

Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica¹

Home Care Program in the Unified Health System: Biopolitics Strategy

Visita domiciliar en el Sistema Único de Salud: estrategia de
biopolítica

Stefanie Griebeler Oliveira², Maria Henriqueta Luce Kruse³, Dayane de Aguiar
Cicolella⁴, Kimberly Larroque Velleda⁵

Resumo:

Introdução: neste artigo, propomos uma analítica de portarias e políticas de saúde pós-Sistema Único de Saúde para discutir a visita domiciliar como ferramenta da biopolítica.

Material e método: Estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista, que utiliza as teorizações foucaultianas. O material empírico foi constituído por documentos legais referidos à atenção domiciliar em saúde, publicados no Diário Oficial da União, sendo a busca realizada em maio de 2013. Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha no Excel, na qual eram informados a referência, o excerto, quem fala e procedimentos de limitação. A fase seguinte consistiu na elaboração de unidades analíticas, na qual foram utilizadas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” os discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, disciplina e biopolítica.

Resultados e discussão: podemos estabelecer alguns traços que configuraram a visita domiciliar 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. Um governo dos vivos, saudáveis e doentes, um governo de todos.

Palavras-chave:

Estratégia saúde da família, visita domiciliar, política de saúde.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil. stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Educação. Professor Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. kruse@uol.com.br

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPAE Cesuca Faculdade, Porto Alegre, Brasil. dayane.cicolella@gmail.com

⁵ Enfermeira. Membro do Grupo de Estudos sobre Práticas Contemporâneas do Cuidado de Si e dos outros da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil. kimberlylarroque@yahoo.com.br

Abstract:

Introduction: in this article, we propose an analytics of ordinances and health policies after the Unified Health System, in order to discuss home care as a biopolitics tool.

Material and method: this is a genealogical study inserted in the poststructuralist framework, which uses Foucault's theorizations. The empirical material was constituted by legal documents that referred to homecare in health, published in the Official Diary of the Union, being the search carried out in May 2013. The selected excerpts were transcribed to an Excel table, in which there were the reference, the excerpt, who speaks, and the limitation procedures. The following step constituted in the elaboration of analytical units, in which Michel Foucault's tools were applied, as a way to "hammer" the discourses that surround home care programs, such as: power, discipline, and biopolitics.

Results and discussion: we can establish some traces that configure home visits as biopolitics strategy. Among them, the inclusion role of specific populations in what concerns the biological processes, but also general populations, in the imperative of health for all, valuing the concept of health as peoples' right and a State's responsibility. A government of the living, healthy, and sick, a government of everyone.

Keywords:

Family Health Strategy, Home Visit, Health Policy.

Resumen:

Introducción: en este artículo, proponemos una analítica de portarias y políticas de salud después del Sistema Único de Salud para discutir la visita domiciliaria como herramienta de la biopolítica.

Material y método: estudio de inspiración genealógica inserido en la vertiente posestructuralista, que utiliza teorizaciones de Foucault. El material empírico fue constituido por documentos legales referidos a la atención domiciliaria en salud, publicados en el Diario Oficial de Unión, siendo la búsqueda llevada a cabo en mayo de 2013. Los extractos seleccionados fueron transcritos para una hoja en Excel, en la cual fueron informados la referencia, el extracto, quien habla, y procedimientos de limitación. La fase siguiente constituyó en la elaboración de unidades analíticas, en la cual fueron utilizadas herramientas de Michel Foucault como manera de "martillar" los discursos que circulan sobre atención domiciliaria, siendo ellos: poder, disciplina y biopolítica.

Resultados y discusión: podemos establecer algunos trazos que configuran la visita domiciliaria como una estrategia de la biopolítica. Entre ellos, la función de inclusión de poblaciones específicas en lo que se refiere a procesos biológicos, pero también poblaciones generales en el imperativo de salud para todos, haciendo valer el concepto de salud como derecho de todos y deber del Estado. Un gobierno de los vivos, saludables, y enfermos, un gobierno de todos.

Palabras clave:

Estrategia de salud familiar, visita domiciliaria, política de salud.

1. Introdução

No Brasil, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1988, 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 assegurada pelo Estado, garantindo formas dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde. Neste sentido, a saúde foi considerada um direito, que pode assegurar melhores condições de trabalho, educação, moradia, além da garantia da participação social para a efetivação do sistema⁽¹⁾.

Parece-nos que a saúde foi vista como central, pois ao mesmo tempo em que os condicionantes citados a produzem, esta, por sua vez, poderia garanti-los. Saúde é tida como 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 homogeneizados, a regulação torna-se facilitada por intervenções biopolíticas, que envolvem processos de inclusão de todos no sistema de saúde. Biopolítica⁽²⁾ é o termo utilizado para referir o modo pelo qual o poder se modifica no final do século XVIII e início do século XIX. Se antes as práticas disciplinares visavam governar os indivíduos, agora teriam como alvo seu conjunto, a população. Nesse sentido, a saúde, como direito de todos, inclui-se na Constituição Brasileira de 1988, no artigo 196⁽³⁾, mas só entra em vigor, através das

leis 8080/90⁽⁴⁾ e 8142/90⁽⁵⁾ que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). A medicina e seus pares passam a se ocupar com a saúde, e não somente com a doença⁽⁶⁾.

Pensamos ser importante salientar que a política de saúde foi sendo concebida aos poucos, através de 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 articular uma política, apenas ideias. A Estratégia Saúde da Família por exemplo, foi orientada a partir da NOB de 1996⁽⁷⁾. A primeira Política Nacional de Atenção Básica é de 2006 e teve atualização em 2017⁽⁸⁾. As normas operacionais são curtas e trazem diretrizes. As políticas são mais detalhadas e embasadas em estudos e pesquisas que as justificam.

Tais documentos fazem circular enunciados sobre a atenção domiciliar caracterizando-a como ferramenta biopolítica, isto é, um instrumento para controle da população. Estudo⁽⁹⁾ discute que em diferentes momentos históricos, por exemplo, no início do Século XX no Brasil, as enfermeiras foram agentes biopolíticos relevantes que deram certos contornos a visita domiciliar (VD) aos tuberculosos, produzindo um cuidado com inspeção, controle e vigilância mas com a delicadeza do feminino, o que facilitava adentrar nos domicílios.

Já em outro recorte temporal, a partir de 1988, as configurações da atenção domiciliar ocorreram tanto pelos princípios do SUS⁽³⁾⁽⁴⁾, quanto pelos estudos⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ que produziram conceitos elaborados por profissionais de saúde e usuários, além de métodos avaliativos aplicados às ações e serviços, como os indicadores de saúde

de. Para a enfermagem, especialmente por ser este agente biopolítico que dá certos contornos a atenção domiciliar, compreender como se modelam as estratégias de cuidar, neste caso, a VD, permite a problematização de nossas práticas para se pensá-las e fazê-las de outros modos. Assim, neste artigo, propomos uma analítica de portarias e políticas de saúde pós-SUS para discutir a visita domiciliar como ferramenta da biopolítica.

2. Material e método

Este artigo foi elaborado a partir da tese “Melhor em casa: uma história genealógica”⁽¹³⁾, que foi um estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista, que utiliza as teorizações foucaultianas para pensar a atenção domiciliar como estratégia da biopolítica. As pesquisas nesta vertente⁽¹⁴⁾ compreendem a metodologia como um certo modo de perguntar, formular questões e de construir problemas de pesquisa, os quais são articulados a um conjunto de produção de informações e de estratégias de descrição de análise que se articulam com a própria teorização.

O material empírico foram documentos legais referidos à atenção domiciliar em saúde, publicados no Diário Oficial da União, capturado no sítio Jus Brasil (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>), tendo sido realizada a busca em maio de 2013. Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha no aplicativo Excel, de acordo com a referência, o excerto, quem proferia os discursos e os procedimentos de limitação.

A fase seguinte consistiu na elaboração de unidades analíticas, a partir das relações estabelecidas entre os enunciados nos diferentes períodos

históricos. Os documentos analisados foram identificados e ordenados sequencialmente com a letra D seguida de um número. Tais documentos consistem no: D1 - (Portaria n.º 189 de 19 de novembro de 1991); D2 - (Portaria n.º 135 de 3 de agosto de 1994); D3 - (Portaria n.º 44, de 11 de fevereiro de 1999); D4 - (Portaria n.º 1.742 de 30 de agosto de 1996); D5 - (Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006); D6 - (Portaria n.º 9, de 12 de janeiro de 1996); D7 - (Portaria n.º 779, de 14 de julho de 2000). Para orientar a análise documental e compor o estudo, foram utilizadas ferramentas de Michel Foucault, como forma de “martelar” os discursos que circulam a respeito da atenção domiciliar, sendo elas: poder, disciplina e biopolítica.

O poder rege os enunciados e a forma como esses se organizam entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente. Não se trata de saber qual é o poder que age do exterior, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados, e como e por que em certos momentos ele se modifica e em outros não⁽¹⁵⁾. O poder disciplinar inclui um conjunto de técnicas que permitem um controle minucioso do corpo, realizando a sujeição de suas forças e impondo uma relação de docilidade-utilidade, isto é, uma relação que o torna mais obediente e útil⁽¹⁶⁾.

A biopolítica lida com a população como problema político e consiste em uma estratégia para racionalizar a prática governamental, utilizando-se da estatística, não para mudar algo no indivíduo, mas para intervir naquilo que é determinante na população isto é, naquilo em que é possível estabelecer uma regulação, de modo a levar ao equilíbrio, proporcionando segurança⁽²⁾.

Por se tratar de análise desenvolvida a partir documentos legais de acesso livre, não houve necessidade de avaliação de um Comitê de Ética, porém observou-se a Lei de Direitos Autorais⁽¹⁷⁾.

3. Resultados

Foram organizadas duas categorias elaboradas a partir da análise dos documentos: Visita domiciliar: tecnologia para rastrear e intervir e Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições.

3.1. Visita domiciliar: tecnologia para rastrear e intervir

No contexto do SUS como novo sistema de saúde a VD constituiu-se em atividade prevista e diferenciada, em diversos campos de saber. As portarias que regulamentam essas ações normalizam a atenção em saúde, seguindo os princípios do sistema instituído, tais como: integralidade, regionalização, hierarquização da rede de serviços de saúde e resolutividade.

Em 1991, foi criado o código de VD realizada por profissional de nível superior, na área de saúde mental, de forma a atender o modelo de saúde que estava sendo proposto:

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; (...) a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo; (...) 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 (D1).

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 Secretária de Assistência à Saúde, estabelece as diretrizes e normas para a implantação de tratamento em hospital-dia ao paciente com doença/AIDS:

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(...) (D2).

Um pouco mais tarde, a VD como possibilidade de 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:

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 (D3).

3.2. *Estratégia Saúde da Família: a arte das distribuições*

Através da 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 ESF foi prevista nessa norma, uma vez que consistiu em uma ferramenta para o alcance de um novo modelo, centrado na qualidade de vida 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 aos serviços de saúde⁽⁷⁾. Quanto aos locais onde poderia ocorrer a atenção à saúde, o domicílio foi mencionado como espaço:

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 (D4).

Com a ESF, 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 são incluídos nessa estratégia. Há atribuições gerais para os profissionais dessa equipe de saúde da família:

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 (D5).

O papel do enfermeiro também é detalhado, mas destacamos apenas o que se refere à atuação dele no ambiente domiciliar:

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 (D5).

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

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 (D6).

Mas que atribuições são estas? São atribuições 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 e suas famílias. São atribuições específicas do agente comunitário de saúde (ACS), que envolvem ações no domicílio:

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 (...) (D5); 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 (D7).

4. Discussão

O modelo de atenção à saúde no Brasil foi construído nas discussões da 8ª CNS⁽¹⁾ da qual foram emitidas definições para a Constituição Brasileira de 1988⁽³⁾ e elaboração do SUS. Códigos 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. Percebemos também certa normalização nos procedimentos da VD. Isso possibilita quantificar a atividade, através de relatórios que permitem análises, avaliações e esquadramento dos procedimentos/ações 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. Ou seja, orienta-se os profissionais de saúde, para serem agentes estatais, 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.

Enquanto operadora do poder, tanto no regime disciplinar quanto no regime da biopolítica, a norma é constituída e justificada por saberes científicos⁽¹⁸⁾. Essa regulação ocorre com o saber das ciências em saúde, com o saber pedagógico, por meio de relatórios, registros, exames e classificações, onde padrões de conduta e ocorrência de certos fenômenos coletivos são esperados por instituições como escolas e hospitais, e também, por políticas de saúde como as que se referem a prevenção de epidemias.

No início da década de 90, no Brasil, a normalização das ações em saúde se dirigia à populações específicas. Entre elas encontrava-se a VD da qual pouco se falava, exceto pelo primeiro excerto que determinava sua duração em 60 minutos. O que fez com que a VD adquirisse o formato atual foram os princípios do SUS que sustentam tais regulações, em especial a integralidade.

Com o objetivo de atender integralmente o usuário, as visitas podem ser realizadas por diversos profissionais, destacando-se a questão da interdisciplinaridade e da fundamentação científica, para desconstruir o estereótipo da assistência domiciliar como uma atividade baseada em empirismos, pois a mesma pode ser desenvolvida com suporte ético e tecnológico⁽¹⁰⁾. Tal ferramenta de cuidado, quando realizada nos serviços de atenção básica é registrada em sistemas de informação, gerando indicadores quantitativos que não permitem o monitoramento da sistematização das visitas, propiciado pelas informações qualitativas que apresentam maior profundidade em aspectos subjetivos dos sujeitos envolvidos⁽¹¹⁾. Além disso, permeia o contexto do usuário, rompendo com um modelo he-

gemônico de intervenções centradas na doença, no qual predominam abordagem tecnocráticas, de pouca interação com os indivíduos, sem preconizar o atendimento integral⁽¹⁰⁾.

Percebe-se que o modelo de saúde que estava sendo implementado buscava qualificar a atenção à saúde ofertada, com intenção de se afastar do modelo hospitalocêntrico, centrado no profissional médico, e que considerava especialmente o aspecto biológico do indivíduo a ser atendido. A VD, como estratégia de biopolítica, constitui-se em uma das ações do dispositivo de segurança que envolve a saúde das pessoas, uma vez que é modelada a partir dos princípios que norteiam o SUS, em especial o da integralidade, e que, portanto, torna-se ferramenta normalizadora para afastar a assistência à saúde do modelo vigente. Ainda, sustenta o entendimento de que o paciente deve ser olhado em seu contexto. Isso vai além do que o confinamento do hospital permite, pois nesse espaço, o que se conhece do indivíduo em seu leito, é o que se conseguiu extrair por meio de entrevista e exame físico, bem como pela observação e vigilância dos profissionais de saúde. Já no domicílio, acredita-se que, pela vigilância, mesmo com menor frequência, torna-se possível identificar outros problemas que precisam de intervenção estatal e podem elevar os níveis de saúde da população.

Praticamente em todos os programas de saúde a VD está prevista. Acumulamos, nessas primeiras décadas de SUS, um saber sobre a VD como estratégia biopolítica, esta 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 popu-

lação. Ainda, a normalização da visita, permite o afastamento do modelo centrado no hospital, previsto nas lutas que constituíram o ideário do SUS.

À medida que o SUS vai sendo consolidado, a VD se afasta progressivamente daquelas populações específicas, focando nas pessoas que precisavam ter suas demandas atendidas. Destacamos que esta atenção à saúde, definida por um conjunto de ações, que pode ser prestada em diversos espaços, “especialmente no domiciliar”, funciona como 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 VD 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⁽⁷⁾. O PSF foi se reconfigurando com novas regulamentações, como um dispositivo biopolítico, como elemento discursivo que permite capilarizar no tecido social a racionalidade que coloca em jogo o bem-estar social configurada na Constituição Brasileira de 1988⁽¹⁹⁾.

A VD é uma das potencialidades da Estratégia de Saúde da Família, já que os profissionais se aproximam dos cenários nos quais os usuários estão inseridos, conhecendo o cotidiano dos núcleos familiares o que auxilia na elaboração de atividades de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos indivíduos⁽¹²⁾. Além disso, o cuidado domiciliar possibilita uma redução de custos hospitalares, dando destaque para a modalidade assistencial em âmbito mundial⁽²⁰⁾, também por atuar frente às doenças crônicas, consideradas um problema de saúde pública, devido à sua grande prevalência, tornando fundamental as estratégias de educação em saúde,

favorecendo o nível de qualidade de vida dos usuários⁽²¹⁾.

Tal estratégia da biopolítica permitiu, ainda, que o espaço da casa fosse invadido por agentes estatais com a proposta de higienizar a cidade, evitando doenças em massa. A correta disposição dos sujeitos em suas casas, escolas e locais de trabalho, o modo de relação com suas necessidades biológicas e o efeito de conjunto representado pela vida 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⁽¹⁷⁾.

A ampliação e oferta de diversas modalidades de cuidado como a VD foram necessárias para assegurar que o profissional conhecesse o contexto do indivíduo, para melhor conduzir suas condutas. A normalização da visita fez com que os profissionais conduzissem os pacientes, por meio de técnicas disciplinares para que o tratamento, o controle e o acompanhamento fossem mais efetivos. As ações de saúde que envolvem a promoção, proteção e recuperação, previstas em diversos espaços de atenção à saúde, como domiciliar, ambulatorial e hospitalar, permitem que o paciente possua continuidade no atendimento.

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

Não se trata, apenas, de rastrear doenças, mas também os riscos e perigos que possam produzir doenças. Para identificação dos riscos é preciso analisar relatórios produzidos pelos serviços

de saúde, por meio dos dados informados nos sistemas de informação. Essa análise dos riscos requer que se estabeleça relações entre doenças, agravos, condições de moradia, de educação e de trabalho. 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 pedagogia ocorre por meio dos discursos da saúde que circulam e estabelecem o que é qualidade de vida e como se previne doenças, o que promete segurança à população. Essa forma de biopolítica no campo da saúde coletiva, comporta uma dimensão educativa atravessada por um vetor ou componente pedagógico, sem os quais não funcionaria⁽²²⁾.

É o ACS que vai fazer o cadastramento e acompanhamento mensal das famílias de sua microárea, realizando orientações de saúde, de acesso e identificando riscos na população acompanhada. Deste modo, o domicílio torna-se um espaço possível para as intervenções estatais de saúde, não somente para tratamento, fazendo com que se produzam sujeitos que cuidem de sua própria saúde. Os ACS 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 mantém contato permanente com as famílias de sua responsabilidade. Tais práticas da atualidade se distanciam de um tempo em que a enfermagem no Brasil se ocupava destas visitas⁽⁹⁾. Talvez, não seja de forma desinteressada que coube aos enfermeiros supervisionarem as ações dos ACS, uma vez que parece ter sido considerando sua experiência e inserção histórica na atividade de VD.

Cada ESF possui uma área de abrangência, um território, e essa área subdivide-se em microáreas. Cada ACS atua em uma área e possui como função realizar visitas domiciliares às pessoas e famílias. Inicialmente, no primeiro contato com a família ele realiza o cadastro⁽⁸⁾. Essas informações detalhadas sobre cada família permitem que a equipe de saúde, em especial o enfermeiro que supervisiona as atividades do ACS, 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 também devem encaminhar os usuários aos serviços e ajudar na aproximação da equipe de saúde com as pessoas residentes na área de abrangência.

O ACS, um agente estatal de biopolítica, é forjado, fabricado, tal como em outro momento, a enfermeira visitadora⁽⁹⁾ fora produzida. Ele é um sujeito que sai da própria comunidade, que atua em um território que tem vida, que tem elementos que modificam essa coletividade, essa população. Esse território é delimitado pelo poder disciplinar, para que seja possível estabelecer a ordem nesse lugar. Os diferentes espaços da cidade são cercados, para que se possa colocar os indivíduos no seu lugar. Uma institucionalização do território, para que se possa intervir, vigiar, analisar, esquadrihar, classificar e estabelecer regularidades. O ACS, como agente estatal, vai se profissionalizando e fazendo o elo entre a comunidade e a equipe de tal modo que a população vai se sentindo beneficiada, atendida no seu direito à saúde. Por outro lado, vão sendo agregados determinados deveres, como cuidar da própria saúde. Estudo⁽²³⁾ acerca da in-

teração de enfermeiros e ACS mostrou certas dificuldades para a realização das VDs, por falta de planejamento e também pelos enfermeiros utilizarem a estratégia apenas para realizar intervenção à saúde, sem ocupar o espaço para produção e fortalecimento de vínculos.

Assim, delimitando o território de abrangência da ESF e, depois, quadriculando-o em microáreas para a atuação dos agentes comunitários de saúde se estabelece um instrumento de intervenção biopolítica onde atuam o enfermeiro, o médico, o técnico de enfermagem, o odontólogo e outros profissionais, estabelecendo a ordem nesse lugar. Diante disso, é possível analisar os riscos, doenças e agravos que atingem indivíduos, família e a população. Além de ser econômico para o Estado, o imperativo da saúde para todos, é produtivo, pois tende a produzir um modo de vida único: um sujeito que cuida de sua saúde e da saúde dos outros. Em outras palavras, um sujeito que governa a si e governa aos outros. Uma institucionalização do território e também do domicílio das pessoas.

5. Considerações Finais

Analisando a atenção domiciliar podemos estabelecer aspectos que a configuram como estratégia da biopolítica. Entre eles, a função de inclusão de populações específicas no que se refere a processos biológicos, mas também a populações como um todo, no imperativo de saúde para todos, fazendo valer o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado. Tal inclusão no 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 no espaço, e a estratégia de captação de mais sujeitos nesses discursos. Um governo dos vivos, saudáveis e doentes, um governo de todos.

Para a enfermagem, que historicamente teve inserções nas diferentes configurações da atenção domiciliar, torna-se relevante pensar os modos como a mesma se constitui diante dos discursos produzidos pelas políticas de saúde e pelas práticas, para produção de outros modos de pensar e fazer o cuidado no espaço domiciliar.

Referências:

1. Ministério da Saúde e 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 e Ministério da Previdência e Assistência Social;1986. 29p.
2. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 2010.
3. Constituição Brasileira. Seção II, da Saúde [Internet]. 1988 [cited 2014 fev 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
4. 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. 20 set. 1990. Seção I, p. 18055-18058.
5. 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. 31 dez.1990. Seção I, p. 25694-25695.
6. Foucault M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: Foucault M. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. p. 374-393.
7. Ministério da Saúde. Portaria n. 1742, de 30 de agosto de 1996. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 02 set.1996. Seção I, p.17064-17071.
8. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 22 set. 2017. Seção 1, p.68.
9. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliar no Brasil no início do século XX. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2016;37(2):e58553. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143781/000996037.pdf?sequence=1>
10. Lima CHR, Silva D.G, Almeida CAPL, Neta ASR, Moura LKM, Sousa FDL. A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. Revista Interdisciplinar, 2015;8(2):205-10.
11. Lopes OW, Saípe R, Massarolli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Cienc Cuid Saude. 2008;7(2):241-7.
12. Nascimento JS, Costa LMC, Santos RM, Anjos DS. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 2013; 26(4):513-22. doi:<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2013.p513>. [consulta: 28 nov. 2017]
13. Oliveira SG. Melhor em Casa? Uma história genealógica [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
14. Meyer DE, Paraíso MA. Metodologias

- de pesquisas pós-críticas ou sobre como fazemos nossas investigações. In: Meyer DE, Paraíso MA, editoras. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação. 2ª Ed. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2014. p.17-24.
15. Foucault M. Verdade e poder. In: Machado R. Microfísica do Poder. 25 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012.
16. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
17. Lei no 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 15 ago.2013. Seção I, p.1-3
18. Fonseca JPA. Normalização e bio-poder na obra de Michel Foucault. *Theoria - Revista Eletrônica de Filosofia*, 2012;4(11):75-90. Disponível em: http://www.theoria.com.br/edicao11/normalizacao_e_bio-poder_na_obra_de_michel_foucault.pdf [consulta: 30 ago. 2017]
19. Weber CAT. Programa Saúde da Família e o governo das populações. *Educ Real*. 2011;36(3):867-82.
20. Ruschel KB, Azzolin K, Rabelo ER. Visita domiciliar para pacientes com insuficiência cardíaca: uma reflexão sob a luz da teoria de teininger. *Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2012;11(3):883-92. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3625/pdf>. [consulta: 25 jul. 2017]
21. Ulbrich EM. et. al. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaucha Enferm* [Internet].2012;33(2):22-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200005. [consulta: 15 set. 2017]
22. Gadelha S. Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões, a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Authêntica; 2013.
23. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Electr. Enf.* [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):161-9. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20260>. [consulta: 22 jul. 2017]

Nota:

¹ Artigo parte da tese “Melhor em Casa: uma história genealógica”, defendida em agosto de 2014 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Recibido: 20180427

Aceptado: 20180623