

“Ô de casa!¹”:

Uma Análise Foucaultiana da Atenção Domiciliar

Jéssica Siqueira Perboni², Stefanie Griebeler Oliveira³,
Fernanda Sant’Ana Tristão³

RESUMO

Objetivo: problematizar a atenção domiciliar em relação à sua organização, funcionamento e condução dos procedimentos exercidos pelos profissionais de saúde neste cenário. *Método:* Tratou-se de pesquisa qualitativa inserida nos Estudos Foucaultianos, realizada em um Serviço de Assistência Domiciliar de um Hospital de Ensino do Sul do Brasil, com 12 profissionais de saúde. Como técnica de coleta de dados foi utilizada a observação participante, no período de abril a agosto de 2018. Os dados foram organizados e analisados com ferramentas foucaultianas: subjetivação e poder. *Resultados:* Destaca-se as táticas utilizadas pelos profissionais de saúde para o acesso mais facilitado ao domicílio e ao corpo dos doentes, bem como o estabelecimento de relações de poder, que fazem modificações nos modos de vida dos pacientes e cuidadores. Além disso, o estudo aponta as (im)possibilidades do serviço, principalmente para a manutenção do paciente no ambiente domiciliar. Para que seja possível o cuidado no domicílio, os espaços são (re)configurados, materiais são disponibilizados, além de ser sinalizada a importância da presença de cuidador familiar 24 horas por dia. *Conclusão:* São estabelecidas estratégias de controle na atenção domiciliar, de modo que é realizado o governo dos corpos dos doentes crônicos, permitindo que se mantenham no domicílio, espaço agora institucionalizado.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; doença crônica; cuidados paliativos; pessoal de saúde.

“ANYBODY HOME?”: A FOUCAULTIAN ANALYSIS OF HOME CARE

ABSTRACT

Aim: to problematize home care in relation to its organization, functioning and conduct of the conducts performed by health professionals in this scenario. *Method:* It was a qualitative research inserted in the Foucaultian Studies, carried out in a Home Care Service of a Teaching Hospital in the South of Brazil, with 12 health professionals. As a data collection technique, participant observation was used from April to August 2018. Data were organized and analyzed with Foucault’s tools: subjectivity and power. *Results:* Tactics used by health professionals for easier access to the home and the bodies of patients, as well as the establishment of power relationships, which make changes in the ways of life of patients and caregivers were highlighted. In addition, study points out the (im)possibilities of the service, mainly for maintaining the patient in the home environment. For home care to be possible, spaces are (re)configured, materials are made available, in addition to signaling the importance of having a family caregiver 24 hours a day. *Conclusion:* Control strategies in home care are established, so that the bodies of the chronically ill are governed, allowing them to remain at home, a space now institutionalized.

Keywords: Home care services; chronic disease; palliative care; health personal.

RECEBIDO EM: 29/5/2020

ACEITO EM 21/7/2021

¹ “Ô de casa!” é uma expressão regional utilizada no Estado do Rio Grande do Sul como forma de chamar a pessoa que reside no domicílio.

² Universidade Federal de Pelotas. R. Gomes Carneiro, Centro, Pelotas/RS, Brasil. CEP 96010-610. <http://lattes.cnpq.br/4868464016262724>. <https://orcid.org/0000-0003-0097-1942>. jehperboni@yahoo.com.br

³ Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

Com as mudanças do perfil sociodemográfico no qual observa-se redução das taxas de fecundidade e o crescimento da expectativa de vida e consequentemente aumento das condições crônicas no Brasil, estratégias como a proposição de políticas públicas de atenção à saúde do idoso e de Atenção Domiciliar (AD)² no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) são elaboradas para regular as demandas do processo saúde-doença na atualidade. Com relação à AD estudo¹ aponta que o principal objetivo dessa estratégia é otimizar leitos hospitalares por meio da alocação de doentes crônicos em seus próprios domicílios, nos quais receberão assistência de equipe de saúde.

Discursos sobre a AD circulam norteados por quatro eixos: desospitalização, prevenção de alta precoce, prevenção de internações hospitalares e processo terapêutico humanizado. Isto é, o paciente retorna ao domicílio, onde terá mais conforto e ficará protegido de infecções hospitalares, recebe o cuidado da família com o apoio de equipe multiprofissional e, assim, pode recuperar-se com menos chances de (re)internações hospitalares. A AD, portanto, é entendida como dispositivo de segurança cujo local de cuidado é o domicílio e que organiza a vida dos pacientes e cuidadores a partir de recursos humanos e materiais que são disponibilizados¹.

Com base nas políticas públicas de saúde, destaca-se que a AD legitima o espaço da casa como local de práticas de saúde e, assim, incorpora modelo de cuidado com práticas voltadas para esse cenário². Atuar na AD, por consequência, consiste em um desafio para os profissionais, pois estão fora do ambiente hospitalar ou de serviços de saúde, com os quais estão mais familiarizados. Ademais, acentua-se a necessidade de reconhecer e de respeitar a singularidade do paciente e de sua família, adotando estratégias que atentem para suas necessidades, bem como de realizar intervenções terapêuticas de acordo com a realidade do domicílio³.

Além disso, estudos⁴⁻⁸ e documentos oficiais^{3,9} destacam a relevância da AD como estratégia de continuidade de atenção à saúde dos doentes crônicos que possibilita a diminuição nos custos ao mesmo tempo que aumenta a produtividade do cuidado (capacidade de realizar o máximo de trabalho possível com o mínimo de recursos necessários) destinado a essas pessoas, de forma que são assistidas por uma equipe de saúde, bem como têm acesso a recursos sem precisar sair de casa.

Aqui, entende-se que os profissionais de saúde são subjetivados pelos discursos voltados para a AD e que, perpassados por estes, conduzem suas condutas no domicílio. A opção pela expressão “condução de condutas” remete a uma das noções apresentadas por Foucault¹⁰, que entende que o exercício do poder se estabelece ao conduzir condutas e ordenar a probabilidade. Assim, o termo “conduta” significa o ato de conduzir os outros (ou seja, governar os outros) e a maneira como se comportam no campo de possibilidades (ou seja, governar seu

² Informamos ao leitor que iremos utilizar a sigla AD durante o texto para nos referirmos à Atenção Domiciliar.



comportamento). Pode-se afirmar, portanto, que, na AD, os profissionais de saúde governam a vida dos pacientes e dos cuidadores, fazendo modificações em seus modos de vida e dessa forma modificam as rotinas, os cômodos das casas, as formas de se alimentar, de organizar o cuidado, de viver, permitindo que eles se adéquem e até mesmo desejem essas modificações que configuram uma outra modalidade de atenção à saúde.

Foucault^{11,12} ensina a suspeitar e a problematizar os discursos que circulam, pois eles se constituem a partir de determinado contexto histórico. Por exemplo, no livro *O Nascimento da Clínica*, Foucault¹² afirma que o cuidado domiciliar, até o século 18, era o mais indicado para a recuperação da saúde, uma vez que o doente se encontrava no seio familiar, que, supostamente, teria a compaixão de cuidá-lo. Se fosse colocado no hospital, local que então era considerado um morredouro, tornar-se-ia uma dupla carga para a sociedade: além de estar impossibilitado de trabalhar, a assistência teria custo social. Além disso, sua família ficaria abandonada, exposta à miséria e à doença. Todos esses argumentos eram utilizados para que não ocorresse a hospitalização, pois os cuidados realizados pelos que cercam o doente nada custariam ao Estado.

A fim de desconstruir as “verdades” em relação à AD na atualidade (momento ou a época presente) é fundamental, portanto, problematizar o tema. Para isso, aqui são propostos os seguintes questionamentos: Como se configura o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no contexto de um município do sul do Rio Grande do Sul? Como são traçadas as estratégias possíveis para a manutenção do paciente e do cuidador no domicílio? Como são estabelecidas as relações de poder entre paciente, cuidador e profissionais de saúde?

Diante disso, objetivamos problematizar a atenção domiciliar em relação à sua organização, funcionamento e condução das condutas exercidas pelos profissionais neste cenário.

Os estudos foucaultianos utilizam o pensamento do filósofo francês Michel Foucault e seus atuais desdobramentos, tomando-os como perspectiva e se valendo de seus conceitos-ferramentas para a pesquisa. Desse modo, voltam-se à problematização de temas contemporâneos por meio de articulações entre as problemáticas foucaultianas e os discursos e as práticas atuais. Isso posto, discutir a temática da AD no cotidiano da saúde possibilita tensionar os regimes de verdade em circulação na sociedade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este texto trata-se de um recorte dos resultados de uma pesquisa de Mestrado Acadêmico em ciências do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, com abordagem qualitativa e análise foucaultiana¹³.

A pesquisa foi realizada no SAD de um hospital de ensino em uma cidade do sul do Brasil. O serviço realiza atendimentos domiciliares a pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Foram 12 os participantes convidados a participar do estudo, todos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos, técni-



cos de enfermagem, residentes das áreas de Psicologia e Enfermagem. Destaca-se que nenhum profissional recusou-se a participar do estudo.

Como critérios de inclusão foram determinados: ser profissional de saúde que realiza visitas regulares ao paciente e permitir que os resultados fossem divulgados no meio científico. Como critérios de exclusão foram definidos: profissionais de saúde que estivessem afastados e em licença médica ou em período de férias. Cabe ressaltar, porém, que, no período de coleta de dados alguns profissionais entraram em férias, mas retornaram ainda no período determinado para a coleta. Assim, continuaram sendo observados, de forma que esse critério de exclusão não se aplicou.

Como técnica de coleta de dados foi adotada a observação participante¹⁴. Para o registro das informações a partir das observações, foi utilizada uma caderneta, para posteriormente produzir as notas descritivas e reflexivas.

Para realizar a observação participante foi utilizado roteiro construído pelas pesquisadoras, no qual foram elencados certos aspectos a serem observados: relações dos profissionais com o paciente e a família, atentando para como são recebidos pelos familiares; como são repassadas as orientações; comunicação verbal e não verbal entre os membros da equipe e com os familiares; como se portam e abordam os pacientes e familiares; como são conduzidas as decisões terapêuticas tomadas pelos membros da equipe.

O trabalho de campo foi realizado de abril a agosto de 2018. O tempo foi adequado para a coleta das informações e a constituição do material empírico a partir de notas de campo descritivas e reflexivas. A inserção no campo ocorreu nas segundas-feiras à tarde, e nas quartas e quintas-feiras pela manhã, totalizando 190 horas e 20 minutos em 53 dias de observação. A média de horas realizadas em cada turno foi de 3 horas e 58 minutos. As notas descritivas totalizaram 160 páginas, formatadas em espaço simples, fonte Arial 12.

De posse do material empírico, no primeiro momento foi realizada a leitura das notas, o que permitiu a problematização inicial das informações. Em seguida, estas foram organizadas e categorizadas por meio do programa Ethnograph, versão 6.0 demo. Na sequência, foram feitos os questionamentos “Como se organiza e funciona a AD?” e “Como os profissionais de saúde conduzem as condutas para a assistência no domicílio?”

Depois da codificação, foi constituído o *corpus* de análise e realizada uma aproximação dos dados pelos temas “organização e logística do serviço”, “modos de adentrar no domicílio”, “(im)possibilidades para a AD”, “conhecer para conduzir” e “condução de conduta”, o que permitiu a elaboração das categorias analíticas “modos de acesso aos domicílios”, “sustentabilidade do paciente no domicílio: (im)possibilidades para a atenção domiciliar” e “relações de poder e estabelecimento de resistências na atenção domiciliar”.

Nos sujeitos, a subjetivação ocorre pelo modo como as práticas são experienciadas, de forma que estas passam a direcionar a relação das pessoas consigo mesmas.¹⁰ Para Michel Foucault, o poder se estabelece a partir de relações entre os indivíduos – por isso não é localizável nem considerado uma estrutura. O poder está por toda parte, a partir de relações móveis e instáveis, que se mo-



dificam o tempo todo. Para que seja estabelecida uma relação de poder é necessário que haja dois lados, dois indivíduos, pelo menos. Além disso, esses sujeitos devem ser livres; se não forem, estabelece-se uma relação de dominação. Nesse contexto, em uma relação de poder sempre há possibilidades para o estabelecimento de resistência por uma das partes¹⁵.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas aprovado pelo parecer de nº 2.574.959. Aos participantes da pesquisa foi lido e entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os participantes foram identificados pela letra P (de Profissional), seguida de um número sequencial (P1, P2, P3, etc.), observando as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹⁶.

RESULTADOS

A seguir serão apresentadas as nuances envolvendo a organização e o funcionamento da AD desde o acesso ao domicílio, da organização do serviço e dos espaços, até o modo como são conduzidas as condutas pelos profissionais de saúde. Para isso, foram construídas três categorias analíticas: “modos de acesso aos domicílios”, “sustentabilidade do paciente no domicílio: (im)possibilidades para a atenção domiciliar” e “relações de poder e estabelecimento de resistências na atenção domiciliar”.



Modos de acesso aos domicílios

A equipe de AD se organiza para adentrar o espaço domiciliar utilizando técnicas e táticas:

Nota descritiva 13/6/2018: Nos deslocamos ao primeiro domicílio. Chegamos na frente da casa e batemos palmas. Ficamos uns 15 minutos na frente da casa e a (P4) ligou para a sobrinha que cuida da paciente e para o filho que mora em outra casa, até que veio uma irmã dela que mora nos fundos e abriu o portão para nós.

Nota descritiva 18/6/2018: Chegamos na frente da casa e (P8) gritou “ô de casa!”... “dona “X” [cuidadora, esposa do paciente].

Nota descritiva 25/7/2018: Chegamos ao segundo domicílio. Como estava chovendo, o motorista buzinou para não precisamos chamar ou bater palmas na chuva. Buzinou várias vezes e ninguém atendia, até que (P12) desceu do carro e foi chamar perto do portão. A cuidadora em seguida ouviu e veio nos receber.

Após o estreitamento dos vínculos, com as relações estabelecidas entre os profissionais, os pacientes e os familiares, o acesso ao domicílio parece ter sido facilitado:

Nota descritiva 19/4/2018: Ao chegarmos ao primeiro domicílio, a equipe já foi abrindo o portão e o paciente permitiu a entrada da equipe.

Nota descritiva 3/5/2018: Chegamos à casa do paciente. O portão estava aberto e a equipe foi entrando... A porta estava só encostada e (P2) já foi abrindo a porta e chamando pelo nome do paciente.

Quando há obstáculos para o acesso aos domicílios, os profissionais estranham, uma vez que o acordo é que a família esteja pronta para recebê-los:

Nota descritiva 11/4/2018: Iniciamos a visita no primeiro domicílio. Foi possível observar que os profissionais, antes de baterem palmas ou chamarem, já foram direto abrindo o portão da casa; porém estava fechado, então tiveram de bater palmas. Relataram até estranhamento pelo fato de que a porta não estava aberta para eles.

Nota descritiva 16/4/2018: [deslocamento entre os domicílios] Passamos para o outro domicílio. Chegamos à casa e (P8) já foi abrir o portão, e achou estranho estar com o cadeado. Em seguida ligou, pois ninguém nos atendia... Nisso veio a esposa do paciente abrir o portão.

Sustentabilidade do Paciente no Domicílio: (im)possibilidades para a atenção domiciliar

Por vezes torna-se inviável manter o paciente no espaço domiciliar. Mesmo diante de todo o recurso ofertado, em algumas situações não é possível controlar os sinais e os sintomas:



Nota descritiva 19/4/2018: Iniciamos a rota e (P1) disse que teríamos de ir ao Hospital Universitário (HU) para visitar uma paciente que já estava morrendo... Que foi para o hospital porque estava com muita falta de ar, e a filha resolveu levá-la para que ela não ficasse sem o aporte de oxigênio, pois lhe dava uma angústia vê-la sem respirar. (P1) explicou que o SAD não dispõe de oxigênio, e isso é um problema para manter os pacientes em casa quando precisam desse aporte, pois é muito angustiante para a família ver o paciente com falta de ar, fazendo esforço... Eles não conseguem lidar com isso.

Por outro lado, há certas soluções interessantes que emergem no espaço domiciliar quando o paciente é admitido no SAD, como a organização tática do espaço para acomodação do paciente e dos insumos, e a replicação de instrumentos utilizados pelos profissionais de saúde, como uma espécie de prontuário, a partir das anotações para controle de sinais vitais:

Nota descritiva 10/5/2018: Entramos no quarto adaptado do paciente, pois fizeram uma divisória na sala. A peça é bem grande e tem uma cama para um acompanhante dormir ali com ele. A cama do paciente era hospitalar; havia um mosquiteiro, armários dos lados com várias medicações, fraldas, materiais. Além disso, havia várias anotações sobre as medicações e horários, como se fosse uma prescrição.

Nota reflexiva 10/5/2018: Por momentos, nos vem ao pensamento que os quartos se assemelhavam às enfermarias dos hospitais.

Também se destaca que, para a sustentabilidade do paciente no domicílio, é necessário um cuidador que possa apoiá-lo 24 horas por dia:

Nota descritiva 25/4/2018: Durante o deslocamento, (P4) e (P5) disseram que ele parecia um bebê, que ficava em posição fetal devido à dor e que era muito jovem. (P4) mencionou que estava preocupada com ele, pois o câncer está bem avançado e ele fica muito sozinho. [O paciente não possuía um cuidador 24 horas por dia. Seus pais o visitavam às vezes e ajudavam com alguns cuidados].

Relações de poder e estabelecimento de resistências na atenção domiciliar

O senso comum de que o paciente estará mais bem assistido em sua casa faz a AD se configurar como real possibilidade de o paciente ficar mais confortável e sentir-se amparado. Esse discurso, porém, pode fazer os pacientes resistirem à internação hospitalar:

Nota descritiva 14/5/2018: A paciente possui uma massa tumoral no abdome; porém em uma parte estava quase rompendo e com hiperemia, e isso estava incomodando a paciente, pois doía muito. Então (P8) e (P7) palpam a massa e viram que poderia ser abscesso. Nesse momento explicaram à paciente que ela teria de ir ao Pronto Socorro (PS) para que lá os médicos pudessem drenar aquele abscesso antes que ele rompesse em casa [...]. [A paciente demonstra preocupação e não estar de acordo em se deslocar ao PS]. Então (P7) disse que ela tinha que ir, porque isso era sério, que depois ela voltaria para casa e o SAD continuaria atendendo-a em casa, que ela não se preocupasse.

A partir dessa modalidade de atenção e no exercício das relações de poder haverá resistências e, até mesmo, desobediência por parte dos pacientes e cuidadores com relação à equipe:

Nota descritiva 23/4/2018: No deslocamento em direção ao terceiro domicílio, (P8) disse que ela [cuidadora] quer tomar conta de tudo, que inventa a rotina do jeito dela. Muitas vezes ela administra a medicação da maneira que ela acha melhor, e não da forma que foi prescrita. Devido a isso, muitas vezes o paciente continua com dor ou não consegue controlar os outros sintomas. (P8) e (P9) falaram que já conversaram várias vezes com ela em relação a isso e que não adianta... Então já conversaram com ele também, sozinhas, e ele disse que não quer dar mais trabalho para ela e então ele não briga e aceita as coisas do jeito que ela quer. Além disso, (P8) observou que essa questão de a familiar não aceitar o tratamento e não compreender a necessidade de manter a administração conforme a prescrição dificulta muito o processo de trabalho. E que elas nunca sabem se ele está mesmo com dor, se ela deu mesmo a medicação ou se trocou por conta própria. Ela disse ainda que tenta falar para a familiar que é importante que ela faça o tratamento completo, para evitar que ele tenha os sintomas da doença.

Para as relações de poder serem estabelecidas, são realizados acordos, como a necessidade de o paciente estar no domicílio ou avisar a equipe caso for sair:



Nota descritiva 29/8/2018: Então (P1) disse “Tu conheces o programa? [...] Nós fazemos o controle de sintomas, mas não trabalhamos com a cura... A cura é com a tua oncologista...”. A paciente parecia conhecer o programa, porém emergiram dúvidas sobre a necessidade de ficar o dia todo em casa à espera da equipe. (P1) então disse que sim, que ela podia sair quando quisesse, caso se sentisse bem, e se fosse em lugares afastados era só avisar que a equipe não iria no turno ou no dia que ela quisesse sair. Explicou que ela não estava em prisão domiciliar [Todos rimos neste momento].

DISCUSSÃO

A fim de agilizar o acesso e o reconhecimento da equipe pelos pacientes e familiares, os profissionais de saúde chamam, ligam ou buzina taticamente no portão da casa. Às vezes, expressões informais como “ô de casa!” são utilizadas para chamar a atenção dos familiares e acessar o domicílio. Em outros momentos, os profissionais comportam-se de maneira mais formal, no entanto, com o passar do tempo a formalidade entre profissionais e pacientes tende a diminuir, especialmente pelo estreitamento das relações, o que também faz os modos de conduzir as práticas de cuidado se modificarem.

A forma como o encontro entre paciente/familiares e equipe se constitui depende da postura dos profissionais, de seu conhecimento técnico e de sua capacidade de criar vínculo, bem como do quanto valorizam as crenças, os saberes e os desejos do paciente, e, por consequência, de como gerenciam o cuidado³. Ressalta-se, ainda, que a AD é realizada no espaço domiciliar, que é o espaço do paciente – por conta disso, os profissionais precisam estar atentos e ter mais delicadeza ao conduzirem suas práticas, sempre de forma personalizada, com foco no paciente¹⁷. Com relação ao acesso ao espaço domiciliar, os profissionais utilizam técnicas e táticas que se originam de seus saberes para estabelecer as relações de poder necessárias em cada caso: ora com condução mais informal, ora adotando uma postura formal.

A rede discursiva da AD produz sujeitos que ocupam seus espaços a partir da distribuição dos profissionais que guiam as condutas do sujeito adoecido e de sua família. Esses profissionais, portanto, podem adentrar o domicílio de modo mais facilitado, pois, quando o paciente é admitido no serviço, é informado de que a equipe fará o atendimento diário – assim, rompem-se as barreiras que poderiam dificultar o acesso ao domicílio. Com isso, tanto as portas físicas quanto as de concessão de acesso ao espaço são abertas, possibilitando que os profissionais de saúde adentrem o domicílio e conduzam as práticas de cuidado. Dessa forma, o domicílio é institucionalizado e permite que a equipe de saúde o entenda como espaço de extensão do hospital, em que se pode agir, intervir, conduzir, controlar e também ter acesso aberto e ilimitado.

Manuais de AD, a exemplo do *Caderno de Atenção Domiciliar*, cujo volume 2 foi publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, são importantes instrumentos na constituição de saberes envolvendo desde a postura ética da equipe até o modo como se estabelece vínculo com o paciente e seus familiares³. Ademais,



também constituem os saberes da AD os estudos^{6-7,18} que identificam que o fortalecimento de vínculo com a equipe e a assistência baseada no afeto, no respeito e na formação de laços contribuem para a continuidade do cuidado.

Em resumo, estar atento às necessidades dos pacientes e dos cuidadores, ouvi-los, investir na criação de vínculo e coletar informações sobre suas organizações são ações que ajudam a formar os saberes constituintes da AD. Os profissionais devem conhecer para melhor conduzir, criando estratégias que possibilitem a permanência do paciente no domicílio.

Os discursos são selecionados a partir de um jogo de poder que permite que circulem durante determinado período, constituindo sujeitos e, portanto, conduzindo suas atitudes¹⁹. Neste jogo, voltado para a AD, os discursos são controlados com o propósito de tornar o domicílio um espaço produtivo, que possibilite a continuidade da assistência ao doente crônico, bem como de otimizar os recursos utilizados. A discursividade sobre a AD forma saberes que subjetivam e norteiam a conduta dos profissionais de saúde. Com isso, a partir dos efeitos desses discursos são estabelecidas as estratégias de acesso aos domicílios.

O espaço domiciliar pode ser considerado tanto público quanto privado. Privado devido ao fato de as relações da família ocorrerem de modo singularizado dentro dos espaços da casa, e público a partir do momento em que o espaço da casa dialoga com o espaço da rua, abrindo suas portas, permitindo que agentes estatais adentrem e façam possíveis intervenções²⁰. O domicílio, então, apresenta-se como local em que a equipe pode conduzir intervenções, pois, ao mesmo tempo que é considerado local íntimo do paciente e de seus familiares, também é campo de atuação dos profissionais de saúde, que adentram esse espaço orientando e propondo modos de cuidado e modificações²¹. Assim, os profissionais passam a se sentir intimamente ligados com a prática de adentrar os domicílios sem a necessidade de pedir permissão.

Mediante pactuação estabelecida na admissão do paciente no SAD e legitimada pela política estatal, os profissionais de saúde são autorizados a adentrarem o espaço domiciliar. Assim, devido ao lugar que ocupam e às relações de saber-poder estabelecidas, os profissionais têm acesso facilitado à casa do paciente. Nesse sentido, quando os profissionais encontram obstáculos para acessar o domicílio, é gerado certo estranhamento, pois na admissão do serviço da atenção domiciliar foi pactuada a autorização da entrada nesse espaço. É, portanto, preferível que não ocorram tais obstáculos, devido ao tempo ocupado dos profissionais para resolverem situações que deveriam ser fluidas nas relações.

As estratégias de poder estabelecidas estão por todos os lados, produzindo-se a cada instante, em toda a relação entre os sujeitos. Nesse sentido, o poder não é uma instituição, uma estrutura nem algo que se possa adquirir, tomar posse, prender ou soltar, tampouco é dote de alguns, mas, sim, é exercido em meio a relações desiguais e móveis¹⁰. Nesse contexto, pode-se pensar que profissionais de saúde exercem poder por meio de suas relações com os pacientes e os cuidadores, utilizando táticas como o vínculo para que a condução dos procedimentos possa ocorrer mais facilmente e, então, o tempo de atendimento da equipe seja otimizado.



Fatores como variações linguísticas e desigualdade social e cultural, entretanto, são apontadas como barreiras para a comunicação efetiva. Nesse viés, sugere-se que os profissionais invistam na horizontalidade das relações estabelecidas por meio do tratamento empático dos pacientes e de suas famílias na tentativa de aperfeiçoar a comunicação e estabelecer vínculo¹⁸. Ruídos de comunicação entre os cuidadores e os profissionais de saúde na AD são apontados como um grande obstáculo para o estabelecimento das relações, bem como para a realização dos cuidados com qualidade²².

Cabe destacar que onde há relações de poder há resistência e desobediência, pois as relações de poder são estabelecidas entre pessoas livres. Se há poder, há liberdade por todo lado; assim, existe a possibilidade de haver resistência, seja de fuga, de resistência violenta ou de subterfúgio, seja de estratégias que possibilitem a inversão da situação¹⁵. Nas relações de poder estabelecidas entre profissionais de saúde e cuidadores/pacientes, pode haver resistência de ambos os lados. Os profissionais podem achar estranha a situação de cuidado em domicílio e, então, não se sentirem tão à vontade, e os cuidadores e pacientes podem criar estratégias de resistência em relação ao cuidado ofertado, não seguindo as orientações dos profissionais e/ou criando obstáculos para o acesso da equipe ao domicílio.

Quando as visitas domiciliares ocorrem de forma consentida, sem interrupções, as condutas são realizadas de modo mais ágil, permitindo rápido deslocamento da equipe para outro domicílio. Quando há resistência, no entanto, os atendimentos são mais demorados, exigindo da equipe novas repactuações. Esse movimento, contudo, também pode ser produtivo, pois a equipe passa a buscar outras técnicas e táticas para o estabelecimento das relações.

Às vezes, o controle dos cuidados ao paciente escapa das garantias de cuidado da AD, cuja intenção é controlar os sintomas que possam ser manejados em domicílio. Há situações decorrentes do adoecimento que não se pode controlar no espaço domiciliar, especialmente pela falta de alguns recursos que só estão disponíveis em hospitais, a exemplo do aporte de oxigênio. Assim, caso esses recursos sejam necessários para o manejo dos sintomas, será preciso acessar outros fluxos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientados pelas redes discursivas em torno do SUS.

Dessa forma, intercorrências, advindas ou não do agravamento da doença, dificultam a realização do cuidado no domicílio justamente pela falta de possibilidade de manejo, fazendo com que os cuidadores fiquem apreensivos e que haja deslocamento do paciente para outros serviços da rede de saúde²². Estudos^{6,8,23} apontam para a falta de diálogo e de articulação com os demais serviços da RAS como uma dificuldade enfrentada pela equipe de saúde. Ademais, ainda é destacada a inflexibilidade do horário de funcionamento da AD como barreira ao cuidado efetivo²³.

Cabe, aqui, ressaltar que o *Caderno de Atenção Domiciliar* propõe a disponibilização de diversos recursos aos pacientes, como o aporte de oxigênio por ventilação mecânica não invasiva, para que seja possível o manejo dos sintomas em domicílio. O documento ainda destaca que a oxigenoterapia, de acordo com



a necessidade e desde que acompanhada pela equipe de saúde, aumenta a qualidade de vida e a sobrevivência do paciente³.

Alguns estudos^{6,8,23} mencionam fatores que fragilizam o manejo do paciente no domicílio, principalmente em situações de intercorrências, como a estrutura organizacional da articulação da AD na RAS. Por outro lado, também sinalizam estratégias que são utilizadas para que os problemas possam ser minimizados. Esses discursos subjetivam os profissionais de saúde, fazendo com que realizem suas condutas a partir desses atravessamentos.

As barreiras ao cuidado destacadas, como a falta de recursos e de materiais para a garantia do manejo do paciente no domicílio, implicam a fragilidade tática da AD, o que pode comprometer sua funcionalidade e as relações de poder estabelecidas. Para Foucault¹¹, o poder é exercido como uma estratégia, e seus efeitos de dominação não são de posse ou de “apropriação”, pois ele se funda a partir de táticas, de técnicas e de formas de funcionamento.

Isso posto, para que seja possível atender às necessidades dos pacientes quando o controle de sintomas no domicílio não é viável, os profissionais os conduzem, junto com os cuidadores, a outros pontos táticos da RAS. Assim, mesmo em circunstâncias que fogem das tramas de controle da AD, os profissionais utilizam táticas de poder para realocar os pacientes e seus cuidadores em outros pontos de atenção da RAS, garantindo a funcionalidade da AD.

Essas fragilidades do serviço levam os cuidadores a procurar outros profissionais, de serviços tanto públicos quanto privados, na tentativa de sanar suas necessidades. Assim, os cuidadores organizam seus próprios mapas de saúde, utilizando a criatividade para resolver possíveis problemas²⁴. Desse modo, são estabelecidos movimentos de resistência por parte dos cuidadores, que recorrem a profissionais e a serviços paralelos para sanar demandas que julgam não estarem sendo atendidas pela equipe de saúde da AD.

A admissão de uma pessoa na AD requer reorganização da estrutura familiar tanto em relação às tarefas diárias quanto em relação aos cômodos utilizados para acomodar o paciente. O ambiente passa a adquirir arquitetura semelhante àquela das enfermarias dos hospitais, com diversos móveis e materiais parecidos ou iguais aos encontrados em um serviço de saúde. O quarto no qual o paciente ficará alojado deve ser reconfigurado para que seja possível realizar o cuidado domiciliar de forma otimizada. É fundamental que esse cômodo seja de fácil acesso e que possibilite o fácil manejo do paciente. Assim, a disposição tática dos móveis, dos sujeitos e dos materiais é necessária para otimizar o tempo tanto para a equipe de saúde quanto para os familiares que cuidam do paciente.

Ao redor do leito do paciente são dispostos os materiais e os medicamentos necessários para a realização do cuidado, bem como cadeiras para acomodar visitas. Esses aparatos há muito tempo fazem parte da configuração do hospital, modulando as práticas em saúde, e, na AD, estendem-se ao domicílio, dando seguimento à medicalização da vida. O hospital modifica o modo como são conduzidos os cuidados no domicílio e vice-versa²⁵. Assim, o domicílio torna-se um espaço medicalizado, pois, além da disposição de medicamentos e de materiais, as famílias podem confeccionar alguns materiais parecidos com os que viram no



hospital. O que se observa é que a família reorganiza o ambiente domiciliar para que fique semelhante ao hospitalar na tentativa de reproduzir a sensação de segurança dentro do domicílio²⁰.

As relações de poder são estabelecidas pela distribuição dos corpos de forma tática nos espaços¹¹, a fim de facilitar o governo do paciente e do cuidador no domicílio. Assim, a organização das casas e dos espaços permite a funcionalidade da AD, facilitando o acesso da equipe e o manejo do doente pelos seus familiares. Organizar o domicílio de forma tática, procurando reproduzir a arquitetura hospitalar, torna a AD mais produtiva. Logo, se o paciente está em local de acesso facilitado e os móveis estão organizados como em um hospital, a equipe e os familiares podem realizar o cuidado de forma mais eficaz.

Entre as (im)possibilidades para manutenção do cuidado no domicílio está a presença de cuidador familiar que seja os olhos da equipe de saúde. Na ausência de um, a equipe tenta permanecer um pouco mais com o paciente, pelo menos até a conclusão de infusões, por exemplo. É inviável, todavia, que a equipe permaneça por muito tempo no domicílio, pois precisa atender outros pacientes. Eis, então, uma das impossibilidades para a AD: cuidador ausente. Assim, para o paciente ser admitido na AD é necessário que tenha cuidador as 24 horas do dia. O cuidador, portanto, passa a ser um agente importante tanto para o processo de cuidado quanto para a possibilidade de manutenção da AD.

Segundo os discursos que circulam a respeito da AD, o paciente “desejável” é aquele que se encaixa em determinadas variáveis em relação a aspectos clínicos, socioeconômicos e ambientais. Aqui, destaca-se a necessidade da presença de cuidador capacitado para o cuidado, que seja referência para a equipe de saúde³. Ele constitui estratégia para a continuidade do cuidado, bem como representa o elo entre equipe e paciente⁵. Por esses motivos, com o passar dos anos os cuidadores passaram a ser incluídos na biopolítica da AD, e hoje são considerados fundamentais na continuidade dessa modalidade de atenção²⁶. Assim, pode-se afirmar que a AD governa os “improdutivos”, tornando um dos familiares do paciente (no caso, o cuidador) “produtivo”¹.

Na previsão da alta hospitalar do paciente, é necessário que a equipe de saúde identifique o cuidador em potencial e comece a estabelecer um vínculo com ele. Trata-se de um momento oportuno para que os profissionais compartilhem seus saberes com o cuidador, dando-lhe orientações e instruções que o capacitem para realizar o cuidado²⁷. Estudos^{4-5,7} indicam a necessidade da presença de um cuidador para que a AD seja mantida, destacando o cuidador como “peça” central na configuração da AD na atualidade.

A partir disso, no domicílio, então institucionalizado como uma extensão do hospital, são estabelecidas táticas para o funcionamento da AD, de modo que cada sujeito ocupe seu devido lugar. O paciente sinaliza os sinais e os sintomas, os profissionais de saúde realizam as condutas e o cuidador intermedeia as relações entre a equipe e o paciente, além de realizar as ações de cuidado. Assim, há uma produtividade nas relações estabelecidas entre os envolvidos no cuidado na AD.



Com a possibilidade de internar na AD, os pacientes passam a experienciar outra modalidade de cuidado, recebendo o atendimento necessário sem sair do domicílio, no conforto do seu lar, junto a seus familiares. Assim, após experienciarem a internação na AD, os pacientes passam a ver o hospital com outros olhos, como se a instituição fosse um local desconfortável. Nesse viés, é possível pensarmos que se faz necessário que a equipe de saúde promova o cuidado, atentando para as necessidades dos pacientes e de suas famílias, de forma que estes possam sentir-se bem assistidos e, por consequência, passem a preferir esse modelo de atenção no lugar da internação hospitalar.

No *Caderno de Atenção Domiciliar* lê-se que o domicílio é um espaço no qual o paciente em fim de vida poderá ter mais “autonomia” por estar em ambiente conhecido, além de preservar sua privacidade e sua rotina, realizar atividades de lazer (mesmo que de forma adaptada), alimentar-se melhor e ser valorizado a partir de sua história, de sua singularidade³.

Diante disso, pacientes e familiares enxergam a internação no espaço domiciliar como uma chance de terem mais conforto, tranquilidade, suas próprias regras e organização, sem precisarem se deslocar. Assim, diante da possibilidade de retorno ao hospital, passam a comparar os dois espaços e, por consequência, a rechaçar o ambiente hospitalar por questões como regras, horários e a obrigação de dividir o espaço com outras pessoas²⁸. Por esses e outros motivos, estar em um hospital despoja as pessoas de suas identidades, fazendo com possam resistir em retornar à instituição e tenham preferência pela internação domiciliar.

No contexto da AD, pode haver resistência por parte dos cuidadores em relação às conduções dos profissionais, especialmente devido ao estabelecimento de relações de saber-poder. No domicílio, por estarem em local familiar, os cuidadores e os pacientes sentem-se mais à vontade para opinar e resistir. No hospital, por outro lado, acabam por não ter a mesma liberdade, pois, nesse local, predomina a presença dos profissionais e a tecnologia disciplinar que circula por meio de rotinas e regras. Na AD, entretanto, também são produzidas relações de saber-poder a partir de técnicas que os profissionais utilizam para o estabelecimento dessas relações, por exemplo, tentativas de diálogo com o cuidador, reunião da equipe para propor intervenções, etc.

Nas relações de poder, por envolverem sujeitos livres, ocorre tanto obediência e desobediência quanto resistência e consentimento¹⁵. Em estudo sobre o “desobedecer”²⁹ é identificado que esse ato é a manifestação da animalidade estúpida, rude e rebelde do ser humano. Por outro lado, obedecer significa fazer o que o outro solicita que façamos, o que nos coloca no patamar da humanidade “normal”. Nesse sentido, a obediência incondicional abre caminho para o processo de humanização – é preciso aprender a obedecer sem pensar. Em seguida, é necessário aprender a obedecer voluntariamente a alguém; ou seja, obedecer a um senhor, superior. Trata-se de dominar o animal que há em cada um. Assim, a obediência humaniza, enquanto a desobediência é monstruosa.

Ora, isso desperta uma questão importante: o desobedecer implica a responsabilidade de quem desobedeceu, mas o simples obedecer não traz problema algum nem responsabilidade²⁹. Assim, podemos pensar que os pacientes e os cuidadores tentam escapar das tramas de controle da AD traçando linhas de



fuga, como a desobediência aos profissionais de saúde, resistindo a entrar na ordem do discurso, e que isso ainda pode implicar responsabilização.

Foucault, entretanto, aponta que, para que a relação de poder seja possível, é preciso que exista, dos dois lados, a possibilidade de certa forma de liberdade, permitindo que também haja possibilidade de resistência, pois sem certos modos de resistência, seja violenta, de fuga ou de estratégias que possam inverter a situação, não há relação de poder. Além disso, nas relações de poder, pode haver estados de dominação, como nas relações de marido e mulher nos séculos 18 e 19, por exemplo, quando não havia só o poder do homem, visto que a mulher fazia movimentos de resistência ao enganá-lo ou ao recusar-se sexualmente, mas se mantinha em um estado de dominação, pois, mesmo com a resistência, a situação jamais se invertia¹⁵.

Nessa lógica, mesmo que o domicílio seja um espaço institucionalizado, governado pelo Estado, e que sejam estabelecidas relações de poder entre profissionais, pacientes e cuidadores, o domicílio continua sendo de domínio dos dois últimos. Mesmo, portanto, com o estabelecimento de relações de poder dentro dos domicílios, os pacientes e cuidadores fazem movimentos de resistência e traçam suas próprias linhas de fuga na tentativa de sanar suas necessidades, ainda que, para isso, vão de encontro às orientações profissionais.

É possível pensar que se produz controle nessa discursividade para o bom andamento do SAD. A AD, portanto, não deixa de ser uma estratégia de controle, uma vez que, ao adentrar os domicílios, os profissionais de saúde, por meio de seus saberes, extraem informações dos pacientes, movimentam suas rotinas e conduzem suas decisões. Com isso, os indivíduos são controlados mesmo que estejam fora dos muros institucionais, pois ainda assim são estabelecidas relações de poder remetendo à possibilidade de que os pacientes agora parecem ser “prisioneiros” da AD, pois suas condutas são controladas por uma equipe de saúde que adentra seus domicílios e os controla, classifica e normaliza.

Cabe destacar que, no século 20, as disciplinas estavam relacionadas a meios de confinamento organizados dos quais o sujeito participava, saindo de um e entrando em outro – primeiramente na família, depois na escola, depois na fábrica, por momentos no hospital e, em alguns casos, na prisão. Os sujeitos eram distribuídos nesses locais, organizados e disciplinados. Na sequência, após a Segunda Guerra Mundial, esses espaços de confinamento entraram em crise e passaram por reformas, aparentando estar condenados. Depois, passou-se para uma fase de gerenciamento das agonias desses espaços, com o intuito de ocupar as pessoas, até a instalação de novas forças, pois temer e esperar não era o bastante: era preciso buscar outras armas para lidar com o “problema”. Desse modo, as sociedades de controle passaram a substituir as sociedades disciplinares³⁰.

O deslocamento do paciente para o domicílio envolve a disposição de recursos materiais e humanos que possibilitem a realização do cuidado. A equipe de saúde passa a se deslocar ao domicílio, de modo que mantenha o paciente lá, à disposição, a partir de tecnologias de controle, pois, mesmo sendo proposta outra configuração, o paciente ainda terá um prontuário, com todas as informações de fácil acesso. Assim, observamos que não há limites definidos nesse des-



locamento – o paciente sai de um local de confinamento para o domicílio, onde terá certas “liberdades”, mas a partir de uma sociedade de controle¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao problematizar a atenção domiciliar em relação à sua organização, funcionamento e condução dos procedimentos exercidos pelos profissionais de saúde, é possível observar que a mesma se configura em outro modelo de atenção que propõe modos diferenciados de assistência: ora semelhante à prestada em ambiente hospitalar, ora distinta. É possível pensar, entretanto, que outras estratégias de controle são estabelecidas na AD. No contexto dessa estratégia de regulação do processo saúde-doença, os corpos dos pacientes crônicos são controlados no domicílio, local que viabiliza a realização de cuidados ao mesmo tempo que possibilita um maior conforto do paciente e a promoção de sua qualidade de vida.

Subjetivados pelos discursos que circulam em relação aos temas AD e cuidados paliativos, os profissionais de saúde delineiam estratégias de atendimento para terem acesso aos domicílios e ao corpo dos pacientes. Assim, passam a exercer suas condutas de cuidado no espaço domiciliar, criando “regras” para organização e controle do fim de vida de pacientes crônicos. A AD, portanto, embora possibilite a continuidade do cuidado em espaço familiar, configura-se como modalidade de atenção que disciplina o corpo dos doentes crônicos a partir de táticas que os mantenham no domicílio, espaço agora institucionalizado.



REFERÊNCIAS

- ¹ Oliveira SG, Kruse MHL. Melhor em casa: dispositivo de segurança. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1):1-9.
- ² Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde. [citado em 20 de março de 2020]; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
- ³ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde: Brasília [citado em 10 de abril de 2020]; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
- ⁴ Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(3):903-912.
- ⁵ Paiva PA, Silva YC, Franco NFS, Costa MFRL, Dias OV, Silva KL. Serviços de atenção domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. *Rev. Bras. Promoç. Saúde.* 2016;29(2):244-252.
- ⁶ Procópio LCR, Seixas CT, Avellar RS, Silva KL, Santos, MLM. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. *Saúde em Debate.* 2019;43(121):592-604.
- ⁷ Silva KL, Silva YC, Lage EG, Paiva PA, Dias OV. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. *Cogitare Enferm.* 2017;22(4):1-9.
- ⁸ Weykamp JM, Siqueira HCH, Cecagno D, Medeiro AC, Paula SF, Pedrosa VSM. Serviço de Atenção Domiciliar e as Redes de Atenção à Saúde. *Rev. Pesq. Cuidado é Fundamental.* [Internet]. [citado em 19 de março de 2020];; 2019.11(5): 1.117-1.121. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6644/pdf_1

- ⁹ Ministérios da Saúde (BR). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [citado em 20 de abril de 2020]; 2018. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/11/2018&jornal=515&pagina=276>
- ¹⁰ Foucault M. O sujeito e o Poder. In: Rabinow P, Dreyfus H. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
- ¹¹ Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
- ¹² Foucault M. O nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2015.
- ¹³ Perboni S. Modos de subjetivação dos profissionais de saúde para o cuidado frente à morte e morrer na atenção domiciliar. Pelotas. [Dissertação] – Universidade Federal de Pelotas; 2018.
- ¹⁴ Cardano M. Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação. Rio de Janeiro: Vozes; 2017.
- ¹⁵ Foucault M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: Foucault M. Ditos & escritos V: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. p. 265-284.
- ¹⁶ Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. [citado em 22 de abril de 2020]; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- ¹⁷ Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na Atenção Domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. [citado em 22 de abril de 2020]. 2016;70(1):210-219. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
- ¹⁸ Almeida SGF. Cada casa é um caso: competências relacionais em assistência domiciliar, na perspectiva do profissional de saúde. Botucatu. [Dissertação] – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2019.
- ¹⁹ Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 19. ed. São Paulo: Loyola; 2009.
- ²⁰ Cordeiro FR. O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiros e francês [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
- ²¹ Cordeiro FR, Oliveira SG, Kruse MHL. Cuidado al final de la vida a domicilio: consideraciones sobre Brasil y Francia. Cultura de los cuidados [Internet]. [citado em 20 de abril 2020]; 2020;14(57):186-199.
- ²² Oliveira SG, Kruse MH, Sartor FS, Echevarria-Guanilo ME. Enunciados sobre a Atenção Domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. Enfermería Global [Internet]. [citado em 21 de abril de 2020]; 2015;39:375-389. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision4.pdf
- ²³ Xavier GTO, Nascimento VB, Carneiro-Junior N. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019;22(2):1-12.
- ²⁴ Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na Atenção Domiciliar. Saúde em debate. 2017;41(115):1.116-1.129.
- ²⁵ Cordeiro FR, Kruse MHL. Espaços de (final de) vida: estudo etnográfico em domicílios e estabelecimentos médico-sociais brasileiros e franceses. Rev. Gaúch. Enferm. 2019;40(n. esp. 20190065):1-9.
- ²⁶ Oliveira SG, Kruse MH, Echevarria-Guanilo ME, Velleda KL, Santos-Júnior JRG, Sartor SF. Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica? Revista de Atenção à Saúde. 2017;15(54):108-116.
- ²⁷ Ribeiro BF, Oliveira SG, Tristão FSA, Santos-Júnior JRG, Farias TA. Práticas de si de cuidadores familiares na Atenção Domiciliar. Revista Cuidarte [Internet]. [citado em 10 de abril de 2020];2017;8(3):1.809-1.825. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/429/811>



²⁸ Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Kruse MHL, Beuter M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(3):591-599.

²⁹ Gros F. *Desobedecer*. São Paulo: Ubu Editora; 2018.

³⁰ Deleuze G. Post-Scriptum: sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34; 1992.

