

ATENÇÃO DOMICILIAR: ESTRATÉGIA DA BIOPOLÍTICA?

HEMOCARE: STRATEGY OF THE BIOPOLITICS?

Stefanie Griebeler Oliveira^{a*}, Maria Henriqueta Luce Kruse^{b**},
Maria Elena Echevarría-Guanilo^{c***}, Kimberly Larroque Velleda^{d*},
José Ricardo Guimaraes dos Santos-Junior^{e*}, Silvia Francine Sartor^{f*}

^astefaniegriebeleroliveira@gmail.com, ^bkruse@uol.com.br, ^celenameeg96@gmail.com, ^dkimberlylarroque@yahoo.com.br,

^ejoserocardog_jr@hotmail.com, ^fsii.sartor@hotmail.com

*Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil

***Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil

Data de recebimento do artigo: 27/05/2017

Data de aceite do artigo: 01/08/2017

RESUMO

Objetivo: Analisar a abordagem da atenção domiciliar como estratégia da biopolítica por meio da caracterização das publicações no cenário mundial. **Métodos:** Pesquisa bibliográfica, revisão narrativa, com busca na base de dados PubMed, em março de 2015, com os descritores: *home care services; patient care team; homebound persons; caregiver*. Foram encontradas 2.920 publicações, sendo selecionados artigos de pesquisa, que totalizaram 142. A análise foi feita na perspectiva foucaultiana. **Resultados:** A maioria das publicações são de países desenvolvidos e têm como sujeitos pesquisados, na grande maioria, cuidadores, seguidos de pacientes crônicos, em especial com câncer avançado. Grande parte das publicações são produzidas por experts e instituições. As áreas de conhecimento mais relacionadas ao tema da atenção domiciliar são: oncologia, cuidados paliativos, educação em enfermagem, psicologia social, entre outras. **Conclusão:** A atenção domiciliar consiste em estratégia da biopolítica, uma vez que aparece conforme as necessidades relativas à morbidade da população; estende-se a duas populações: pacientes e cuidadores; há um conjunto de experts e instituições que proferem e organizam os saberes sobre o tema.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; pacientes domiciliares; cuidadores; política de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the approaching of homecare as strategy of biopolitics by characterizing the publications that are published worldwide. **Methods:** It is a bibliographic research, a narrative review, which had its searches found at PubMed, in March 2015, and had as descriptors: *home care services; patient care team; homebound persons; caregiver*. 2,920 publications were found, from which 142 peer-review articles were selected. The analysis was based on Foucault's perspective. **Results:** Most part of the publications has its origin in developed countries, and has caregivers, chronic patients, and patients with advanced cancer as the most present and researched subjects. Experts and institutions produce most part of the publications. Oncology, palliative care, nursing education, social psychology, and others, are the areas of knowledge that are most connected to the home care theme. **Conclusion:** Home care consists in a strategy of biopolitics, once it emerges according to the necessities of population's morbidity; it approaches two populations: patients and caregivers; there is a group of experts and institutions that utter and organize the knowledge on the theme.

Keywords: Home care services; homebound persons; caregivers; health policy.

Introdução

A atenção domiciliar, atualmente, vem se configurando como um dispositivo de segurança que pretende manter pessoas doentes em suas casas, com atendimento de equipe de saúde com tecnologia hospitalar¹⁻². Essa forma de atenção domiciliar nasce com as mudanças no perfil epidemiológico da população^{1,3}, que resultou em aumento da expectativa de vida e aparecimento de condições crônico-degenerativas. Tal fato gerou mudanças importantes na atenção à saúde, também relacionada a uma possível crise do hospital como instituição. Essa situação teve impacto nas políticas e nas instituições de saúde, levando os hospitais a ampliarem seus serviços em direção ao domicílio do paciente, especialmente àqueles fora de possibilidades de cura. Desse modo, tecnologia, recursos humanos e materiais foram deslocados para espaços domiciliares, com o objetivo de reduzir gastos em hotelaria e prover espaço para pacientes necessitados dessa tecnologia¹.

Apesar de se reconhecerem os benefícios da atenção domiciliar para pacientes e famílias, a qual é integrada pelo atendimento, pela internação e pela visita domiciliares⁴, bem como a proteção de infecções hospitalares ao paciente^{1-3,5-7}, é preciso atentar para as questões pertinentes a essa família que executa os cuidados, assumindo o papel institucional de promover a recuperação, o conforto, o alívio do sofrimento, com apoio e controle da equipe multiprofissional de atenção domiciliar¹. Além disso, salienta-se a preocupação com a transferência de custos e da responsabilidade do cuidado para as famílias, sendo a regulamentação um ponto-chave nessa situação, como modo de proteção dos direitos e interesses dos familiares envolvidos e busca da proteção dos direitos de todos os cidadãos⁷.

Na França, o governo subsidia financeiramente famílias para que as pessoas com necessidade de cuidados paliativos possam retornar às suas casas. Todavia, o retorno ao domicílio é inviabilizado pelos familiares, muitas vezes, por estes não terem condições de assumir o cuidado por diversas razões, tais como residir em outra cidade ou em apartamentos pequenos; e em decorrência de o governo ofertar aos jovens possibilidades de se tornarem independentes, oportunizando estudos em cidades distintas ou fora do seu país, devido à formação de nova família ou às prioridades de vida previamente configuradas². Isso difere do Brasil, no qual estudos^{2,8} mostram que os cuidadores se privam de estudos e trabalho para cuidarem de seus familiares, como um compromisso moral.

O poder sobre a vida, ou biopoder, desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais,

que se constituem em dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um deles, o primeiro a ser formado, centrou-se no corpo como máquina, adestrando-o, maximizando ao máximo as forças desse corpo, e integrando-o aos sistemas de controle eficazes e econômicos. Tudo isso assegurado por procedimentos de poder disciplinar: a anátomo-política do corpo humano. O segundo polo se desenvolveu mais tarde, na metade do século XVIII, e centrou-se no corpo espécie, transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte de processos biológicos: a proliferação, o nascimento, a mortalidade, o nível de saúde... Tais processos são assumidos mediante uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população⁹. Desse modo, a disciplina foi a primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, e a biopolítica, por sua vez, é um poder massificante, que se dirige à multiplicidade de homens, ao corpo-espécie, ou a um corpo com muitas cabeças¹⁰.

Atualmente o conceito de biopoder contempla alguns pressupostos, tais como um conjunto de discursos de verdade enunciados por sujeitos autorizados a falar, bem como em relação aos lugares de poder; e estratégias sobre o coletivo que interfiram nos dados relativos à vida e à morte, modos de subjetivação que modulam o comportamento, os hábitos, o estilo de vida e as condutas¹¹.

Essas estratégias são organizadas numericamente, como estratégias epidemiológicas que buscam reduzir o nível de risco da população. Isso quer dizer que o Estado permanece valendo-se de um saber-poder que lhe permite gerir a vida da população a partir de cálculos de custo, uma vez que, aparelhado pela estatística, que se acopla às estruturas decisórias de poder, produz-se um discurso que legitima a intervenção política por meio da fixação de limites aceitáveis, tidos como normais. Isso permite a classificação da população em categorias de risco¹².

Nesse sentido, percebe-se que os níveis de saúde da população, especialmente dos idosos e dos indivíduos com doenças crônicas, estão sendo considerados um problema político, e sua condição de saúde, relacionada à produtividade, também interfere nas questões econômicas, uma vez que agravos crônicos requerem cuidados a longo prazo. Assim, a atenção domiciliar consiste em um instrumento biopolítico.

No Brasil, há uma portaria¹³ que regula a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o programa “Melhor em Casa”, sendo seus objetivos: redução da demanda por atendimento hospitalar; diminuição do período de permanência de

usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e, por fim, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Redes de Atenção à Saúde.

A partir disso, com o intuito de dar conta das demandas do perfil epidemiológico da população, percebe-se uma movimentação mundial e nacional para a organização de serviços de atenção domiciliar. Nesse sentido, a problematização da atenção domiciliar como uma estratégia da biopolítica e os questionamentos sobre como essa modalidade de cuidado tem sido organizada, olhando para a produção de saber sobre o assunto ao longo do tempo e para as populações que têm sido objeto dessa política, são relevantes para o cenário atual da saúde. Desse modo, objetiva-se analisar a abordagem da atenção domiciliar como estratégia da biopolítica por meio da caracterização das publicações no cenário mundial.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão narrativa, a qual permite descrever o “estado da arte” de um determinado assunto, sob um ponto de vista teórico ou contextual. Nesta, não há necessidade de informar fontes utilizadas, nem critérios de inclusão para a seleção dos trabalhos¹⁴. Entretanto, são apresentadas as etapas que estabeleceram a inclusão das publicações, de forma a organizar e sistematizar a busca, a inclusão ou exclusão de trabalhos, possibilitando sua reprodução.

A busca foi realizada na base de dados PubMed em março de 2015, sem demarcação temporal, proporcionando maior abrangência quanto à temporalidade. Assim, o primeiro artigo incluído, que aborda o tema da atenção domiciliar, corresponde ao ano de 1991. Os descritores *Mesh Database* utilizados foram: *home care services*; *patient care team*; *homebound persons*; *caregiver*.

Como resultado da estratégia de busca, foram encontrados 2.920 títulos de publicações. A partir desses resultados, o processo de inclusão e exclusão dividiu-se em duas etapas. A primeira etapa consistiu na leitura dos títulos e resumos para verificação do tema abordado, “atenção domiciliar”, sendo selecionados 286 títulos e resumos; e a segunda etapa compreendeu o preenchimento do quadro de informações elaborado no programa Microsoft Excel 2007, contemplando dados relacionados a: título, autor, ano, país, instituição responsável pela pesquisa, resumo, área, condição de saúde, sujeitos da pesquisa,

abordagem, tipo de estudo utilizado, perspectiva teórica e periódico.

Foram excluídos os relatos de experiência, as reflexões, demais revisões e artigos que, apesar dos esforços dos pesquisadores responsáveis por esta revisão, não foram encontrados na íntegra, perfazendo um total de 142 artigos. As principais dificuldades foram a antiguidade da publicação e a impossibilidade de contato com os autores.

Para a apresentação visual, os dados foram organizados em gráficos, de forma que estes permitissem melhor visualização das características das publicações estudadas. Para tanto, as informações foram analisadas no programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS V20.0. Nesse sentido, não serão apresentadas análises de conteúdo dos artigos selecionados, e sim sua caracterização quanto a: ano de publicação; local de proveniência da pesquisa; público alvo dos estudos; pacientes atendidos nos serviços de assistência domiciliar pesquisados; titulação e instituição dos autores da publicação; área de conhecimento dos pesquisadores.

Para orientar a análise desses dados, foram utilizadas algumas ferramentas de Michel Foucault como forma de “martelar” o pensamento, sendo elas: poder disciplinar, biopolítica e saber. O *poder* rege os enunciados e a forma como estes se organizam entre si para constituir um conjunto de proposições aceitáveis cientificamente. Nessa direção, não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados, como e por que em certos momentos eles se modificam, e em outros, não. Nesse sentido, o poder deve ser considerado como uma rede produtiva⁹. O poder disciplinar inclui um conjunto de técnicas que permitem um controle minucioso do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças e lhe impondo uma relação de docilidade-utilidade, isto é, uma relação que não estabelece somente a maximização das forças do corpo, nem tampouco o aprofundamento da sujeição, mas sim a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna mais obediente e útil¹⁵.

A biopolítica lida com a população como um problema político, uma vez que esta se constitui de um conjunto de processos, como nascimento, morbidade e mortalidade, os quais foram objetos de saber e alvos de controle atrelados aos problemas econômicos e políticos de cada época; consiste em uma estratégia para racionalizar os problemas da prática governamental, utilizando-se da estatística, não para mudar algo específico no indivíduo, mas para intervir naquilo que é determinante na população. Naquilo que é possível, a biopolítica estabelece uma regulação, de

modo a levar ao equilíbrio o que parece estar desequilibrado, assegurando compensações e proporcionando a segurança da população, uma vez que esta requer fazer leituras constantes que lhe permitam compreender seu cotidiano¹⁰.

O saber pode ser entendido como um conjunto de elementos, formado de forma regular por uma prática discursiva. São indispensáveis à constituição de uma ciência. Um saber é aquilo que se é permitido falar em um discurso, a partir de sua constituição pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não status científico. O saber também é o espaço em que um indivíduo, autorizado pela sua posição, pode falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso¹⁶.

Resultados e discussão

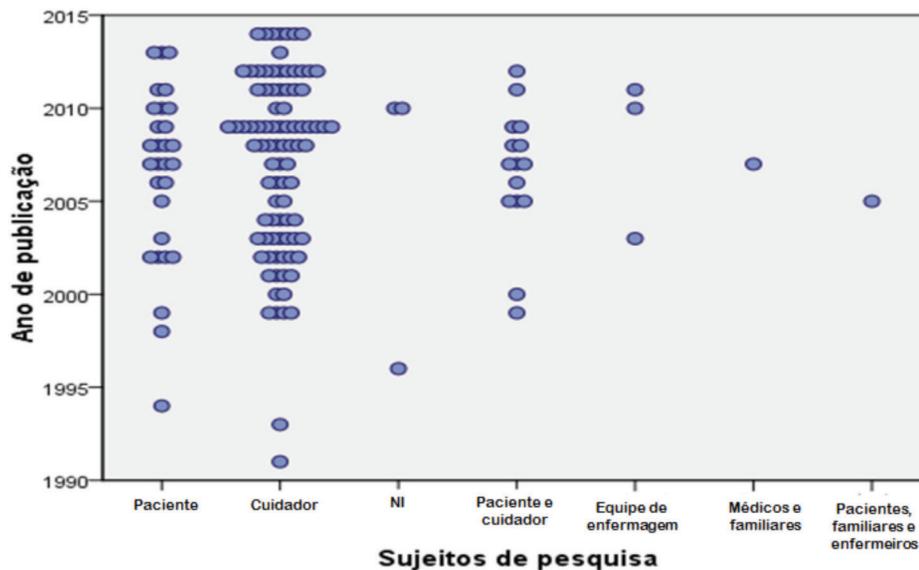
No processo de análises foram identificados dois grandes temas: “a atenção domiciliar como estratégia da biopolítica” e a “formação dos saberes: lugares e experts”, os quais nortearam a organização dos resultados.

A atenção domiciliar como estratégia da biopolítica

Dos 142 estudos analisados, a maior parte foi proveniente de países do continente europeu (50; 35,21%), seguido por América do Norte, com 39 estudos (27,46%), Ásia (20; 14,08%), África (15; 10,56%), América do Sul (10; 7,06%) e Oceania (8; 5,63%). Não foram identificados estudos provenientes de América Central.

Quando os estudos são analisados segundo o período de publicação (Gráfico 1), é possível observar um maior número de trabalhos que tiveram como público alvo os cuidadores (90 estudos), seguidos dos pacientes (29 estudos). Nesse período, as maiores concentrações de estudos que tiveram os cuidadores como seus sujeitos de pesquisa ocorreram nos anos de 2008 (8 estudos), 2009 (15 estudos), 2012 (11 estudos) e 2014 (7 estudos), seguidas do maior número de pesquisas que tiveram como foco principal os pacientes, nos anos 2002, 2007 e 2008 (quatro estudos para cada ano, respectivamente). Isso sugere que as populações-alvo da biopolítica da atenção domiciliar foram especialmente os pacientes e os cuidadores atendidos nessa modalidade de cuidado.

Gráfico 1: Sujeitos envolvidos nas pesquisas segundo ano de publicação.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Legenda: NI – não informado.

É importante destacar que os estudos que abordam cuidadores e pacientes possibilitam a extração de saberes dessas populações. Saberes que, por sua vez, promovem a criação de mais saberes para melhor conduzir as condutas para o cuidado. Sobre as estratégias biopolíticas e seus jogos de inclusão, nos é alertado que a “biopolítica

ora pode tomar a vida como sujeito e ora pode tomar a vida como objeto das políticas¹⁷. Desse modo, a biopolítica poderia ser entendida como “uma simplificação e anulação de processos diferenciados¹⁷. Isto é, a tão sonhada homogeneização das pessoas, para sua melhor regulação. Assim, a inclusão das diferenças poderá

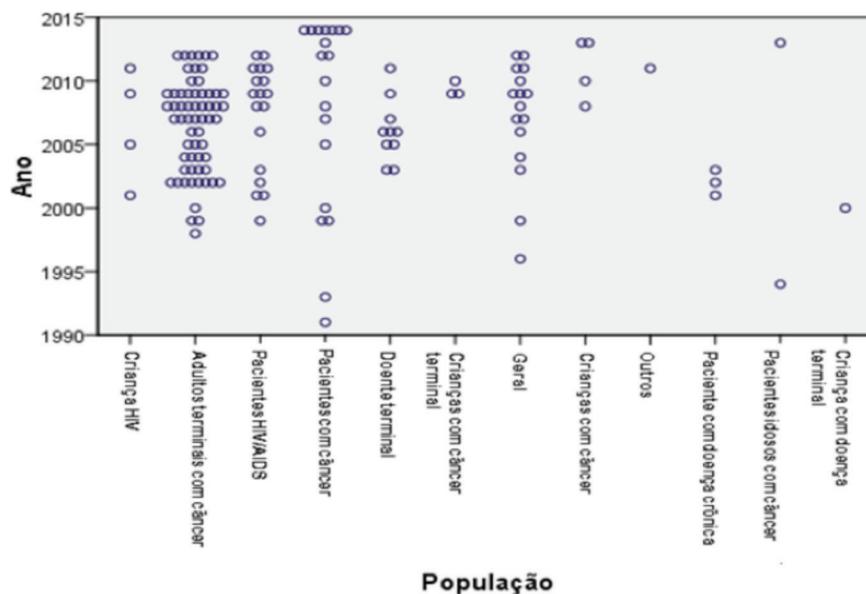
promover uma grande relação/inclusão/fusão de saberes, que pode resultar no desaparecimento da própria diferença. Entretanto, é importante identificá-las, de forma que estas também possam ser atendidas.

Considerando a grande incidência de pessoas com danos crônicos e o fato de que estas geralmente são encaminhadas para serviços de Atenção Domiciliar (AD), tem-se como consequência a transferência da responsabilidade pelo doente para os familiares ou cuidadores, já que, diferentemente da demanda da hospitalização, os profissionais de saúde não atuam em tempo integral^{1-2,7-8}. Embora os cuidadores sejam imprescindíveis

na AD, existem poucas estratégias para prepará-los e capacitá-los, tornando-os suscetíveis, por exemplo, a sobrecarga emocional^{3,8}.

Na década de 1990 (Gráfico 2), observa-se que as publicações se concentravam na atenção a pacientes com câncer. Ao final dessa década, a modalidade de cuidado mencionada se direcionou também para pacientes terminais com câncer, iniciando a inclusão de pacientes com HIV/AIDS. A partir do século XXI, foram intensificadas as publicações direcionadas a pacientes terminais no domicílio e também a outros tipos de pacientes, especialmente àqueles em condições crônicas.

Gráfico 2: Distribuição dos estudos analisados segundo o ano da publicação e os pacientes atendidos pela atenção domiciliar.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

De fato, nessa época a Organização Mundial da Saúde enfatizou a importância da organização da assistência domiciliar, devido ao aumento da expectativa de vida e ao consequente aparecimento de doenças crônico-degenerativas. Os espaços para a realização de tratamento e controle de doenças variam, configuram-se de diversos modos e ganham ênfases em diferentes períodos históricos e culturais¹⁸. Nos séculos XVII-XVIII, o hospital era considerado um lugar de produção de doenças, além de desnaturalizar a própria doença, por ser um espaço artificial. Ainda, o hospital possibilitava o contato de um doente com outros, destacando sua solidão por estar distante de seus familiares. Nesse contexto, o ambiente domiciliar era pensado como o melhor espaço para a recuperação do paciente, uma vez que este se encontrava no seio familiar. Por outro lado, como o doente não era capaz de trabalhar, quando colocado no hospital ele poderia se tornar

uma dupla carga para a sociedade, visto que somente seria assistido, enquanto sua família estaria abandonada e exposta à miséria e à doença¹⁹.

Todos esses argumentos eram utilizados para que não ocorresse a hospitalização, pois assim os cuidados realizados pelos que cercam o doente não representariam custo para o Estado¹⁹. Somente mais tarde, a partir do século XIX, com o advento da tecnologia que adentra o hospital, este passa a ser a instituição que coordena e organiza o cuidado dos doentes, de maneira mais econômica para o Estado¹⁵. Atualmente, pacientes que necessitam de cuidados envolvendo baixa tecnologia, com condições crônico-degenerativas, tendem a ser deslocados para o domicílio, amparados por discursos legais que legitimam a institucionalização da casa do doente, com uma equipe de saúde que lhe proporcione suporte e prepare um familiar que realizará o seu cuidado¹.

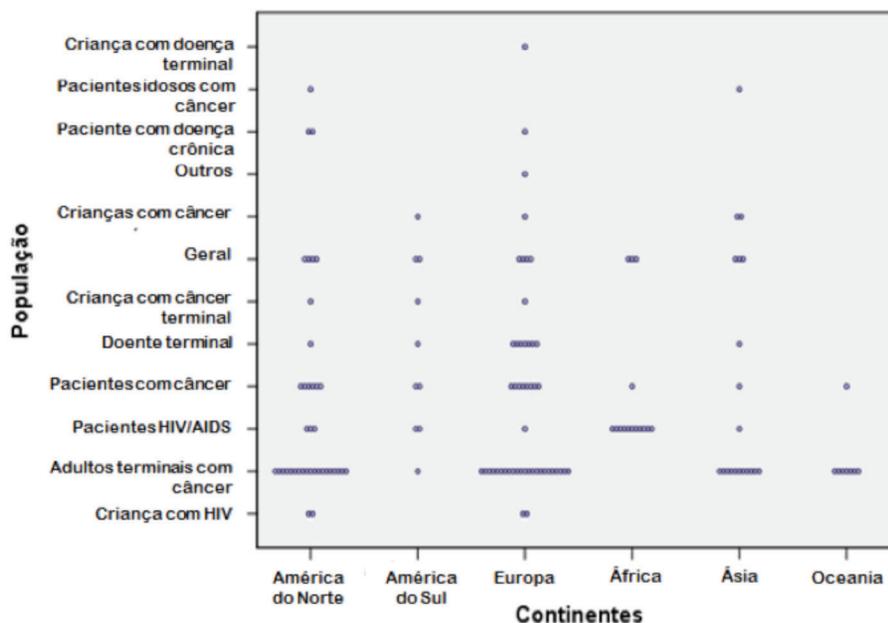
Além disso, há uma tendência de discutir que morrer bem é morrer em casa². Não é à toa que temos documentos¹³ que regulam a possibilidade desse acontecimento, mesmo sendo atravessada por sentimentos que variam desde a aversão até a aceitação dessa escolha⁶. Desse modo, é sobre a vida e a morte que se delimitam as ações políticas para conduzir as populações, para fazer intervenções sobre os processos de saúde/doença, bem como sobre os processos vitais²⁰.

Embora essa modalidade de cuidado tenha suas dificuldades e desafios, ela representa uma importante redução nos gastos hospitalares. Com isso, pode-se dizer

que às pessoas “anormais” – diagnosticadas com doenças crônicas, em situação de terminalidade, pós-cirúrgica ou com qualquer outra incapacidade, permanente ou temporária – seria mais conveniente o cuidado no domicílio, pois assim estariam “eliminados” investimentos desnecessários.

Ao organizar a produção de estudos por continente, segundo a população alvo das pesquisas, destacam-se as produções provenientes do continente europeu, principalmente com pesquisas direcionadas para adultos terminais com câncer (23 estudos) e, com um número menor de produções, o continente da América do Norte (19 estudos) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Produção segundo sujeitos da pesquisa e continentes nos quais os estudos foram produzidos.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

No Gráfico 3, destaca-se a predominância de pacientes com HIV/AIDS no continente africano, e a maior frequência de paciente portadores de câncer em continentes com maior desenvolvimento econômico e envelhecimento populacional. Além disso, a atenção domiciliar vai se configurando como modalidade de cuidado mais econômica para o governo. No entanto, a biopolítica nessas formas não objetiva somente a administração das populações; a sua lógica envolve esforços para desenvolver e maximizar alvos do cuidado em saúde, que ensejam a inscrição de indivíduos, grupos de pacientes, médicos e atores políticos em campanhas de conscientização de doenças e de tratamento para maximizar a qualidade de vida.

Formação dos saberes: lugares e experts

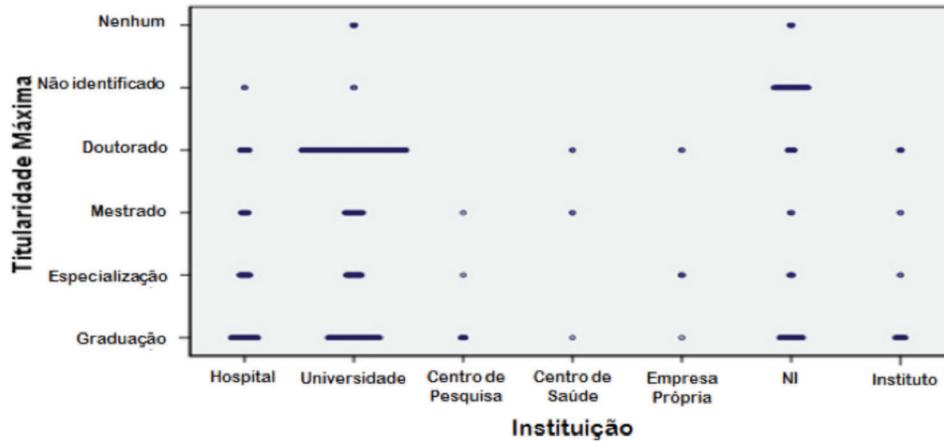
Em relação ao tipo de abordagem dos estudos analisados, foi possível observar que 58 estudos (40,84%) eram de abordagem quantitativa, 75 (52,81%) de abordagem qualitativa e nove (6,33%) de abordagem quali-quantitativa. Tais registros consistem na geração de dados quantitativos e qualitativos que produzem conhecimento sobre pacientes e seus cuidadores.

O crescente interesse pela pesquisa que envolve ambas as abordagens, quantitativa e qualitativa, pode estar relacionado ao enriquecimento da investigação. Assim sendo, o concerto dessas abordagens garante uma complementariedade necessária nesse intenso e persistente trabalho de análise do objeto de estudo²¹.

É possível analisar (Gráfico 4) que a maior concentração das publicações é proveniente de universidades, da qual grande parte teve pesquisadores

doutores como autores, seguida por 37 estudos que contavam com alunos da graduação entre seus autores.

Gráfico 4: Titularidade máxima do pesquisador e instituição de ensino à qual está vinculado.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

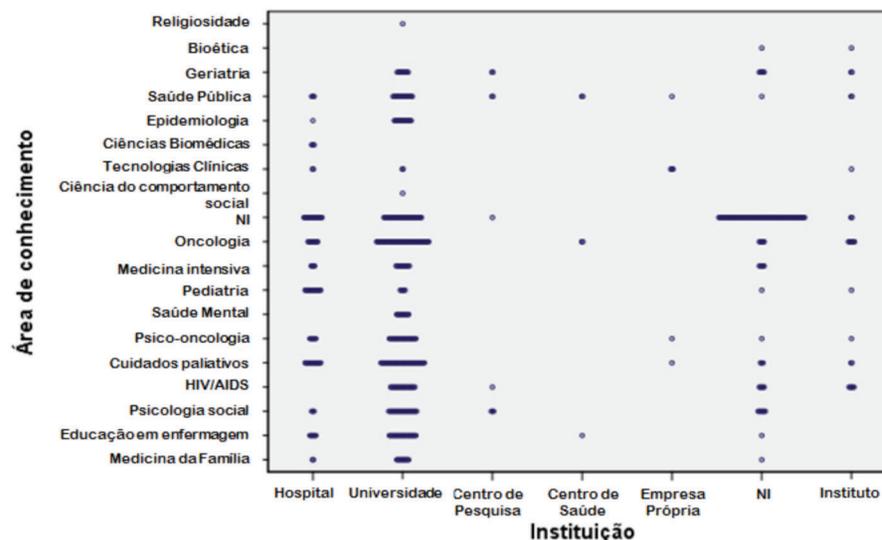
Legenda: NI – não informado.

Analisando historicamente esses dados, é expressivo o quanto o saber e a prática da biopolítica têm estado ligados às instituições e aos profissionais qualificados, podendo-se inferir que estes estariam mais preparados para organizar discursos em torno do assunto. Além disso há uma importante concentração de publicações originadas nas instituições de ensino, fato que era esperado, uma vez que nestas há maior envolvimento dos atores (docentes e alunos)

em atividades direcionadas à pesquisa, constituindo esses saberes¹⁶.

Percebe-se, a partir do Gráfico 5, que em grande parte das publicações analisadas não foi possível identificar a área de conhecimento e as instituições de origem dos autores da pesquisa. Ainda, destaca-se que os profissionais que mais elaboram artigos acerca da atenção domiciliar, além de estarem inseridos no meio acadêmico, têm suas formações voltadas para o estudo dos cuidados paliativos (45 estudos).

Gráfico 5: Estudos analisados segundo área de conhecimento e instituição de origem.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Legenda: NI – não informado.

Em alguns dos artigos analisados, observa-se a aproximação de campos de saber que pode indicar caminhos interessantes, tendo em vista a biopolítica. Assim, aponta-se que a atenção domiciliar pode estar associada aos cuidados paliativos, temas que apresentam interesses comuns, especialmente quanto ao desenvolvimento de ações. Atualmente há um interesse na desospitalização de pacientes com doenças crônicas e sem prognóstico de cura, uma vez que a internação hospitalar exige maiores investimentos, sejam estes econômicos, de recursos humanos ou emocionais, especialmente quanto ao ambiente e à qualidade de vida da família. Com essas condições, emergem discursos sobre os benefícios de se viver a terminalidade no domicílio^{1-3,22}, fazendo com que a maioria dos usuários com esse perfil sejam encaminhados para a atenção domiciliar. Através dessa modalidade assistencial, torna-se possível adotar a filosofia dos cuidados paliativos de forma mais qualificada, já que o indivíduo se encontra em ambiente familiar e poderá agir com mais autonomia, além de não estar submetido a limitações de cuidado encontradas dentro das organizações hospitalares²².

Outras áreas que se destacam nos artigos são: educação em enfermagem^{5,23}, oncologia e psico-oncologia, já que os autores apresentam especializações relacionadas ao tema central da sua pesquisa. Os saberes dos experts legitimam determinadas necessidades da população e auxiliam no planejamento de intervenções, sendo utilizados como ferramenta para o funcionamento da biopolítica.

A religiosidade e a espiritualidade também aparecem como área de conhecimento. No entanto, chama atenção o pequeno número de profissionais que se dedicam ao tema, o que pode ser justificado pois reflexões sobre tais assuntos são recentes na área da saúde. Essas questões tornaram-se objeto de pesquisa, uma vez que as diretrizes dos cuidados paliativos propõem o aumento da qualidade de vida de pacientes e de suas famílias através da atenção integral^{22,24}, que abrange, além de intervenções voltadas para desconfortos físicos, o apoio emocional, psicossocial e espiritual.

A fé torna-se o suporte promovido pela espiritualidade e dá sentido à experiência de adoecimento^{6,24}. Em um estudo²⁵ sobre discursos de religião e espiritualidade, é apontado que estas seriam consideradas estratégias biopolíticas que fortalecem pacientes no enfrentamento das dificuldades encontradas no processo de adoecimento.

Conclusão

Analisando a produção de saber de experts de grande parte do mundo, foi possível destacar populações

estudadas quando o assunto é atenção domiciliar, o qual é analisado como estratégia da biopolítica. Além disso, é possível concluir que a maioria das publicações são de origem de países desenvolvidos, principalmente os situados nos continentes europeu, americano e asiático. Esse achado poderia ser explicado pela incidência de doenças crônicas nesses grupos populacionais, muitas das quais se ligam ao estilo de vida, tais como alimentação precária e pobre em nutrientes, sedentarismo e tarefas diárias relacionadas principalmente ao trabalho. Desta forma, foi sugerida a proposta de atenção domiciliar, a fim de evitar que esse contingente de pessoas portadoras de doenças crônicas fosse internado em hospitais.

Observa-se que o tema da atenção domiciliar consiste em estratégia da biopolítica, legitimada por uma rede de experts e instituições. Entretanto, em sua maioria, a produção de saber se dá mais por profissionais relacionados aos cuidados paliativos e que estão ligados à academia. Os saberes desses experts legitimam determinadas necessidades de uma população e estabelecem estratégias para funcionamento da biopolítica.

Com o passar dos anos, é possível verificar que cuidadores também começaram a ser incluídos na biopolítica da atenção domiciliar, constituindo uma população alvo para essa modalidade, justamente por serem fundamentais para o cuidado do paciente ou familiar adoecido. Além de serem importantes para fornecimento de apoio nessa situação, são indispensáveis para o desenvolvimento do cuidado em casa. Considerando a importância do papel que desenvolvem no domicílio, faz-se necessário um olhar diferenciado para esses cuidadores, os quais muitas vezes abandonam trabalhos e alteram suas vidas para cuidar de seus familiares. Destaca-se a crescente produção de saber a respeito dos cuidadores familiares, mesmo observando poucas soluções para aliviar a sobrecarga desse trabalho, esta sim bastante apontada nas populações estudadas.

Não obstante, há focos de pesquisa não muito explorados, os quais são de fundamental importância não somente para pacientes sem prognóstico de cura, mas também para toda a área da saúde, como a religiosidade e a espiritualidade, às quais parece não ser dada muita importância. Desta forma, encoraja-se pesquisas sobre diferentes culturas e crenças, para que se possa melhor cuidar e compreender pessoas com doenças crônicas e seus familiares.

Referências

1. Oliveira SG, Kruse MHL. Melhor em Casa: dispositivo de segurança. *Texto & contexto enferm.* 2017;26(1):e2660015.

2. Cordeiro FR. O retorno ao domicílio em cuidados paliativos: interface dos cenários brasileiro e francês [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
3. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanillo ME. Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enferm glob* [Internet]. 2015 [citado em 2017 fev 5];14(39):375-89. Disponível em: <https://goo.gl/QmtZzN>
4. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, Freitas LFC, Penna CMM. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado em 2017 fev 5];17(4):603-10. Disponível em: <https://goo.gl/upRTKk>
5. Valle ARMC, Andrade D. Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção. *REME rev min enferm* [Internet]. 2015 [citado em 2017 fev 5];19(2):67-72. Disponível em: <https://goo.gl/JVPkTL>
6. Oliveira PM, Oliveira SG, Santos-Junior JRG, Crizel LB. Visão do familiar cuidador sobre o processo de morte e morrer no domicílio. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2016 [citado em 2017 fev 5];30(4):1-11. Disponível em: <https://goo.gl/H3HxY3>
7. Silva KL, Sena RR, Feuerwerker LCM, Silva PM, Martins ACS. Desafios da atenção domiciliar sob a perspectiva da redução de custos/racionalização de gastos. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 [citado em 2017 jan 24];8(6):1561-7. Disponível em: <https://goo.gl/S6DDHo>
8. Oliveira SG, Quintana AM, Denardin-Budó ML, Kruse MHL, Garcia RP, Wünsch S, et al. Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. *Aquichan* [Internet]. 2016 [citado em 2017 fev 5];16(3):359-69. Disponível em: <https://goo.gl/3TwN4D>
9. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
10. Foucault M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976) [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 2005 [citado em 2017 jan 20]. Disponível em: <https://goo.gl/uv5Vfo>
11. Rabinow P, Rose N. O conceito de biopoder hoje. *Polit Trab*. 2006;(24):27-57.
12. Leal GF. O homo oeconomicus e o estado de exceção: uma confluência entre Foucault e Agamben. *Inquietude*. 2013;4(1):69-87.
13. Brasil. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF; 26 abr 2016. Seção 1, p. 33.
14. Soares LS, Rodrigues IDC, Martins LN, Silveira FDR, Figueiredo MLF. Revisão de literatura: particularidades de cada tipo de estudo. *Rev enferm UFPI* [Internet]. 2013 [citado em 2017 abr 12];2(Esp):14-8. Disponível em: <https://goo.gl/cki8xF>
15. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 41a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
16. Foucault M. A arqueologia do saber. 8a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.
17. Lopes MC, Rech TL. Inclusão, biopolítica e educação. *Educação (Porto Alegre)*. 2013;36(2):210-9.
18. World Health Organization. Home-based long-term care: report of a WHO Study Group. Geneva: World Health Organization; 2000.
19. Foucault M. O Nascimento da Clínica. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2015.
20. Cordeiro FR, Silva CT, Pinheiro MS. Fazer viver ou deixar morrer? Interfaces da biopolítica contemporânea. *Hist enferm, Rev eletrônica* [Internet]. 2014 [citado em 2017 abr 12];5(1):95-107. Disponível em: <https://goo.gl/b1x7fQ>
21. Ferreira CAL. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. *Rev Mosaico (Goiânia)* [Internet]. 2015 [citado em 2017 fev 5];8(2):173-82. Disponível em: <https://goo.gl/3sj9BZ>
22. Tomaszewski AS, Oliveira SG, Arriera ICO, Cardoso DH, Sartor SF. Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2017;9(3):705-16.
23. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2017 abr 12];70(1):210-9. Disponível em: <https://goo.gl/PcKxhk>
24. Arriera ICO, Thofehr MB, Milbrath VM, Schwonke CRGB, Cardoso DH, Fripp JC. O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [citado em 2017 abr 12];21(1):e20170012. Disponível em: <https://goo.gl/LsLcKb>
25. Cervelin AF, Kruse MHL. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [citado em 2017 jan 20];18(1):136-42. Disponível em: <https://goo.gl/pBVkUc>

Como citar este artigo:

Oliveira SG, Kruse MHL, Echevarría-Guanillo ME, Velleda KL, Santos-Junior JRG, Sartor SF. Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica? *Rev. Aten. Saúde*. 2017;15(54):108-116.