

## MELHOR EM CASA? DESCOLAMENTOS NOS ESPAÇOS DE CUIDADO

**JOSÉ RICARDO GUIMARÃES DOS SANTOS JUNIOR<sup>1</sup>; KIMBERLY LARROQUE VELLEDA<sup>2</sup>; ALINE DAIANE LEAL DE OLIVEIRA<sup>3</sup>; FERNANDA SANT'NA TRISTÃO<sup>4</sup>; GIOVANA CÓSSIO RODRIGUEZ<sup>5</sup>; STEFANIE GRIEBELER OLIVEIRA<sup>6</sup>.**

<sup>1</sup>*Universidade Federal de Pelotas 1 – josericardog\_jr@hotmail.com*

<sup>2</sup>*Universidade Federal de Pelotas – kimberlylaroque@yahoo.com.br*

<sup>3</sup> *Universidade Federal de Pelotas – lileal.martins@gmail.com*

<sup>4</sup>*Universidade Federal de Pelotas – enfermeirafernanda1@gmail.com*

<sup>5</sup>*Universidade Federal de Pelotas – giovanacossio@gmail.com*

<sup>6</sup>*Universidade Federal de Pelotas – stefaniegriebeleroliveira@gmail.com*

### 1. INTRODUÇÃO

Os espaços para realização de tratamento e controle de doenças se configuram de diversos modos e ganham ênfases em diferentes contextos culturais ao longo da história da humanidade. No século XVII-XVIII, o hospital era considerado como um lugar de produção de doenças, além de desnaturalizar a própria doença por ser um espaço artificial. Além disso, possibilitava o contato de um doente com outros, além da solidão do paciente por estar distante de seus familiares (FOUCAULT, 2007). De acordo com Foucault (1977), nesse período o ambiente domiciliar era pensado como o melhor espaço para a recuperação, pois o doente se encontrava no seio familiar, sem contar que o mesmo, não era capaz de trabalhar, e se fosse colocado no hospital, se tornaria 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. Nesse contexto, a hospitalização era vista de forma negativa, já que os cuidados realizados pelos que cercavam o doente, não custariam nada ao Estado. Foi no início do Século XIX que o hospital foi transformado num espaço de cuidado, transformando-se em uma instituição de ordenamento e disciplina e de confinamento que ajudou a tornar o tratamento da doença de uma maneira mais econômica para o Estado.

Desde o início do século XXI, a atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de assistência que passou a ser considerada, como tal pela Organização Mundial de Saúde – OMS - (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Vem sendo indicada a pacientes que necessitam de cuidados de baixa tecnologia. Nessa modalidade ao invés de ser confinado no espaço hospitalar, o paciente é deslocado para seu domicílio com uma equipe de saúde que lhe proporciona suporte e prepara um familiar que realizará o cuidado. Cabe destacar que tal movimento está amparado por discursos legais que legitimam a institucionalização do cuidado no domicílio, na casa do paciente (OLIVEIRA, 2014). Diante dessas modificações que tem se apresentado ao longo da história e a emergência da AD no cenário contemporâneo o objetivo desse trabalho é problematizar o deslocamento dos espaços de saúde, destacando a AD indicada como o espaço mais qualificado para o cuidado, na contemporaneidade.

### 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma análise documental, de inspiração foucaultiana que faz parte da Tese ‘Melhor em casa? Um estudo sobre atenção domiciliar’ (OLIVEIRA, 2014). Tal proposta busca desconstruir verdades, realizar uma análise externa à racionalidade moderna, colocando em suspeita as ‘verdades absolutas’ e grandes

narrativas da modernidade (COSTA; SILVEIRA; SOMMER, 2013), possibilitando entender os deslocamentos entre os espaços de saúde.

O material empírico foi constituído por documentos legais como: políticas públicas, portarias, resoluções, entre outros documentos que se referiram às formas de AD 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>). Este foi organizado a partir da seleção dos documentos encontrados, lidos buscando identificar se estavam relacionados com a AD em saúde. Tais documentos foram: Portaria n.2.527 de 27 de outubro de 2011, codificada como D1; Portaria n.963 de 27 de maio de 2013, como D2; Capa do Manual Ilustrativo do Melhor em Casa, como D3.

As ferramentas de análise utilizadas para analisar e ‘martelar’ o pensamento relativos aos documentos sobre a AD foram: a biopolítica e o discurso. A biopolítica 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). Já 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.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nas portarias de 2011 e 2013, que redefinem a AD no âmbito do SUS, a desospitalização aparece com o sentido de reorganizar o processo de trabalho das equipes com vistas à redução da demanda hospitalar, mas mantém os objetivos já mencionados nas outras portarias:

*Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (D1; D2).*

Pensamos ser interessante destacar que na publicação dessas portarias, a expressão Melhor em Casa aparece apenas na cartilha (D3) (Ilustração 1) que foram publicadas para orientar os profissionais de saúde e na portaria de 2013 (D2). Além disso, percebemos que a AD 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 1- Capa do Melhor em Casa**

Fonte. BRASIL, 2011a. (D3).

O slogan e suas cores mostram calor e conforto, uma vez que se considera a cor laranja quente, remetendo ao aconchego, reforçada pela presença do desenho da casa e de uma família unida, aproximada. A segurança representa a equipe que irá visitar e acompanhar o paciente, com seus rituais meticolosos, instrumentos tecnológicos, saberes e poderes. Na visão dos cuidadores, conforme Oliveira (2010), a internação domiciliar permite liberdade ao paciente em relação a horários de higiene, alimentação, medicação, mas prisão e privação para si mesmas, sendo o contrário em internações hospitalares, já que tem uma equipe que realiza o cuidado nesse confinamento.

Estudos da Suécia, Brobäck e Bertero (2003) identificaram que os familiares acreditam que a “atmosfera” da casa tem um efeito curativo sobre o paciente. 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.

Para Foucault (2007), o hospital não foi reorganizado em prol dos pacientes, mas para prevenir os outros das doenças que poderiam ser produzidas nessa instituição. Assim, podemos afirmar que a AD foi inventada como uma forma econômica e política para governar os processos biológicos da população, como as morbidades e mortalidades, nascendo a partir da necessidade econômica do hospital, uma vez que pacientes crônicos tendem a ter reinternações. Dessa forma, ele poderá ser atendido em domicílio, recebendo 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.

**4. CONCLUSÕES**

Diante do exposto, percebemos que ao afirmar que a AD oferta ‘segurança do hospital no conforto do seu lar’, há um envolvimento do Estado, no sentido da manutenção da economia, uma vez que além de aumentar a sobrecarga, os custos também aumentam e os recursos diminuem. Segundo essa perspectiva de análise os discursos proferidos acerca da AD pelos órgãos de visibilidade de saúde, devem ser seguidos não só pelos pacientes, mas também pelos profissionais, que são os agentes que os propagam, utilizando assim das estratégias de biopolítica para a administração das populações, conforme seus interesses econômicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALPTEKIN, S. 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.
- BROBÄCK, G.; BERTERÖ C.. 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n º 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.
- COSTA, M. V.; SILVEIRA, R. H.; SOMMER, L. H. Estudos culturais, educação e pedagogia. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 36-61, maio/ago. 2003.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. p. 57-64.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso dado no Collège de France (1975-1976) São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- MAKOAE, M.G.; JUBBER, K. 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.
- OLIVEIRA, S.G. **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, S. G. **Melhor em casa?** Um estudo sobre a atenção domiciliar. 2014, 157f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Home-based long-term care**: report of a WHO study group. Geneva, 2000.