

■ Artigo Original

Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX

Genesis of home care in Brazil at the start of the twentieth century

Génesis de la atención domiciliaria en Brasil al inicio del siglo XX

Stefanie Griebeler Oliveira^a
Maria Henriqueta Luce Kruse^b

**Como citar este artigo:**

Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e58553. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58553>.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58553>

RESUMO

Objetivo: problematizar as condições de possibilidade para o aparecimento da atenção domiciliária no início do século XX no Brasil.

Método: estudo de inspiração genealógica sobre a atenção domiciliária. O material empírico foi constituído por dois documentos legais sobre o tema publicados no Diário Oficial. A análise documental utilizou as ferramentas analíticas *poder*, *poder disciplinar* e *biopolítica*, inspiradas em Foucault.

Resultados: foram elaboradas duas categorias: “Vigilância no domicílio: as enfermeiras visitadoras e a tuberculose” e “Registros: o aparelho político e econômico”.

Considerações finais: A tuberculose, a nova profissão das enfermeiras visitadoras, os registros produzidos pela vigilância e a análise minuciosa das cidades conferiram à atenção domiciliária um caráter de vigilância, inspeção e controle voltado a conduzir as condutas dos indivíduos.

Palavras-chave: Vigilância da população. Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to discuss the conditions that enabled home care at the beginning of the twentieth century.

Method: study of the genealogical inspiration on home care. The empirical material consisted of legal documents on the subject that were published in the Official Journal. The documents were studied using analytical tools, such as *Power*, *Discipline* and *Biopolitics*, which were inspired in Foucault.

Results: two analytical categories were established, “home inspection: visiting nurses and tuberculosis” and “records: political and economic apparatus”.

Final considerations: tuberculosis, the new profession of visiting nurses, inspection records and the detailed analysis of the cities grant home care a nature of surveillance, inspection and control to conduct the behaviour of individuals.

Keywords: Population surveillance. Home care services. Home nursing. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: problematizar las condiciones de posibilidad para el apareamiento de la atención domiciliaria al inicio del siglo XX.

Método: se trata de un estudio de inspiración genealógica sobre atención domiciliaria. El material empírico fue constituído por documentos legales sobre el tema, publicados en el Diario Oficial. El análisis documental utilizó las herramientas analíticas *poder*, *poder disciplinar* y *biopolítica*, inspiradas en Foucault.

Resultados: fueron elaboradas dos categorías analíticas, “vigilancia en el domicilio: enfermeras visitadoras y la tuberculosis” y “registros: aparato político y económico”.

Consideraciones finales: la tuberculosis, la nueva profesión de las enfermeras visitadoras, los registros producidos por la vigilancia, y el análisis minucioso de las ciudades configuran la atención domiciliaria con carácter de vigilancia, inspección y control para mejor conducir las conductas de individuos.

Palabras clave: Vigilancia de la población. Servicios de atención de salud a domicilio. Atención domiciliaria de salud. Enfermería.

^a Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

No Brasil, diferentes expressões têm sido utilizadas para se referir à modalidade de assistência à saúde realizada no domicílio, de acordo com as demandas dos diferentes momentos históricos: atenção domiciliária, visita domiciliária, assistência domiciliária, internação domiciliária, cuidado domiciliário e *home care*. Tais expressões possuem configurações que ora se aproximam e ora se afastam, assemelham-se ou se diferenciam, funcionando com critérios variáveis de inclusão ou exclusão de distintos grupos sociais, conforme cada período histórico-cultural.

Mas como e quando ocorre a atenção à saúde na casa do doente? Desde a Idade Média ocorrem deslocamentos em relação aos lugares de tratamento e cura das doenças⁽¹⁻²⁾. Naquele período, já existiam os hospitais, cuja função era prestar assistência aos pobres e doentes que representavam ameaça à sociedade e, portanto, deviam ser retirados da circulação coletiva. Os locais de exclusão não objetivavam a cura e o cuidado dos enfermos, mas sim a salvação da alma, pois tais sujeitos já eram considerados seres morrentes e o hospital era considerado sinônimo de morredouro. A Medicina tinha caráter individual, atuando em paralelo às práticas hospitalares, apoiada na relação médico-paciente, na qual o profissional observava no corpo do doente o momento da crise da doença⁽¹⁾.

É somente no final do Século XVIII e início do século XIX que nasce a Medicina Social, de caráter coletivo, como forma de alavancar o capitalismo, uma vez que o corpo passa a ser tomado como objeto de produção e força de trabalho. Para a formação dessa medicina social, Foucault identificou três etapas: a Medicina urbana, a Medicina de Estado e a Medicina da força de trabalho⁽²⁾. Este artigo manterá seu foco em duas dessas etapas: a Medicina urbana e a Medicina de Estado, a fim de pensar a atenção domiciliária no Brasil, visto que ela nasceu como estratégia e tática de biopoder, para controlar, analisar e vigiar as pessoas em seus domicílios.

A Medicina urbana nasceu na França com a formação das cidades e a urbanização, inspirada no modelo de urgência, utilizado desde a Idade Média no controle das pestes. Nesse modelo, as cidades eram divididas em bairros (distritos), sob a responsabilidade de uma autoridade que os supervisionava. Inspetores eram responsáveis por percorrer as ruas, casa por casa, conferindo vivos e mortos e evitando que os doentes saíssem de suas moradias. Tais autoridades vigiavam o espaço urbano em busca do que pudesse causar doenças, controlavam a circulação, a qualidade do ar e da água, principalmente a distribuição e o controle das águas limpas ou servidas. É nesse período

que nasce a noção de salubridade, que diz respeito ao estado das coisas, não significando necessariamente saúde, uma vez que salubridade seria a base material e social para assegurar a melhor saúde aos indivíduos. Já Medicina de Estado, nasceu na Alemanha e objetivava o acompanhamento mais observacional e sistematizado, organizado em uma administração hierárquica, detalhando os papéis dos médicos. Além disso, também normalizou o ensino dos médicos. Salientamos que a Medicina Urbana teria como principal objetivo a circulação das coisas, para garantir a salubridade. E a Medicina de Estado se concentraria em observar a morbidade, além das notificações de nascimentos e mortes que ocorriam na França e na Inglaterra, sendo que tal organização médica visava a melhoria do nível de vida da população⁽²⁾.

No Brasil, o modelo de Medicina urbana inspirou a organização do Serviço Sanitário e de Assistência Pública de 1893, a cargo da Diretoria de Higiene e Saúde Pública. Nesse período, foram formuladas as ações que deveriam dar conta da fiscalização, do saneamento de localidades e habitações, e das instituições de produção de alimentos, por meio da polícia sanitária que podia adentrar às casas e realizar a inspeção para verificar as condições de higiene e recomendar a desinfecção. Em caso de não atendimento às notificações, eram aplicadas multas pelos comissários de higiene que tinham como atribuição orientar as pessoas sobre as moléstias, catalogar doenças, socorrer vítimas em caso de acidente e, quando houvesse a impossibilidade de tratá-las em casa, remetê-las ao hospital⁽³⁾. Pode-se dizer que tais ações produziram as primeiras informações sobre os espaços domiciliários e ajudaram na formação desses saberes.

Nessa mesma época, a febre amarela⁽⁴⁾ era uma epidemia importante e causava muitas mortes, assim como a tuberculose⁽⁵⁾. Em uma reunião da Academia Nacional de Medicina foi comentada a 'facilidade' das ações profiláticas, recomendando que fossem 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 tais resultados, mas há de ser assim enquanto o povo não tiver a educação moral e intelectual necessária para compreender o valor e importância dessas medidas [...]"^(6, p.3023).

As técnicas de inspeção e vigilância da conduta das pessoas então realizadas evidenciam a introdução do poder disciplinar e o entrelace de saberes médicos e políticos relacionados à sociedade civil e ao Estado, que organizavam as ações de controle das doenças e do espaço urba-

no, constituindo uma fórmula de sucesso que venceria não apenas a febre amarela, mas outros males⁽⁴⁾.

A Medicina urbana foi uma estratégia que deu conta de determinadas necessidades pelo fato de controlar a circulação das coisas e dos elementos, isolar os doentes em seus domicílios, registrar os vivos e os mortos e hierarquizar os serviços de higiene e saúde pública. Esse modelo apresentava bons resultados quando a moléstia já estava instalada, por isso era considerado de urgência, pois naquela época não se pensava em medidas preventivas, talvez pelo desconhecimento sobre o modo como a doença se instalava, o que impedia a proteção das pessoas. Embora houvesse razoáveis conhecimentos sobre o papel das bactérias, ainda não se considerava a ideia de promoção da saúde nos moldes que compreendemos hoje, quando conhecemos as relações entre saúde e condições de vida, pois na época pensava-se que fazer circular elementos, como água e o ar, era suficiente para conter as moléstias.

Estudos⁽⁴⁻⁵⁾ mostram que no fim do século XIX as movimentações médico-administrativas objetivavam a erradicação de males que acometiam o País, prejudicando física e economicamente a população. As águas, o saneamento e a limpeza das cidades eram o foco principal⁽⁴⁾. As aglomerações nas cidades eram vistas como responsáveis pela disseminação de doenças e, no final do século XIX, estabeleceu-se uma relação com o interior das casas. A relação dos inspetores com a casa e o doente ocorria quando a doença estava instalada ou quando havia suspeita de enfermidade. Assim, havia mais notificação de doenças, fiscalização e controle dos aspectos higiênicos do que cuidado com as pessoas, e mais vigilância e punição que rastreamento de riscos e prevenção.

A atenção domiciliária pode ser considerada uma das estratégias de poder sobre a vida, com o objetivo de fazer viver, por meio de ações de vigilância, inspeção, controle e análise, que permitiam melhorar os níveis de saúde da população. Este artigo busca problematizar as condições de gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX.

■ MÉTODO

Estudo de inspiração genealógica inserido na vertente pós-estruturalista foucaultiana, parte da tese intitulada "Melhor em casa? Uma história genealógica"⁽⁷⁾ que propõe desnaturalizar, colocando em suspensão verdades que fazem parte de um regime tido como verdadeiro. A intenção dessas pesquisas não é abordar o êxito ou a utilidade dos diferentes posicionamentos teóricos, e sim provocar um trabalho específico do pensamento que procura problematizar algo visto como familiar⁽⁸⁾.

O material empírico foi constituído por dois documentos legais relativos à atenção domiciliária em saúde, publicados no Diário Oficial da União (DOU). Esse material foi encontrado no sítio Jus Brasil (<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>), mediante busca realizada em maio de 2013. Os excertos selecionados foram transcritos para uma planilha Excel, na qual eram informadas a referência, o excerto, a autoria e identificação da ferramenta foucaultiana a ser utilizada para análise. As categorias empíricas foram elaboradas a partir das relações estabelecidas entre os enunciados nos diferentes períodos históricos. Os documentos analisados foram o Decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920⁽⁹⁾, Decreto n. 16.300 de 31 de dezembro de 1923⁽¹⁰⁾ e o comunicado da Directoria de Saneamento Rural de 1928⁽¹¹⁾. Esses foram selecionados pelo detalhamento dos conteúdos.

Para orientar a análise documental e compor o estudo foram utilizadas as categorias analíticas propostas por Michel Foucault, como forma de problematizar os discursos circulantes a respeito da atenção domiciliária: poder, em especial o poder disciplinar e a biopolítica.

O poder rege os enunciados e a forma como se organizam 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 eles se modificam e em outros não. O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito não é uma força que diz não, mas a que induz ao prazer, forma o saber e produz o discurso, constituindo uma rede produtiva⁽¹²⁾. O poder disciplinar inclui um conjunto de técnicas que permitem um controle minucioso do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças e impondo-lhe 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 uma relação que o torna mais obediente e útil⁽¹³⁾.

A biopolítica lida com a população como um problema político e consiste em uma estratégia para racionalizar os problemas da prática governamental. Vale-se da estatística, não para mudar algo no indivíduo, mas para intervir naquilo que é determinante na população, especialmente no conjunto de processos como nascimento, morbidade, mortalidade, isto é, naquilo em que é possível regular, de modo a levar ao equilíbrio, assegurar compensações e proporcionar segurança⁽¹⁴⁾.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise possibilitou construir duas categorias analíticas: "Vigilância no domicílio: as enfermeiras visitadoras e a tuberculose" e "Registros: o aparelho político e econômico".

Vigilância no domicílio: as enfermeiras visitadoras e a tuberculose

Em 1920, 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 e seria realizada, sobretudo, pelas enfermeiras visitadoras:

Art. 558. A vigilância dos doentes de tuberculose em domicílio 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 médico 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 domicílio sobre os doentes de tuberculose a seu cargo, visitando-os tão frequentemente quanto necessário for [...] IV. Fornecer à 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, discrição e suavidade; [...] VII. Distribuir e explicar as publicações da propaganda higienica e anti-tuberculosa nos domicílios visitados^(9, p. 9389).

A vigilância dos doentes no domicílio ampliou o poder governamental sobre a vida das populações, por meio de estratégias de controle dos espaços privados. Tal organização permitiu um entrelaçamento da Medicina Urbana e da Medicina de Estado, caracterizando um deslocamento entre esses modelos assistenciais. Com isso não se quer dizer que a Medicina Urbana tenha desaparecido, mas que perdeu ênfase, dando espaço à Medicina de Estado.

A Medicina Urbana tinha características higienistas, com atribuição de observar e registrar as condições do domicílio, bem como realizar o acompanhamento do doente em casa. A divisão da cidade em distritos permitia a análise minuciosa para verificar os acúmulos e garantir a circulação de elementos como ar e água. Todavia, a organização do Serviço de Profilaxia da Tuberculose marcou o surgimento da Medicina de Estado⁽²⁾ que objetivava o acompanhamento mais observacional e sistematizado, sob a forma de uma administração hierárquica, com definição dos papéis dos médicos. Ações de profilaxia começaram a ser exercidas por enfermeiras visitadoras, com objetivos de proteção

da saúde, evitando a proliferação de doenças, nesse caso, a tuberculose.

As relações de poder-saber entre os profissionais envolvidos na atenção domiciliária eram estabelecidas pela Inspectoria, composta por médicos que recebiam informações coletadas pelas enfermeiras visitadoras 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, pois não podiam tomar atitudes sem o conhecimento do médico, cuja atuação dependia dos saberes extraídos no ambiente domiciliar.

Nessas relações de poder também estavam envolvidos o paciente e sua família, pois para que o serviço da enfermeira fosse realizado, era preciso que fosse recebida no domicílio para que, com sua “conveniente vigilância higiênica”, fosse extraído um saber daqueles corpos. As enfermeiras visitadoras possuíam um saber que lhe atribuía o direito de dizer e fazer coisas. Dependiam da supervisão dos inspetores e esses dependiam das atividades que elas realizavam nos domicílios dos pacientes, para manter a “ordem”. Tais relações são um bom exemplo do poder microfísico, capilar, que circula 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 aceita-o e toma-o como algo natural, que passa a ser visto como necessário. No poder há sempre vários sujeitos em um 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 em suas malhas⁽¹⁰⁾.

À enfermeira visitadora cabia usar de determinação para corrigir os defeitos encontrados, mas com suavidade, benevolência e discrição, para que a correção tivesse o efeito desejado. Dois discursos cruzam-se para constituir a enfermeira visitadora: o do feminino e o do médico. A suavidade integra os discursos relacionados a ser mulher e a determinação, a discrição e a benevolência fazem parte dos requisitos do saber médico. O sucesso da intervenção do Estado dependia da articulação desses dois discursos.

Investigação que abordou o dispositivo médico higienista brasileiro no século XIX mostrou que o Estado utilizou os médicos para intervir nas famílias patriarcais, onde as decisões provinham do chefe da família, de modo que havia pouco espaço para a interferência sobre os indivíduos. A partir disso, pode-se dizer que as mulheres requisitadas para ocupar a função de enfermeiras visitadoras constituíram uma tática para intervir na vida da população, aden-

trando suas casas. No entanto, essa invasão teria que ser suave, benevolente e discreta para que fosse possível olhar, avaliar e extrair informação, produzindo um saber e corrigindo o que fosse necessário.

Mas quem eram essas enfermeiras visitadoras? O serviço de enfermeiras foi organizado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920 pela reforma sanitária proposta por Carlos Chagas, para ser o principal órgão federal da área de saúde, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O DNSP representou uma reforma na estrutura da saúde pública brasileira, principalmente pela possibilidade do governo atuar mais amplamente, não só na capital do País, mas nos principais portos marítimos e fluviais, especialmente com as doenças das populações do interior. Enquanto não havia enfermeiras formadas para atuar nos espaços de saúde, foram organizados cursos de curta duração para a formação de visitadoras:

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 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^(10, p. 3230).

Uma das características da Medicina de Estado era a normalização do ensino⁽²⁾, o que também ocorreu no caso das enfermeiras. A Medicina de Estado nasceu com a organização de um saber médico estatal. Quando se normalizou o ensino médico, definiu-se em que consistia a formação médica e os requisitos para a atribuição dos diplomas. Do mesmo modo, o saber da Enfermagem foi inicialmente organizado pelo Estado, pois as práticas eram subordinadas aos interesses do governo e, em especial, ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Havia ensino de Enfermagem no Brasil anteriormente, mas não dentro de normas e padrões desejáveis. A normalização do ensino de Enfermagem foi uma tática para o fortalecimento do Estado, quando a polícia sanitária deixou de intervir nos domicílios e esse espaço passou a ser ocupado por médicos e enfermeiras visitadoras.

Tal tendência na formação estava voltada para as necessidades do mercado de saúde reguladas pelo Estado naquele período⁽¹⁵⁾. 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 extensão das atividades exercidas no lar, junto aos filhos, marido e família. Desse modo, os sanitaristas pensavam que sua presença nos domicílios alheios era uma vantagem, devido às aptidões do gênero feminino para trabalhar com a coletividade no seio familiar⁽¹⁶⁾.

Analisando os escritos acerca do serviço de profilaxia da tuberculose, percebe-se um desdobramento desse tema: o esquadramento dos corpos e dos espaços que deveriam ser ocupados por eles.

§ 1.0 O isolamento do tuberculoso será em domicilio 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. 448. 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 domicilio, serão visitados pe-riodicamente [...] 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^(9, p. 9388).

Autorizado pelo Estado, o Departamento Nacional de Saúde Pública regulava o Serviço de Profilaxia da Tuberculose, estabelecendo que o isolamento seria feito conforme o conforto e condições favoráveis à cura. Tais condições eram vigiadas por inspetores sanitários e enfermeiras visitadoras que possuíam autorização para proferir saberes acerca da doença, realizar a profilaxia higiênica e ensinar os modos de proteção e cura da doença. Tais profissionais 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 as recomendações, a relação de poder seria estabelecida. No caso de resistência do doente, outra tática de poder deveria ser utilizada, não somente para vigiar, mas para punir. Em outras palavras: quando fossem identificadas situações de rebeldia e resistência aos saberes profiláticos ou precariedade econômica e social para a efetivação das orientações transmiti-

das pelos profissionais autorizados (enfermeiras visitadoras e inspetores sanitários), as relações de poder não podiam ser estabelecidas. Assim, os doentes eram punidos, sendo retirados do espaço do domicílio, onde a vigilância era periódica, e deslocados para as instituições de sequestro, tais como o hospital, a casa de saúde ou o sanatório. Esses lugares permitiam o controle e a vigilância dos corpos de forma mais direta e por tempo mais prolongado.

Em nossas sociedades, os sistemas punitivos funcionam com uma certa “economia política” do corpo, haja vista que o mesmo que não se recorra a castigos violentos ou sangrentos e mesmo quando se utilizam métodos sutis de trancar ou corrigir, sempre se trata do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e submissão⁽¹³⁾. Assim, o poder disciplinar opera nessas relações.

Também se tornou necessário classificar o doente que seguia os ensinamentos das enfermeiras e dos inspetores, daqueles que não o faziam, por pobreza ou rebeldia. A classificação possibilitava a ação do poder em cada corpo individual. Tal separação permitia o sequestro dos rebeldes para as instituições, retirando o “perigo” que representavam para os indivíduos sadios e também para os outros doentes em tratamento, pois sua “má” conduta poderia interferir na boa conduta dos mais dóceis.

Embora pudesse parecer que o que determinava o lugar de isolamento era o conforto e as condições ambientais, o que mais importava era o comportamento do doente, a docilidade de seu corpo. Docilizados, os corpos transformam-se em alvo das intervenções biopolíticas⁽¹⁴⁾ do Estado, de políticas e programas que estabeleciam as condutas, visando à produtividade das intervenções e ao controle da população.

Cabe salientar a emergência da Medicina de Estado naquele 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. A intervenção não se dava apenas no corpo que trabalha, mas no corpo dos indivíduos que constituíam o Estado. O que a Medicina deve aperfeiçoar e desenvolver não é apenas a força de trabalho, mas a força estatal, em seus conflitos econômicos e políticos com os Estados vizinhos⁽²⁾. Nesse período, o Brasil buscava o fortalecimento estatal, pois acaba de se desprender de uma economia escravista e estava se inserindo formalmente na ordem republicana. E foi por meio da ciência, da atuação médica, para a melhoria da qualidade de saúde da população que buscou seu desenvolvimento como nação⁽¹⁷⁾.

Naquele momento, a atenção domiciliária, ou seja, a vigilância dos doentes no domicílio, estava 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 atenção domiciliária.

Registros: o aparelho político e econômico

A vigilância hierarquizada, característica da Medicina de Estado, produziu muitos registros acerca das informações dos doentes de tuberculose, obtidas por enfermeiras, inspetores ou médicos. Tais registros eram levados aos seus superiores que deveriam fazer análises para a obtenção de um panorama da situação de saúde da população. 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 conhecimentos. De modo a controlar a tuberculose, o Departamento Nacional de Saúde Pública inseriu os cartórios de registro civil, comprometendo-os a emitir informações periódicas sobre os nascimentos, para a inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

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 Inspectoria 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^(9, p. 9389).

Assim sendo, o registro civil dos indivíduos foi captado também para a profilaxia e o controle da tuberculose. Foram necessários para obter informações individuais e coletivas sobre a vida das pessoas, com a finalidade de bem governar. Era necessário registrar quantos nasciam, mas não bastava somente quantificar, era preciso intervir. Tornou-se imprescindível obter informações sobre o sexo, a data de nascimento e o local de residência para poder acessar e intervir nessas populações.

O registro civil permitia não só conhecer o quantitativo da população, mas também sua localização. É o biopoder⁽¹²⁾ 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 os médicos tinham o poder, por meio da

aplicação de seus saberes, de adentrar nesses 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 que, posteriormente acumulados, constituíam os arquivos com saberes sobre a doença. Tal estratégia permitiu aos profissionais de saúde conduzir os hábitos dos indivíduos dessa população.

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⁽¹⁴⁾. Uma boa “disciplina” médica inclui os processos de escrita que permitem integrar informações em sistemas cumulativos, sem que se percam os dados individuais; e é preciso fazê-lo de tal maneira que a partir de qualquer registro geral se possa acessar um indivíduo e que, inversamente, cada dado pessoal possa repercutir nos cálculos de conjunto⁽¹³⁾.

Médicos e enfermeiras passaram a fazer o papel de educadores, apropriando-se dos saberes que iam sendo formados nessa lógica de higiene e profilaxia. Naquela época, a intervenção na saúde das pessoas realizada por meio da educação passou a ser mais sutil que as técnicas repressoras utilizadas e recomendadas ao final do século XIX. Tais técnicas eram utilizadas porque o povo ainda era “destituído” de educação para entender os benefícios das intervenções sanitárias. Proposta em 1920, a intervenção no domicílio por meio da educação só foi possível pela docilização dos corpos, processo que se iniciou no final do século XIX.

Muitos estudos^(15,18-19) mostram como os profissionais de saúde agregaram o papel de educador em saúde naquele período. Investigação⁽¹⁸⁾ que analisou discursos médicos referentes à higienização da escola no Paraná, no período de 1920-1937, constatou que os médicos recebiam uma nova função: a de educadores, com o objetivo de higienizar, cuidar e civilizar. Outro estudo⁽¹⁹⁾ sobre as imagens das visitadoras que circularam na Revista da Semana (1929) mostra o papel das enfermeiras como educadoras incumbidas de levar informações às famílias para a produção de melhores condições de vida. Essas imagens também pretendiam despertar o interesse de outras mulheres, estimulando-as a exercer a profissão.

Um relatório sobre o distrito de Santa Cruz, no Rio de Janeiro, consta o detalhamento da intervenção para contenção do surto da malária. Esse distrito possuía dez bacias hidrográficas e o período de inundações ocorria de novembro a março. O auge do surto seria em maio, e por isso a campanha era urgente.

Realizou-se o conhecimento topográfico completo do districto, e enquanto se levava a cabo o dessecamento de charcos, a rectificação de vallas, a policia 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 distribuam-se intensivamente doses de quinina gratuita a domicilio aos enfermos e convalescentes. Nesta fase de emergência que durou até junho, foram destruidos cerca de 1.600 criadouros de anophelinas. O cuidado e a 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^(11, p. 6404).

Eis um registro que permite conhecer como foram realizadas as atividades, inclusive com resultados numéricos. 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 morbidade. As estratégias e táticas utilizadas parecem ter sido efetivas, mesmo que organizadas em um curto período de tempo. A epidemia temida não ocorreu, o número de casos reduziu-se consideravelmente em relação ao ano anterior e houve a elaboração de um plano definitivo dos trabalhos.

Por isso, era importante a observação e o registro da inspeção feita nos diferentes distritos e regiões da cidade. E o que é a técnica de inspeção, se não a técnica de observação? Antes realizadas pelos policiais sanitários, não eram atravessadas pelo discurso médico. Tal técnica é utilizada até hoje no exame físico e na vigilância em saúde na Estratégia de Saúde da Família. O que é visto e observado, torna-se verdade, mediante o registro que poderá ser lido pelos demais membros da equipe.

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 de doentes e convalescentes, tiveram certa produtividade econômica e, de certa forma, política. Pode-se dizer que nas relações com os doentes estabeleceu-se o poder disciplinar, especialmente pelos exames e a medicação.

Assim, a vigilância do doente no domicílio ou a atenção domiciliária, que anteriormente funcionava para ex-

trair informações dos vivos, doentes e mortos como um instrumento de vigilância e controle exercidos pela polícia sanitária, vai sendo medicalizada. 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 de médicos e enfermeiras.

Além disso, o uso da estatística, também característica da Medicina de Estado, estava presente nas orientações do Departamento Nacional de Saúde Pública. Os números, as medidas e os índices adquiriram muita importância para as ações governamentais, tanto no âmbito político quanto no econômico, o que tornou possível gerar normas, estratégias e ações, como programas e campanhas para dirigir as condutas individuais e coletivas⁽²⁰⁾.

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

Nos postos do Distrito Federal foram matriculadas 2.307 pessoas que receberam 45.255 consultas [...] Effectuaram-se 30.975 visitas de inspeção domiciliar^(11, p. 6404).

Não há outra intenção de registrar o quantitativo dos procedimentos realizados, senão a demonstração da preocupação do Estado com a saúde da população, uma vez que com o registro podemos conhecer e controlar. Por outro lado, é registrando que se pode dizer coisas sobre o escrito, sendo que a contagem dos procedimentos já determinava certo controle sobre as populações.

A inter-relação entre números e as estatísticas são utilizadas para a instituição de verdades, permitindo a condução da conduta dos sujeitos. Os registros objetivam propor, acompanhar e avaliar as intervenções realizadas na população, permitindo quantificar os aspectos que interessam ao governo, formulando assim saberes que, construídos por diferentes instituições e *experts*, com base nos dados coletados, ajudam na formulação de decisões administrativas para manter e otimizar características desejáveis da população⁽²⁰⁾.

Tais registros produzem efeitos de verdade e formam saberes que possibilitam controlar e intervir nas populações, constituindo também os profissionais de saúde. Ao mesmo tempo em que vigiam a população, os registros possibilitam que os profissionais de saúde sejam constantemente vigiados, pelo quantitativo dos procedimentos realizados.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou mostrar como a atenção domiciliar configurou-se no Brasil no início do século XX. Para tanto, procurou avaliar como as intervenções utilizadas na vigilância,

inspeção e controle afastaram-se progressivamente do modelo da Medicina Urbana, aproximando-se da Medicina de Estado, e ainda como estas relações de poder-saber foram estabelecidas por mecanismos disciplinares.

Constatou-se que atenção domiciliar começou a tomar forma 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, efetuados pelas enfermeiras visitadoras, e pela reforma sanitária proposta por Carlos Chagas nos anos vinte desse século. A vigilância do doente no domicílio, a partir do acontecimento da tuberculose, assentou-se na criação da 'nova' profissão das enfermeiras visitadoras.

Os registros e os relatórios elaborados e publicados no Diário Oficial da União permitiram ao Estado brasileiro estabelecer orientações para bem governar os indivíduos e a população em relação às moléstias que se instalavam. Essa vigilância hierarquizada, bem como o uso de estatística, possibilitaram os saberes acerca das epidemias e configuraram a atenção domiciliar com um caráter muito mais de inspeção e controle que de cuidado.

Considerando que o poder disciplinar se estabelece a partir de tecnologias como a vigilância, a hierarquização, as inspeções e a escrita de relatórios, pode-se afirmar que a atenção domiciliar tem sua gênese no poder disciplinar estabelecido na época. O cruzamento dos saberes relacionados à tuberculose, à nova profissão das enfermeiras visitadoras, os registros produzidos pela vigilância e a análise minuciosa das cidades, organizados dentro da lógica do modelo de Medicina de Estado, conferiram à atenção domiciliar o caráter de vigilância, inspeção e controle, o que permitiu conduzir as condutas dos indivíduos para que se protegessem das doenças existentes. Assim, havia mais inspeção e controle do que cuidado, o que assegurava o controle do comportamento das pessoas, evitando as aglomerações que poderiam propiciar a transmissão de doenças infectocontagiosas.

Está é uma das análises possíveis sobre a gênese da atenção domiciliar no Brasil, pois em pesquisas pós-estruturalistas não há neutralidade do pesquisador, já que ele se entrelaça com seu objeto, construindo-o de forma artesanal, minimizando algumas coisas e maximizando outras. Ainda, para enfermagem, estudos nessa vertente de problematização de objetos históricos, como a atenção domiciliar, são fundamentais para pensar nossas práticas atuais, uma vez que as enfermeiras foram fundamentais para a configuração da atenção domiciliar naquele momento e, ainda permanecem sendo na configuração dessa modalidade de cuidado até os dias atuais.

■ REFERÊNCIAS

1. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p. 171-89.
2. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p. 143-70.
3. Estados Unidos do Brasil. Actos do Poder Executivo. Conselho Municipal. Título I: das repartições da saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1893 jun 23;Seção I: 2797-2803.
4. Gurgel CBFM, Silvestre MB, Teixeira DF, Romão M. Fragmentos da história da higiene e saúde públicas: a febre amarela em Campinas-SP no século XIX. *Rev Patol Trop*. 2014;43(2):111-20.
5. Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2012;10(3):226-30.
6. Estados Unidos do Brasil. Academia Nacional de Medicina. Sessão Ordinária, em 9 de julho de 1892. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1892 jul 19;Seção 1: 3023-3025.
7. Oliveira SG. *Melhor em casa? uma história genealógica [tese]*. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
8. Barbosa RLF. Foucault e a ética: algumas considerações. *Rev Aulas*. 2006-2007;(3):1-15. Dossiê Foucault.
9. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1920 jun 03;(Seção 1):9386-90.
10. Estados Unidos do Brasil. Atos do Poder executivo. Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923 aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. 1924 fev 01;(Seção 1):3199-314.
11. Estados Unidos do Brasil. Directoria de Saneamento Rural. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 06 mar. 1928. (Seção 1):6404.
12. Foucault M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2009.
13. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 41. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
14. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
15. Santos FBO, Marques RC. Egressas da Escola de Enfermagem Carlos Chagas: campos de atuação, 1936-1948. *Esc Anna Nery*. 2015;19(2):363-8.
16. Ayres LF, Amorim WM, Piva TCC, Porto FR. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos*. 2012;19(3):861-81.
17. Romero M. *Ciência, construção da nação e exclusão social, São Paulo-Brasil (1889-1930)*. Amériq Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM. 2015;(29).
18. Costa MCL. Influências do discurso médico e do higienismo no ordenamento urbano. *Rev ANPEGE*. 2013;9(11):63-73.
19. Deslandes AKM, Aguiar S, Neto M, Porto FR. A imagem do cuidado prestado pelas enfermeiras de saúde pública veiculada na Revista da Semana (1929). *Rev Latin-Am Enferm*. 2013;21(1):412-8.
20. Santaiana R. *Educação integral: do uso das estatísticas à produção de sujeitos aprendentes*. Textura. 2012jan/jun;(25):22-33.

■ Autor correspondente:

Stefanie Griebeler Oliveira

E-mail: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

Recebido: 22.11.2015

Aprovado: 21.03.2016