no. 1, p. 88-91, Jan. 2010.

BLOIS, Janice M. et al. Home care as a possibility of art expression, creativity and access to technology: An analysis on the subject. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1373/314>>. Acesso em: 30 jul. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Seção II, da Saúde**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 fev. 2014.

_____. Imprensa Nacional. **A imprensa nacional**. Portal da Imprensa Nacional, s.d. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/imprensa1/a-imprensa-nacional>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1965.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **8ª Conferência Nacional de Saúde de 17 a 21 de março de 1986**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986.

_____. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção I, p. 18055-18058.

_____. Lei 8.142 de 18 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez.1990b. Seção I, p. 25694-25695.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 11 dez.1991. Seção I, p.28495.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 303 de 2 de julho de 1992. Modificar a Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoa portadora de deficiência (PPD), no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 jul.1992. Seção I, p. 8583-8585.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio1993. Seção I, p. 6961.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 135 de 3 de agosto de 1994. O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições e acatando o Programa Nacional DST/AIDS da Secretária de Assistência à Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas para implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com doença/AIDS conforme Portaria n.93 de maio de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 ago. 1994. Seção I, p. 11809.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1742, de 30 de agosto de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 set.1996a. Seção I, p.17064-17071.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 9, de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1996b. Seção I, p. 590.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez.1997a. Seção I, p. 11-13.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.892, de 18 de dezembro de 1997. Incorpora a modalidade internação domiciliar ao Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997b. Seção I, p. 38.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 dez. 1998a. Seção I, p. 8-14.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mar. 1998b. Seção I, p. 106.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999a. Seção I, p. 20-24.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 44, de 11 de fevereiro de 1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 fev. 1999b. Seção I, p. 27-28.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 779, de 14 de julho de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 jul. 2000. Seção I, p. 15-21.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 723, de 10 de maio de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 jun.2001a. Seção I, p. 86-90.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.215 de 05 de dezembro de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 dez.2001b. Seção I, p. 47.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. Parte 2.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. Parte 1.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n° 352, de 30 de agosto de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 ago. 2001e. Seção I, p. 98.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev.2002a. Seção I, p.52.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.390 de 26 de dezembro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 dez. 2002b. Seção I, p. 31.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Brasília, 2005a.

_____. Ata n° 31/2005. Plenário: Auditoria de natureza operacional. Programa Saúde da Família. Acompanhamento de recomendações feitas em auditoria de 2001. Descontinuidade de implementação. Oportunidades de melhoria no desempenho do PSF. Novas recomendações e determinações. Ciência a diversos órgãos. Juntada aos autos do TC-012.653/2001-8. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 ago. 2005b. Seção I, p.180-182.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Seção I, p.145-148.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006b. Seção I, p. 71-76.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC n° 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF**, 30 jan. 2006c. Seção I, supl. ao n° 21, p. 1-2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conceitos básicos para a elaboração de indicadores: capacitação no elenco norteador e indicadores do SINAVISA**. Brasília: ANVISA, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção I, p.48-55.

_____. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, DF, 28 out. 2011c. Seção 1, p. 44-46.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.208, de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 jun. 2013. Seção I, p. 37.

BROBÄCK, Gunilla; BERTERÖ Carina. How next of kin experience palliative care of relatives at home. **European Journal of Cancer Care**, London, v. 12, no. 4, p. 339-346, out. 2003.

BRONDANI, C. M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação familiar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008. Disponível em: <www.ufsm.br/ppgenf>. Acesso em: 15 jul. 2009.

BURNS, Catherine M. et al. What is the role of friends when contributing care at the end of life? Findings from an Australian population study. **Psycho-Oncology**, Chichester, v. 20, no. 2, p. 203-212, Feb. 2011.

CAMERON, Jill I. et al. Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. **Cancer**, Philadelphia, v. 94, no. 2, p. 521-527, Jan. 2002.

CAMPBELL, Catherine et al. Supporting people with AIDS and their carers in rural South Africa: Possibilities and challenges. **Health & Place**, Oxford, v. 14, no. 3, p. 507-518, Oct. 2008.

CANDIOTTO, Cesar. Cuidado da vida e dispositivos de segurança: a atualidade da biopolítica. In: CASTELO-BRANCO, Guilherme e VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Foucault: filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 81-96.

CASTELO-BRANCO, Guilherme. Os nexos entre subjetividade e política. In: CASTELO-BRANCO, Guilherme e VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Foucault: filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013a. p. 9-12.

_____. Governamentalidade, política, resistências ao poder In: COLÓQUIO NACIONAL MICHEL FOUCAULT: POLÍTICA – PENSAMENTO E AÇÃO, 3., 2003, Uberlândia. [Trabalhos apresentados]. Uberlândia: UFU, FAGED, 2013b.

CONRAD, Peter. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 18, no. 12, p. 209-232, Nov. 1992.

CONRAD, Peter. The Shifting Engines of Medicalization. **Journal of Health and Social Behavior**, Thousand Oaks, v. 46, no. 3, p. 3-14, Mar. 2005.

CORDEIRO, Franciele Roberta. **Eu decido meu fim?** a mídia e a produção de sujeitos que governam a sua morte. 2013. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem),-Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COSTA, Marisa Vorraber; SILVEIRA, Rosa Hessel; SOMMER, Luis Henrique. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 36-61, maio/ago. 2003.

CURITIBA (Município). **Como deve ser feito o chamado ao “SAMDU”**: boletim de divulgação para os associados dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões da cidade de Curitiba. Curitiba: SAMDU, 1954. Disponível em: <<http://historiacuritiba.wordpress.com/2011/12/16/samdu-servico-de-assistencia-medica-domiciliar-e-de-urgencia-1954/>>. Acesso em: 25 set. 2013.

DELEUZE, Gilles. Post-Scriptum: sobre as sociedades de controle. In: _____ (Org.). **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DESLANDES, Anna Karina Matos et al. A imagem do cuidado prestado pelas enfermeiras de saúde pública veiculada na Revista da Semana (1929). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p.412-418, jan./fev. 2013.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. A genealogia do indivíduo moderno: a analítica interpretativa do poder, da verdade e do corpo. In: DREYFUS, Hubert L. (Org.). **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 188-220.

DRULLA, Arlete da Guia; ALEXANDRE, Ana Maria Cosvoski; RUBEL, Fernanda Izumi; MAZZA, Verônica de Azevedo. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p.667-674, out./dez. 2009.

DUSSEL, Veronica et al. Looking beyond where children die: determinants and effects of planning a child's location of death. **Journal of Pain Symptom Management**, New York, v. 37, no. 1, p. 33-43, Jan. 2009.

ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Departamento Nacional de Saúde Pública. Decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920 dá regulamento para a execução do decreto legislativo n. 3.957, de 2 de janeiro de 1920, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Regulamento dos serviços a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública. Título V, Capítulo III. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 03 jun.1920^a. Seção I, p. 9386-9390.

_____. A Sociedade das nações: exposição lida na Sociedade Brasileira de Direito Internacional pelo seu presidente Dr. Amaro Cavalcanti - maio de 1920. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 05 jun. 1920b. Seção I, p. 9559-9574.

_____. Atos do Poder Executivo. Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923 aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Título VI, Capítulo XII. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 01 fev. 1923. Seção I, p.3230-3232.

_____. Atos do Poder Executivo. Saúde Pública. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 04 maio 1925. Seção I, p. 10336-10339.

_____. Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Ministro da Justiça e negócios interiores pelo Sr. Dr. Julio José Monteiro, sobre a sua comissão de estudos da prophylaxia e tratamento da tuberculose na Europa - Anno de 1927. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 07 jan. 1928a. Seção I, p. 443-454.

_____. Directoria de Saneamento Rural. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 06 mar. 1928b. Seção I, p. 6404.

_____. Conselho Nacional do Serviço Social. Dia 12 de setembro de 1939: expediente do Conselho Nacional de Serviço Social. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 13 set. 1939. Seção I, p. 21.919.

_____. Exposição de motivos. nº Sem-152 de 27 de maio de 1940. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 29 jun 1940. Seção I, p.12455.

_____. Atos do Govêrno. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 09 ago 1943. Seção I, p.11937- 11985.

_____. Banco Nacional de Descontos. Relatório da Diretoria. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 24 mar. 1945. Seção I, p. 5246-5247.

_____. Atos do Poder Executivo. Noticiário. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 02 maio 1950. Seção I, p. 6779.

_____. MINISTÉRIO DO TRABALHO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO. DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO. Serviço de Comunicações: expediente do gabinete do Ministro. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 02 mar. 1955. Seção I, p. 2265.

_____. Decreto nº 46.349, de 3 de julho de 1959. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 12 abr. 1960. Seção I, p.6912.

ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. Redação. A água considerada em relação com os microorganismos e com a hygiene. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 16 jan. 1892a. Seção I, p.232-233.

_____. Academia Nacional de Medicina. Sessão Ordinária, em 9 de julho de 1892. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 19 jul 1892b. Seção I, p.3023-3025.

_____. Academia Nacional de Medicina. Sessão Ordinária em 15 de setembro de 1892: 2ª parte da ordem do dia. Entra em discussão a questão proposta pelo Dr. Sousa Lima: a imigração em relação a prophylaxia da febre amarela. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 28 set 1892c. Seção I, p.4130-4131.

_____. Actos do Poder Executivo. Conselho Municipal. Título I: das repartições da saúde. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 23 jun. 1893a. Seção I, p. 2797-2803.

_____. Gabinete do Prefeito. Expediente do dia 07 de fevereiro de 1893. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 08 fev. 1893b. Seção I, p. 637.

_____. Academia de Medicina. Acta da Sessão Ordinária de 26 de abril de 1894. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 23 set. 1894. Seção I, p. 8629-8631.

_____. Intendencia Municipal. Prefeitura do Districto Federal. Actos do Poder Executivo. Decreto n. 282-de 8 de junho de 1896: dá novo regulamento a Directoria de Hygiene e Assistência Pública. **Diário Oficial**, Rio de Janeiro, RJ, 10 jun. 1896. Seção I, p. 2636-2643.

FAÉ, Rogério. A genealogia em Foucault. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 409-416, set./dez. 2004.

FARIA, Lina R. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 27, p. 173-212, dez. 2006.

FAUSTO, Boris. **História concisa do Brasil**. São Paulo: Edusp, 2011.

FEUERWERKER, Laura C. M; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de; TURATO, Egberto Ribeiro. Needs for assistance and emotional aspects of caregiving reported by aids patient caregivers in a day-care unit in Brazil. **Issues in Mental Health Nursing**, London, v. 22, no. 6, p. 633-643, Sept. 2001.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Na companhia de Foucault: multiplicar acontecimentos. In: _____ (Org.). **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012. p. 21-32.

FONSECA, João Paulo Ayub da. Normalização e bio-poder na obra de Michel Foucault. **Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia**, Pouso Alegre, v. 4, n. 11, p. 75-90, 2012.

FONTES, Maria Rita Medeiros. A normalização da sociedade: uma questão de poder. **Inquietude**, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 39-49, jan./jul. 2010.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

_____. A filosofia estruturalista permite diagnosticar o que é a 'atitude'. In: _____. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001a.

_____. O que é um autor? In: _____. **Estética: literatura e pintura, música e cinema**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001b. p. 264-298.

_____. A vida dos homens infames. In: _____. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 203-222.

_____. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976)** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a. p. 57-64.

_____. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b. p.46-56.

_____. Nietzsche, a genealogia e a história. In: _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007c. p. 12-23.

_____. Genealogia e poder. In: _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007d. p. 94-100.

_____. Verdade e poder. In: _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007e. p. 4-12.

_____. Sobre a história da sexualidade. _____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007f. p. 138-163.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 18. ed. Rio de Janeiro; Graal, 2007g.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2007h.

_____. **Segurança, território e população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 19. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

_____. A Política da saúde no século XVIII. In: _____. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a. p. 357-373.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: _____. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b. p. 374-393.

_____. Nascimento da biopolítica. In: _____. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011c. p. 459-466.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FRANCO, Tulio Batista. Prefácio. In: RIBEIRO, Carlos Dimas Martins et al. (Org.). **Saúde suplementar, biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 13-17.

FRANCO, Tulio Batista et al. Biopolítica, bioética e promoção da saúde. In: RIBEIRO, Carlos Dimas Martins et al. (Org.). **Saúde suplementar biopolítica e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 19-37

FUKUI, Sakiko; FUKUI, Naoshi; KAWAGOE, Hiromi. Predictors of place of death for japanese patients with advanced stage malignant disease in home care settings: a nationwide survey. **Cancer**, Philadelphia, v. 101, no. 2, p. 421-429, July 2004.

GADELHA, Sylvio. **Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

GOLDSCHMIDT, Dorte et al. Expectations to and evaluation of a palliative home-care team as seen by patients and carers. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 14, no. 12, p. 1232-1240, Dec. 2006.

GONÇALVES, Jadson Fernando Garcia. Foucault, a descontinuidade histórica e a crítica da origem. **Revista Aulas**, Campinas, v. 2, n. 3, p. 1-21, 2006/2007.

HACHEM, Daniel Wunder; PIVETTA, Saulo Lindorfer. A biopolítica em Giorgio Agamben e Michel Foucault: o estado, a sociedade de segurança e a vida nua. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 10, n. 10, p. 340-361, jul./dez. 2011.

HIRANO, Yuko et al. Home Care Nurses' Provision of Support to Families of the Elderly at the End of Life. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 21, no. 2, p. 199-213, Feb. 2011.

INGLETON, Christine et al. Barriers to achieving care at home at the end of life: transferring patients between care settings using patient transport services. **Palliative Medicine**, London, v. 23, no. 8, p. 723-730, Dec. 2009.

JOANILHO, André Luiz; JOANILHO, Mariângela Peccioli Galli. A genealogia e a história são cinza. **Revista de História Regional**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 95-108, 2008.

JONES, Robert Vernon Holmes; HANSFORD, J; FISKE, J. Death from cancer at home: the carers' perspective. **British Medical Journal** (Clinical Research ed.), London, v. 306, no. 6872, p. 249-251, Jan.1993.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que ensinam às enfermeiras**. Brasília: Aben, 2004.

KUO, Caroline; OPERARIO, Don; CLUVER, Lucie. Depression among carers of AIDS-orphaned and other-orphaned children in Umlazi Township, South Africa. **Global Public Health**, London, v. 7, no. 3, p. 253-260, Mar. 2012.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 88-95, maio/ago. 2006.

LACERDA, Maria Ribeiro et al. As categorias da assistência domiciliar e a prática dos profissionais de saúde: pesquisa exploratório-descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 0, 2007. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/557/127>>. Acesso em: 30 jul. 2010.

LAROCCA, L.M.; MARQUES, V.R.B. Sanitizing, caring and civilizing: the medical discourse for schools in the state of Paraná (1920-1937). **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 647-660, jul./set. 2010.

LEAL, Guilherme de Freitas. *O homo oeconomicus e o estado de exceção: uma confluência entre Foucault e Agamben*. **Inquietude**, Goiânia, v. 4, n. 12, p. 69-87, jan./jul. 2013.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; JÚNIOR, Hélio Rebello Cardoso. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 353-357, 2009.

LINDSEY, Elizabeth et al. Home-based care in Botswana: experiences of older women and young girls. **Health Care for Women International**, London, v. 24, no. 6, p. 486-501, July 2003.

LOCKMANN, Kamila. **A proliferação das políticas de assistência social na educação escolarizada: estratégias da governamentalidade neoliberal**. 2013. 317 f. Tese (Doutorado em Educação)-Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LOPES, Maura Corcini. Políticas de inclusão e governamentalidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 153-169, maio/ago. 2009.

_____. Norma, inclusão e governamentalidade neoliberal. In: CASTELO-BRANCO, Guilherme; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). **Foucault: filosofia e política**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 19-35.

LOPES, Maura Corcini; RECH, Tatiana Luiza. Inclusão, biopolítica e educação. **Educação**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 210-219, maio/ago. 2013.

MAIA, Andréa Casa Nova. Memórias operárias do Estado Novo: a cultura política de mineiros e ferroviários de Minas Gerais e sua luta por direitos. **Revista Virtu**, Juiz de Fora, v. 7, n. 1, p. 1-15, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/virtu/files/2010/05/artigo-7a1.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2014.

MAKOAÉ, Mokhantso G. Food meanings in HIV and AIDS caregiving trajectories: ritual, optimism and anguish among caregivers in Lesotho. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 16, no. 2, p. 190-202, Mar. 2011.

MAKOAÉ, Mokhantšo G.; JUBBER, Ken. Confidentiality or continuity? family caregivers' experiences with care for HIV/AIDS patients in home-based care in Lesotho. **Journal of Social Aspects of HIV/AIDS**, Pinelands, v. 5, no. 1, p. 36-46, Apr. 2008.

MANFRIM-JUNIOR, Moacyr. **Caixas de aposentadorias e pensões dos ferroviários: um modelo previdenciário exclusivo (1923-1933)**. 1998. 290 f. Dissertação (Mestrado)-Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MARCELLO, Fabiana A. Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: o conceito de dispositivo em questão. **Currículo sem Fronteiras**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 226-241, jul./dez. 2009.

MARTINS, Leandro Siviero. A morte como factor biopolítico em Michel Foucault. In: SEMINÁRIOS DE PESQUISA EM CIÊNCIAS HUMANAS, 8, 2010, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2010. p. 1186-1995.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.) **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MCGRATH, Pam; JOSKE, David. Palliative care and haematological malignancy: a case study. **Australian Health Review**, Melbourne, v. 25, no. 3, p. 60-66, Mar. 2002.

MCLAUGHLIN, Dorry et al. Living and coping with Parkinson's disease: perceptions of informal carers. **Palliative Medicine**, London, v. 25, no. 2, p. 177-182, Mar. 2011.

MCLAUGHLIN, Dorry; SULLIVAN, Kate; HASSON, Felicity. Hospice at home service: the carer's perspective. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 15, no. 2, p. 163-170, Feb. 2007.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 8. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1981.

MELIN-JOHANSONN, Christina et al. The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 6, no. 3, p. 231-238, Sept. 2008.

MENDES, Walter. **Home care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Aracaju: Editora da UFS, 2009.

MILBERG, Anna et al. Advanced palliative home care: next-of-kin's Perspective. **Journal of Palliative Medicine**, New York, v. 6, no. 5, p. 749-756, Oct. 2003.

MONTEROSSO, Leanne; KRISTJANSON, Linda J.; PHILIPS, Marianne B. The supportive and palliative care needs of Australian families of children who die from cancer. **Palliative Medicine**, London, v. 23, no. 6, p. 526-536, Apr. 2009.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República'. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, v. 5, n. 3, p. 621-645, nov. 1998/fev. 1999.

NIETZSCHE, Friedrich. Prólogo. in: _____. **Para a genealogia da moral: uma polêmica**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

NONNENMACHER, Carine Lais; WEILLER, Teresinha Heck; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 248-255, abr./jun. 2011.

OLENJA, Joyce M. Assessing community attitude towards home-based care for people with aids (PWAs) in Kenya. **Journal of Community Health**, Amsterdam, v. 24, no. 3, p. 187-199, June 1999.

OLIVEIRA, Caroline Pimenta de; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 78-83, fev. 2006 .

OLIVEIRA, Lucio Henrique; MATTOS, Ruben Araujo; SOUZA, Austa Iselina Stephan. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, set./out. 2009.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler. **Representações sociais da internação domiciliar na terminalidade**: o olhar do cuidador familiar. 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler et al. Dinâmica de organização dos cuidadores familiares do paciente terminal em internação domiciliar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 674-681, out./dez. 2011.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; KRUSE, Maria Henriqueta Luce; SARTOR, Silvia Francine. **Revisão narrativa acerca da atenção domiciliar**: olhares de equipes de saúde, cuidadores e pacientes: projeto de pesquisa bibliográfica. Porto Alegre, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PALLANGYO, Eunice; MAYERS, Pat. Experiences of informal female caregivers providing care for people living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. **Journal of the Association of Nurses in Aids Care**, Thousand Oaks, v. 20, no. 6, p. 481-493, Nov./Dec. 2009.

PARAÍSO, Marlucy Alves. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: MEYER, Dagmar Estermann; PARAÍSO, Marlucy Alves (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza, 2012. p. 23-45

PELOTAS (Município). Lei nº 458. Autoriza a firmar convênio, em 05 de novembro de 1953. Disponível em:

<<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br;rio.grande.sul;pelotas:municipal:lei:1953-11-05;458>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; FARO, Ana Cristina Mancussi. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 154-163, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/05.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

PONTE, Carlos Fidelis. O sanitarismo e os projetos de nação. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a. p. 75-78.

_____. Entre a saúde pública e a medicina previdenciária. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010b. p. 113-120.

PORTAL HOMECARE. **História do home care**. Disponível em: <<http://www.portalthomecare.com.br/home-care/historia-do-home-care>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

PORTOCARRERO, Vera. Normalização e invenção: um uso do pensamento de Michel Foucault. In: CALOMENI, Tereza Cristina B. (Org.). **Michel Foucault: entre o murmúrio e a palavra**. Campos: Editora Faculdade de Direito de Campos, 2004a. p. 133-167.

_____. Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 169-185. jan./abr. 2004b.

_____. Os limites da vida: da biopolítica aos cuidados de si. In: ALBURQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz; VEIGA-NETO, Alfredo; SOUZA FILHO, Alípio de (Orgs.). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 419-430.

PRADO-FILHO, Kleber. A política das identidades como pastorado contemporâneo. In: COLÓQUIO NACIONAL MICHEL FOUCAULT: POLÍTICA – PENSAMENTO E AÇÃO, 3., 2003, Uberlândia. [**Trabalhos apresentados**]. Uberlândia: UFU, FAGED, 2013.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho-Revista de Ciências Sociais**, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

REIS, José Roberto Franco. Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.121-137.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter. As visitadoras sanitárias do Rio Grande do Sul. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 7-11, jan. 1988.

RICCI, Natália Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi; CORDEIRO, Renata Cereda. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **(Re) vendo a origem da enfermagem profissional no Brasil**: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública. 1995. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ROSE, Nikolas. Governing by numbers: figuring out democracy. **Accounting Organizations and Society**, Oxford, v. 16, no. 7, p. 673-692, 1991.

_____. The politics of life itself. **Theory, Culture e Society**, London, v. 18, no. 1, p. 1-31, Dec. 2001.

_____. Beyond medicalisation. **Lancet**, London, v. 369, no. 24, p. 700-701, 2007.

_____. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007.

SARAIVA, Karla. **Outros tempos, outros espaços**: internet e educação. 2006. 275 f. Tese (Doutorado em Educação)-Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SARAIVA, Karla; VEIGA-NETO, Alfredo. Modernidade líquida, capitalismo cognitivo e educação contemporânea. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 187-201, maio/ago. 2009.

SEKELJA, Natasha; BUTOW, Phyllis N.; TATTERSALL, Martin. H. N. Bereaved cancer carers' experience of and preference for palliative care. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 18, no. 9, p. 1219-1228, Sept. 2010.

SCHWONKE, Camila Rose et al. Internação domiciliar: reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Valinhos, v. 12, n. 1, p. 77-90, 2008. Disponível em: <<http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rensc/article/viewPDFInterstitial/285/284>>. Acesso em: 3 ago. 2010.

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

SINGER, Yoram et al. Home death: the caregivers' experiences. **Journal of Pain and Symptom Management**, New York, v. 30, no. 1, p. 70-74, July 2005.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SPINK, Mary Jane P. Cérebro, self e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 301-324, jan./mar. 2010.

STAJDUHAR, Kelli I. et al. Short report: preferences for location of death of seriously ill hospitalized patients: perspectives from Canadian patients and their family caregivers. **Palliative Medicine**, London, v. 22, no. 1, p. 85-88, Jan. 2008.

STASSUN, Cristian Caê Seemann; ASSMANN, Selvino José. Dispositivo: fusão de objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. **Caderno de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 11, n. 99, p. 72-92, jul./dez. 2010.

SVITONE, Ennio Cufino et al. Primary health care lessons for the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. **Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 7, no. 5, p. 293-301, Dec. 2000.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica e genealógica de investigação. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, v. 81, p. 215-248, out./dez. 2010.

TRAVERSINI, Clarice Salete; BELLO, Samuel Edmundo López. O numerável, mensurável e auditável: estatística como tecnologia para governar. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 135-152, maio/ago. 2009.

TSHILILO, Andani Rachel; DAVHANA-MASELESELE, Mashudu. Family experiences of home caring for patients with HIV/AIDs in rural Limpopo Province, South Africa. **Nursing & Health Sciences**, Melbourne, v. 11, no. 2, p. 135-143, June 2009.

UFRGS. CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS. **Proxy**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cpd/servicos/e-mail-e-internet/proxy>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

VEIGA-NETO, Alfredo. Governo ou governmento. **Currículo sem Fronteiras**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 79-85, jul./dez. 2005.

_____. Na oficina de Foucault. In: GONDRA, José; KOHAN, Walter (Orgs.). **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.79-91.

_____. **Foucault & educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. Crise da modernidade e inovações curriculares: da disciplina para o controle. In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO, 14., 2008, Porto Alegre. **Trajatórias e processos de ensinar e aprender**: sujeitos, currículos e culturas. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2008. v. 3, p. 35-58.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Inclusão, exclusão, in/exclusão. **Verve**, São Paulo, v. 20, p. 121-135, jul./dez. 2011.

VICKERS, Janete L.; CARLISLE, Caroline. Choices and control: parental experiences in pediatric terminal home care. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, Thousand Oaks, v. 17, no. 1, p. 12-21, Jan. 2000.

WEBER, César Augusto Trinta. Programa Saúde da Família e o governo das populações. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 867-882, set./dez. 2011.

WENNMANN-LARSEN, Agneta; TISHELMAN, Carol. Advanced home care for cancer patients at the end of life: a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, London, v. 16, no. 3, p. 240-247, Sept. 2002.

WONG, Tim; USSHER, Jane. Bereaved informal cancer carers making sense of their palliative care experiences at home. **Health and Social Care in the Community**, Oxford, v. 17, no. 3, p. 274-282, May 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-based long-term care**: report of a WHO study group. Geneva, 2000.

_____. **Preventing chronic diseases**: a vital investment. Geneva, 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2010.

ANEXO B – Ficha A – verso – modelo

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES																																	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde																																
Nome do Plano de Saúde																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>EM CASO DE DOENÇA PROCURA</th> <th>PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospital</td> <td>Cooperativa</td> </tr> <tr> <td>Unidade de Saúde</td> <td>Grupo religioso</td> </tr> <tr> <td>Benzedeira</td> <td>Associações</td> </tr> <tr> <td>Farmácia</td> <td>Outros - Especificar:</td> </tr> <tr> <td>Outros - Especificar:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</td> </tr> <tr> <td>Rádio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Televisão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros - Especificar:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</td> </tr> <tr> <td>Ônibus</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Caminhão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Carro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Carroça</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros - Especificar</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	Hospital	Cooperativa	Unidade de Saúde	Grupo religioso	Benzedeira	Associações	Farmácia	Outros - Especificar:	Outros - Especificar:		MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Rádio		Televisão		Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA		Ônibus		Caminhão		Carro		Carroça		Outros - Especificar	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS																																
Hospital	Cooperativa																																
Unidade de Saúde	Grupo religioso																																
Benzedeira	Associações																																
Farmácia	Outros - Especificar:																																
Outros - Especificar:																																	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA																																	
Rádio																																	
Televisão																																	
Outros - Especificar:																																	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA																																	
Ônibus																																	
Caminhão																																	
Carro																																	
Carroça																																	
Outros - Especificar																																	
OBSERVAÇÕES																																	